

**SKRIPSI**

**GAMBARAN *SELF-MANAGEMENT* DAN *ACTIVITY OF DAILY LIVING*  
(ADL) PADA PASIEN PASCA STROKE DI WILAYAH KOTA  
MAKASSAR**

*Skripsi ini dibuat dan diajukan untuk memenuhi salah satu syarat untuk  
mendapatkan gelar sarjana keperawatan (S.Kep)*



**Oleh:**

**MUTMAINNAH**

**C12115305**

**PROGRAM SARJANA KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR**

**2020**

Halaman Pengesahan

**GAMBARAN SELF-MANAGEMENT DAN ACTIVITY OF DAILY LIVING (ADL)  
PADA PASIEN PASCA STROKE DI WILAYAH KOTA MAKASSAR**

Telah dipertahankan di hadapan Sidang Tim Penguji Akhir  
Pada

**Hari/ Tanggal: 18 /Desember 2020**  
**Pukul : 10.00 WITA**  
**Tempat : Via Online**

Disusun Oleh :

**Mutmainnah**  
**C12115305**

Dan yang bersangkutan menyatakan

**LULUS**

Dosen Pembimbing

Pembimbing I

Pembimbing II



Syahrul Said, S.Kep., Ns., M.Kes., Ph.D  
NIP. 198204192006041002



Abd. Majid, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp. Kep. KMB  
NIP. 19800509 200912 1 006

Mengetahui,

**Dekan Fakultas Keperawatan**  
**Universitas Hasanuddin**



  
Dr. Yuliana Syam, S.Kep., Ns., M.Si  
Nip. 19760618 200212 2 002

## PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Mutmainnah

Nomor Mahasiswa : C12115305

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis dengan judul "*GAMBARAN SELF-MANAGEMENT DAN ACTIVITY OF DAILY LIVING (ADL) PADA PASIEN PASCA STROKE DI WILAYAH KOTA MAKASSAR*" ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan skripsi ini merupakan hasil karya orang lain, maka saya bersedia untuk mempertanggung jawabkan sekaligus menerima sanksi yang seberat-beratnya atas perbuatan yang tidak terpuji tersebut.

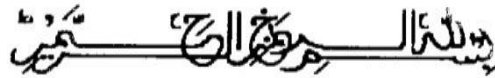
Demikian pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa paksaan sama sekali.

Makassar, 2 Desember 2019

Yang membuat pernyataan

  
Mutmainnah

## KATA PENGANTAR



Tiada kata yang pantas penulis lafaskan kecuali ucapan puji dan syukur ke hadirat Allah *subhanah wa taala* atas limpahan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan proposal penelitian yang berjudul “Gambaran *self-management* dan *activity of daily living* (ADL) pada pasien pasca stroke di wilayah kota Makassar”.

Penyusunan proposal ini tentunya menuai banyak hambatan dan kesulitan sejak awal hingga akhir penyusunan proposal ini. Namun berkat bimbingan, bantuan, dan kerjasama dari berbagai pihak akhirnya hambatan dan kesulitan yang dihadapi peneliti dapat diatasi. Pada kesempatan ini perkenankanlah saya menyampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan setinggi-tingginya kepada yang terhormat:

1. Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Si selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin
2. Dr. Yuliana Syam S.Kp., M.Si Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan FK Unhas.
3. Syahrul Said, S.Kep., Ns., M.Kes., Ph.D selaku pembimbing satu yang selalu tegas dan senantiasa memberikan masukan dan arahan-arahan dalam penyempurnaan proposal penelitian ini.

4. Abd. Majid, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp. Kep. KMB selaku pembimbing dua yang selalu tegas dan senantiasa memberikan masukan dan arahan-arahan dalam penyempurnaan proposal penelitian ini.
5. Kedua orang tua saya (Abdul Latif & Nur Aisah), serta adik saya (Muhammad Husain Ramadhan) yang senantiasa memberikan doa, semangat dan motivasi dalam menyelesaikan proposal ini.
6. Teman-teman Facialis 2015 yang senantiasa sharing, memberi masukan, dan dukungan agar segera menyelesaikan tugas proposal ini.
7. Kepada Miftahul Jannah, Hasdita Ali, Alimran Yusuf, dan Elmayana Ilyas yang senantiasa selalu memberikan dukungan dalam penyelesaian proposal ini.

Dari semua bantuan dan bimbingan yang telah diberikan, penulis tentunya tidak dapat memberikan balasan yang setimpal kecuali berdoa semoga Allah SWT senantiasa melimpahkan rahmat dan karunia-Nya kepada Hamba-Nya yang senantiasa membantu sesamanya .

Akhirnya, dengan segala kerendahan hati peneliti menyadari bahwa peneliti hanyalah manusia biasa yang tidak luput dari salah dan khilaf dalam penelitian dan penyusunan proposal penelitian ini, karena sesungguhnya kebenaran sempurna hanya milik Allah semata. Oleh karena itu, peneliti senantiasa mengharapkan masukan yang konstruktif sehingga peneliti dapat berkarya lebih baik lagi di masa yang akan datang. Akhir kata mohon maaf atas segala salah dan khilaf.

Makassar, 2 Desember 2019

Mutmainnah

## ABSTRAK

Mutmainnah. C12115305. **GAMBARAN SELF-MANAGEMENT DAN ACTIVITY OF DAILY LIVING PADA PASIEN PASCA STROKE DI WILAYAH KOTA MAKASSAR.** Dibimbing oleh Syahrul Said dan Abdul Madjid

**Latar belakang:** Indonesia menempati urutan angka kematian terbesar di asia tenggara. Provinsi Sulawesi Selatan merupakan wilayah dengan prevalensi mencapai 10,6% dan mengalami peningkatan sekitar 3,5% dalam kurun waktu 5 tahun. Permasalahan yang dialami oleh penderita stroke menyebabkan terjadinya kelumpuhan gerak, maka hal tersebut memberikan dampak pada penurunan aktivitas sehari-harinya (*activity of daily living*) sehingga menyebabkan ketergantungan kepada orang lain. Dibutuhkannya intervensi *self-management* untuk meningkatkan sikap, keterampilan manajemen diri dan pengelolaan mandiri pada diri sendiri.

**Tujuan Penelitian:** Untuk mengetahui gambaran *self-management* dan *activity of daily living* (ADL) pada pasien pasca stroke di wilayah kota Makassar

**Metode:** Penelitian ini menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan kuantitatif. Jumlah sampel pada penelitian ini sebanyak 71 responden dengan pengambilan metode *purposive sampling*. Teknik pengumpulan data menggunakan kuesioner *stroke self-management questionnaire* untuk *self-management* dan kuesioner indeks barthel untuk *activity of daily living* (ADL) dengan beberapa item pernyataan. Analisis data yang digunakan adalah analisis univariat dan bivariat dengan menggunakan uji *chi-square*.

**Hasil:** Pada penelitian ini mayoritas pasien pasca stroke yang menjalani pengobatan di klinik physio sakti telah mandiri dalam melakukan *activity of daily living* (ADL) begitupun dengan *self-management* yang dilakukan oleh pasien pasca stroke telah cukup baik untuk tiap domain kapasitas, kepercayaan diri dalam berinteraksi, bimbingan professional kesehatan, dan strategi Tidak ditemukan adanya perbedaan yang signifikan dari gambaran *self-management* dan *activity of daily living* (ADL) berdasarkan karakteristik usia, jenis kelamin, pekerjaan, tingkat pendidikan, serangan stroke, status pernikahan, riwayat tekanan darah tinggi, riwayat diabetes melitus, riwayat merokok, dan yang merawat di rumah.

**Kesimpulan dan saran:** Pasien pasca stroke yang menjalani pengobatan di klinik physio sakti mayoritas telah mandiri dan memiliki *self-management* yang baik pada tiap domain kapasitas, kepercayaan diri dalam berinteraksi, bimbingan professional kesehatan, dan strategi. Disarankan untuk menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi *self-management* dan *activity of daily living* (ADL) pada pasien pasca stroke.

**Kata kunci** : *self-management, activity of daily living (ADL)*

**Sumber literatur** : 72 literatur (2007-2019)

## ABSTRACT

Mutmainnah. C12115305. **DESCRIPTION OF SELF-MANAGEMENT AND ACTIVITY OF DAILY LIVING IN POST-STROKE PATIENTS IN THE CITY OF MAKASSAR.** Supervised by Syahrul Said and Abdul Majid.

**Background:** Indonesia ranks among the largest mortality rates in Southeast Asia. South Sulawesi Province is a region with a prevalence of 10.6% and an increase of around 3.5% in 5 years. The problems experienced by stroke sufferers lead to paralysis of movement, so this has an impact on reducing their daily activities (activity of daily living), causing dependence on other people. Self-management intervention is needed to improve attitudes, self-management skills and self-management. Research

**Objectives:** To determine the description of self-management and activity of daily living (ADL) in post-stroke patients in the city of Makassar.

**Methods:** This study uses a descriptive method with a quantitative approach. The number of samples in this study were 71 respondents with purposive sampling method. The data collection technique used a stroke self-management questionnaire for self-management and a Barthel index questionnaire for activity of daily living (ADL) with several statement items. The data analysis used was univariate and bivariate analysis using the chi-square test.

**Results:** In this study, the majority of post-stroke patients who underwent treatment at the Physio Sakti clinic were independent in doing activity of daily living (ADL) as well as self-management carried out by post-stroke patients was good enough for each domain of capacity, confidence in interacting, health professional guidance, and strategies. There were no significant differences in self-management and activity of daily living (ADL) figures based on the characteristics of age, sex, occupation, education level, stroke, marital status, history of high blood pressure, history of diabetes mellitus, smoking history, and home care.

**Conclusions and suggestions:** The majority of post-stroke patients undergoing treatment at the Physio Sakti clinic are independent and have good self-management in each domain of capacity, confidence in interaction, health professional guidance, and strategy. It is recommended to analyze the factors that affect the self-management and activity of daily living (ADL) of post-stroke patients.

**Keywords** : *Activity of daily living (ADL), self-management.*

**Bibliography** : 72 literature (2007-2019)

## DAFTAR ISI

<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>4</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>7</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	6
C. Tujuan Penelitian .....	6
D. Manfaat Penelitian .....	6
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>8</b>
A. Tinjauan tentang Stroke.....	8
B. Tinjauan tentang Pasca Stroke .....	19
C. Tinjauan tentang <i>Self-Management</i> .....	21
D. Tinjauan tentang Activity of Daily Living (ADL).....	28
<b>BAB III KERANGKA KONSEP</b> .....	<b>36</b>
A. Kerangka Konsep .....	36
<b>BAB IV METODE PENELITIAN</b> .....	<b>38</b>
A. Desain Penelitian.....	38
B. Tempat dan Waktu Penelitian.....	38
C. Populasi dan Sampel .....	38
D. Alur penelitian .....	41
E. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional.....	42
F. Instrumen Penelitian.....	44
G. Pengolahan dan Analisa Data .....	49
H. Masalah Etika.....	51
<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	<b>77</b>
<b>LAMPIRAN</b> .....	<b>86</b>



## **DAFTAR BAGAN**

Bagan 3.1 Kerangka Konsep .....	37
Bagan 4.1 Alur Penelitian .....	41

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Pembacaan Hasil Penilaian ADL.....	35
Tabel 5.1 Karakteristik Demografi Responden.....	54
Tabel 5.2 Gambaran <i>Self-Management</i> Pasien Pasca Stroke.....	56
Tabel 5.3 Gambaran <i>Self-Management</i> Perdomain Pasien Pasca Stroke.....	57
Tabel 5.4 Gambaran <i>Activity of Daily Living</i> (ADL) Pasien Pasca Stroke....	58
Tabel 5.5 Gambaran <i>Activity of Daily Living</i> (ADL) Berdasarkan karakteristik Responden.....	59
Tabel 5.6 Gambaran <i>Activity of Daily Living</i> (ADL) Berdasarkan Perdomain....	64

## **LAMPIRAN**

Lampiran 1. Lembar Penjelasan Kepada Responden

Lampiran 2. Lembar Persetujuan Responden

Lampiran 3. Data Karakteristik Dan Antropometri Responden

Lampiran 4. Kuesioner *Self-Management*

Lampiran 5. Kuesioner *Activity of Daily Living* (ADL)

Lampiran 6. Mastel Tabel

Lampiran 7. Hasil Analisa Data

Lampiran 8. Surat Perizinan Etik

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Stroke adalah penyakit gangguan fungsional otak fokal maupun general yang muncul seiring dengan bertambahnya usia seseorang. Hal ini disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah atau tersumbatnya pembuluh darah di otak yang mengakibatkan pasokan oksigen dan nutrisi ke otak berkurang (Ghani, K, Mihardja, & Delima, 2016). Stroke memiliki gejala dengan hilangnya fungsi saraf pusat fokal dan global akibat serangan mendadak yang berlangsung selama lebih dari 24 jam yang berakhir pada kelumpuhan hingga kematian (Medeka, 2017).

Stroke merupakan penyakit terbanyak ketiga setelah penyakit kanker dan jantung. Selain itu, stroke juga merupakan penyebab kematian dan kecacatan tertinggi di dunia. Hal ini didukung oleh data dari *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2015, yang menyatakan bahwa sekitar 6,7 juta orang meninggal dan 113 juta orang mengalami kecacatan akibat stroke (World Health Organization, 2017). Diprediksi bahwa jumlah kematian terkait stroke akan meningkat sekitar 50% pada tahun 2030 (Benjamin et al, 2017).

Berdasarkan data dari *South East Asian Medical Information Centre* (SEAMIC) dikutip dalam Dinata, Safrita, & Sastri (2013), Indonesia menempati angka kematian stroke terbesar dan diikuti oleh Filipina, Singapura, Brunei, Malaysia, dan Thailand. Sedangkan data dari Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) pada tahun 2018, menyatakan

bahwa prevalensi stroke mengalami peningkatan dari 7% menjadi 10,9%. Di provinsi Sulawesi Selatan sendiri, prevalensi stroke mencapai 10,6% dan mengalami peningkatan sekitar 3,5% dalam kurun waktu 5 tahun (Riset Kesehatan Dasar, 2018). Apabila upaya penanggulangan stroke tidak dilakukan, maka pada tahun 2020 diprediksikan jumlah penderita stroke akan meningkat dua kali lipat (Yayasan Stroke Indonesia, 2012).

Pasien pasca stroke juga mengalami berbagai macam gangguan yang bervariasi seperti mengalami kelumpuhan separuh badan, lengan dan kaki yang lemah, sulit untuk berbicara dengan orang lain (*aphasia*), keadaan mulut yang moncong (*facial drop*), gangguan komunikasi, gangguan emosional, gangguan koordinasi tubuh, perubahan mental, dan kehilangan indera rasa dan tergantung pada bagian otak yang terkena (Pamungkas, 2017).

Selain itu, permasalahan lain yang dialami oleh penderita stroke menyebabkan terjadinya kelumpuhan gerak, maka hal tersebut memberikan dampak pada penurunan aktivitas sehari-harinya (*activity of daily living*). Pasca terserang stroke akan membuat tingkat ketergantungan seseorang terhadap orang lain menjadi semakin meningkat, sehingga seseorang tidak mandiri dalam melakukan aktivitas kemandirian sehari-hari sehingga perlu dilakukan pemberian terapi. Pemberian terapi hanya memperbaiki saraf motorik agar penderita tidak bergantung kepada orang lain atau mengurangi ketergantungan penderita terhadap orang lain dalam melakukan ADL (Karunia Esa, 2016).

Menurut penelitian Taviyanda pada tahun 2013, pasien yang menderita stroke dengan kelumpuhan gerak di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Baptis Kediri tidak bisa melakukan kegiatannya sendiri untuk pemenuhan kebutuhan aktivitas kehidupan sehari-hari dan harus dilakukan oleh keluarga dan perawat dikarenakan pasien pasca stroke pada umumnya mengalami penurunan kualitas hidup dikarenakan pasien stroke tidak mampu menjalankan aktivitas sehari-harinya (*activity of daily living*) seperti berpakaian, mandi, toileting, berhias, pengontrolan eliminasi, berpindah, dan mobilisasi secara mandiri (Taviyanda, 2013 dalam Widiyawati, 2017).

Sedangkan berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Santoso pada tahun 2008, responden yang mengalami ketergantungan sebanyak (92,3%) dan responden yang mandiri sebanyak (7,7%). Hal ini menunjukkan bahwa pasien stroke lebih banyak yang mengalami ketergantungan dari pasien stroke yang mandiri. Adapun ketidakmandirian yang dialami penderita pasca stroke dikarenakan responden malas atau hilang minat terhadap kegiatan atau aktivitas. Selain itu, keluarga juga tidak membiarkan responden beraktivitas sendiri (Santoso 2008, dalam Pepy Ratnasari, 2011).

Ada alasan lain yang menyebabkan responden tidak mandiri, yaitu responden pernah terjatuh ketika berlatih atau melakukan aktivitas, sehingga menimbulkan trauma yang pada akhirnya membuat responden takut untuk beraktivitas, terutama berjalan. Kejadian terpeleset di kamar mandi adalah kejadian yang sering terjadi (Santoso 2008, dalam Pepy

Ratnasari, 2011). Apabila hal tersebut tidak segera diatasi, maka akan mengakibatkan peningkatan beban keluarga, masyarakat dan pemerintah terutama terhadap kebutuhan layanan khusus seperti kesehatan dan nutrisi yang juga akan menimbulkan beban sosial yang tinggi (Alfyanita, Martini, & Kadri, 2016).

Penderita stroke tidak dapat disembuhkan secara total. Namun, apabila ditangani dengan baik, maka dapat meringankan beban penderita, meminimalkan kecacatan, dan mengurangi ketergantungan pada orang lain dalam beraktivitas. Salah satu komponen penting dalam perawatan jangka panjang adalah kemampuan pasien dalam merawat dan mengelola diri dari penyakitnya yang dikenal dengan *self-management* (Basavanthava, 2012). Secara konsep *self-management* pasien stroke mencakup domain kapasitas yaitu meningkatkan keyakinan, motivasi dan kemampuan pasien, domain kepercayaan diri dalam berinteraksi sebagai indikator kepercayaan diri dan kemampuan individu dalam berkomunikasi dan merespon tenaga kesehatan dalam memenuhi *self-management*, domain strategi adalah sebagai kesiapan dan kemampuan individu untuk memerankan strategi *self-management*, dan domain bimbingan oleh profesional kesehatan sebagai indikator kepercayaan pada informasi yang telah diberikan oleh tenaga kesehatan untuk menerapkan *self-management* (Boger, 2014).

Barlow (2002), menyatakan bahwa *self-management* didefinisikan dengan cara yang berbeda-beda, tetapi secara umum *self-management* yaitu kemampuan individu untuk mengatur gejala, pengobatan,

konsekuensi fisik, psikis dan perubahan gaya hidup sebagai respon terhadap adanya penyakit kronis yang dialaminya. Sebuah tinjauan menyebutkan bahwa *self-management* dapat menunjukkan perubahan perilaku dalam mengelola diri sehingga dapat menambah motivasi untuk meningkatkan kesehatan dirinya (Boger, 2014).

Berdasarkan hasil penelitian Brilianti (2016), menunjukkan bahwa pasien dengan *self-management* kurang baik lebih banyak daripada pasien yang memiliki *self-management* yang cukup baik. Pengukuran tersebut meliputi empat domain *self-management*. Penelitian ini juga menemukan adanya hubungan *self-management* dengan kualitas hidup akan tetapi tidak menjelaskan secara rinci bagaimana gambaran *self-management* itu sendiri serta bagaimana gambaran *self-management* pada masing-masing domain.

Menurut teori Boger (2014) dan Bandura (1986), faktor rendahnya *self-management* seseorang diakibatkan oleh kurangnya pengetahuan seseorang mengenai kesehatannya dan tidak belajar dari pengalamannya secara model sosial, bahwa lingkungan yang mengancam, seseorang bisa menjadi agen perubahan atas lingkungan tersebut. Pasien dengan *self-management* yang kurang baik, tidak mampu dalam menjalani dan mengatur hidupnya sendiri, pasien tidak dapat mengatasi keadaan dan beradaptasi dalam pengelolaan kesehatannya. Pasien juga menjadi tidak terampil dalam merawat kesehatannya serta menjadi bergantung kepada orang lain (Yolanfado & Lombu, 2016).



Adapun penelitian Rosida dan Listyana (2012), menemukan bahwa keluarga ketika merawat pasien stroke akan mengalami perasaan stress, merasa lelah, masalah keuangan dan beban buat keluarga. Dari uraian di atas bahwa *activity of daily living* dan *self- management* menjadi komponen sangat penting bagi pasien stroke.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang di atas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Bagaimana gambaran *self management* dan *activity of daily living* (ADL) pada pasien pasca stroke di wilayah kota Makassar?”

## **C. Tujuan Penelitian**

### 1. Tujuan umum

Diketuinya gambaran *self-management* dan *activity of daily living*(ADL) pada pasien pasca stroke di wilayah kota Makassar.

### 2. Tujuan Khusus

- a. Diketuinya gambaran karakteristik dari pasien pasca stroke
- b. Diketuinya gambaran *self-management* pasca stroke
- c. Diketuinya gambaran *activity of daily living* (ADL) pasien pasca stroke

## **D. Manfaat Penelitian**

### 1. Bagi Profesi Kesehatan

Sebagai informasi dasar tentang penerapan *self-management* dan *activity of daily living* (ADL) pada pasien pasca stroke yang dapat

dijadikan acuan dan upaya dalam menanggulangi permasalahan pasien stroke dalam menjalankan aktivitas sehari-harinya.

2. Bagi Petugas Kesehatan

Sebagai masukan terhadap program penanganan penderita stroke, yaitu menjadi landasan untuk memberikan pendidikan kesehatan mengenai *self-management* dan *activity of daily living* (ADL) bagi pasien pasca stroke.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Sebagai acuan untuk meneliti *self-management* dan *activity of daily living* (ADL) bagi peneliti lain, sehingga diharapkan dapat menjadi modal untuk perkembangan *self-management* dan *activity of daily living* (ADL) khususnya pada pasien pasca stroke.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan tentang Stroke**

##### 1. Definisi Stroke

Stroke adalah salah satu kegawatdaruratan medik. Hal ini dikarenakan oleh defisit neurologis yang terjadi akibat stroke, menyebabkan otak kehilangan suplai darah yang dapat mengakibatkan terjadinya disabilitas berat atau bahkan kematian (Priscilla LeMone, 2017). Stroke sendiri merupakan gangguan saraf yang terjadi karena adanya gangguan pada peredaran darah ke otak yang terjadi sekitar 24 jam atau lebih. Gangguan saraf ini bersifat permanen dengan gejala klinis yang dapat berlangsung secara mendadak dan progresif. Dimana hal ini akan menyebabkan kerusakan akut pada otak baik secara fokal, maupun global (Lingga, 2013).

##### 2. Etiologi Stroke

Menurut Mulyatsih & Ahmad (2015), stroke seringkali terjadi secara mendadak dengan gejala yang beragam. Namun, penyebab dari stroke yang paling sering terjadi adalah sebagai berikut:

- a. Penyumbatan pada pembuluh darah arteri akibat endapan benda-benda darah pada dinding pembuluh.
- b. Pecahnya pembuluh darah akibat kelemahan pada dinding pembuluh darah atau kelainan pada keadaan darah sendiri.

- c. Endapan pada dinding pembuluh darah atau pada dinding jantung yang terlepas dan menyumbat pembuluh darah yang lebih kecil. Endapan yang lepas ini disebut sebagai embolus.

### 3. Patofisiologi Stroke

Berat otak hanya 2% dari total berat badan tubuh, menerima sekitar 20% curah jantung dan menggunakan 20% oksigen tubuh. Otak memperoleh oksigen dari darah dan hampir tidak memiliki cadangan oksigen. Sehingga otak sangat bergantung pada keadaan aliran darah (Lumbantobing, 2013).

Menurut National Stroke Association (dikutip dalam LeMone, Burke, & Bauldoff, 2017), kematian sel otak akibat stroke merupakan hasil dari rantai reaksi kimia yang disebut kaskade iskemik. Proses ini terbagi menjadi tiga tahap yaitu, kematian sel pertama, kematian sel kedua, dan inflamasi dan respons imun.

Pada tahap kematian sel pertama dimulai akibat terputusnya suplai darah ke otak yang menyebabkan penyumbatan (iskemia) di area otak yang terlibat. Sel otak yang kekurangan oksigen dan nutrisi mengenai mitokondria sel, dan secara esensial menurunkan sel pada sumber energi mereka. Kerusakan pada mitokondria menstimulasi pelepasan radikal bebas oksigen ke dalam sitoplasma dan menghancurkan struktur intraseluler lain. Saluran membran sel terbuka yang memungkinkan kalsium, natrium dan kalium masuk ke sel. Pada saat yang sama, sel yang terkena melepaskan asam amino eksitatori ke dalam ruang intraseluler. Homeostasis hilang dan air masuk ke sel

(edema sitotoksik) ke titik tempat terjadi ledakan sel dan secara cepat menjadi infark dan nekrotik. Selanjutnya pada tahap kematian sel kedua terjadi akibat pajanan dari jumlah glutamate, oksida nitrat, radikal bebas yang berlebihan, dan asam amino eksitatori yang dilepaskan dari sel yang mengalami nekrotik. Disekitar kerusakan awal, sel ini hanya memiliki suplai darah yang cukup untuk tetap hidup selama beberapa jam. Apabila suplai darah disimpan kembali ke sel ini dalam 2 hingga 3 jam, beberapa sel dapat hidup dan berfungsi. Area sel hidup dan area sekitar sel yang mati dan nekrotik disebut penumbra (Mir, Al-Baradie, & Alhussainawi, 2015).

Ketika kematian sel kedua terjadi, sistem imun tubuh kemudian mengalami kerusakan lebih lanjut melalui reaksi inflamasi yang dimediasi oleh sistem vaskular. Kerusakan awal menarik leukosit ke area yang rusak dan menyebabkan cedera serta kematian sel lebih lanjut. Monosit dan makrofag melepaskan zat kimia inflamasi di tempat cedera untuk menghambat pelepasan aktivator plasminogen jaringan dan menginaktivasi faktor anti pembekuan. Efek ini membuat tubuh lebih sulit untuk melarutkan bekuan (LeMone, Burke, & Bauldoff, 2017).

#### 4. Klasifikasi Stroke Berdasarkan Mekanisme Terjadinya Stroke

Berdasarkan mekanismenya, stroke terbagi menjadi dua, yaitu stroke iskemik dan stroke hemoragik. Stroke iskemik sendiri terjadi akibat dari sumbatan pada pembuluh darah. Sedangkan stroke hemoragik, terjadi akibat dari pecahnya pembuluh darah.

a. Stroke Iskemik

Stroke iskemik yaitu stroke yang terjadi akibat dari tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian besar atau secara keseluruhan terhenti. Sehingga, suplai oksigen dan nutrisi ke otak berkurang (Junaidi, 2011). Umumnya, kejadian stroke iskemik merupakan akibat dari aterosklerosis pada pembuluh darah serebral baik pada pembuluh darah kecil, maupun besar. Penyumbatan ini dapat terjadi sepanjang jalur pembuluh darah arteri yang menuju ke otak. Suatu ateroma (endapan lemak) bisa terbentuk dalam pembuluh darah arteri karotis sehingga menyebabkan berkurangnya aliran darah. Endapan lemak juga bisa terlepas dari dinding arteri dan mengalir dalam darah kemudian menyumbat arteri yang lebih kecil. Endapan ini dapat disebut sebagai embolus (Yueniwati, 2016). Menurut Pudiastuti (2011), hampir sebagian besar pasien sekitar 83% mengalami stroke iskemik. Kerusakan saraf yang diakibatkan oleh gangguan stroke dapat menimbulkan berbagai masalah, termasuk gangguan fungsi.

b. Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik adalah stroke yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah yang dapat mengakibatkan perdarahan dalam jaringan otak atau dalam ruang

subaraknoid. Stroke hemoragik merupakan jenis stroke yang mematikan, namun hanya menyusun sebagian kecil dari stroke, dengan sekitar 10% hingga 15% perdarahan intraserebrum dan 5% untuk perdarahan subaraknoid (Yueniwati, 2016).

## 5. Faktor Risiko Stroke

Faktor risiko stroke merupakan sebab yang dapat meningkatkan dan memicu akan terjadinya stroke. Faktor risiko stroke sendiri terbagi menjadi dua, yaitu faktor risiko yang tidak dapat di modifikasi (non-modifiable) dan faktor risiko yang dapat di modifikasi (modifiable). Adapun penjelasannya adalah sebagai berikut :

### a. Faktor Risiko yang Tidak dapat Dimodifikasi

#### 1) Jenis Kelamin

Jenis kelamin laki-laki meningkatkan risiko stroke iskemik. Risiko stroke bagi pria adalah sekitar 1,3 kali lebih tinggi untuk wanita pada usia tertentu kecuali pada usia tertinggi. Namun, perbedaan gender ini kurang jelas saat memperhitungkan faktor risiko di masing-masing individu. Menopause dini telah dikaitkan dengan peningkatan risiko stroke dan selepas menopause beberapa faktor risiko vaskular menjadi lebih umum pada wanita. Perbedaan dalam risiko antara jenis kelamin tampaknya hilang pada usia di atas 80-85 tahun. Risiko gender berbeda untuk perdarahan

subakachnoid dimana risikonya lebih tinggi untuk wanita (Norrving, 2014)

## 2) Usia

Insiden stroke meningkat secara nyata seiring bertambahnya usia. Kenaikan yang tajam kejadian stroke menurut usia diamati pada pria dan wanita (Norrving, 2014). Menurut (DEPKES, 2007) usia 75 tahun ke atas memiliki prevalensi tertinggi untuk penyakit stroke yakni 41,7% dan menurut KEMENKES RI (2013), usia 75 tahun ke atas cenderung meningkat dengan memiliki prevalensi tertinggi yakni 67%. Tetapi pada penelitian (Riyadina & Rahajeng, 2013), tentang Determinan Penyakit Stroke di Indonesia, usia antara 45 - 54 tahun menempati usia penyakit tertinggi untuk penyakit stroke di Indonesia. Terjadi perbedaan pendapat usia tertinggi penderita stroke di Indonesia.

## 3) Herediter

Orang dengan riwayat stroke pada keluarga biasanya memiliki risiko lebih besar untuk terkena stroke dibanding dengan tanpa riwayat stroke pada keluarganya. Beberapa pengamatan lainnya telah menyimpulkan bahwa beberapa faktor warisan dapat berkontribusi terhadap risiko stroke. Heritabilitas



stroke iskemik saat menggunakan data asosiasi genom telah dihitung secara keseluruhan 37,9%, berkisar antara 40,3% untuk penyakit vesikel besar sampai 32,6% untuk cardioembolic dan 16,1% untuk penyakit pembuluh darah kecil (Norrving, 2014). Selain itu, orang kulit hitam memiliki risiko yang lebih tinggi dibanding dengan kelompok populasi yang lain (Djuantoro, 2014).

b. Faktor Risiko yang dapat Dimodifikasi

1) Hipertensi

Hipertensi adalah faktor risiko utama yang dapat menyebabkan berlakunya stroke dan hipertensi ini juga merupakan faktor risiko yang bisa diobati. Faktanya, tekanan darah tinggi merupakan faktor risiko tunggal terbesar untuk stroke, menyebabkan sekitar 50 % stroke akibat penyumbatan (stroke iskemik). Ini juga meningkatkan risiko pendarahan di otak (disebut stroke hemoragik). Tekanan darah tinggi membuat tekanan pada semua pembuluh darah di seluruh tubuh kita termasuk yang mengarah ke otak.

Akibatnya, jantung kita harus bekerja lebih keras untuk menjaga sirkulasi darah tetap berjalan. Adakalanya, regangan ekstra ini dapat menyebabkan pembuluh darah melemah dan meledak di dalam otak,

menyebabkan pendarahan ke jaringan sekitarnya. Ini disebut stroke hemoragik (Norrving, 2014).

## 2) Diabetes Melitus

Glukosa memasuki aliran darah dan berjalan ke sel-sel di seluruh tubuh setelah makanan dicerna. Agar glukosa benar-benar masuk sel dan memberi energi, dibutuhkan hormon yang disebut insulin.

Pada orang yang menderita diabetes, pankreas tidak membuat insulin (diabetes tipe 1), atau membuat terlalu sedikit insulin atau sel di otot, hati dan lemak tidak menggunakan insulin dengan cara yang benar (diabetes tipe 2). Apa yang terjadi kemudian adalah penderita diabetes berakhir dengan terlalu banyak glukosa dalam darah mereka, sementara sel mereka tidak mendapat cukup energi. Seiring waktu, glukosa ini dapat menyebabkan peningkatan deposit lemak atau bekuan pada bagian dalam dinding pembuluh darah. Bekuan ini bisa mempersempit atau menghalangi pembuluh darah di otak atau leher, memotong suplai darah, menghentikan oksigen agar tidak sampai ke otak dan menyebabkan stroke (Norrving, 2014).

## 3) Merokok

Asap rokok bisa mempengaruhi kadar kolesterol tubuh kita. Kolesterol adalah sejenis lemak dibawa

berkeliling tubuh kita dalam partikel yang disebut lipoprotein. Merokok mengurangi kadar kolesterol 'baik' (juga disebut Kolesterol HDL) di aliran darah kita dan meningkatkan kadar kolesterol 'jahat' (juga disebut kolesterol LDL). Kadar kolesterol 'baik' yang rendah meningkatkan risiko terkena stroke. Faktor ini meningkatkan risiko pembentukan atherosclerosis pada perokok tegar dimana pembuluh darah akan menjadi lebih sempit.

Hal ini mengurangi darah melalui mereka sehingga bekuan darah lebih cenderung terbentuk. Jika gumpalan terbentuk di arteri yang mengarah ke otak, maka bisa menyebabkan penyumbatan, memotong suplai darah dan menyebabkan stroke. Tipe stroke ini dikenal sebagai stroke iskemik. Karbon monoksida yang kita hirup dari asap rokok meningkat dalam kadar darah kita sehingga membuat dinding arteri menjadi lebih rusak. Bahan kimia yang kita hirup juga mempengaruhi kelengketan darah dan produksi sejenis sel darah yang disebut platelet. Peningkatan ini cenderung membuat darah kita untuk membentuk gumpalan darah. Apabila kita merokok, kita akan hirup asap tobako yang mengandung sebanyak 7,000 bahan kimia beracun. Antaranya ialah karbon monoksida,

formaldehida dan hidrogen sianida. Perokok juga lebih cenderung mendapat tekanan darah tinggi yang merupakan faktor risiko utama stroke.

Merokok sangat berbahaya bagi orang yang memiliki tekanan darah tinggi. Tekanan darah tinggi berkontribusi pada kerusakan pada arteri kita. Perokok dengan tekanan darah tinggi juga cenderung mengalami perdarahan subarachnoid (tipe Stroke yang disebabkan oleh pendarahan) dibandingkan mereka yang tidak pernah merokok atau tidak memiliki tekanan darah tinggi (Norrving, 2014).

#### 4) Obesitas

Kelebihan berat badan atau obesitas dapat meningkatkan risiko stroke. Terlalu banyak lemak tubuh dapat berkontribusi pada tekanan darah tinggi, kolesterol tinggi dan bisa menyebabkan penyakit jantung dan diabetes tipe 2. Obesitas juga dapat meningkatkan risiko stroke akibat inflamasi yang disebabkan oleh jaringan lemak yang berlebihan. Hal ini dapat menyebabkan kesulitan aliran darah dan peningkatan risiko penyumbatan, yang keduanya dapat menyebabkan stroke (Norrving, 2014).

## 6. Pemeriksaan Penunjang Stroke

Menurut Djuantoro (2014), pemeriksaan penunjang pada pasien stroke yang dapat dilakukan yaitu :

1. Angiografi serebral dapat menentukan rincian kerusakan atau pergeseran sirkulasi serebral oleh oklusi atau pendarahan. Angiografi serebral merupakan pemeriksaan pilihan untuk memeriksa seluruh sirkulasi serebral
2. Angiografi substraksi digital mengevaluasi patensi pembuluh darah serebral dan mengidentifikasi posisinya pada kepala dan leher. Pemeriksaan ini juga dapat mendeteksi dan mengevaluasi lesi dan kelainan vascular
3. CT Scan mendeteksi kelainan struktural, edema dan lesi seperti infark non hemoragik dan aneurisma. Pemeriksaan ini untuk membedakan antara stroke dengan kelainan yang lainnya.
4. PET Scan memberikan data tentang metabolisme serebral dan perubahan aliran darah serebral serta membantu menggerakkan diagnosis infark serebral
5. MRI dan *magnetic resonance angiografi* untuk mengevaluasi lokasi dan ukuran lesi karena MRI dapat memberikan gambaran serebelum dan batang otak yang baik
6. Pemeriksaan Doppler traskranial untuk mengevaluasi kecepatan aliran darah yang melalui pembuluh darah utama, yang dapat menunjukkan diameter pembuluh darah

7. Pemeriksaan aliran darah serebral untuk mengukur aliran darah ke otak dan membantu mendeteksi kelainan
8. Okuloplethysmografi untuk mengukur aliran darah oftalmika dan aliran darah karotis

## **B. Tinjauan tentang Pasca Stroke**

Pasca-stroke paling banyak yang mengakibatkan kecacatan pada kelompok usia di atas 45 tahun (Riyadina & Rahajeng, 2013). Penderitanya yang menjadi cacat tidak dapat melakukan aktivitas seperti sebelum penderita terserang pasca-stroke dan terkadang penderita merasa menjadi beban bagi keluarganya baik dari segi beban biaya, beban tenaga, maupun beban perasaan. Pasca-stroke dapat terjadi pada setiap usia namun serangan pasca-stroke meningkat seiring dengan bertambahnya usia (Black & Hawks, 2014). Adapun gangguan khusus setelah stroke menurut Black & Hawks (2014), yaitu :

1. Hemiparesis (kelemahan) dan Hemiplegia (paralisis). Penurunan kemampuan ini biasanya disebabkan oleh stroke arteri serebral anterior atau media sehingga mengakibatkan infark pada bagian otak yang mengontrol gerakan (saraf motorik) dari korteks bagian depan.
2. Afasia yaitu penurunan kemampuan berkomunikasi.
3. Disartria yaitu kondisi artikulasi yang diucapkan tidak sempurna yang menyebabkan kesulitan dalam berbicara.
4. Disfagia yaitu kondisi sulit menelan di daerah vertebrobasilar akibat stroke.

5. Apraksia yaitu kondisi yang mempengaruhi integrasi motorik kompleks. Pasien tidak dapat melakukan beberapa keterampilan seperti berpakaian walaupun mereka tidak lumpuh
6. Hemianopia Homonimus yaitu kehilangan penglihatan pada setengah bagian yang sama dari lapang pandang dari setiap mata. Jadi, pasien hanya dapat melihat setengah dari penglihatan normal.
7. Agnosia yaitu gangguan pada kemampuan mengenali benda melalui indra.
8. Inkontinensia, stroke dapat menyebabkan disfungsi pada sistem pencernaan dan perkemihan salah satu tipe neurologis perkemihan adalah tidak dapat menahan kandung kemih, dan terjadi setelah pasca stroke dan terkadang pasien dengan dengan tipe neurologis pada pencernaan mengalami kesulitan buang air besar.

Pada pasien pasca stroke, ada beberapa kebutuhan yang tidak dapat terpenuhi seperti mobilisasi, kecemasan depresi, fisik, buang air besar, buang air kecil, dan aphasia. Kebutuhan yang tidak terpenuhi membuat masalah pasien stroke menjadi kompleks (Nelson dkk, 2016). Kekomplekan masalah pasien stroke diintervensi dengan *self-management*. Praktik *self-management* sangat berperan dalam membantu aktivitas-aktivitas pengelolaan penyakit kronik, manajemen koping, serta mengatur kondisi-kondisi yang disebabkan oleh sakit kronik (Wray, Clarke, & Forster, 2018). Beberapa penelitian tentang *self-management*

dari fase akut hingga paska akut memberikan keberhasilan pada pasien stroke. Adapun beberapa komponen dalam pemberian intervensi kepada pasien stroke yaitu perencanaan tindakan yang bersifat aktif, dukungan antar sesama pasien stroke, hubungan dan dukungan sosial serta partisipasi sosial (Tielemans, et al., 2015).

## **C. Tinjauan tentang *Self-Management***

### **1. Definisi *Self-management***

Pengertian *Chronic Care Model* (CCM) mendeskripsikan dukungan *self-management* sebagai bantuan kolaboratif pasien dan keluarga untuk mendapatkan kemampuan dan kemandirian guna mengatur penyakit kronisnya, meningkatkan kesesuaian *self-management* dan mengkaji secara rutin masalah dan komplikasi yang muncul (Bodenheimer dkk, 2002 dalam Alex dkk, 2011).

Manajemen diri tampaknya tertanam dalam gagasan perawatan diri, dan telah dikonseptualisasikan sebagai komponen perawatan diri (Wilkinson & Whitehead, 2009). Manajemen diri dapat merujuk pada kegiatan promosi kesehatan, serta kondisi akut, tetapi paling sering disebut dalam literatur sehubungan dengan mengelola kondisi jangka panjang. Sebaliknya, perawatan diri tampaknya berada dalam pengalaman semua orang, sedangkan manajemen diri berkaitan dengan kondisi kesehatan (Rijken et al., 2008). Manajemen diri dipandang sebagai filosofi yang meminimalkan dampak dari kondisi kesehatan jangka panjang dengan 'mengelola kondisi, perawatannya dan konsekuensinya' (Jonsdottir, 2013). Demikian pula para pengembang



Program Manajemen Kondisi memandang manajemen diri sebagai 'manajemen aktif oleh individu dari perawatan, gejala, gaya hidup, konsekuensi fisik dan psikologis yang melekat dengan hidup dan kondisi kronis' (Lorig & Holman, 2003). 'manajemen diri' sering diterapkan pada program yang bertujuan untuk mengajarkan orang keterampilan yang diperlukan untuk mengikuti pengobatan atau rezim manajemen dan / atau membimbing perubahan perilaku, dan / atau memberikan dukungan emosional bagi pasien untuk mengontrol kondisi kesehatan mereka dan menjalani kehidupan yang berarti (Silva, 2011).

## 2. Teori-Teori *Self-Management*

Menurut Boger (2014), teori-teori yang menonjol yang mungkin menopang keberhasilan *self-management* adalah sebagai berikut:

### a. Model Perawatan Kronik (*The Chronic Care Model*)

Model perawatan kronik menyatakan bahwa ada 6 elemen yang berpengaruh pada peningkatan kualitas klinis seseorang, yaitu komunitas, system kesehatan, dukungan *self-management*, delivery system design, dukungan keputusan, dan system informasi klinis (Wagner, 1998; 1999 dalam Boger, 2014).

### b. *Perceived Control*

Kontrol perasaan didefinisikan sebagai keyakinan bahwa seseorang dapat menentukan keadaan internal dan kebiasaan mereka sendiri, mempengaruhi lingkungannya, dan/atau mendatangkan tujuan yang diharapkan (Wallston dkk, 1987 dalam Boger, 2014). Model linear regresi menyimpulkan bahwa

kontrol perasaan adalah alat prediksi paling efektif untuk kesembuhan dan disabilitas individu secara spesifik kontrol perasaan mungkin penting untuk mempertahankan aktivitas fisik dan mobilitas pada pasien pasca stroke.

c. *Locus of Control*

*Locus* didikotomikan menjadi dua, yaitu internal dan eksternal (Rotter, 1966 dalam Boger, 2014). seseorang dengan internal *locus control* didefinisikan sebagai seseorang yang percaya bahwa hasil atau penguatan yang dinilai terjadi sebagai konsekuensi langsung dari tindakan pribadi. Sedangkan eksternal locus kontrol menandakan sebuah 20 kepercayaan bahwa penguatan atau hasil adalah hasil dari kebiasaan orang lain atau dipengaruhi oleh nasib, keberuntungan, atau kesempatan. namun banyak keterbatasan dari teori ini dalam penerapan *self-management*.

d. *The Trans Theoretical Model of Change*

Teori ini dalam hal perubahan kebiasaan digunakan untuk mengklasifikasikan tingkatan-tingkatan yang berbeda atas kesiapan motivasi untuk berubah (Prochaska dkk, 1992 dalam Booger 2014). *The Trans theoretical Model of Change* berakar dari tugas seputar kecanduan, namun diaplikasikan pada sejumlah kebiasaan yang relevan pada *self-management* seperti peningkatan aktivitas fisik, kontrol berat badan, dan diet (Sarkin dkk, 2001 dalam Boger, 2014), dan kepatuhan pengobatan pada

kondisi seseorang dengan penyakit kronis (Willey dkk, 2003 dalam Boger, 2014).

e. *Self-Efficacy*

*Self-efficacy* didefinisikan sebagai kepercayaan seseorang untuk berhasil dalam situasi tertentu. Teori ini berasal dari teori sosial kognitif yang dicetuskan oleh Albert Bandura. Teori ini menganut pendapat bahwa seseorang belajar melalui dua cara, yaitu pengalaman langsung dan model sosial. Bandura percaya bahwa model sosial menjadi hal yang lebih berpengaruh terhadap pembelajaran manusia, sejak kesempatan untuk mendapat pengalaman langsung itu terbatas. Bandura melihat seseorang sebagai pihak yang berkontribusi atas lingkungan sekitar kehidupannya, atau agen perubahan dan bukan sekadar produk dari lingkungannya (Bandura, 2011 dalam Boger, 2014).

3. Pengukuran *Self-Management* pada pasien pasca stroke

Pengukuran *self-management* pada pasien pasca stroke ini menggunakan *Stroke Self-Management Questionnaire*, yang setiap item di dalamnya bisa dideskripsikan sebagai sebuah *attitude*, *behaviour*, atau *skill* yang menyediakan informasi tentang kompetensi *self-management* seorang individu. Adapun kuesioner ini mengukur empat domain dari penderita pascastroke, yaitu kapasitas, kepercayaan diri dalam berinteraksi, strategi, dan bimbingan oleh profesional kesehatan.

Berikut adalah *stroke self-management questionnaire* yang digunakan untuk mengukur pasien pasca stroke:

- a. Bagian pertama adalah pernyataan tentang kapasitas

Kapasitas diartikan sebagai indikator pengaruh dari perburukan dan kemunduruan pada *self-management*. Berisi komponen tentang pengetahuan kesehatan, kelumpuhan, dan ketetapan hati

- b. Bagian kedua adalah pernyataan tentang kepercayaan diri

Kepercayaan diri dalam berinteraksi diartikan sebagai indikator kepercayaan diri dan kemampuan individu untuk berkomunikasi dengan tenaga kesehatan, dan kepercayaan diri dalam merespon tenaga kesehatan untuk menyesuaikan kebutuhan *self-management*. Berisi komponen tentang komunikasi dengan professional kesehatan dan pengetahuan kesehatan.

- c. Bagian ketiga adalah pernyataan tentang bimbingan professional kesehatan

Bimbingan oleh professional kesehatan diartikan sebagai indikator kepercayaan pada informasi yang telah diberikan oleh tenaga

kesehatan untuk menerapkan *self-management*.  
Berisi komponen tentang persepsi atas tanggung jawab *self-management*.

- d. Bagian ketiga adalah pernyataan tentang strategi

Strategi diartikan sebagai indikator kesiapan dan kemampuan individu untuk memerankan strategi *self-management*. Berisi komponen tentang kesiapan untuk menerapkan *self-management* dan kemampuan *self-management*.

#### 4. *Self-Management* Pada Pasien Pasca stroke

Catalano dkk. (2003) dalam Boger (2014) menyatakan bahwa prinsip utama dari intervensi *self-management* pada stroke adalah bahwa sebagai seseorang yang meningkatkan kemampuan coping untuk menyesuaikan diri dan mengatur kehidupan mereka pascastroke, perasaan atas control mereka, dan peningkatan kualitas hidup. *Self-management* yang menyertai stroke tampil sebagai prioritas penelitian untuk pasien, keluarga, dan professional kesehatan di UK. Sebuah studi konsensus terbaru berupaya untuk mengidentifikasi sepuluh prioritas teratas untuk penelitian, tiga diantaranya yaitu coping dengan konsekuensi jangka panjang pada stroke, manajemen fatig, dan kepercayaan diri mengiringi stroke dengan adanya *self-management* (Pollock dkk., 2012 dalam Booger, 2014). Joice (2012) menyatakan bahwa beberapa studi menyelidiki intervensi *self-management* pada

stroke. Tiga percobaan control random, sebuah studi kualitatif, dan dua program telah diidentifikasi menggambarkan beberapa tipe program *self-management* untuk penyembuhan stroke di UK. Percobaan yang dilakukan oleh Watkins dkk (2007) dalam meningkatkan motivasi untuk meningkatkan *self-management* pada pasien stroke menunjukkan adanya peningkatan mood pada kelompok perlakuan dibandingkan dengan kelompok kontrol (Joice, 2012).

Selain itu pada pasien stroke memiliki gambaran klinis yang berupa kehilangan motorik yaitu munculnya hemiplegia maupun hemiparesis akibat dari gangguan kontrol motor volunter pada salah satu sisi tubuh, hal ini menunjukkan kerusakan pada neuron motor atas sisi yang berlawanan dari otak (Nugroho, 2011). Maka dampak dari penyakit stroke tersebut menyebabkan kecacatan, keterbatasan fisik, stress, serta depresi sehingga menyebabkan ketergantungan kepada orang lain dan membutuhkan bantuan secara berkesinambungan (Longmore, 2013). Dari kasus tersebut disebutkan bahwa diperlukan latihan untuk melatih ADL agar dapat mengurangi ketergantungan pasien pasca stroke (Syairi, 2013).

#### **D. Tinjauan tentang Activity of Daily Living (ADL)**

##### **1. Definisi *Activity of Daily Living* (ADL)**

*Activity of Daily Living* (ADL) merupakan keterampilan dasar yang dimiliki seseorang untuk merawat dirinya sendiri. ADL juga merupakan aktivitas pokok perawatan diri meliputi ke toilet, makan, berpakaian, berdandan, mandi, dan berpindah tempat (Dewayani & Ayu, 2014).

Jenis *Activity of Daily Living* (ADL) menurut Abraham Maslow yang dikutip dalam Primadayanti (2011), mengemukakan bahwa terdapat lima tingkatan kebutuhan manusia yakni: kebutuhan fisiologis, kebutuhan akan keamanan, kebutuhan akan cinta dan keberadaan, penghargaan, dan aktualisasi diri. Dari kelima kebutuhan ini kebutuhan yang paling mendasar dari setiap manusia adalah kebutuhan fisiologis, seperti makan, air, oksigen, dan mempertahankan suhu tubuh. Menurut Primadayanti (2011), pemenuhan kebutuhan dasar ini dapat diperoleh melalui aktivitas sehari – hari. ADL terbagi menjadi dua yaitu ADL standar dan ADL instrumental sebagai berikut:

- a. ADL standar yang meliputi kemampuan merawat diri seperti makan, berpakaian, buang air besar / kecil, dan mandi.
- b. ADL instrumental meliputi aktivitas yang kompleks seperti memasak, mencuci, menggunakan telepon, dan mempergunakan uang.

## 2. Alat Ukur *Activity of Daily Living* (ADL)

Alat ukur untuk mengetahui tingkat ADL pasien ada beberapa macam salah satunya indeks barthel. Indeks barthel pertama kali diterbitkan oleh Mahoney dan Barthel pada tahun 1965. Indeks barthel merupakan alat ukur yang telah digunakan secara luas pada kasus kecacatan fungsional yang kemudian dikembangkan pada pasien rehabilitasi dan penyakit neuromuskular. Indeks barthel digunakan untuk mengukur sejauh mana seseorang dapat berfungsi secara independen dan memiliki mobilitas dalam aktivitas sehari – hari seperti makan, mandi, berdandan, berganti pakaian, kontrol BAB dan BAK, berpindah, berjalan, dan menaiki tangga (Pertamita, 2017).

Seiring dengan perkembangannya indeks barthel banyak peneliti yang melakukan modifikasi terkait alat tersebut salah satunya menurut Shah et al., terdapat 11 item aktivitas sehari – hari seperti berpindah dari tempat tidur / kursi, ambulasi, ambulasi dengan kursi roda (jika pasien masih menggunakan kursi roda), menaiki tangga, transfer ke toilet, kontrol urin, kontrol buang air besar, mandi, berpakaian, berdandan, dan makan. Setiap item dinilai sesuai dengan kemampuan pasien dalam melakukan ADL.

Menurut Hardywinoto, (2007) mengemukakan bahwa kemauan dan kemampuan untuk melakukan ADL tergantung pada beberapa faktor, yaitu:



a. Umur dan Status Perkembangan

Umur dan status perkembangan seorang klien menunjukkan tanda kemauan dan kemampuan, ataupun bagaimana klien bereaksi terhadap ketidakmampuan melaksanakan ADL (Hardywinoto & Setyabudi, 2007). Semakin bertambah usia seseorang semakin banyak terjadi perubahan pada berbagai sistem dalam tubuh. Perubahan yang terjadi cenderung mengarah pada penurunan berbagai fungsi tubuh (Pranarka, 2006).

b. Kesehatan Fisiologis

Kesehatan fisiologis seseorang dapat mempengaruhi kemampuan partisipasi dalam ADL, contoh sistem nervous mengumpulkan, menghantarkan dan mengolah informasi dari lingkungan. Sistem muskuloskeletal mengkoordinasikan dengan sistem saraf sehingga seseorang dapat merespon sensori yang masuk dengan cara melakukan gerakan (Asmadi, 2008). Gangguan pada sistem ini misalnya karena penyakit, atau trauma injuri dapat mengganggu pemenuhan ADL (Hardywinoto & Setyabudi, 2007).

c. Fungsi Kognitif

Tingkat kognitif dapat mempengaruhi kemampuan seseorang dalam melakukan ADL. Fungsi kognitif menunjukkan proses menerima, mengorganisasikan

dan menginterpretasikan sensor stimulus untuk berpikir dan menyelesaikan masalah. Proses mental memberikan kontribusi pada fungsi kognitif dapat mengganggu dalam berpikir logis dan menghambat kemandirian dalam melaksanakan ADL (Hardywinoto & Setyabudi, 2007). Jika terjadi penurunan fungsi kognitif maka akan berpengaruh negatif atau dapat mengganggu aktivitas sehari – hari (*activity of daily living*) (Amalia, 2017).

d. Fungsi Psikososial

Fungsi psikologi menunjukkan kemampuan seseorang untuk mengingat sesuatu hal yang lalu dan menampilkan informasi pada suatu cara yang realistik. Proses ini meliputi interaksi yang kompleks antara perilaku intrapersonal dan interpersonal. Gangguan pada intrapersonal contohnya akibat gangguan konsep diri atau ketidakstabilan emosi dapat mengganggu dalam tanggung jawab keluarga dan pekerjaan. Gangguan interpersonal seperti masalah komunikasi, gangguan interaksi sosial atau disfungsi dalam penampilan peran juga dapat mempengaruhi dalam pemenuhan ADL (Hardywinoto & Setyabudi, 2007). Selain itu, salah satu masalah pada faktor psikososial pada pasien stroke yakni perubahan citra

tubuh. Perubahan citra tubuh pada pasien stroke berdampak pada gangguan citra tubuh, jika tidak ditangani secara tepat akan menyebabkan depresi pada pasien stroke (Amalia, 2017).

e. Tingkat Stress

Stress merupakan respon fisik nonspesifik terhadap berbagai macam kebutuhan. Faktor yang dapat menyebabkan stress (stressor), dapat timbul dari tubuh atau lingkungan atau dapat mengganggu keseimbangan tubuh. Stressor tersebut dapat berupa fisiologis seperti injuri atau psikologi seperti kehilangan (Hardywinoto & Setyabudi, 2007). Stress merupakan respon fisik non spesifik terhadap berbagai macam kebutuhan. Faktor yang menyebabkan stress disebut stressor, dapat timbul dari tubuh atau lingkungan dan dapat mengganggu keseimbangan tubuh. Stress dibutuhkan dalam pertumbuhan dan perkembangan stress dapat mempunyai efek negatif atau positif pada kemampuan seseorang memenuhi aktivitas sehari-hari (Rasmun, 2004).

9. Status Mental

Status mental menunjukkan keadaan intelektual seseorang. Keadaan status mental akan memberi implikasi pada pemenuhan kebutuhan dasar individu.

Seperti yang diungkapkan oleh Cahya yang dikutip dari Baltes, salah satu yang dapat mempengaruhi ketidakmandirian individu dalam memenuhi kebutuhannya adalah keterbatasan status mental (Hardywinoto & Setyabudi, 2007). Adapun pengkajian fungsi psikososial dilakukan melalui observasi wawancara, dan pemeriksaan status mental. Informasi yang dihimpun melalui fungsi kognitif, psikomotor, pandangan dan penalaran, serta kontak dengan realita (Tamher & Noorkasiani, 2007).

### 3. Penilaian *Activity Daily Living* (ADL)

Status fungsional dinilai dari aktivitas kegiatan sehari-hari melalui kuesioner Barthel Index. Nilai fungsional berarti apa yang dapat dilakukan dan tidak dapat dilakukan oleh tiap individu. Secara umum, nilai fungsional dapat diukur melalui aktivitas sehari-hari dan instrumental aktivitas sehari-hari. Pasien pasca stroke mungkin akan mengalami ketergantungan terhadap suatu aktivitas pada waktu tertentu, seperti mandi. Namun pada pasien pasca stroke yang mengalami ketergantungan bantuan akan membutuhkan bantuan pada setiap aktivitas yang dilakukannya.

Menurut Dewayani & Ayu (2014), aktivitas sehari-hari dikelompokkan menjadi 6 kategori, sebagai berikut :

a. Ambulasi

Ambulasi merupakan perpindahan dari suatu tempat ke tempat lainnya dalam jarak terbatas, mencakup berjalan, dengan kursi roda maupun merangkak.

b. Lokomosi

Lokomosi merupakan aktivitas dimana melakukan perpindahan atau berjalan pada satu level yang sama, pada tanjakan atau pada anak tangga.

c. Transfer

Transfer merupakan pergerakan yang mengakibatkan perpindahan posisi dalam suatu tempat, seperti masuk ke dalam mobil dan lain sebagainya.

d. Berpakaian

Berpakaian adalah suatu aktivitas seorang individu untuk memakai dan melepaskan pakaian.

e. Makan

Makan merupakan aktivitas yang tetap harus dilakukan dan tidak dapat ditinggalkan individu baik yang memiliki keterbatasan melakukannya.

f. Perawatan diri

Perawatan diri merupakan kemampuan individu untuk membersihkan dan berhias diri.

Adapun penilaian hasil dari pelaksanaan ADL Katz S, (1970) dalam

Agung (2006) seperti tercantum pada tabel berikut ini :

No.	Penilaian	Kriteria
6	Mandiri total	Mandiri dalam mandi, berpakaian, pergi ke <i>toilet</i> , berpindah, kontinen dan makan
5	Tergantung paling ringan	Mandiri pada semua fungsi diatas, kecuali salah satu dari fungsi di atas
4	Tergantung ringan	Mandiri pada semua fungsi diatas, kecuali mandi dan satu fungsi lainnya
3	Tergantung sedang	Mandiri pada semua fungsi di atas, kecuali mandi, berpakaian dan satu fungsi lainnya
2	Tergantung berat	Mandiri pada semua fungsi di atas, kecuali mandi, berpakaian, pergi ke <i>toilet</i> , dan satu fungsi lainnya
1	Tergantung paling berat	Mandiri pada semua fungsi di atas, kecuali mandi, berpakaian, pergi ke <i>toilet</i> , berpindah dan satu fungsi lainnya
0	Tergantung total	Tergantung pada 6 fungsi di atas.

Tabel 2.1 Pembacaan Hasil Penilaian ADL