

**HUBUNGAN *SELF MANAGEMENT* DENGAN KUALITAS HIDUP PASIEN PASCA
STROKE DI POLI NEUROLOGI RUMAH SAKIT Tk.II dr. SOEPRAOEN MALANG**

TUGAS AKHIR

**Untuk Memenuhi Persyaratan
Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan**



Oleh:

SAMSUL HIDAYAT

NIM: 185070209111090

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS BRAWIJAYA

MALANG

2019

DAFTAR ISI

HALAMAN PENGESAHAN	Error! Bookmark not defined.
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	Error! Bookmark not defined.
KATA PENGANTAR	Error! Bookmark not defined.
ABSTRAK	Error! Bookmark not defined.
ABSTRACT	Error! Bookmark not defined.
DAFTAR ISI	2
DAFTAR GAMBAR	Error! Bookmark not defined.
DAFTAR TABEL	Error! Bookmark not defined.
DAFTAR LAMPIRAN	Error! Bookmark not defined.
BAB 1	Error! Bookmark not defined.
PENDAHULUAN	Error! Bookmark not defined.
1.1 Latar Belakang.....	Error! Bookmark not defined.
1.2 Rumusan Masalah.....	Error! Bookmark not defined.
1.3. Tujuan Penelitian.....	Error! Bookmark not defined.
1.3.1 Tujuan Umum	Error! Bookmark not defined.
1.3.2 Tujuan Khusus	Error! Bookmark not defined.
1.4 Manfaat Penelitian	Error! Bookmark not defined.
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	Error! Bookmark not defined.
1.4.2 Manfaat Praktis	Error! Bookmark not defined.
BAB 2	Error! Bookmark not defined.
TINJAUAN PUSTAKA	Error! Bookmark not defined.
2.1 Stroke	Error! Bookmark not defined.
2.1.1 Pengertian	Error! Bookmark not defined.
2.1.2 Klasifikasi Stroke.....	Error! Bookmark not defined.
2.1.3 Dampak Stroke Pada Pasien	Error! Bookmark not defined.
2.1.4 Program Rehabilitasi Klien dengan Stroke.....	Error! Bookmark not defined.
2.2 Kualitas Hidup	Error! Bookmark not defined.
2.2.1 Pengertian.....	Error! Bookmark not defined.
2.2.2 Kualitas Hidup Pasien Pasca stroke.....	Error! Bookmark not defined.
2.2.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Pasien Pascastroke	Error!
Bookmark not defined.	
2.2.4 Domain Pengukuran Kualitas Hidup.....	Error! Bookmark not defined.
2.3 <i>Self Management</i>	Error! Bookmark not defined.
2.3.1 Pengertian	Error! Bookmark not defined.
2.3.2 Teori-teori <i>Self Management</i>	Error! Bookmark not defined.
2.3.3 <i>Self-Management</i> Pada Pasien Pasca stroke.....	Error! Bookmark not defined.
2.3.4 Pengukuran <i>Self-Management</i> Pada Pasien Pascastroke.....	Error! Bookmark not defined.
defined.	
2.4 Hubungan <i>Self-management</i> dengan kualitas hidup.....	Error! Bookmark not defined.
BAB 3	Error! Bookmark not defined.
KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN	Error! Bookmark not defined.
3.1 Kerangka Konsep Penelitian	Error! Bookmark not defined.
Gambar 3.1 Kerangka Konsep	Error! Bookmark not defined.
3.2 Hipotesis Penelitian.....	Error! Bookmark not defined.

BAB 4.....	Error! Bookmark not defined.	
METODE PENELITIAN	Error! Bookmark not defined.	
4.1 Rancangan Penelitian	Error! Bookmark not defined.	
4.2 Populasi dan Sampel Penelitian	Error! Bookmark not defined.	
4.2.1 Populasi	Error! Bookmark not defined.	
4.2.2 Sampel	Error! Bookmark not defined.	
4.2.3 Teknik sampling.....	Error! Bookmark not defined.	
4.3 Variabel Penelitian.....	Error! Bookmark not defined.	
4.3.1 Variable Independen	Error! Bookmark not defined.	
4.3.2 Variabel Dependen	Error! Bookmark not defined.	
4.4 Lokasi dan Waktu Penelitian	Error! Bookmark not defined.	
4.4.1 Lokasi Penelitian	Error! Bookmark not defined.	
4.4.2 Waktu Penelitian	Error! Bookmark not defined.	
4.5 Instrumen Penelitian	Error! Bookmark not defined.	
4.5.1 Uji Validitas	Error! Bookmark not defined.	
4.5.2 Uji Reliabilitas	Error! Bookmark not defined.	
4.6 Definisi Operasional.....	Error! Bookmark not defined.	
Tabel 4.3 Definisi Operasional.....	Error! Bookmark not defined.	
4.7 Prosedur Penelitian dan Pengumpulan Data.....	Error! Bookmark not defined.	
4.7.1 Alur Penelitian.....	Error! Bookmark not defined.	
4.7.2 Teknik Pengumpulan Data.....	Error! Bookmark not defined.	
4.8 Pengolahan Data.....	Error! Bookmark not defined.	
4.8.1 Prenalisa.....	Error! Bookmark not defined.	
4.8.2 Analisis Data.....	Error! Bookmark not defined.	
1. Analisis Data Univariat	Error! Bookmark not defined.	
2. Analisis Data Bivariat	Error! Bookmark not defined.	
4.9 Etik Penelitian.....	Error! Bookmark not defined.	
4.9.1 <i>Respect to person</i>	Error! Bookmark not defined.	
4.9.2 <i>Beneficience & non-maleficience</i>	Error! Bookmark not defined.	
4.9.3 <i>Confidentiality</i>	Error! Bookmark not defined.	
4.9.4 <i>Justice</i>	Error! Bookmark not defined.	
BAB 5.....	Error! Bookmark not defined.	
HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS DATA..	Error! Bookmark not defined.	
5.1 Karakteristik Umum Responden	Error! Bookmark not defined.	
5.1.1 Karakteristik Umum Responden Berdasarkan Usia Pasien.....	Error! Bookmark not defined.	Bookmark not defined.
5.1.2 Karakteristik Umum Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Pasien	Error! Bookmark not defined.	Error! Bookmark not defined.
5.1.3 Karakteristik Umum Responden Berdasarkan Status Pekerjaan Pasien	Error! Bookmark not defined.	Error! Bookmark not defined.
5.1.4 Karakteristik Umum Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan Pasien	Error! Bookmark not defined.	Error! Bookmark not defined.
5.1.5 Karakteristik Umum Responden Berdasarkan Jenis Stroke Pasien	Error! Bookmark not defined.	Error! Bookmark not defined.
5.1.6 Karakteristik Umum Responden Berdasarkan Jumlah Serangan.....	Error! Bookmark not defined.	Error! Bookmark not defined.
5.1.7 Karakteristik Umum Responden Berdasarkan Fungsi Extrimitas.....	Error! Bookmark not defined.	Error! Bookmark not defined.
5.1.8 Karakteristik Umum Responden Berdasarkan Penyakit Penyerta	Error! Bookmark not defined.	Error! Bookmark not defined.

5.2	Self Management Pasien Stroke	.....	Error! Bookmark not defined.
5.3	Kualitas Hidup Pasien Stroke	.....	Error! Bookmark not defined.
5.4	Analisis Hubungan <i>Self Management</i> dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke.		Error! Bookmark not defined.
5.5.	Analisis Data Hubungan <i>Self Management</i> (Masing-masing Domain) dengan Kualitas Hidup	.....	Error! Bookmark not defined.
	BAB 6	.....	Error! Bookmark not defined.
	PEMBAHASAN	.....	Error! Bookmark not defined.
6.1	Data Demografi	.....	Error! Bookmark not defined.
6.2	Gambaran tentang <i>Self Management</i> .		Error! Bookmark not defined.
6.3	Gambaran tentang Kualitas hidup	.....	Error! Bookmark not defined.
6.4	Hubungan <i>Self-Management</i> dengan Kualitas Hidup Pasien Paska Stroke di Poli Neurologi Rumah Sakit Tk.II dr. Soepraoen Malang		Error! Bookmark not defined.
6.5	Implikasi Keperawatan	.....	Error! Bookmark not defined.
6.6	Keterbatasan Penelitian	.....	Error! Bookmark not defined.
	BAB 7	.....	Error! Bookmark not defined.
	PENUTUP	.....	Error! Bookmark not defined.
7.1	Kesimpulan	.....	Error! Bookmark not defined.
7.2	Saran	.....	Error! Bookmark not defined.
	DAFTAR PUSTAKA	.....	Error! Bookmark not defined.
	Lampiran 1. Surat Keterangan Bebas Plagiasi		Error! Bookmark not defined.
	Lampiran 2. Kuisisioner Studi Pendahuluan		Error! Bookmark not defined.
	Lampiran 3. Kisi-kisi kuisisioner	.....	Error! Bookmark not defined.
	Lampiran 4. Hasil uji validitas dan reabilitas instrumen		Error! Bookmark not defined.
	Lampiran 5. Penjelasan Untuk Mengikuti Penelitian		Error! Bookmark not defined.
	Lampiran 6. Pernyataan Persetujuan Berpartisipasi Dalam Penelitian		Error!
	Bookmark not defined.		
	Lampiran 7. Kuesioner Penelitian	.....	Error! Bookmark not defined.
	Lampiran 8. Hasil Rekapitulasi Data Demografi dan Kuisisioner Penelitian		Error!
	Bookmark not defined.		
	Lampiran 9. Hasil Uji Normalitas	.....	Error! Bookmark not defined.
	Lampiran 10. Hasil Interpretasi Skala Likert		Error! Bookmark not defined.
	Lampiran 11. Surat Keterangan Layak Etik		Error! Bookmark not defined.
	Lampiran 12. Surat Ijin Melakukan Uji Validitas dan Reliabilitas		Error! Bookmark not defined.
	defined.		
	Lampiran 13. Surat Permohonan Ijin Penelitian dan Pengambilan data		Error!
	Bookmark not defined.		
	Lampiran 14. Surat Pemberitahuan Ijin dari RST ke FK UB		Error! Bookmark not defined.
	defined.		
	Lampiran 15. Surat Pengantar Melaksanakan Penelitian		Error! Bookmark not defined.
	Lampiran 16. Surat Keterangan Telah Melaksnakan Penelitian		Error! Bookmark not defined.
	defined.		
	Lampiran 17. Lembar Konsultasi Tugas Akhir		Error! Bookmark not defined.
	Lampiran 18. Dokumentasi Penelitian	.....	Error! Bookmark not defined.
	Lampiran 19. Time Line	.....	Error! Bookmark not defined.
	Lampiran 20. Daftar Riwayat Hidup	.....	Error! Bookmark not defined.

HALAMAN PENGESAHAN

TUGAS AKHIR

**HUBUNGAN *SELF MANAGEMENT* DENGAN KUALITAS HIDUP PASIEN PASKA
STROKE DI POLI NEUROLOGI RUMAH SAKIT Tk. II dr. SOEPRAOEN MALANG**

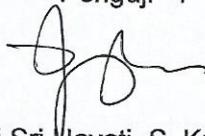
Oleh:

Samsul Hidayat

NIM: 185070209111090

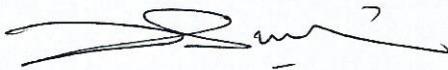
Telah diuji pada
Hari/ Tanggal : Jumat, 27 Desember 2019
Pukul : 13.30 BBW
dan dinyatakan lulus oleh:

Penguji - I



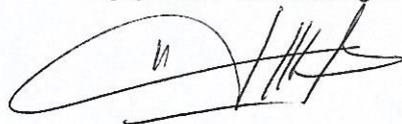
Dr. Yati Sri Hayati, S. Kp., M. Kes.
NIP. 197710052002122002

Penguji - II/ Pembimbing I



Dr. Kuswantoro Rusca Putra, S.Kp., M.Kep.
NIP. 19790522 200502 1 005

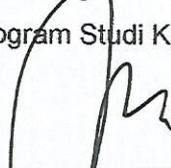
Penguji - III/ Pembimbing II



Ns. Evi Harwiati Ningrum, S.Kep., MHSM.
NIK. 2012018704212001

Mengetahui,

Ketua Program Studi Keperawatan



Ns. Tony Suharsono, S.Kep., M.Kep.
NIP. 198009022006041003

ABSTRACT

Hidayat, Samsul. 2019. ***The Relationship between Self-Management and the Quality of Life of Post-Stroke Patients in Neurology Polyclinic of dr. Soepraoen Tk.II Hospital, Malang.*** Thesis. Nursing Science Study Program, Faculty of Medicine, Universitas Brawijaya. Supervisor: (1) Dr. Kuswanto Rusca Putra, S.Kp., M.Kep. (2) Ns. Evi Harwiati Ningrum, S.Kep., MHSM.

Post-stroke patients require long-term treatment in the maintenance of their health, increased survival in the presence of problems that arise after a stroke affects their quality of life. Efforts that can be done by nurses is how to independent patients for care at home. Therefore this research was conducted with the aim to see a picture of the relationship between *self management* and the quality of life of patients after stroke. The study used a *correlation* and *cross sectional* design, using *purposive sampling* techniques. The total respondents were 105 respondents, the majority of whom were aged 51 years and over, mostly attacking women, not working, having a high school education, ischemic stroke, one-time stroke, paralysis and mostly due to a history of hypertension. Rank Spearman test results show a significant relationship between *self management* and quality of life (P value, $r = 0.609$) with a moderate / sufficient relationship value of 0.000 ($p < 0.05$), which means that there is a relationship between *self management* and the quality of life of patients post stroke control in the neurology clinic Tk.II Dr. Soepraoen Malang Hospital, so that it can be interpreted the better *self management*, the better the quality of life of patients after stroke.

Keywords: Stroke, Self management, Quality of life.

ABSTRAK

Hidayat, Samsul. 2019. ***Hubungan Self-Management dengan Kualitas Hidup Pasien Paska Stroke di Poli Neurologi Rumah Sakit Tk.II dr. Soepraoen Malang.*** Tugas Akhir. Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya . Pembimbing : (1) DR Kuswanto Rusca Putra, S.Kp., M.Kep. (2) Ns. Evi Harwiati Ningrum, S.Kep., MHSM.

Pasien pasca stroke memerlukan penanganan jangka panjang dalam pemeliharaan kesehatannya, peningkatan kelangsungan hidup adanya masalah yang muncul pasca serangan stroke mempengaruhi kualitas hidup mereka. Upaya yang dapat dilakukan perawat adalah bagaimana memandirikan pasien untuk perawatan di rumah. Maka dari itu dilakukan penelitian ini dengan tujuan untuk melihat gambaran hubungan antara *self management* dengan kualitas hidup pasien pasca stroke. Penelitian memakai desain korelasi dan cross sectional, dengan menggunakan tehnik *purposive sampling*. Total responden sebanyak 105 responden yang mayoritas berumur 51 tahun ke atas, sebagian besar menyerang perempuan, tidak bekerja, berpendidikan SLTA, jenis stroke iskemik, serangan stroke satu kali, mengalami kelumpuhan dan kebanyakan karena faktor riwayat hipertensi. Hasil uji *Rank Spearman* menunjukkan hubungan yang signifikan antara *self management* dan kualitas hidup (P value, $r = 0.609$) dengan nilai hubungan yang sedang/ cukup yaitu 0.000 ($p < 0,05$), yang berarti bahwa terdapat hubungan *self management* dengan kualitas hidup pasien pasca stroke yang kontrol di Poliklinik syaraf RS Tk.II dr. Soepraoen Malang, sehingga dapat di artikan semakin baik *self management*, maka semakin baik pula kualitas hidup pasien pasca stroke.

Kata Kunci: *Stroke, Self management, Kualitas hidup*

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Stroke merupakan suatu gangguan disfungsi neurologis akut yang disebabkan oleh gangguan peredaran darah yang terjadi secara mendadak dalam beberapa detik atau jam (Tatali dkk., 2018). Menurut Katan & Luft, (2018), saat ini stroke adalah penyebab utama kedua kematian di seluruh dunia, penyakit jantung iskemik dan stroke bersama-sama menyumbang 15,2 juta kematian pada tahun 2015. Saat ini stroke iskemik menempati jumlah tertinggi dalam kasus stroke, dimana banyak dari kasus kematian stroke dalam proporsi global dan dengan kematian setelah kecacatan didapat dari stroke hemoragik dan kasus tersebut paling banyak terdapat di negara berkembang dengan angka kematian sekitar 80% dengan stroke hemoragik (Katan & Luft, 2018). Dari data tersebut menunjukkan bahwa semua jenis stroke menjadi masalah kesehatan utama terutama di negara berkembang yang menyebabkan beban bagi negara tersebut.

Riskesdas (2018) menyatakan prevalensi stroke di Indonesia cukup tinggi yaitu sekitar 10,9 % dari kategori penyakit non infeksi. Secara regional, prosentase tersebut menunjukkan bahwa di wilayah Jawa Timur angka kejadian stroke berdasarkan diagnosis dokter termasuk yang tertinggi yaitu sebesar 12,4 %, menurut karakter usia dari yang tertinggi yaitu di dari usia 75 tahun ke atas sebesar 50,2 %, kedua di rentang usia 65-74 sebesar 45,3 %, selanjutnya tertinggi ketiga di usia 55-64 sebesar 32,4 % (Balitbangkes, 2018). Data diatas menunjukkan bahwa Jawa timur memiliki penderita stroke yang cukup tinggi dengan rentang usia yang produktif hingga non-produktif.

Di wilayah Malang sendiri berdasarkan data dari RSUD dr Saiful Anwar tahun 2017, angka kunjungan kasus CVA (Stroke) termasuk dalam kategori sepuluh besar kasus rujukan, diantaranya termasuk dalam sepuluh besar kasus/penyakit IGD yaitu sebesar 1,51 %, sepuluh besar penyakit rawat jalan dengan prosentase sebesar 1,86 %, sepuluh besar penyakit rawat inap yaitu sebesar 2,97 %, sepuluh besar diagnosis kematian rawat inap sebesar 9,10 %. (RSUD Dr. Saiful Anwar Malang, 2017) Hal ini menyimpulkan bahwa stroke merupakan kasus yang perlu mendapat perhatian serius di wilayah Malang dalam upaya preventif, kuratif dan rehabilitatif.

Dampak stroke meliputi perubahan kemampuan fisik, emosi, dan kehidupan sosial pasien stroke mempengaruhi peranan sosial seseorang. Randall (2017) menyebutkan bahwa pada satu tahun pasca stroke, sekitar 30% orang yang selamat tetap bergantung pada orang lain untuk kegiatan dasar sehari-hari misalnya: berjalan di dalam ruangan, toileting dan berpakaian, antara 60 dan 80% tidak dapat berjalan dan 31% mengalami depresi di bulan ke enam pasca-stroke, sehingga kecacatan tersebut berdampak pada kemampuan mereka untuk dipekerjakan dan memenuhi peran sosial dan juga menempatkan mereka pada risiko stroke berikutnya. Dampak sosial ekonomi dari semua ini sangat besar, di Uni Eropa setiap tahunnya biaya yang dikeluarkan untuk perawatan stroke sekitar 27 miliar euro, 11,1 miliar lainnya adalah biaya perawatan informal, sebagian besar biaya berhubungan dengan rehabilitasi dan kehidupan pasca stroke dan karena stroke dapat menghasilkan berbagai lesi di bagian otak mana pun, masalah fisik dan psikologis setelah stroke beragam dan masalah lain yang tidak langsung segera ditemukan (Randall, 2017).

Fisik, emosi dan kemampuan sosial adalah komponen utama yang berpengaruh terhadap kualitas hidup terkait kesehatan pada pasien stroke (Yani, 2010). Menurut Hariandja (2013) pasien dengan stroke memiliki tingkat ketergantungan yang meningkat kepada orang lain dalam menjalankan aktivitas kehidupannya sehari-hari seperti makan, minum, mandi, berpakaian, dan sebagainya. Kemandirian dan mobilitas penderita stroke yang berkurang atau bahkan hilang dapat menurunkan kualitas hidup pasien dengan stroke. Begitu besarnya dampak negatif stroke sehingga dapat menurunkan kualitas hidup pasiennya, maka penanganan dan perawatan yang tepat perlu dilakukan untuk mencegah dampak yang lebih besar lainnya.

Kualitas hidup yang didefinisikan sebagai persepsi individu mengenai posisi mereka dalam kehidupan sesuai dengan konteks budaya dan sistem nilai dimana mereka hidup, serta dalam hubungannya dengan harapan, tujuan, standar yang ditetapkan oleh individu tersebut. (Oktowaty dkk., 2017). Kualitas hidup dalam kaitannya dengan kesehatan (HRQOL) mencerminkan dampak kesehatan suatu individu pada sisi fungsi kesehatannya dan persepsi dalam kehidupan yang berbeda aspek (Zhu & Jiang, 2018). Pasien stroke dengan kualitas hidup yang baik memiliki tingkat produktifitas yang baik sehingga tingkat kelangsungan hidup dan kualitas hidup pasien stroke dapat ditingkatkan melalui terapi rehabilitasi yang telah menunjukkan hasil signifikan dari perawatan medis. (Zhu & Jiang, 2018)

WHO Health Information (2019) menyebutkan ada 6 Domain dan aspek yang tergabung dalam domain Kualitas Hidup secara keseluruhan dan Kesehatan Umum yang dijadikan indikator kesehatan, antara lain : kesehatan fisik, psikologis, Tingkat Kemandirian, Hubungan sosial, Lingkungan, dan Spiritual. Sehingga

kualitas hidup dan komponennya perlu diperhatikan terutama pada pasien dengan penurunan fungsi tubuh seperti pasien stroke.

Menurut Handayani dkk.(2018) penatalaksanaan Stroke bertujuan untuk mengurangi kerusakan neurologik lebih lanjut, menurunkan angka kematian dan ketidakmampuan gerak pasien (*immobility*) dan kerusakan neurologik serta mencegah serangan berulang. Penderita stroke tidak dapat disembuhkan secara total namun, dapat diminimalkan kekambuhan, kecacatan dan ketergantungan apabila ditangani dengan baik, oleh karena itu untuk mendapatkan *outcome* terapi yang baik, pada pasien stroke hendaknya dirawat secara komprehensif oleh tenaga kesehatan dari multidisiplin ilmu antara lain dokter, perawat, farmasis dan tenaga kesehatan lain, bahkan keluarga pasien (Handayani dkk., 2018). Oleh karena itu, penatalaksanaan post stroke menjadi yang baik akan mengurangi resiko kecacatan yang juga mempengaruhi kualitas hidup pasien.

Salah satu pendekatan rehabilitatif untuk penyakit kronik seperti stroke adalah dengan menerapkan *self-management* pada pasien. *Self-management* didefinisikan sebagai kemampuan individu untuk mengatur gejala, pengobatan, konsekuensi fisik dan psikis, dan perubahan gaya hidup dengan adanya penyakit kronik.(Lennon dkk., 2013). Secara umum, *self-management* terdiri atas beberapa komponen seperti ketersediaan informasi, pengobatan, *problem-solving*, dan dukungan (Chapman & Bogle, 2014). Tujuan utama program *self-management* adalah untuk mengubah kebiasaan dan mempengaruhi kemampuan individu untuk mengatasi kondisi mereka dan beradaptasi, program ini melatih individu terhadap skill-skill yang mereka perlukan untuk memonitor kondisi mereka, dan menetapkan kesehatan dan persoalan sosial mereka (Lennon dkk., 2013).

Di beberapa penelitian menunjukkan bahwa dengan melakukan *self-management* yang baik bisa menyebabkan peningkatan kemampuan fisik, menurunkan masalah kesehatan, peningkatan perawatan diri, dan memiliki efek yang menguntungkan pada efikasi diri (Jonker dkk., 2009). dalam kasus tertentu, evidence base mendukung keefektifan pelatihan self-management pada masalah diabetes tipe 2, khususnya dalam jangka pendek. Penelitian lebih lanjut diperlukan untuk menilai efektivitas intervensi manajemen diri pada kontrol glikemik berkelanjutan, faktor risiko penyakit kardiovaskular, dan pada akhirnya, penyakit mikrovaskuler dan kardiovaskular serta kepada kualitas hidup (Norris dkk., 2001).

Di salah satu literatur menyebutkan bahwa setelah dilakukan penerapan self management, hasilnya dapat dirasakan setelah pemberian program dikerjakan selama satu tahun, peserta dalam program mengalami peningkatan yang cukup signifikan perkembangannya dalam hal perilaku kesehatan (olahraga, manajemen gejala kognitif, dan komunikasi dengan dokter), self-efficacy, dan status kesehatan (kelelahan, sesak napas, nyeri, fungsi peran, depresi, dan gangguan kesehatan) dan sebagian kecil saja mendapat perawatan ulang di ruang gawat darurat, kunjungan dalam 6 bulan sebelum batas akhir kunjungan, dan sepertiganya dalam 6 bulan sebelum tindak lanjut (Lorig dkk., 2001).

Self efficacy mampu ditingkatkan dengan penerapan program *self management* secara aplikatif dan bukan sekedar pemberian informasi saja, sehingga hasil yang ingin didapat dari upaya pendidikan *self management* tercapai dan mengalami peningkatan serta mampu menekan biaya perawatan. (Bodenheimer dkk., 2002) Hal ini menunjukkan bahwa *self management* perlu diterapkan pada pasien pasca stroke dengan melihat hasil penerapannya di penyakit kronis lain.

Peneliti melakukan studi pendahuluan di Poli Neurologi RSUD dr Saiful Anwar Malang sebagai rumah sakit rujukan utama di kota Malang dan didapatkan data sejumlah 8 orang yang didapatkan hasil responden dengan rata-rata berusia diatas 50 tahun yang kebanyakan mengatakan telah mendapatkan edukasi tentang self management dan hanya 2 orang saja yang belum mendapat edukasi. Kemudian dalam hal kemandirian, sebagian besar responden juga mengatakan sudah mampu untuk melakukan *Activity Daily Living* (ADL) secara mandiri. Untuk pertanyaan mengenai pengenalan tanda gejala stroke 4 responden mengatakan tidak, pengambilan keputusan perawatan dan pengobatan 3 responden tidak mengambil keputusan sendiri, tentang kepuasan pelayanan RS hampir semua puas dengan pelayanan RS hanya 1 orang yang menyatakan tidak puas, terkait dengan kontrol emosi ada dua responden yang belum mampu, untuk kepuasan perasaan tentang kondisi sekarang juga masih ada dua responden yang belum puas, dan pertanyaan terakhir tentang kemampuan mandiri menerapkan manajemen stres jawabannya juga ada dua responden yang menyatakan tidak dalam artian belum mampu menerapkan selebihnya semua jawaban iya atau sudah mampu.

Peneliti juga melakukan studi pendahuluan pada Rumah Sakit Tk.II dr Soepraoen Malang sebagai rumah sakit penerima rujuk balik khususnya di poli Syaraf sebagai lahan akan dipakai untuk penelitian kali ini, dimana untuk kunjungan kasus pasien pasca stroke merupakan salah satu dari delapan kasus utama dan terbesar kunjungannya yang terdapat di poli Syaraf. Rata-rata kunjungan dari pasien pasca stroke di poli Syaraf Rumah Sakit Tk.II dr. Soepraoen Malang antara 250 sampai dengan 300 pasien setiap bulan, pasien yang berkunjung adalah yang sudah melakukan kontrol ulang kedua atau lebih dan

rujuk balik dari rumah sakit rujukan utama seperti RSSA ataupun dari rumah sakit RST sendiri yang sudah melakukan kunjungan lebih dari satu kali.

Pasien pasca stroke belum semuanya mengalami pemulihan dengan intervensi pengobatan, pendidikan kesehatan, dan kunjungan dalam beberapa bulan terakhir. Hal ini dirasa perlu oleh peneliti untuk mendapatkan jawaban tentang kualitas hidup pasien pasca stroke yang akan melakukan penelitian di rumah sakit tipe B yaitu di Poli Neurologi Rumah Sakit Tk.II dr. Soepraoen Malang dan terkait dengan *self-management* pasien itu sendiri. Berdasarkan pentingnya masalah perawatan stroke dan kualitas hidup pasien stroke, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian untuk menguji hubungan antara kualitas hidup pasien dengan penerapan *self-management*.

1.2 Rumusan Masalah

Untuk membuktikan ada tidaknya hubungan antara *self-management* dengan kualitas hidup pasien pasca stroke, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul Hubungan *Self-Management* dengan Kualitas Hidup Pasien Paska Stroke di Poli Neurologi Rumah Sakit Tk.II dr. Soepraoen Malang.

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui hubungan antara *self-management* dengan kualitas hidup pasien pasca stroke.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi pemahaman tentang *self-management* pasien pasca stroke.
2. Mengidentifikasi kualitas hidup pasien pasca stroke.
3. Menganalisa hubungan antara *self-management* dengan kualitas hidup pasien pasca stroke.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini dapat dijadikan referensi tentang pentingnya *self management* yang dilakukan oleh pasien di rumah terhadap peningkatan kualitas hidupnya pada pasien pasca stroke.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Profesi Keperawatan

Sebagai informasi dasar tentang penerapan *self-management* pada penderita stroke, yang dapat dijadikan acuan untuk pengembangan pendidikan kesehatan dan aplikasi

terbaru tentang penerapan *self-management* sebagai upaya peningkatan kualitas hidup pasien pasca stroke.

2. Bagi Institusi/ Rumah Sakit

Hasil penelitian ini dapat di jadikan dasar untuk manajemen rumah sakit dalam mengambil kebijakan terkait dengan program *self management* bagi pasien dan PKRS bagi perawat.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Sebagai acuan untuk meneliti *self-management* bagi peneliti lain, sehingga diharapkan dapat menjadi penunjang untuk perkembangan *self-management* khusus penderita pasca stroke di Indonesia.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Stroke

2.1.1 Pengertian

Stroke adalah sindrom yang terdiri dari tanda dan/atau gejala hilangnya fungsi sistem saraf pusat fokal (atau global) yang berkembang cepat (dalam detik atau menit). Gejala-gejala ini berlangsung lebih dari 24 jam atau menyebabkan kematian. Mekanisme vascular yang menyebabkan stroke dapat diklasifikasikan sebagai emboli atau thrombosis dan hemoragik (WHO, 2006).

Corwin (2009) menyatakan bahwa Cedera Vaskular Serebral (CVS), yang sering disebut stroke atau serangan otak, adalah cedera otak yang berkaitan dengan obstruksi aliran darah otak. Individu yang terutama beresiko mengalami CVS adalah lansia dengan hipertensi, diabetes, hiperkolesterolemia, atau penyakit jantung. Pada CVS, hipoksia serebral yang menyebabkan cedera dan kematian sel neuron terjadi. Inflamasi, yang ditandai dengan pelepasan sitokin proinflamasi, produksi radikal bebas oksigen, dan pembengkakan serta edema ruang interstisial, terjadi pada kerusakan sel dan menyebabkan situasi yang memburuk. Demikian pula, asidosis terjadi akibat hipoksia dan mencederai otak lebih lanjut melalui aktivasi saluran ion neuron yang mendeteksi asam. Pada akhirnya, kerusakan otak terjadi setelah CVS, biasanya memuncak 24 sampai 72 jam setelah kematian sel neuron.

2.1.2 Klasifikasi Stroke

Klasifikasi stroke menurut Corwin (2009) adalah:

a. Stroke Iskemik

Stroke Iskemik terjadi akibat adanya sumbatan arteri yang menuju ke otak, baik sumbatan itu terjadi di pembuluh arteri serebri (thrombus) maupun di pembuluh arteri yang menuju ke otak di area lain (embolus).

1) Stroke Trombotik

Stroke trombotik terjadi akibat adanya oklusi arteri di area otak, yang biasanya disebabkan oleh aterosklerosis berat. Seringkali stroke ini didahului oleh TIA (*Transient Ischemic Attack*/Serangan Otak Sementara) sekali atau lebih sebelum stroke yang sebenarnya terjadi. TIA sendiri adalah gangguan fungsi otak yang singkat akibat hipoksia serebral dan terjadi kurang dari 24 jam.

2) Stroke Embolik

Stroke embolik terjadi akibat oklusi arteri oleh embolus dibagian tubuh selain otak. Hal ini biasanya bersumber dari jantung setelah infark miokardium atau fibrilasi atrium, dan embolus yang merusak arteri karotis komunis atau aorta.

b. Stroke Hemoragik

Stroke ini terjadi akibat lesi vascular intraserebrum mengalami rupture, sehingga terjadi perdarahan di ruang subarachnoid atau langsung ke dalam jaringan otak. Rupturnya pembuluh darah ini menyebabkan iskemia dan hipoksia di jaringan otak. Hal ini disebabkan oleh hipertensi, pecahnya aneurisma, atau malformasi arterio venosa. Hemoragik dalam otak secara signifikan meningkatkan tekanan intracranial, yang

memperburuk cedera otak yang dihasilkannya. Biasanya terjadi ketika seseorang melakukan aktivitas atau saat aktif, namun bisa juga terjadi saat istirahat.

2.1.3 Dampak Stroke Pada Pasien

Menurut National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS, 2003) dalam (Yani, 2010), dampak yang mungkin timbul pada pasien stroke adalah:

a. Paralisis

Paralisis dapat menyebabkan kesulitan dalam aktivitas sehari-hari seperti berjalan, berpakaian, makan, atau menggunakan kamar mandi. Biasanya terjadi unilateral (hemiplegia) dan paralisis terjadi kontralateral dari lesi di hemisfer otak. Beberapa pasien stroke juga mengalami kesulitan saat menelan (disfagia).

b. Defisit fungsi kognitif

Stroke dapat menimbulkan dampak pada penurunan fungsi kognitif seperti proses berfikir, pemusatan perhatian, proses pembelajaran, pembuatan keputusan, maupun daya ingat. Defisit fungsi kognitif yang parah dapat menimbulkan keadaan yang disebut apraksia dan agnosia.

c. Defisit bahasa

Stroke dapat menimbulkan dampak kesulitan dalam memahami (afasia) dan menyusun perkataan (disartria).

d. Defisit emosional

Pasien stroke dapat mengalami kesulitan dalam mengontrol emosi mereka. Depresi sering terjadi pada pasien stroke. Depresi pascastroke dapat menghalangi pemulihan dan rehabilitasi stroke bahkan dapat mengarah pada percobaan bunuh diri.

e. Rasa sakit

Rasa sakit, sensasi aneh, dan rasa kebas pada pasien stroke mungkin disebabkan banyak factor meliputi kerusakan region sensorik otak, sendi yang kaku, atau tungkai yang lumpuh. Rasa sakit tersebut merupakan campuran dari rasa panas, dingin, terbakar, perih, mati rasa, dan rasa tertusuk. Rasa sakit tersebut terasa lebih parah di ekstremitas dan semakin parah dengan perubahan gerak dan temperature terutama dingin.

2.1.4 Program Rehabilitasi Klien dengan Stroke

Menurut Brass (1992) dalam (Hariandja, 2013), terapi yang biasa dilakukan oleh penderita stroke antara lain adalah fisioterapi, terapi okupasi, dan terapi wicara. Hal ini bergantung pada kebutuhan dan gejala yang dimiliki oleh penderita stroke. Terapi tersebut dapat dilakukan satu per satu maupun dipadukan.

Prinsip rehabilitasi menurut Harsono (1996) dalam Purwanti (2016) adalah:

- a. Rehabilitasi dimulai sedini mungkin, bahkan dapat dikatakan bahwa rehabilitasi segera dimulai sejak dokter melihat penderita untuk pertama kalinya.

- b. Tidak ada seorang penderitapun yang boleh berbaring satu hari lebih lama dari waktu yang diperlukan, karena akan mengakibatkan komplikasi.
- c. Rehabilitasi merupakan terapi multidisipliner terhadap seorang penderita dan rehabilitasi merupakan terapi terhadap seorang penderita seutuhnya.
- d. Faktor yang paling penting dalam rehabilitasi adalah kontinuitas perawatan.
- e. Perhatian untuk rehabilitasi lebih dikaitkan dengan sisa kemampuan fungsi neuromuskuler yang masih ada, atau dengan sisa kemampuan yang masih dapat diperbaiki dengan latihan.
- f. Dalam pelaksanaan rehabilitasi termasuk pula upaya pencegahan serangan berulang.
- g. Penderita stroke lebih merupakan subjek rehabilitasi dan bukannya sekadar objek.

Adapun tahap rehabilitasi menurut Purwanti (2008) adalah:

- a. Rehabilitasi stadium akut

Sejak awal tim rehabilitasi medic sudah diikutkan, terutama untuk mobilisasi. Programnya dijalankan oleh tim, biasanya latihan aktif dimulai sesudah prosesnya stabil, 24-72 jam sesudah serangan, kecuali perdarahan. Sejak awal terapi wicara diikut sertakan untuk melatih otot-otot menelan yang biasanya terganggu pada stadium akut.

Psikolog dan pekerja kesehatan sosial untuk mengevaluasi status psikis dan membantu kesulitan keluarga.

b. Rehabilitasi stadium subakut

Pada stadium ini kesadaran membaik, penderita mulai menunjukkan tanda-tanda depresi, fungsi bahasa mulai dapat terperinci. Pada post stroke pola kelemahan ototnya menimbulkan hemiplegi posture. Kita berusaha mencegahnya dengan cara pengaturan posisi, stimulasi sesuai kondisi klien.

c. Rehabilitasi stadium kronik

Pada saat ini terapi kelompok telah ditekankan, dimana terapi ini biasanya sudah dapat dimulai pada akhir stadium sub akut. Keluarga penderita lebih banyak dilibatkan, pekerja medik sosial, dan psikolog harus lebih aktif. Menurut Purwanti (2008) program rehabilitasi segera dijalankan oleh tim, biasanya aktif dimulai sesudah prosesnya stabil, 24-72 jam sesudah serangan kecuali pada perdarahan. Tindakan mobilisasi pada perdarahan subarachnoid dimulai 2-3 minggu sesudah serangan. Latihan gerakan sendi anggota badan secara pasif 4 kali sehari untuk mencegah kontraktur.

Adapun langkah-langkah mobilisasi dalam rehabilitasi menurut Purwanti (2016) ini meliputi :

- a. Pelaksanaan mobilisasi dini posisi tidur.
 - Berbaring terlentang

Posisi kepala, leher, dan punggung harus lurus. Letakkan bantal dibawah lengan yang lumpuh secara hati-hati, sehingga bahu terangkat ke atas dengan lengan agak ditinggikan dan memutar ke arah luar, siku dan pergelangan tangan agak ditinggikan. Letakkan pula bantal dibawah paha yang lumpuh dengan posisi agak memutar ke arah dalam, lutut agak ditekuk.

- Miring ke sisi yang sehat

Bahu yang lumpuh harus menghadap ke depan, lengan yang lumpuh memeluk bantal dengan siku di luruskan. Kaki yang lumpuh diletakkan di depan, di bawah paha dan tungkai diganjal bantal, lutut ditekuk.

- Miring ke sisi yang lumpuh

Lengan yang lumpuh menghadap ke depan, pastikan bahwa bahu penderita tidak memutar secara berlebihan. Tungkai agak ditekuk, tungkai yang sehat menyilang di atas tungkai yang lumpuh dengan diganjal bantal.

b. Latihan gerak sendi (*Range of motion*)

(1) Anggota Gerak Atas

(a) Fleksi dan ekstensi

Dukung lengan dengan pergelangan tangan dan siku, angkat lengan lurus melewati kepala klien, istirahatkan lengan terlentang diatas kepala di tempat tidur.

(b) Abduksi dan adduksi

Dukung lengan di pergelangan dengan telapak tangan dan siku dari tubuhnya klien, geser lengan menjauh menyamping dari badan, biarkan lengan berputar dan berbalik sehingga mencapai sudut 90 derajat dari bahu.

(c) Siku fleksi dan ekstensi

Dukung siku dan pergelangan tangan, tekuk lengan klien sehingga lengan menyentuh ke bahu, luruskan lengan ke depan.

(d) Pergelangan tangan

Dukung pergelangan tangan dan tangan klien dan jari-jari dengan jari yang lain; tekuk pergelangan tangan ke depan dan menggenggam, tekuk pergelangan tangan ke belakang dan tegakkan jari-jari, gerakkan pergelangan tangan ke lateral.

(e) Jari fleksi dan ekstensi

Dukung tangan klien dengan memegang telapak tangan, tekuk semua jari sekali, luruskan semua jari sekali.

(2) Anggota gerak bawah :

(a) Pinggul fleksi

Dukung dari bawah lutut dan tumit klien, angkat lutut mengarah ke dada, tekuk pinggul sedapat mungkin, biarkan lutut menekuk sedikit atau dengan toleransi klien.

(b) Pinggul fleksi (kekuatan)

Dukung dari bawah lutut dan tumit klien, mengangkat kaki klien diluruskan setinggi mungkin, pegang sampai hitungan kelima.

(c) Lutut fleksi dan ekstensi

Dukung kaki bila perlu tumit dan belakang lutut, tekuk setinggi 90 derajat dan luruskan lutut.

(d) Jari kaki fleksi dan ekstensi

Dukung telapak kaki klien, tekuk semua jari menurun dan dorong semua jari ke belakang.

(e) Tumit inversi dan eversi

Dukung kaki klien di tempat tidur dengan satu tangan dan pegang telapak kaki dengan tangan yang lain, putar telapak kaki keluar, putar telapak kaki ke dalam.

(3) Latihan duduk

Latihan di mulai dengan meninggikan letak kepala secara bertahap untuk kemudian dicapai posisi setengah duduk dan pada akhirnya posisi duduk. Latihan duduk secara aktif sering kali memerlukan alat bantu, misalnya trapeze untuk pegangan penderita.

2.2 Kualitas Hidup

2.2.1 Pengertian

Kualitas hidup adalah ukuran konseptual atau operasional yang sering digunakan dalam situasi penyakit kronik sebagai cara untuk menilai dampak terapi pada pasien. Pengukuran konseptual mencakup

kesejahteraan, kualitas kelangsungan hidup, kemampuan seseorang untuk secara mandiri melakukan kegiatan sehari-hari (Montazeri dkk., 1996 dalam Brooker 2008).

Kualitas hidup dapat menjadi istilah yang umum untuk menyatakan status kesehatan, meskipun istilah ini juga memiliki makna khusus yang memungkinkan penentuan ranking penduduk menurut aspek objektif maupun subjektif pada status kesehatan mereka. Kualitas hidup yang berkaitan dengan kesehatan/ *health-related quality of life* (HQL) mencakup keterbatasan fungsional yang bersifat fisik maupun mental, dan ekspresi positif kesejahteraan fisik, mental, serta spiritual. HQL dapat digunakan sebagai sebuah ukuran integratif yang menyatukan mortalitas dan morbiditas, serta merupakan indeks berbagai unsur yang meliputi kematian, morbiditas, keterbatasan fungsional, serta keadaan sehat sejahtera (Gibney dkk, 2008).

WHO Health Information, (2019) menyebutkan ada enam domain luas kualitas hidup, dan dua puluh empat aspek yang ditunjukkan di bawah ini. Empat item disertakan untuk setiap aspek, serta empat item umum yang mencakup kualitas hidup dan kesehatan keseluruhan subjektif. Domain dan aspek yang tergabung dalam domain kualitas hidup secara keseluruhan dan Kesehatan Umum yaitu antara lain :

1. Kesehatan fisik

- Energi dan kelelahan
- Rasa sakit dan tidak nyaman
- Istirahat tidur

2. Psikologis

- Citra dan penampilan tubuh
- Perasaan negatif
- Perasaan positif
- Harga diri
- Berpikir, belajar, memori dan konsentrasi

3. Tingkat Kemandirian

- Mobilitas
- Aktivitas hidup sehari-hari
- Ketergantungan pada bahan obat dan bantuan medis
- Kapasitas kerja

4. Hubungan sosial

- Hubungan pribadi
- Dukungan sosial
- Aktivitas seksual

5. Lingkungan Hidup

- Sumber keuangan
- Kebebasan, keselamatan dan keamanan fisik
- Perawatan kesehatan dan sosial: aksesibilitas dan kualitas
- Lingkungan rumah
- Peluang untuk memperoleh informasi dan keterampilan baru
- Partisipasi dalam dan peluang untuk rekreasi

- Lingkungan fisik (polusi / kebisingan / lalu lintas / iklim)
- transportasi

6. Spiritualitas / Agama / Kepercayaan Pribadi

- Keyakinan Agama / Spiritualitas / Pribadi (Satu sisi)

2.2.2 Kualitas Hidup Pasien Pasca stroke

Banyak faktor yang mempengaruhi individu dalam menyesuaikan diri untuk kehidupan mereka setelah mengalami serangan stroke. Latar belakang sosial, gangguan neurologis, masa waktu serangan dan evaluasi stroke, kecacatan, masalah kognitif, suasana hati, mekanisme coping, dan dukungan sosial sangat penting sebagai prediktor penilaian kualitas hidup (Carod dkk., 2009).

Dibandingkan dengan orang yang belum mengalami stroke, penderita stroke mengeluhkan rasa kesejahteraan yang lebih rendah, dan lebih cenderung hidup dengan rasa ketergantungan yang lebih besar. Umur, ras selain kulit putih, komorbiditas dan fungsi ekstremitas atas berkurang kemampuannya terkait peran fisik yang buruk. Kelelahan pasca stroke memiliki hubungan yang signifikan dengan *ADL* dan penilaian kualitas hidup, dan mungkin dikacaukan oleh gejala depresi dan kelemahan motorik (Carod dkk., 2009).

2.2.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Pasien

Pascastroke

Larsen dkk. (2005) menyatakan dalam penelitiannya yang berjudul "*Factors Influencing Stroke Survivors Quality of Life During Sub Acute Recovery*" bahwa factor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien

pasca stroke adalah umur, gender, level pendidikan, tipe stroke, tangan dominan, penurunan fungsi motoric ekstremitas atas, dan komorbiditas. Dengan umur dan gender sebagai pengaruh yang kuat, yakni orang yang berumur lebih tua cenderung memiliki kualitas hidup yang rendah dibanding orang yang lebih muda, demikian juga laki-laki cenderung memiliki kualitas hidup yang rendah dibanding perempuan.

Berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Kwon dkk., (2006), mereka menyatakan bahwa kualitas hidup pasien pascastroke tidak berhubungan dengan umur, gender, level pendidikan, status pernikahan, dan adanya faktor resiko (seperti diabetes dan hipertensi), lateralisasi lesi, lokasi lesi, atau sub tipe stroke. Namun yang mempengaruhi kualitas hidup pada pasien stroke menurut mereka adalah adanya depresi, *central post stroke pain* (CPSP), ketergantungan dalam aktivitas sehari-hari, disfungsi motoric, status ekonomi rendah, dan tidak bekerja. Ketergantungan dalam aktivitas sehari-hari dan disfungsi motoric juga telah dibuktikan mempengaruhi kualitas hidup pasien pascastroke pada penelitian sebelumnya (Kwon dkk., 2006).

Sedangkan Kim dkk. (2005) membedakan faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien pascastroke pada tingkatan umur muda dan tua. Mereka menyatakan bahwa pada penderita stroke usia muda, kualitas hidupnya dipengaruhi oleh disfungsi motorik, afasia, disartria, disfagia, dan tidak bekerja. Pengguna alkohol dilihat mempunyai kualitas hidup yang lebih tinggi pada usia muda.

Pada penderita stroke yang berusia lanjut, kualitas hidupnya dipengaruhi oleh status ekonomi yang rendah, tidak bekerja, stroke supratentorial, disfungsi motoric, stroke sirkulasi anterior, adanya diabetes mellitus, afasia, disartria, disfagia, defek lapang pandang, kejang post stroke, dan depresi. Sedangkan pengonsumsi rokok dan alkohol dilihat mempunyai kualitas hidup yang lebih tinggi (Kim dkk., 2005).

2.2.4 Domain Pengukuran Kualitas Hidup

Berdasarkan kuesioner yang dikembangkan oleh Williams dkk. (1999) menyebutkan bahwa untuk membentuk domain dan validitas isi, mereka menginterview 34 pasien stroke untuk mengidentifikasi domain umum yang mempengaruhi kuesioner kualitas hidup terkait kesehatan pada pasien stroke. Selama 1-6 bulan interview (setelah stroke), mereka ditanya tentang 3 area yang hampir selalu dipengaruhi oleh stroke mereka. Tiga kumpulan respon ini akhirnya dikembangkan dalam skala likert 5-poin, yaitu:

- a. Jumlah bantuan yang dibutuhkan untuk melakukan tugas spesifik, berkisar dari tanpa bantuan sampai bantuan total.
 - b. Jumlah hambatan yang dialami ketika mencoba melakukan suatu tugas, berkisar antara tidak dapat melakukan sama sekali sampai tidak ada hambatan sama sekali.
 - c. Derajat persetujuan dengan pernyataan berhubungan dengan fungsional mereka, berkisar dari sangat setuju sampai sangat tidak setuju.
- Setelah melakukan beberapa kali uji validitas, reliabilitas, dan responsivitas, didapatkan kesimpulan akhir dari domain kuesioner kualitas

hidup khusus stroke sebanyak 12 domain, yaitu kekuatan, peran keluarga (didefinisikan sebagai kebutuhan pasien dalam melakukan pekerjaan terhadap keluarga), bahasa, mobilisasi, *mood, personality, self-care*, peran sosial (didefinisikan sebagai hubungan dan aktivitas pasien dengan teman di luar rumah), pemikiran, fungsi ekstremitas atas, penglihatan, dan produktivitas kerja.

2.3 Self Management

2.3.1 Pengertian

Self-management didefinisikan dalam cara yang berbeda-beda, tetapi secara umum hal ini dideskripsikan sebagai kemampuan individu untuk mengatur gejala-gejala, pengobatan, konsekuensi fisik dan psikis, dan perubahan gaya hidup yang melekat pada kehidupan seseorang dengan penyakit kronis (Lennon dkk., 2013).

Self-management diartikan sebagai sebuah penguatan bagi individu dengan penyakit kronik sebaik cara untuk meningkatkan status kesehatan dan mengurangi besarnya biaya perawatan kesehatan (Chaplin dkk., 2012).

2.3.2 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,

sistem kesehatan, dukungan *self-management*, *delivery system design*, dukungan keputusan, dan sistem informasi klinis.

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. 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 of control didikotomikan menjadi dua, yaitu internal dan eksternal. 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 control* menandakan sebuah 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 TransTheoretical Model of Change

Teori ini dalam hal perubahan kebiasaan digunakan untuk mengklasifikasikan tingkatan-tingkatan yang berbeda atas kesiapan motivasi untuk berubah. *The Transtheoretical 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, dan kepatuhan pengobatan pada kondisi seseorang dengan penyakit kronis.

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 (1997). 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.

2.3.3 *Self-Management* Pada Pasien Pasca stroke

Boger, (2014) menyatakan bahwa prinsip utama dari intervensi *self-management* pada stroke adalah bahwa sebagai seseorang yang meningkatkan kemampuan koping untuk menyesuaikan diri dan mengatur kehidupan mereka pasca stroke, perasaan atas kontrol 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 koping dengan

konsekuensi jangka panjang pada stroke, manajemen kelelahan, dan kepercayaan diri mengiringi stroke dengan adanya *self-management*.

Beberapa studi menyelidiki intervensi *self-management* pada stroke. Tiga percobaan kontrol secara acak, 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).

2.3.4 Pengukuran *Self-Management* Pada Pasien Pascastroke

Pengukurun *Self-Management* ini menggunakan *The Southampton Stroke Self-Management Questionnaire* yang memuat 28 pertanyaan, yang setiap item di dalamnya bisa dideskripsikan sebagai sebuah attitude, behaviour, atau skill yang menyediakan informasi tentang kompetensi *self-management* seorang individu (Boger, 2015). Adapun kuesioner ini mengukur empat domain dari penderita pascastroke, yaitu kapasitas, kepercayaan diri dalam berinteraksi, strategi, dan bimbingan oleh profesional kesehatan. Berikut ini adalah penjelasannya:

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

- b. 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. Bimbingan oleh profesional 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. 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*.

2.4 Hubungan *Self-management* dengan kualitas hidup

Purwanti, (2016) menjelaskan bahwa masalah yang muncul pada klien stroke seperti hipertensi pada rongga otak, sistem pernapasan dan obstruksi kardiovaskular, kegagalan fungsi bahasa, tendon dan kegagalan artikulasi yang menyebabkan kelemahan atau timpang. Klien stroke perlu penanganan yang baik untuk mencegah kelainan fisik dan mental pada usia produktif atau lanjut usia yang menyebabkan seseorang menjadi tidak produktif bahkan yang mungkin menjadi tergantung pada orang lain dan membebani keluarga mereka, untuk itu klien pasca stroke perlu memulai

rehabilitasi seperti mobilisasi sebelumnya (Purwanti, 2016). Pasien yang selamat dari stroke mungkin merasa sulit untuk menyerap dan memahami informasi dan saran, yang mungkin sebagian pasien terus-menerus meminta informasi atau merasa kurang informasi. Perawat harus peka terhadap pasien dalam rangka pemulihannya melalui pengamatan dan dengan mengeksplorasi keyakinan mereka (Joice, 2012).

Joice (2012) mengatakan semakin banyak orang yang pulih dari stroke sebagai hasil dari peningkatan pengetahuan klinis dan kemajuan dalam perawatan. Pasien pasca stroke diharuskan tidak hanya untuk mengelola gangguan jangka panjang yang disebabkan oleh stroke, tetapi juga pemulihan mereka yang berkelanjutan; oleh karena itu self management tepat diberikan untuk memungkinkan pasien pasca stroke untuk perawatan diri, mengurangi risiko kekambuhan stroke, dan memaksimalkan pemulihan dan rehabilitasi mereka (Joice, 2012).

Carod dkk. (2009) Mengemukakan peningkatan kelangsungan hidup dan adanya masalah yang cukup berarti pada penderita stroke jangka panjang berdampak pada kualitas hidup mereka. Disabilitas dan depresi pasca stroke menentukan derajat kualitas hidup mereka. Penentu lain termasuk jenis kelamin perempuan, strategi koping, dan dukungan sosial. Depresi pasca stroke mempengaruhi kualitas, pemulihan fungsional, fungsi kognitif, dan penggunaan layanan kesehatan pada penderita stroke (Carod dkk., 2009). Tingkat perbaikan fisik dan psikososial memberi dampak yang besar pasca stroke.

Langkah-langkah spesifik telah dikembangkan untuk menilai kualitas hidup pada penderita stroke, bahkan setelah pemulihan

kemampuan fisik dan setelah serangan stroke, gejala depresi yang signifikan muncul dan kurangnya dukungan sosial terkait dengan status kesehatan yang menurun (Carod dkk., 2009). Oleh karena itu peneliti ingin melihat hubungan *self management* dengan kualitas hidup pasien pasca stroke.

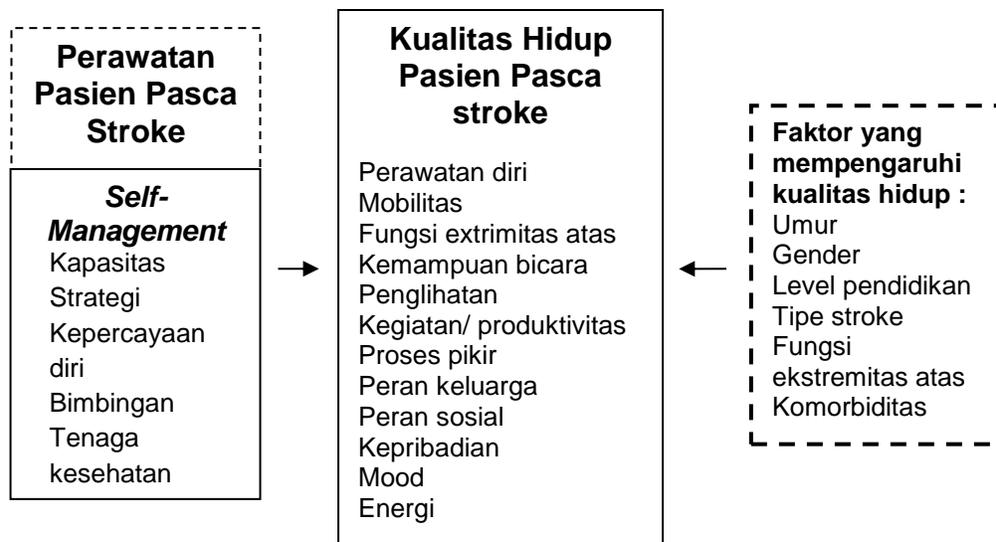
BAB 3

KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep Penelitian

Penelitian ini mengkaji dua variabel, 1 variabel bebas (independen) dan satu variabel terikat (dependen). Variabel bebas adalah variabel yang bisa dimanipulasi, diamati, dan diukur untuk diketahui hubungannya atau pengaruhnya terhadap variabel terikat. Sedangkan variabel terikat adalah variabel yang nilainya ditentukan oleh variabel bebas. Variabel bebas dalam penelitian ini adalah *self management*, sedangkan variabel terikatnya adalah kualitas hidup, yang diuji pada pasien pasca stroke.

Gambar 3.1 Kerangka Konsep



Pasien pasca stroke mengalami gangguan jangka panjang akibat dampak dari penyakit stroke yang mereka derita. Selain mengalami paralitik atau gangguan kelumpuhan, mereka mengalami gangguan aktifitas, defisit perawatan diri, defisit komunikasi, masalah emosional dan

sebagainya. Ditinjau dari kualitas hidup, dampak itu secara teori dari William dkk. (1999) meliputi perawatan diri, mobilitas, fungsi ekstrimitas atas, kemampuan bicara, penglihatan, kegiatan/ produktivitas, proses pikir, peran keluarga, peran sosial, kepribadian, mood dan energi. Faktor lain yang mempengaruhi kualitas hidup antara lain yaitu umur, gender, level pendidikan, tipe stroke, fungsi ekstremitas atas dan komorbiditas.

Berbagai hal tersebut hal bila tidak segera diatasi akan menimbulkan masalah serius baik dibidang kesehatan mereka maupun dalam hal dukungan. Oleh karena itu diperlukan *self-management* sebagai upaya peningkatan coping untuk menyesuaikan diri dan mengatur kehidupan mereka pasca stroke, mengatur perasaan atas kontrol mereka dan peningkatan kualitas hidup yang meliputi domain pengukuran kapasitas, strategi, kepercayaan diri dan bimbingan Tenaga kesehatan (Boger, 2014).

3.2 Hipotesis Penelitian

Ada hubungan antara *self-management* dengan kualitas hidup pasien pascastroke.

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain korelatif dan menggunakan pendekatan *cross sectional* yang bertujuan menganalisis hubungan antara *self management* dengan kualitas hidup pasien paska stroke di Poli Neurologi Rumah Sakit Tk.II dr. Soepraoen Malang.

4.2 Populasi dan Sampel Penelitian

4.2.1 Populasi

Populasi yang dijadikan pengamatan dalam penelitian ini adalah semua pasien paska stroke yang kontrol ulang di poli Neurologi Rumah Sakit Tk.II dr. Soepraoen Malang yang berjumlah rata-rata 250 per bulan orang yang diperoleh berdasarkan dari hasil studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti pada tanggal 5 Agustus 2019.

4.2.2 Sampel

Sampel yang di ambil dalam penelitian ini adalah pasien paska stroke yang kontrol di poli Neurologi Rumah Sakit Tk.II dr. Soepraoen Malang yaitu sebanyak 105 responden, yang dipilih dengan memenuhi kriteria inklusi sebagai berikut:

- a. Penderita yang masih dapat berkomunikasi dengan baik.
- b. Penderita yang tidak mengalami gangguan kognitif berat.

Pengambilan besar sampel dalam penelitian ini yaitu berdasarkan rumus Slovin (Putra *dkk.*, 2013).

Rumus Slovin:

$$n = \frac{N}{1 + N (e)^2}$$

$$n = \frac{250}{1 + 250 (0,1)^2}$$

$$n = \frac{250}{1 + 250 (0,01)}$$

$$n = \frac{250}{1 + 2,5}$$

$$n = \frac{250}{3,5}$$

$$n = 71,428571428 = 72 \text{ orang}$$

Keterangan:

n = jumlah sampel

N = jumlah populasi

e = batas toleransi kesalahan (0,05)

4.2.3 Teknik sampling

Penelitian ini termasuk *non probability sampling* dengan teknik pengambilan sampel pada penelitian ini adalah *purposive sampling*. *Purposive sampling* yang dilakukan dengan cara mengidentifikasi sumber variasi yang penting dari populasi. Berikutnya memilih kasus sesuai sumber variasi tersebut sesuai dengan kriteria inklusi penelitian yang dimasukkan dalam penelitian sampai jumlah subjek yang diperlukan terpenuhi.

4.3 Variabel Penelitian

Identifikasi variabel meliputi variabel independen dan variabel dependen yang dapat dijelaskan sebagai berikut :

4.3.1 Variable Independen

Variabel independen dalam penelitian ini adalah *self management* pasien paska stroke yang kontrol di poli Neurologi Rumah Sakit Tk.II dr. Soepraoen Malang.

4.3.2 Variabel Dependen

Variabel independen dalam penelitian ini adalah kualitas hidup pasien paska stroke yang kontrol di poli Neurologi Rumah Sakit Tk.II dr. Soepraoen Malang.

4.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

4.4.1 Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di poli Neurologi Rumah Sakit Tk.II dr. Soepraoen yang beralamat di Jl. Sodanco Supriyadi No. 22 Malang.

4.4.2 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan mulai tanggal 19 November sampai dengan 5 Desember 2019.

4.5 Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan kuisisioner, terdiri dari 3 bagian yaitu :

1. Delapan pertanyaan mengenai data karakteristik responden/pasien antara lain usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status pekerjaan, jenis stroke, jumlah serangan, fungsi ektrimitas atas dan ada tidaknya penyakit penyerta.
2. SSSMQ (*The Southampton Stroke Self-Management Questionnaire*) terdiri dari 28 pertanyaan yang terbagi dalam 4 domain dan 6 pilihan jawaban skala likert. (Emma J. Boger et al., 2015) Pertanyaan nomor 1-9 adalah pertanyaan dengan domain kapasitas, nomor 10-15 adalah domain kepercayaan diri dalam berinteraksi, nomor 16-21 adalah domain strategi, dan nomor 22-28 adalah domain bimbingan professional kesehatan. Masing-masing pertanyaan terdapat 6 pilihan jawaban skala likert dengan skor yaitu :

Tabel 4.1 Skala Likert SSSMQ

Skala Likert	Skor Item Positif	Skor Item Negatif
Selalu benar	1	6
Sering benar	2	5
Kadang-kadang benar	3	4
Kadang-kadang salah	4	3
Sering salah	5	2
Selalu salah	6	1

Sedangkan untuk kisi-kisi kuisisioner SSSMQ terlampir.

3. Untuk variable kualitas hidup peneliti menggunakan kuesioner SSQOL (*Stroke-Spesific Quality Of Life*) short version, memuat 12 domain dengan 12 pertanyaan dan 5 pilihan jawaban skala likert. (Post et al., 2011) 12 domain itu terdiri dari : perawatan diri, mobilitas, fungsi extrimitas atas, kemampuan bicara, penglihatan, kegiatan/ produktivitas, proses pikir, peran keluarga, peran

sosial, kepribadian, mood, dan energi. Pertanyaan terbagi dalam dua set jawaban skala likert dengan skore sebagai berikut :

Tabel 4.2 Skala Likert SSQOL

Set Jawaban	Skala Likert	Skor Item Positif
1 (item: 1-6)	Tidak bisa melakukan sama sekali	1
	Banyak masalah	2
	Beberapa masalah	3
	Sedikit masalah	4
	Tidak masalah sama sekali	5
2 (Item 7-12)	Sangat setuju	1
	Setuju	2
	Kadang setuju kadang tidak setuju	3
	Tidak setuju	4
	Sangat tidak setuju	5

4.5.1 Uji Validitas

Uji validitas untuk kedua instrument yaitu dilaksanakan dengan menggunakan responden sejumlah sekitar 20 orang di luar sample, yaitu penderita stroke yang berada di poli Neurologi Rumah Sakit Tk.II dr. Soepraoen Malang.

Setelah dinyatakan valid oleh pembuat kuesioner, berdasarkan uji validitas yang dia lakukan di luar negeri, kedua kuesioner ini diuji validitasnya kembali untuk memastikan bahwa kuesioner ini juga valid jika digunakan di Indonesia.

Hasil uji validitas terhadap kuesioner SSSMQ (*The Southampton Stroke Self-Management Questionnaire*) dan SSQOL (*Stroke Specific Quality of Life*) terlampir.

Hasil setelah dilakukan uji validitas pada kuisisioner SSMQ dan SSQOL. Setelah dilakukan uji validitas ulang, ternyata semua pertanyaan dari kuesioner SSSMQ dan SSQOL valid, hasil uji validitas pada semua item memiliki nilai *P value* < 0,05.

4.5.2 Uji Reliabilitas

Sama seperti validitas instrument yang diuji kembali, reliabilitas instrumen juga diuji kembali untuk memastikan reliabilitasnya jika digunakan di Indonesia, alat ukur dianggap reliable jika skor *Cronbach's alpha*-nya lebih dari 0,6, dan dianggap sangat reliable jika skornya melebihi 0,8. Adapun hasil uji reliabilitas pada kuesioner SSSMQ dan SSQOL terlampir. Skor reliabilitas dari keseluruhan item SSMQ sebesar 0,947 dan skor dari item SSQOL sebesar 0,925, maka semua item SSSMQ dan SSQOL sudah sangat reliabel untuk dijadikan alat ukur.

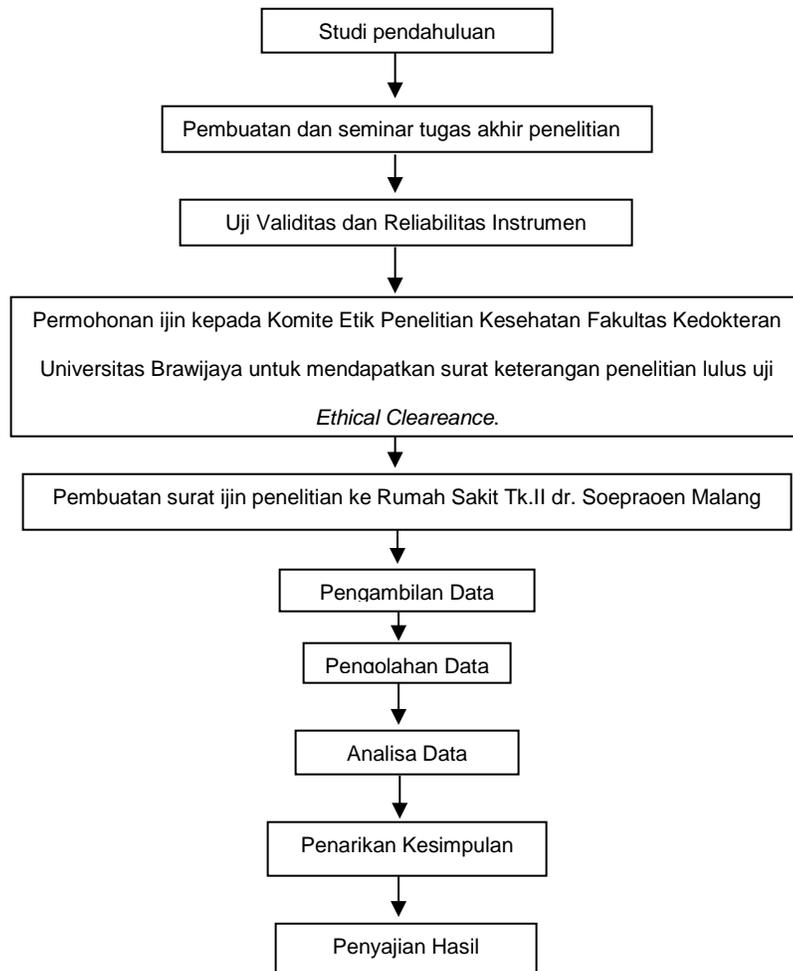
4.6 Definisi Operasional

Tabel 4.3 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Hasil Ukur
<i>Self management</i> sebagai variabel independent	Kemampuan pasien untuk mengatur gejala-gejala, pengobatan, kensekuensi fisik dan psikis, dan perubahan gaya hidup yang melekat pada kehidupannya dengan stroke.	<ul style="list-style-type: none"> - Kapasitas - Strategi - Kepercayaan diri - Bimbingan Profesional kesehatan 	Kuesioner SSSMQ (<i>The Southampton Stroke Self-Management Questinnaire</i>) (Emma J. Boger dkk., 2015)	Interval	Rentang skor domain <ul style="list-style-type: none"> - Domain kapasitas = 9-54 - Domain Strategi = 7-42 - Domain Kepercayaan Diri = 6-36 - Domain Bimbingan Profesional Kesehatan = 6-36 Skor total dari keseluruhan domain 28-168.
<i>Kualitas hidup pasien paska stroke</i> sebagai variabel dependent	Kualitas hidup adalah ukuran konseptual atau operasional digunakan dalam situasi penyakit kronik sebagai cara untuk menilai dampak terapi pada pasien dalam memenuhi kebutuhan biologis, psikologis, sosial dan emosional.	<ul style="list-style-type: none"> - Perawatan diri - Mobilitas - Fungsi extrimitas atas - Kemampuan bicara - Penglihatan - Kegiatan/ produktivitas - Proses pikir - Peran keluarga - Peran sosial - Kepribadian - Mood - Energi 	Kuesioner SS-QoL (Stroke Specific Quality of Life) short version. (Post dkk., 2011)	Interval	Rentang skor domain dan skor total dengan rentang nilai terendah 12 - 60

4.7 Prosedur Penelitian dan Pengumpulan Data

4.7.1 Alur Penelitian



Gambar 4.1. Alur Penelitian

4.7.2 Teknik Pengumpulan Data

Data yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan data primer yang didapat dari responden dengan kuesioner sebagai instrumen penelitian. Teknik pengumpulan data dilakukan dengan cara sebagai berikut :

- Peneliti menentukan responden adalah pasien paska stroke yang kontrol di poli Neurologi Rumah Sakit Tk.II dr. Soepraoen Malang, yang dipilih dengan memenuhi kriteria inklusi sebanyak 105 orang yang memenuhi kriteria inklusi.

- Peneliti menjelaskan maksud, tujuan, serta manfaat penelitian dan meminta responden untuk menandatangani lembar informed consent sebagai bukti bahwa responden bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian.
- Peneliti menjelaskan petunjuk pengisian kuisisioner.
- Peneliti membagikan kuisisioner kepada responden.
- Peneliti mengumpulkan kuisisioner yang telah diisi.
- Peneliti melakukan analisa data dan mengolah data yang didapat dari hasil kuisisioner.

4.8 Pengolahan Data

Setelah data untuk penelitian terkumpul, maka peneliti akan melakukan pengolahan data dengan tahapan sebagai berikut :

4.8.1 Prenalisa

1. Memeriksa Data (*Editing*)

Langkah pertama dalam pengolahan data adalah pemeriksaan (*editing*), yaitu memeriksa data hasil pengumpulan data yang berupa daftar pertanyaan, kartu, buku register, dan lain-lain. Kegiatan pemeriksaan ini meliputi perhitungan dan penjumlahan serta koreksi.

2. Memberi kode (*Coding*)

Peneliti memberikan kode berupa angka pada masing-masing jawaban sehingga memudahkan peneliti dalam menganalisa data, diantaranya :

Data Demografik :

1. Umur :

- 20-30 tahun : Kode 1
- 31-40 tahun : Kode 2
- 41-50 tahun : Kode 3
- > 51 tahun : Kode 4

2. Jenis kelamin :

- Laki-laki : Kode 1
 - Perempuan : Kode 2
3. Status pekerjaan :
- Bekerja : kode 1
 - Tidak bekerja : kode 2
4. Tingkat pendidikan :
- SD : kode 1
 - SMP : kode 2
 - SLTA : kode 3
 - Perguruan tinggi : kode 4
5. Jenis Stroke :
- Iskemik : kode 1
 - Hemoragik : kode 2
6. Jumlah serangan :
- Satu kali : kode 1
 - Lebih dari satu kali : kode 2
7. Fungsi anggota gerak :
- Kelumpuhan : kode 1
 - Gangguan : kode 2
8. Penyakit penyerta :
- Tidak ada : kode 1
 - Ada : kode 2

3. Scoring

1. Variabel *Self Management*

Peneliti memberikan skor pada tiap item jawaban responden, kemudian menjumlahkan skor item jawaban pada tiap domain dan total domain kapasitas

pada rentang skor 9-54, domain kepercayaan diri dalam berinteraksi rentang skornya 6-36, domain strategi direntang skor 7-42, dan domain bimbingan profesional kesehatan berada di rentang skor 6-36. Untuk total skor dari *Self Management* adalah di rentang skor 28-168.

Untuk kepentingan interpretasi, maka dibuat rentang skor sebagai berikut :

Tabel 4.4. Interpretasi Skor *Self Management*

Item	Skor Interval	Skala Ukur
<i>Self Management</i>	28 - 84	Kurang
	85 - 112	Cukup
	113 - 168	Baik
Kapasitas	9 - 27	Kurang
	28 - 36	Cukup
	37 - 54	Baik
Kepercayaan diri	6 - 18	Kurang
	19 - 24	Cukup
	25 - 36	Baik
Strategi	7 - 21	Kurang
	22 - 28	Cukup
	29 - 42	Baik
Bimbingan profesional kesehatan	6 - 18	Kurang
	19 - 24	Cukup
	25 - 36	Baik

2. Variabel kualitas hidup

Pada variabel ini memuat 12 domain dengan masing-masing domain mewakili 1 pertanyaan. 12 domain itu terdiri dari : perawatan diri, mobilitas, fungsi ekstrimitas atas, kemampuan bicara, penglihatan, kegiatan/ produktivitas, proses pikir, peran keluarga, peran sosial, kepribadian, mood, dan energi. Skor dari masing-masing pertanyaan di rentang 1-5. Skor kualitas hidup didapatkan dari menjumlahkan seluruh skor per item sehingga rentang skor berkisar 12-60.

Untuk kepentingan interpretasi, maka dibuat rentang skor sebagai berikut :

Tabel 4.5. Interpretasi Skor Kualitas Hidup

Skor Interval	Skala Ukur
12 - 24	Kurang
25 - 36	Cukup
37 - 60	Baik

4. Tabulasi Data (*Tabulating*)

Tabulasi data yaitu kegiatan menyusun dan mengorganisir data sedemikian rupa, sehingga akan dapat dengan mudah untuk dilakukan penjumlahan, penyusunan, dan penyajian dalam bentuk tabel atau grafik.

4.8.2 Analisis Data

1. Analisis Data Univariat

Analisis univariat yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis gambaran karakteristik responden, analisis gambaran *self-management*, dan analisis gambaran kualitas hidup. Analisis gambaran karakteristik responden menggunakan analisa deskriptif dengan menghitung distribusi frekuensi dari masing-masing karakteristik. Sedangkan analisa gambaran *self-management* dan kualitas hidup, dalam hasil penelitian ini didapatkan distribusi data yang tidak normal sehingga memakai deskripsi data median dan persentil minimum maksimum.

2. Analisis Data Bivariat

Uji bivariat yang dilakukan dalam penelitian ini adalah uji untuk menentukan hubungan *self-management* dengan kualitas hidup dan hubungan masing-masing domain *self-management* dengan kualitas hidup. Dari hasil penelitian dengan distribusi data yang tidak normal maka digunakan uji *rank spearman*.

4.9 Etik Penelitian

Peneliti sudah mendapat izin dari Komisi Etik sebelum penelitian dilakukan. Penelitian dimulai dengan melakukan prosedur yang berhubungan dengan etika penelitian meliputi:

4.9.1 *Respect to person*

Penelitian ini mengimplementasikan prinsip menghormati harkat dan martabat manusia.

Subyek pasien yang terlibat dalam penelitian mendapatkan penjelasan tentang pelaksanaan penelitian terlebih dahulu untuk memutuskan keikutsertaannya. Selain itu, peneliti memberikan akses untuk mengajukan pertanyaan terkait penelitian jika dirasa masih belum difahami subyek penelitian. Pasien yang ikut serta dalam penelitian, jika dalam proses pengambilan data merasakan adanya ketidak nyamanan dan memilih untuk mengundurkan diri, peneliti memberikan hak kepada subyek penelitian untuk mengundurkan diri.

4.9.2 *Beneficience & non-maleficience*

Penelitian ini melihat apakah ada hubungan antara *self-management* dengan kualitas hidup pasien pasca stroke sehingga institusi pendidikan dan pelayanan keperawatan dapat melakukan perbaikan dan peningkatan.

4.9.3 *Confidentiality*

Penelitian ini tidak menampilkan informasi mengenai identitas baik nama maupun alamat asal responden dalam penyajian data untuk menjaga *anonymity* dan kerahasiaan identitas subyek. Peneliti menggunakan koding (inisial atau *identification number*) sebagai pengganti identitas responden. Selain itu, seluruh dokumentasi penelitian dijamin oleh peneliti untuk tidak dipublikasikan kecuali untuk kepentingan akademik. Bentuk dokumen-dokumen kuesioner penelitian akan dihapus atau dihancurkan setelah selesai publikasi

penelitian. Data *copy* dari penelitian hanya dimiliki secara rahasia oleh peneliti, institusi pendidikan Universitas Brawijaya serta institusi tempat dilakukan penelitian di Rumah Sakit Tk.II dr. Soepraoen Malang.

4.9.4 Justice

Penelitian ini memperlakukan responden secara adil mencakup menyeleksi responden dengan adil dan tidak diskriminatif, memberikan penghargaan terhadap semua persetujuan responden, responden juga dapat mengakses penelitian setiap saat diperlukan untuk klarifikasi informasi, serta akan memberikan perlakuan yang sama. Ketidakikutsertaan dalam penelitian juga tidak akan memberikan dampak pelayanan yang berbeda terhadap pasien.

BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS DATA

Telah dilakukan penelitian pada 105 pasien stroke yang menjalani kontrol ulang di poli Neurologi Rumah Sakit Tk.I Dr. Soepraoen Malang pada tanggal 19 November sampai dengan 5 Desember 2019. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui analisis hubungan *self-management* dengan kualitas hidup pasien stroke yang kontrol di poli Neurologi Rumah Sakit Tk.I Dr. Soepraoen Malang. Data yang telah terkumpul selanjutnya dianalisis menggunakan analisis univariat dan bivariat.

Analisis univariat digunakan untuk mengetahui gambaran data karakteristik responden dan data masing-masing variable penelitian menggunakan median dan persentil. Analisis bivariat yang digunakan dalam penelitian ini adalah uji korelasi *Rank Spearman*.

5.1 Karakteristik Umum Responden

5.1.1 Karakteristik Umum Responden Berdasarkan Usia Pasien

Hasil statistik deskriptif karakteristik demografi berdasarkan usia adalah sebagai berikut:

Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Usia.

Karakteristik	n	%
Usia		
20-30 tahun	1	1.0
31-40 tahun	1	1.0
41-50 tahun	11	10.5
> 51 tahun	92	87.6
Total	105	100.00

Berdasarkan tabel 5.1 diketahui bahwa dari 105 responden hampir sebagian besar yaitu 92 responden (87,6 %) berusia lebih dari 51 tahun.

5.1.2 Karakteristik Umum Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Pasien

Hasil statistik deskriptif karakteristik demografi berdasarkan jenis kelamin adalah sebagai berikut:

Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin.

Karakteristik	n	%
Jenis kelamin		
Laki-laki	52	49.52
Perempuan	53	50.48
Total	105	100.00

Berdasarkan tabel 5.2 diketahui bahwa dari 105 responden hampir sebagian besar yaitu 53 responden (50,48%) berjenis kelamin perempuan.

5.1.3 Karakteristik Umum Responden Berdasarkan Status Pekerjaan Pasien

Hasil statistik deskriptif karakteristik demografi berdasarkan tingkat pendidikan pasien adalah sebagai berikut:

Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Karakteristik Berdasarkan Tingkat Pendidikan.

Karakteristik	n	%
Pendidikan Terakhir		
SD	23	21.90
SMP	26	24.76
SLTA	40	38.10
PT	16	15.24
Total	105	100.00

Berdasarkan tabel 5.3 diketahui bahwa dari 105 responden sebagian besar yaitu 40 responden (38,1 %) memiliki riwayat tingkat pendidikan terakhir SLTA.

5.1.4 Karakteristik Umum Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan Pasien

Hasil statistik deskriptif karakteristik demografi berdasarkan jenis pekerjaan pasien adalah sebagai berikut:

Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan.

Karakteristik	n	%
Status Pekerjaan		
Tidak Bekerja	88	83.81
Bekerja	17	16.19
Total	105	100.00

Berdasarkan tabel 5.4 diketahui bahwa dari 105 responden hampir separuhnya yaitu 88 responden (83,8 %) tidak bekerja.

5.1.5 Karakteristik Umum Responden Berdasarkan Jenis Stroke Pasien

Hasil statistik deskriptif karakteristik demografi berdasarkan jenis stroke pasien adalah sebagai berikut:

Tabel 5.5 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Stroke.

Karakteristik	n	%
Jenis Stroke		
Iskemik	98	93.33
Hemoragik	7	6.67
Total	105	100.00

Berdasarkan tabel 5.5 diketahui bahwa dari 105 responden sebagian besar yaitu 98 responden (93,33 %) berjenis stroke iskemik.

5.1.6 Karakteristik Umum Responden Berdasarkan Jumlah Serangan

Hasil statistik deskriptif karakteristik demografi berdasarkan seri kemoterapi adalah sebagai berikut:

Tabel 5.6 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Jumlah Serangan.

Karakteristik	n	%
Jumlah Serangan		
1	79	75.24
2	26	24.77
Total	105	100.00

Berdasarkan tabel 5.6 diketahui bahwa dari 105 responden hampir sebagian besar yaitu 79 responden (75,24 %) mendapat serangan satu kali.

5.1.7 Karakteristik Umum Responden Berdasarkan Fungsi Extrimitas

Hasil statistik deskriptif karakteristik demografi berdasarkan fungsi extrimitas adalah sebagai berikut:

Tabel 5.7 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Fungsi Extrimitas.

Karakteristik	n	%
Fungsi Extrimitas		
Kelumpuhan	58	45.24
Gangguan	47	44.76
Total	105	100.00

Berdasarkan tabel 5.7 diketahui bahwa dari 105 responden hampir separuhnya yaitu 58 responden (45,24 %) mengalami kelumpuhan.

5.1.8 Karakteristik Umum Responden Berdasarkan Penyakit Penyerta

Hasil statistik deskriptif karakteristik demografi berdasarkan ruang rawat pasien adalah sebagai berikut:

Tabel 5.8 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Penyakit Penyerta.

Karakteristik	n	%
Penyakit Lain		
Hipertensi	62	59.05
Diabetes Mellitus	23	21.90
Osteo Arthritis	5	4.76
Rematik	3	2.86
Vertigo	3	2.86
Penyakit Jantung	3	2.86
Lambung	2	1.90
Paru	3	2.86
Batu Ginjal	1	0.95
Total	105	100.00

Berdasarkan tabel 5.8 diketahui bahwa dari 105 responden, lebih dari separuhnya yaitu 62 responden (59,05 %) mempunyai penyakit penyerta hipertensi.

5.2 Self Management Pasien Stroke

Variabel *independent* dalam penelitian ini adalah *self management*. Distribusi frekuensi dan interpretasi skala *Likert* disajikan pada Tabel berikut.

Tabel 5.9. Distribusi Median dan Persentil *Self Management* dan masing-masing Domain *Self Management*.

Item	Mean	Median	Min-Max	SD
<i>Self Management</i>	120,34	126	82-134	13.5
Domain Kapasitas	38,5	42	20-50	8,86
Domain Kepercayaan Diri	30,5	30	16-36	3,67

Domain Strategi	33,2	34	23-42	3,12
Domain Bimbingan Profesional Kesehatan	18,1	15	6-35	7,48

Pada tabel 5.9. bisa di lihat bahwa untuk median terbesar terdapat pada domain kapasitas sebesar 42 dan dengan median terkecil terdapat pada domain self management pada domain bimbingan profesional kesehatan sebesar 15. Begitu juga untuk nilai minimal dan maksimal, rentang skor tertinggi pada domain kapasitas yaitu 20-50 dan terendah pada bimbingan profesional kesehatan yaitu 6-35.

Tabel 5.10. Interpretasi *Skala Likert Self Management*.

Item	skala	f	%
<i>Self Management</i>			
	Baik	74	70,5
	Cukup	30	28,6
	Kurang	1	1
<i>Kapasitas</i>			
	Baik	56	56,2
	Cukup	34	32,4
	Kurang	9	11,4
<i>Kepercayaan diri</i>			
	Baik	102	97,1
	Cukup	2	1,9
	Kurang	1	1
<i>Strategi</i>			
	Baik	96	91,4
	Cukup	9	8,6
	Kurang	0	0
<i>Bimbingan profesional kesehatan</i>			
	Baik	32	30,5
	Cukup	13	12,4
	Kurang	60	57,1

Pada tabel 5.10. diketahui bahwa responden yang memiliki interpretasi skor *likert self management* yang baik sebesar 70,5% atau 74 orang, sedangkan reponden mendapat skor *likert* yang kurang hanya 1 orang atau 1%.

5.3 Kualitas Hidup Pasien Stroke

Variabel *dependent* dalam penelitian ini adalah kualitas hidup dengan distribusi median dan persentil dari kualitas hidup responden pada tabel 5.11 dan interpretasi skala *likert* yang disajikan pada Tabel 5.12.

Tabel 5.11. Distribusi Median dan Persentil Kualitas Hidup.

Item	Mean	Median	Min-Max	SD
Kualitas Hidup	49,7	53	21- 60	9,85

Pada tabel 5.11. diatas diketahui median dan persentil kualitas dari responden didapatkan angka 53 dan didapatkan rentang skor minimal maksimal yaitu 21-60.

Kemudian untuk interpretasi skala likert kualitas hidup pasien pasien yang lakukan penelitian adalah disajikan sebagai berikut.

Tabel 5.12. Interpretasi Skala Likert Kualitas Hidup.

Kualitas Hidup	f	%
Baik	93	88.6
Cukup	10	9.5

Kurang	2	1.9
--------	---	-----

Hasil dari tabel 5.12. menunjukkan interpretasi dari kualitas hidup responden yang baik sejumlah 93 orang dan yang kurang hanya 2 orang saja atau 1,9%

5.4 Analisis Hubungan *Self Management* dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke.

Pada penelitian ini analisa data memakai uji korelasi *Rank Spearman* karena distribusi data yang digunakan tidak normal. Adapun hasilnya adalah sebagai berikut.

Tabel 5.13. Hasil analisis korelasi *Rank Spearman*

Variabel	Koefisien Korelasi	P Value	Keterangan
Self Management dengan Kualitas Hidup	0.609	0.000	Ada hubungan

Tabel 5.13. menunjukkan koefisien korelasi antara self management dan kualitas hidup sebesar 0.609 ($r = 0.609$) dengan nilai signifikan 0.000 ($p < 0,05$), sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat korelasi positif yang signifikan. Keeratan hubungan self management dan kualitas hidup sebesar 60.9%, yang berarti bahwa semakin tinggi self management, semakin tinggi kualitas hidup.

5.5. Analisis Data Hubungan *Self Management* (Masing-masing Domain) dengan Kualitas Hidup

Untuk penyajian analisis hubungan masing-masing domain kami sajikan sebagai berikut.

Tabel 5.14. Hasil analisis korelasi *Rank Spearman* per domain *Self Management*

Variabel	Koefisien Korelasi	P Value	Keterangan
Kapasitas	0.648	0.000	Ada hubungan

Kepercayaan Diri	0.538	0.000	Ada hubungan
Strategi	0.203	0.038	Ada hubungan
Bimbingan profesional kesehatan	0.077	0.433	Tidak ada hubungan

Tabel 5.14. menunjukkan korelasi yang tinggi antara kapasitas dan kualitas hidup sebesar 0.648 ($r = 0.648$) dengan nilai signifikan 0.000 ($p < 0.05$), sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat korelasi positif yang signifikan. Sedangkan koefisien korelasi terendah terdapat antara bimbingan profesional kesehatan dan kualitas hidup sebesar 0.077 ($r = 0.077$) dengan nilai signifikan 0.433 ($p > 0.05$).

BAB 7

PENUTUP

7.1 Kesimpulan

Setelah melakukan analisa dan pembahasan tentang Hubungan *Self-Management* dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke ini, dapat disimpulkan bahwa:

1. Sebagian besar responden yang merupakan penderita pascastroke di Poli Syaraf mempunyai karakter sebagai antara lain: Perempuan, berusia lebih dari 51 tahun, pendidikan terakhirnya SLTA, tidak bekerja, jenis strokenya iskemik, jumlah serangan yang dialami adalah sekali, fungsi ekstremitas atas mengalami kelumpuhan, dan mempunyai penyakit penyerta
2. Sebagian besar responden memiliki tingkat *self-management* yang baik, dengan jumlah 74 orang, cukup sebanyak 30 orang dan dan yang memiliki *self-management* kurang sebanyak 1 orang. Dengan nilai median 126 dapat dikategorikan tingkat self management responden cukup tinggi.
3. Sebagian kecil responden memiliki kualitas hidup yang rendah dan sebagian besar mempunyai kualitas hidup yang baik sebesar 93 responden, cukup 10 responden dan kurang yaitu 2 responden. Dengan begitu bisa diartikan tingkat kualitas hidup responden cukup tinggi.
4. *Self-management* dengan kualitas hidup mempunyai hubungan yang sangat signifikan, yaitu dengan nilai signifikansi sebesar 0,000.
5. Domain-domain *self-management* juga mempunyai hubungan yang sangat signifikan dengan kualitas hidup, kecuali satu domain yaitu bimbingan tenaga kesehatan yang terbukti tidak berhubungan dengan kualitas hidup, dengan nilai signifikansi sebesar 0,433. Sedangkan domain kapasitas, kepercayaan diri dalam berinteraksi, dan strategi secara berturut-turut nilai signifikansinya adalah 0,000, 0,000, dan 0,038.

7.2 Saran

Berdasarkan rangkaian penelitian yang telah dilakukan, peneliti mengemukakan saran-saran sebagai berikut :

1. Untuk Penderita Pascastroke

Perlu melakukan pengaturan dan manajemen diri dalam menghadapi kesulitan selama menderita stroke, karena dengan banyaknya usaha yang harus dilakukan untuk pemulihan stroke, tanpa melakukan pengaturan diri yang baik hal itu akan sulit berjalan dengan seimbang, maka sangat diperlukan self-management yang baik untuk menciptakan kualitas hidup yang baik.

2. Untuk Tenaga Kesehatan

Perlu selalu memberikan pendidikan kesehatan terutama kepada penderita pascastroke yang baru beberapa kali kontrol dengan memberi pemahaman tentang pentingnya self-management, karena berdasarkan hasil penelitian masih ada sebagian penderita pascastroke masih mempunyai self-management yang kurang baik. Dengan diberikan edukasi tentang self-management terbukti dapat meningkatkan kualitas hidup penderita pascastroke.

3. Untuk Mahasiswa, Dosen, dan Peneliti dalam Bidang Keperawatan

Peneliti selanjutnya diharapkan untuk mengadakan penelitian dengan tema yang sama dengan pengambilan populasi yang lebih besar di rumah sakit lain sehingga juga didapatkan gambaran yang menyeluruh tentang hubungan *self-management* dengan kualitas hidup pasien pasca stroke.

BAB 6

PEMBAHASAN

6.1 Data Demografi

Dalam penelitian ini sebagian besar responden paling banyak berumur 51 tahun ke atas, dan hampir sebagian menyerang perempuan. Kebanyakan dari penderita stroke tidak bekerja meski sebagian kecil masih bekerja karena alasan untuk memenuhi kebutuhan dan menghidupi keluarga. Sebagian besar responden berpendidikan SLTA, disusul dengan pendidikan SMP, SD dan Sarjana. Jenis stroke yang menyerang terbanyak yaitu stroke iskemik, dan mayoritas terkena serangan stroke satu kali. Responden kebanyakan terganggu fungsi ekstrimitasnya hingga mengalami kelumpuhan walaupun akhirnya mereka mendapat pemulihan selama kontrol rutin, dan kebanyakan karena faktor riwayat hipertensi adalah faktor terbanyak yang dialami oleh responden.

Sesuai juga dengan penelitian yang dilakukan oleh Rahmi (2014) bahwa Stroke lebih banyak menyerang lansia karena secara fisiologis sistem kardiovaskular lansia memang mengalami banyak perubahan. Meskipun terdapat perbedaan proporsi antara laki-laki dan perempuan yang menderita stroke ini, tapi Sofyan dkk. telah membuktikan bahwa tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan kejadian stroke, dengan nilai $P = 0,308$. Penderita stroke sangat jarang yang masih bekerja, sesuai dengan ungkapan Ferriero dkk., (2006) bahwa adanya komorbiditas mempengaruhi status fungsional penderita stroke pada tahap rehabilitasi dan berkontribusi dalam memperparah kelumpuhan serta menghambat pemulihan fungsi.

Sebagian besar responden merupakan lulusan SLTA, hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Siswanto, dia menunjukkan dalam penelitiannya bahwa responden yang dia teliti sebagian besar menempuh pendidikan terakhir SMA pada kelompok kasus dan control, yaitu sebesar 36% dan 32%. Responden penelitian ini mayoritas menderita stroke jenis iskemik, hal ini karena kejadian stroke iskemik memiliki proporsi lebih besar dibandingkan dengan stroke hemoragik (Novida & Santi, 2014). Responden yang mengalami serangan satu kali lebih banyak dibanding yang mendapat serangan dua kali. Serangan yang kedua dan seterusnya bisa terjadi akibat gaya hidup kurang baik yang dilakukan terus menerus (Fryer dkk., 2013).

Responden yang mengalami kelumpuhan sedikit lebih banyak daripada yang hanya mengalami gangguan. Meskipun stroke merupakan serangan akut, namun ini dapat menyebabkan keadaan kronis yang merupakan sebab dari kelumpuhan fisik jangka panjang. Jenis kelumpuhan yang umum terjadi adalah keterbatasan aktivitas fisik, kelumpuhan tangan, kesulitan menggenggam atau memegang sesuatu, dan kesulitan berbicara (Fryer dkk., 2013). Adapun penyakit penyerta yang paling banyak diderita oleh responden adalah hipertensi. Turhan, dkk menyatakan hal yang sama pula dalam penelitiannya, bahwa penyakit penyerta yang dimiliki penderita stroke iskemik antara lain hipertensi (67,4%), diabetes (34,9%), penyakit arteri coroner (31%), hyperlipidemia (29,1%), dan gagal jantung kongestif (14,7%) (Turhan dkk., 2009).

6.2 Gambaran tentang *Self Management*

Responden yang memiliki *self-management* yang baik lebih banyak daripada yang *self-managementnya* kurang pada interpretasi interval pada skala likert yaitu sebesar 74 responden yang memiliki skor baik, 30 responden untuk

yang memiliki skor cukup dan hanya 1 responden yang memiliki skor yang kurang. Ini berarti sebagian besar responden bisa menerapkan pengaturan diri dalam menjalani hidup dengan kondisi strokenya. Berarti juga bahwa bermacam jenis kapasitas, strategi, kepercayaan diri, dan bimbingan tenaga kesehatan yang diterapkan oleh responden untuk bertahan dengan kondisi pasca stroke-nya sebagian besar masih cukup baik.

Namun demikian, pada keempat domain yang diukur dalam *self-management* memperlihatkan interpretasi skor yang cukup beragam meskipun sebagian besar domain menunjukkan skor yang bagus, mulai dari domain kapasitas, strategi dan kepercayaan diri memiliki skor yang tinggi, sedangkan untuk domain yang mendapat skor rendah pada domain bimbingan tenaga kesehatan. Responden memberikan skor yang rendah di domain bimbingan profesional kesehatan bisa dikarenakan mereka menganggap sudah cukup mampu mengelola manajemen diri mereka karena selama masa serangan stroke dan pengelolaan pasca stroke responden sudah cukup diberikan banyak bimbingan dan edukasi dari petugas kesehatan. Sehingga pada masa pemulihan dan kontrol mereka sudah cukup paham kondisi dan penatalaksanaan mereka pasca stroke dan tidak perlu pengulangan edukasi dari petugas kesehatan.

Usaha yang dilakukan responden untuk *self-management* keadaan stroke mereka adalah lebih besar dalam hal kapasitas, yang diartikan sebagai upaya seseorang untuk tidak membiarkan stroke menguasai hidupnya dan menyisakan gejala-gejala yang merugikan (Boger, 2014). Sedangkan domain yang kurang diterapkan daripada domain lainnya adalah bimbingan tenaga kesehatan. Hasil penelitian lain juga menunjukkan persentase responden dengan kategori *Self-Management* tinggi (52,5%) lebih banyak dibandingkan dengan kategori rendah,

hal yang sama ditemukan pada domain-domain self-management; domain kepercayaan diri dalam berinteraksi dan strategi (52,5%), serta bimbingan oleh profesional kesehatan (55%). Sebaliknya, persentase kategori rendah lebih banyak ditemukan pada domain kapasitas (52,5%)(Rahmawati dkk., 2018).

Sebuah premis menyatakan bahwa seseorang yang memiliki *self management* yang baik terlihat memiliki '*self-efficacy*' yang baik pula (Bandura,1986). Hal ini dikarenakan *self-efficacy* adalah teori yang banyak dikatakan sebagai dasar dari *self-management* (Boger, 2014). Jika mengacu pada hal ini, dengan menggunakan pernyataan Bandura, bahwa *self-efficacy* adalah kepercayaan seseorang atas keberhasilannya pada kondisi tertentu, yang mengacu pada teori sosial kognitif, maka bisa dimungkinkan bahwa faktor rendahnya tingkat *self-management* responden diakibatkan oleh kurangnya responden dalam hal belajar dari pengalamannya secara model sosial, bahwa dari lingkungan yang mengancam, seseorang bisa menjadi agen perubahan atas lingkungan tersebut.

Joice (2012) mengatakan semakin banyak orang yang pulih dari stroke sebagai hasil dari peningkatan pengetahuan klinis dan kemajuan dalam perawatan. Pasien pasca stroke diharuskan tidak hanya untuk mengelola gangguan jangka panjang yang disebabkan oleh stroke, tetapi juga pemulihan mereka yang berkelanjutan, oleh karena itu *self management* tepat diberikan untuk memungkinkan pasien pasca stroke untuk perawatan diri, mengurangi risiko kekambuhan stroke, dan memaksimalkan pemulihan dan rehabilitasi mereka (Joice, 2012).

Carod dkk. (2009) Mengemukakan peningkatan kelangsungan hidup dan adanya masalah yang cukup berarti pada penderita stroke jangka panjang berdampak pada kualitas hidup mereka. Disabilitas dan depresi pasca stroke menentukan derajat kualitas hidup mereka. Penentu lain termasuk jenis kelamin perempuan, strategi coping, dan dukungan sosial. Depresi pasca stroke mempengaruhi kualitas, pemulihan fungsional, fungsi kognitif, dan penggunaan layanan kesehatan pada penderita stroke (Carod dkk., 2009). Tingkat perbaikan fisik dan psikososial memberi dampak yang besar pasca stroke.

6.3 Gambaran tentang Kualitas hidup

Kualitas hidup penderita pascastroke beragam mulai dari yang baik sampai yang kurang dengan perbandingan yang cukup besar pasien memiliki kualitas hidup yang baik sebanyak 93 orang, cukup sebanyak 10 orang dan sisanya adalah kurang sekitar 2 orang. Hal ini menggambarkan bahwa kualitas hidup pasien pasca stroke sebagian besar cukup baik karena ada kaitan dengan pengelolaan manajemen diri atau self management yang baik sehingga memberikan dampak yang cukup signifikan terhadap kualitas hidup pasien pasca stroke. Jika ditinjau dari masing-masing domain (perawatan diri, mobilitas, fungsi ekstremitas atas, kemampuan bicara, penglihatan, kegiatan/ produktivitas, proses pikir, peran keluarga, peran sosial, kepribadian, *mood*, dan energi), self management cukup memberikan kontribusi terhadap peningkatan kualitas hidup pasien pasca stroke yang ada di poli neurologi RS Tk.II dr Soepraoen Malang.

Tingkat kualitas hidup responden juga dipengaruhi oleh banyak hal, yaitu umur, jenis kelamin, jenis stroke, tingkat pendidikan, fungsi ekstremitas atas, tangan dominan, dan penyakit penyerta (Deborah dkk., 2005). Maka karakteristik-karakteristik responden yang meliputi hal-hal tersebut, yang telah tersebut di atas,

sedikit banyak juga berperan dalam mempengaruhi skor kualitas hidup responden. Hal ini didukung oleh Zahilic dkk.(2010) bahwa jenis kelamin mempengaruhi kualitas hidup penderita pascastroke. Mereka membuktikan dalam penelitian mereka bahwa laki-laki mempunyai skor kualitas hidup yang lebih tinggi daripada perempuan. Laki-laki menunjukkan keadaan yang lebih baik dalam hal fisik, psikis, dan ingatan, sedangkan perempuan lebih banyak mengalami kecemasan setelah terkena stroke.

Rahmi (2014) juga membuktikan bahwa umur mempengaruhi kualitas hidup penderita pascastroke, namun berdasarkan analisisnya juga, dia mengatakan bahwa tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dan jenis kelamin dengan skor kualitas hidup. Arwani dkk. (2011) juga menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dan kualitas hidup.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Hafdia dkk. (2018) menunjukkan bahwa faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup pasca stroke yaitu umur, kecacatan, kecemasan, dan dukungan keluarga, sedangkan faktor yang tidak berhubungan yaitu jenis kelamin, komorbiditas, dan gangguan tidur. Dari hasil uji regresi logistik yang paling berhubungan dengan kualitas hidup pasien pasca stroke adalah umur dengan nilai $\text{Exp (B)} = 3,388$ (95% CI : 1,575 – 7,286), disarankan meningkatkan kesadaran perlunya peningkatan aktifitas fisik, psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan agar dapat meningkatkan kualitas hidup pasien pasca stroke (Hafdia dkk., 2018).

Kim (1999) menyatakan bahwa sejumlah besar penderita stroke dengan sedikit atau tanpa masalah fisik masih mengalami penurunan dalam kualitas hidup mereka selama jangka waktu tertentu, namun demikian kualitas hidup sering didefinisikan oleh berbagai domain kehidupan yang meliputi psikososial, fisik, dan

sosial kesejahteraan. Dimensi yang paling umum digunakan adalah fungsi fisik dan psikososial kesejahteraan dan termasuk kepuasan hidup dan banyak penulis percaya bahwa persepsi individu merupakan bagian integral dari konsep kualitas hidup (Kim, 1999).

6.4 Hubungan *Self-Management* dengan Kualitas Hidup Pasien Paska Stroke di Poli Neurologi Rumah Sakit Tk.II dr. Soepraoen Malang

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan yang sangat signifikan antara *self-management* dengan kualitas hidup pasien pascastroke, dengan nilai signifikansi 0,000. Hal ini sesuai dengan ungkapan Catalano dalam Boger (2014), bahwa *self-management* dapat meningkatkan coping untuk menyesuaikan diri dan mengatur kehidupan mereka pascastroke, perasaan atas kontrol mereka, dan peningkatan kualitas hidup.

Pasien pasca stroke mengalami gangguan jangka panjang akibat dampak dari penyakit stroke yang mereka derita. Selain mengalami paralitik atau gangguan kelumpuhan, mereka mengalami gangguan aktifitas, defisit perawatan diri, defisit komunikasi, masalah emosional dan sebagainya. Ditinjau dari kualitas hidup, dampak itu secara teori dari William dkk.(1999) meliputi perawatan diri, mobilitas, fungsi ektrimitas atas, kemampuan bicara, penglihatan, kegiatan/ produktivitas, proses pikir, peran keluarga, peran sosial, kepribadian, *mood* dan energi. Faktor lain yang mempengaruhi kualitas hidup antara lain yaitu umur, gender, level pendidikan, tipe stroke, fungsi ekstremitas atas dan komorbiditas.

Berbagai hal tersebut hal bila tidak segera diatasi akan menimbulkan masalah serius baik dibidang kesehatan mereka maupun dalam hal dukungan.

Oleh karena itu diperlukan *self-management* sebagai upaya peningkatan coping untuk menyesuaikan diri dan mengatur kehidupan mereka pasca stroke, mengatur perasaan atas kontrol mereka dan peningkatan kualitas hidup yang meliputi domain pengukuran kapasitas, strategi, kepercayaan diri dan bimbingan Tenaga kesehatan (Boger, 2014).

Jones (2011) juga mengungkapkan bahwa untuk penderita stroke, *selfefficacy* telah dilaporkan berkaitan positif dengan hasil termasuk kualitas hidup (atau status kesehatan), depresi, kemampuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari dan kemampuan berjalan. Sedangkan *self-efficacy* itu sendiri adalah salah satu teori yang mendasari *self-management* (Booger, 2014). Sesuai pula dengan pernyataan Galson (2009) bahwa dengan berbasis masyarakat, program *self-management* menyediakan kesempatan untuk meningkatkan kualitas hidup penderita stroke. Program-program ini mendorong individu untuk bertanggung jawab atas kesehatan mereka dengan memantau kondisi mereka, mendidik diri mereka sendiri tentang kondisi khusus mereka, mengetahui apa saja manajemen dan pengobatan yang tersedia untuk mereka, dan bermitra dengan dokter mereka dalam mengkaji perkembangan penyakit mereka (Galson, 2009).

Hubungan yang signifikan antara *self-management* dan kualitas hidup ini terjadi karena stroke adalah suatu kondisi kronis yang dapat memiliki efek psikologis dan sosial, serta fisik jangka panjang yang merupakan gejala sisa untuk orang yang terkena. Sedangkan *self-management* hadir sebagai kekuatan individu untuk dapat lebih baik mengelola penyakit kronis dan dengan demikian mengoptimalkan kesehatan dan kesejahteraan (Walker, 2003). Namun dalam penelitian ini tidak didapatkan hubungan antara domain bimbingan profesional kesehatan dengan kualitas hidup, hal ini dikarenakan pasien sudah sering

mendapat pendidikan kesehatan pasien merasa sudah cukup memahami dan mengerti tentang penerapan *self-management* untuk diri mereka. Hal lain disebabkan karena faktor usia, rata-rata responden dalam penelitian ini berumur diatas 51 tahun. Di rentang usia tersebut pasien pasca stroke biasanya mengalami penurunan motorik dan sensorik sehingga kurang tertarik bila sering diberikan suatu informasi yang sama dan berulang-ulang.

Masalah informasi dan komunikasi tersebut sesuai dengan apa yang diteliti oleh Fryer dkk. (2013), bahwa partisipasi dalam peran hidup dan keterlibatan dalam kegiatan dalam pengaturan masyarakat sering berkurang setelah stroke; sebagian karena transportasi dan masalah mobilitas, tetapi juga karena masalah dengan komunikasi dan kelelahan. Peningkatan partisipasi dikaitkan dengan peningkatan kualitas hidup. Kurangnya informasi media bisa jadi faktor ketidakuatan hubungan antara domain bimbingan profesional kesehatan dengan kualitas hidup, pasien pasca stroke kurang begitu menangkap informasi yang mereka butuhkan. Harapan ke depan penerapan *self-management* bisa lebih aplikatif dan menarik nantinya pasien dapat lebih tertarik menerima informasi dari petugas kesehatan.

Kedepan perlunya dilakukan penelitian tentang tema lain yang berhubungan dengan kualitas hidup misalnya tentang efikasi diri. Di dalam penelitian Afandi, (2017) didapatkan hasil bahwa *self-efficacy* dapat menjadi alternatif dalam peningkatan kualitas hidup klien dengan penyakit kronik menahun khususnya yang memiliki proses pengobatan lama seperti kanker, tuberkulosis, diabetes millitus dan penyakit jantung, selain itu diharapkan dapat menjadi terapi pendamping dalam penanganan kasus penyakit kronik. Hal ini bisa juga bisa

diterapkan pada pasien pasca stroke mengingat perlunya penerapan *self-efficacy* untuk meningkatkan kualitas hidup.

6.5 Implikasi Keperawatan

Hasil penelitian ini menyatakan bahwa semakin baik *self-management* pasien pasca stroke maka semakin baik pula kualitas hidup pasien. Sehingga hasil penelitian ini bisa menjadi pertimbangan pihak manajemen rumah sakit atau PKRS pada khususnya untuk mengembangkan dan memodifikasi pendidikan kesehatan terkait *self-management* dengan metode-metode baru pada pasien dengan pasca stroke ataupun penyakit kronik lain. Hal ini tidak hanya akan meningkatkan kualitas hidup pasien, namun juga bisa menurunkan tingkat readmisi pasien sehingga berdampak pada meningkatnya mutu pelayanan rumah sakit.

6.6 Keterbatasan Penelitian

Dalam penelitian ini keterbatasan yang dialami oleh peneliti adalah pengambilan data hanya dilakukan pada satu rumah sakit saja. Data tersebut bisa jadi tidak mewakili data di rumah sakit lain, sehingga hasil penelitian tidak dapat digeneralisasi untuk rumah sakit yang lain.

DAFTAR PUSTAKA

- Afandi, A. T. & E. H. K. (2017). *Efektivitas Self Efficacy Terhadap Kualitas Hidup Klien dengan Diagnosa Penyakit Kronik*. 23–30. Retrieved from <http://repository.unej.ac.id/handle/123456789/80263>
- Arwani dkk. (2011). *Kualitas Hidup Penderita Strok Fase Rehabilitasi di Semarang*. <Http://Jurnal.Unimus.Ac.Id>.
- Balitbangkes. (2018). Hasil Utama RIDKESDAS 2018. In *Kementrian Kesehatan Republik Indonesia* (Vol. 1). <https://doi.org/10.1186/s12955-015-0349-7> Desember 2013
- Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H., & Grumbach, K. (2002). Patient Self-management of Chronic Disease in Primary Care Thomas. *Jama*, 288(19), 2469–2475.
- Boger, Emma J., Hankins, M., Demain, S. H., & Latter, S. M. (2015). Development and psychometric evaluation of a new patient -reported outcome measure for stroke self -management: The Southampton Stroke Self - Management Questionnaire (SSSMQ). *Health and Quality of Life Outcomes*, 13(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12955-015-0349-7>
- Boger, Emma Joanne. (2014). Self-management following stroke: Concept and Measurement. *Social Sciences*, 496. Retrieved from <https://eprints.soton.ac.uk/id/eprint/362824>
- Brooker, C. (2008). *Ensiklopedia Keperawatan*. In *EGC Jakarta*.
- Carod-Artal, F. J., & Egido, J. A. (2009). Quality of life after stroke: The importance of a good recovery. *Cerebrovascular Diseases*, 27(SUPPL. 1), 204–214. <https://doi.org/10.1159/000200461>
- Chaplin, H., Hazan, J., & Wilson, P. (2012). Self-management for people with long-term neurological conditions. *British Journal of Community Nursing*, 17(6), 250–257. Retrieved

from

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=104467036&site=ehost-live>

Chapman, B., & Bogle, V. (2014). Self-Management in Stroke Patients. *British Journal of Nursing*, 23(3), 158–167. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=94423568&site=ehost-live>

Corwin, E. J. (2009). Patofisiologi : Buku Saku. In *EGC Jakarta*.

Ferriero dkk. (2006). The Influence of Comorbidities and Complications on Discharge Function in Stroke Rehabilitation inpatients. *Proquest Health Management Europa Medicophysica*.

Fryer dkk. (2013). Self-management programs for quality of life in people with stroke (Protocol). *The Cochrane Collaboration and Published in The Cochrane Library*.

Galson, S. K. (2009). SELF-MANAGEMENT PROGRAMS: ONE WAY TO PROMOTE HEALTHY AGING. *Public Health Reports*.

Gibney dkk. (2008). Gizi Kesehatan Masyarakat. In *EGC Jakarta*.

Hafdia, A. N. A., Arman, Alwi, M. K., & Asrina, A. (2018). Analisis Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke Di Rsud Kabupaten Polewali Mandar. *Sinergitas Multidisiplin Ilmu Pengetahuan Dan Teknologi*, 1(April), 111–118.

Handayani, D., & Dominica, D. (2018). *Jurnal Farmasi Dan Ilmu Kefarmasian Indonesia Vol. 5 No. 1 Juli 2018* 36. 5(1), 36–44.

Hariandja, J. (2013). *Identifikasi Kebutuhan Akan Sistem Rehabilitasi Berbasis Teknologi Terjangkau Untuk Penderita Stroke di Indonesia*. 0–31.

- Joice, S. (2012). *Self-management following stroke*. 39–46.
- Jonker, A. A. G. C., Comijs, H. C., Knipscheer, K. C. P. M., & Deeg, D. J. H. (2009). *Promotion of self-management in vulnerable older people : a narrative literature review of outcomes of the Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP)*. 303–314.
<https://doi.org/10.1007/s10433-009-0131-y>
- Katan, M., & Luft, A. (2018). Global Burden of Stroke. *Seminars in Neurology*, 38(2), 208–211.
<https://doi.org/10.1055/s-0038-1649503>
- Kim dkk. (2005). Factors Affecting the Quality of Life After Ischemic Stroke: Young Versus Old Patients. *Journal of Clinical Neurology*.
- Kim, P. (1999). Quality of Life of Stroke Survivors. Quality of Life Research. *Kluwer Academic Publishers. Printed in the Netherlands*.
- Kwon dkk. (2006). Factors that Affect the Quality of Life at 3 Years Post-Stroke. *Journal of Clinical Neurology*.
- Larsen dkk. (2005). Factors Influencing Stroke Survivors Quality of Life During Subacute Recovery. *Dallas: American Heart Association*.
- Lennon, S., McKenna, S., & Jones, F. (2013). Self-management programmes for people post stroke: A systematic review. *Clinical Rehabilitation*, 27(10), 867–878.
<https://doi.org/10.1177/0269215513481045>
- Lorig, K., Sobel, D., Ritter, P., Laurent, D., & Hobbs, M. (2001). Effect of a self-management program on patients with chronic disease. *Europepmc*. Retrieved from <https://europepmc.org/abstract/med/11769298>
- Norris, S. L., Engelgau, M. M., & Narayan, K. M. V. (2001). Effectiveness of Self-Management

Training in Type 2 Diabetes: A systematic review of randomized controlled trials. *Diabetes Care*, 24(3), 561–587. <https://doi.org/10.2337/diacare.24.3.561>

Novida, & Santi. (2014). FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PENGETAHUAN TENTANG STROKE PADA PEKERJA INSTITUSI PENDIDIKAN TINGGI. *Jurnal Berkala Epidemiologi*.

Oktowaty, S., Setiawati, E. P., & Arisanti, N. (2017). Hubungan Fungsi Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pasien Penyakit Kronis Degeneratif di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama. 4(17), 1–6.

Post, M. W. M., Boosman, H., Zandvoort, M. M. Van, Passier, P. E. C. A., Rinkel, G. J. E., & Visser-meily, J. M. A. (2011). Development and validation of a short version of the Stroke Specific Quality of Life Scale. *Jnnp.Bmj.Com*, 283–287. <https://doi.org/10.1136/jnnp.2009.196394>

Purwanti, O. S. (2016). REHABILITASI KLIEN PASCA STROKE Okti Sri Purwanti * Arina Maliya
** Abstract Keywords : post stroke client , earlier mobilization . Rehabilitasi Pasien Pasca Stroke (Okti Sri Purwanti dan Arina Maliya). *Berita Ilmu Keperawatan*, 1 no 1, 46.

Rahmawati, D., Kurniawan, T., & Hartati, S. (2018). Gambaran Self-Management pada Pasien Stroke yang Menjalani Rawat Jalan. 6(Imd), 18–29.

Rahmi, U. (2014). Pengaruh Discharge Planning Terstruktur Terhadap Kualitas Hidup Pasien Stroke Iskemik di RSUD Al-Ihsan dan RS Al-Islam Bandung. *Jurnal Fakultas Ilmu Keperawatan Program Magister Medikal Bedah*.

Randall, G. (2017). *Self-management in Stroke*. (689947).

RSUD Dr. Saiful Anwar Malang. (2017). *Laporan Tahunan RSUD Dr. Saiful Anwar Malang Tahun*

2017.

- Tatali, A. J., Kundre, R., Studi, P., Keperawatan, I., Kedokteran, F., Sam, U., & Manado, R. (2018). *Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Kemandirian Activity Daily Living (ADL) pada Pasien Pasca Stroke di Poliklinik Neurologi RSUD GMIM Pancaran Kasih Manado*. 6.
- Turhan, N., Atalay, A., & Muderrisoglu, H. (2009). Predictors of functional outcome in first-ever ischemic stroke: A special interest to ischemic subtypes, comorbidity and age. *NeuroRehabilitation*, 24(4), 321–326. <https://doi.org/10.3233/NRE-2009-0485>
- WHO. (2006). *NEUROLOGICAL DISORDERS public health challenges*.
- WHO Health Information, I. W. (2019). *No Title*. Retrieved from <https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/index4.html#>
- Williams Weinberger, M., Harris, L. E., Clark, D. O., & Biller, J., L. S. (1999). Stroke-Specific Quality of Life Scale. *Stroke*, 30(7), 1362–1369.
- Yani, F. I. A. (2010). Perbedaan Skor Kualitas Hidup Terkait Kesehatan antara Pasien Stroke Iskemik Serangan Pertama dan Berulang. *Universitas Sebelas Maret*.
- Zahilic, Viedran, & Mirela. (2010). Gender and Quality of Life after Cerebral Stroke. *Bosniaan Journal of Basic Medical Sciences*.
- Zhu, W., & Jiang, Y. (2018). Determinants of Quality of Life in Patients With Hemorrhagic Stroke. *MD Journal*, 98(Supplement), S221. <https://doi.org/10.1111/j.1572-0241.2003.08406.x>

Lampiran 1. Surat Keterangan Bebas Plagiasi



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS KEDOKTERAN
Jalan Veteran Malang – 65145, Jawa Timur - Indonesia
Telp. (0341) 551611 Pes. 213.214; 569117, 567192 – Fax. (62) (0341) 564755
<http://www.fk.ub.ac.id> e-mail : sekr.fk@ub.ac.id

SURAT KETERANGAN

Nomor 742 /UN10.F08.08/PP/2019

Yang bertanda tangan dibawah ini,

nama : Dr.Husnul Khotimah, S.Si., M.Kes
NIP : 197511252005012001
pangkat dan golongan : Penata Muda, III/a
jabatan : Ketua Badan Penerbitan Jurnal Fakultas Kedokteran

dengan ini menerangkan bahwa,

nama : Samsul Hidayat
nim : 185070209111090
program studi : Sarjana Keperawatan
judul : Hubungan Self Management Dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke Di Poli Neurologi Rumah Sakit Tk. II dr. Soepraoen Malang
jenis artikel : Tugas Akhir
jumlah halaman : 8

berdasarkan pemindaian dengan perangkat lunak Turnitin, Badan Penerbitan Jurnal Fakultas Kedokteran menyatakan bahwa Artikel Ilmiah tersebut diatas memiliki kemiripan 1 %

Demikian surat keterangan ini agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

26 DEC 2019



Ketua Badan Penerbitan Jurnal,

Dr. Husnul Khotimah, S.Si, M.Kes
NIP 19751125 200501 2 001

Lampiran 2. Kuisisioner Studi Pendahuluan

KUESIONER DATA AWAL PENELITIAN

**HUBUNGAN SELF MANAGEMENT TERHADAP KUALITAS HIDUP PASIEN
PASKA STROKE DI POLI NEUROLOGI RSUD SAIFUL ANWAR MALANG**

Mohon kesediaan Bapak/Ibu/Sdr untuk mengisi kuisisioner ini. Kuisisioner ini merupakan kuisisioner yang penulis susun dalam rangka pelaksanaan penelitian. Jawaban yang Bapak/Ibu/Sdr berikan tidak akan mempengaruhi kedudukan maupun jabatan, mengingat kerahasiaan identitas Bapak/Ibu/Sdr akan kami jaga.

A. IDENTITAS RESPONDEN

Isilah dengan melingkari identitas diri saudara sesuai keadaan yang sebenarnya :

- a. No. Responden :
- b. Umur :
 1. 20 s/d 25 tahun
 2. 26 s/d 30 tahun
 3. 31 s/d 35 tahun
 4. 36 s/d 40 tahun
 5. 45 s/d 50 tahun
 6. > 50 tahun
- c. Jenis Kelamin
 1. Laki-laki
 2. Perempuan
- d. Pendidikan Terakhir :
 1. SMA
 2. D3
 3. S1
 4. S2
 5. Lain-lain

PETUNJUK PENGISIAN

Berilah tanda (√) pada kolom jawaban yang tersedia sesuai dengan jawaban Bapak/Ibu/Sdr.

1. Ya

2. Tidak

No.	Pertanyaan	Pilihan Jawaban	
		Ya	Tidak
1.	Apakah bapak/Ibu/Sdr. sudah di edukasi tentang self management?		
2.	Apakah Bapak/Ibu/Sdr. bisa melakukan aktifitas sehari-hari secara mandiri?		
3.	Apakah Bapak/Ibu/Sdr. bisa mengenali dan mengontrol tanda gejala serangan stroke?		
4.	Apakah Bapak/Ibu/Sdr. bisa mengambil keputusan khususnya dalam perawatan dan pengobatan?		
5.	Apakah Bapak/Ibu/Sdr. puas dengan pelayanan Rumah Sakit terkait penjelasan Perawat mengenai self management pasien stroke?		
6.	Apakah Bapak/Ibu/Sdr. bisa mengontrol emosi?		
7.	Apakah Bapak/Ibu/Sdr. puas dengan kondisi yang dirasakan sekarang?		
8.	Apakah Bapak/Ibu/Sdr. mampu secara mandiri menerapkan management stress bila sudah dilatih Perawat?		

Lampiran 3. Kisi-kisi kuisisioner

Kisi-kisi untuk kuisisioner SSSMQ

Variabel	Domain	Nomer kuisisioner	Keterangan	Jumlah soal
Self Management	Kapasitas	9	Favorable	1
		1,2,3,4,5, 6,7,8	Unfavorable	8
	Kepercayaan diri dalam berinteraksi	11,12,13, 14,15	Favorable	5
		10	Unfavorable	1
	Strategi	16,17,18, 19,20,21, 22	Favorable	7
	Bimbingan profesional kesehatan	23,24,25, 26,27, 28	Unfavorable	6

Lampiran 4. Hasil uji validitas dan reabilitas instrumen

Hasil Uji Validitas Kuesioner SSSMQ

No	R Hitung	P value	No	R Hitung	P value	No	R Hitung	P Value	No	R Hitung	P Value
1	0.596	0.006	8	0.550	0.012	15	0.694	0.001	22	0.712	0.000
2	0.468	0.037	9	0.467	0.038	16	0.609	0.004	23	0.639	0.002
3	0.891	0.000	10	0.663	0.001	17	0.489	0.028	24	0.685	0.001
4	0.820	0.000	11	0.698	0.001	18	0.489	0.029	25	0.712	0.000
5	0.842	0.000	12	0.951	0.000	19	0.639	0.002	26	0.707	0.000
6	0.511	0.021	13	0.791	0.000	20	0.544	0.013	27	0.707	0.000
7	0.644	0.002	14	0.951	0.000	21	0.625	0.003	28	0.645	0.002

Hasil Uji Validitas Kuesioner SSQOL

No	R Hitung	P Value	No.	R Hitung	P Value
1	0.737	0.000	7	0.712	0.000
2	0.846	0.000	8	0.825	0.000
3	0.838	0.000	9	0.836	0.000
4	0.767	0.000	10	0.799	0.000
5	0.524	0.018	11	0.705	0.001
6	0.516	0.020	12	0.799	0.000

Hasil Uji Realibilitas Kuesioner SSSMQ dan SSQOL

Variabel	Skor Cronbach's Alpha	Keterangan
SSMQ	0.947	Sangat Reliabel
SSQOL	0.925	Sangat Reliabel

Lampiran 5. Penjelasan Untuk Mengikuti Penelitian

PENJELASAN UNTUK MENGIKUTI PENELITIAN

1. Saya Samsul Hidayat, mahasiswa Jurusan Keperawatan dengan ini meminta Bapak/ibu/sdr untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam penelitian yang berjudul Hubungan Self Management dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke di Poli Neurologi Rumah Sakit Tk.II dr. Soepraoen Malang.
2. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui Hubungan Self Management dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke di Poli Neurologi Rumah Sakit Tk.II dr. Soepraoen Malang.
3. Penelitian ini akan berlangsung selama 1 hari (tepatnya \pm 20 menit untuk setiap sampelnya) dengan sampel berupa manusia yaitu pasien pasca stroke yang kontrol di poli neurologi Rumah Sakit Tk.II dr Soepraoen Malang, yang akan diambil dengan cara purposive sampling yaitu dengan pertimbangan yang sesuai dengan tujuan penelitian.
4. Keuntungan yang Bapak/ibu/sdr peroleh dengan keikutsertaan Bapak/Ibu/Sdr dalam penelitian ini adalah memperoleh tambahan wawasan tentang self management dan kualitas hidup pasien pasca stroke.
Manfaat langsung Bapak/Ibu/Sdr bisa instropeksi dan berbenah dengan acuan wawasan tentang self management dan kualitas hidup telah Bapak/Ibu/Sdr peroleh.
Manfaat tidak langsung adalah dari petugas kesehatan dengan memberi perhatian terhadap upaya peningkatan mutu pelayanan melalui edukasi tentang self management untuk meningkatkan kualitas hidup pasien pasien pasca stroke.
5. Ketidaknyamanan/ resiko yang mungkin muncul yaitu tidak ada karena subyek hanya diminta mengisi kuisisioner dan mengenai waktu sudah diantisipasi atau dikondisikan di jam-jam menunggu antrian Bapak/Ibu/Sdr.
6. Pada penelitian ini, prosedur pemilihan subjek yaitu dipilih berdasarkan kriteria yaitu pasien yang rawat pasien paska stroke yang kontrol di poli Neurologi Rumah Sakit Tk.II dr. Soepraoen Malang, yang dipilih dengan memenuhi kriteria inklusi sebagai berikut:
 - a. Penderita yang masih dapat berkomunikasi dengan baik.
 - b. Penderita yang tidak mengalami gangguan kognitif berat.

Mengingat Bapak/ibu/sdr memenuhi kriteria tersebut, maka peneliti meminta kesediaan Bapak/ibu/sdr untuk mengikuti penelitian ini setelah penjelasan penelitian ini diberikan.

7. Prosedur pengambilan sampel adalah pengisian kuisisioner, cara ini mungkin mungkin akan menyita waktu dan membuat lelah bapak/ibu/sdr, tetapi Bapak/ibu/sdr tidak perlu kuatir karena peneliti akan menyesuaikan dengan waktu bapak/ibu/sdr.
8. Setelah Bapak/ibu/sdr menyatakan kesediaan berpartisipasi dalam penelitian ini, maka peneliti memastikan Bapak/ibu/sdr dalam keadaan sehat.
9. Sebelum pengisian kuisisioner/ wawancara, peneliti akan menerangkan cara mengisi kuisisioner kepada Bapak/ibu/sdr, selama ± 5 menit, dengan cara memberikan contoh cara mengisi kuisisioner, sesuai dengan pengalaman yang Bapak/ibu/sdr alami dengan menggunakan tinta hitam.
10. Sebelum pengisian kuisisioner / wawancara, peneliti akan memberikan penjelasan mengenai hubungan self management dengan kualitas hidup pasien pasca stroke.
11. Selama pengisian kuisisioner / wawancara, diperkenankan bagi Bapak/ibu/sdr untuk menanyakan apabila ada yang belum dipahami dari isi kuisisioner.
12. Setelah mengisi kuisisioner / wawancara, Bapak/ibu/sdr dapat melakukan tukar pengalaman dan tanya jawab dengan peneliti seputar hubungan self management dengan kualitas hidup pasien pasca stroke.
13. Bapak/ibu/sdr dapat memberikan umpan balik dan saran pada peneliti terkait dengan proses pengambilan data dengan kuisisioner / wawancara baik selama maupun setelah proses pengisian kuisisioner / wawancara secara langsung pada peneliti.
14. Peneliti akan memberikan waktu satu hari pada Bapak/ibu/sdr untuk menyatakan dapat berpartisipasi / tidak dalam penelitian ini secara sukarela, sehari sebelum pengisian kuisisioner / wawancara.
15. Jika Bapak/ibu/sdr menyatakan bersedia menjadi responden namun disaat penelitian berlangsung anda ingin berhenti, maka Bapak/ibu/sdr dapat menyatakan mengundurkan diri atau tidak melanjutkan ikut dalam penelitian ini. Tidak akan ada sanksi yang diberikan kepada Bapak/ibu/sdr terkait hal ini.

16. Nama dan jati diri Bapak/ibu/sdr akan tetap dirahasiakan, sehingga diharapkan Bapak/ibu/sdr tidak merasa khawatir dan dapat mengisi kuisioner sesuai kenyataan dan pengalaman Bapak/ibu/sdr yang sebenarnya.
17. Jika Bapak/ibu/sdr merasakan ketidaknyamanan atau dampak karena mengikuti penelitian ini, maka Bapak/ibu/sdr dapat menghubungi peneliti yaitu saya Samsul Hidayat di Nomer Telepon (082132379317).
18. Perlu Bapak/ibu/sdr ketahui bahwa penelitian ini telah mendapatkan persetujuan kelaikan etik dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya, sehingga Bapak/ibu/sdr tidak perlu khawatir karena penelitian ini akan dijalankan dengan menerapkan prinsip etik penelitian yang berlaku.
19. Hasil penelitian ini kelak akan dipublikasikan namun tidak terdapat identitas Bapak/ibu/sdr dalam publikasi tersebut sesuai dengan prinsip etik yang diterapkan.
20. Peneliti akan bertanggung jawab secara penuh terhadap kerahasiaan data yang Bapak/ibu/sdr berikan dengan menyimpan data hasil penelitian yang hanya dapat diakses oleh peneliti.
21. Peneliti akan memberi tanda terima kasih berupa souvenir seharga ± Rp 20.000,-.

Peneliti Utama

Samsul Hidayat

Lampiran 6. Pernyataan Persetujuan Berpartisipasi Dalam Penelitian

**PERNYATAAN PERSETUJUAN BERPARTISIPASI DALAM
PENELITIAN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa:

1. Saya telah mengerti tentang apa yang tercantum dalam lembar penjelasan dan telah dijelaskan oleh peneliti.
2. Dengan ini saya menyatakan bahwa secara sukarela bersedia untuk ikut serta menjadi salah satu responden penelitian yang berjudul “ Hubungan Self Management dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke di Poli Neurologi Rumah Sakit Tentara dr. Soepraoen Malang”

Malang, November 2019

Peneliti

Yang Membuat Pernyataan

Samsul Hidayat

(.....)

NIM 185070209111090

Saksi I

Saksi II

(.....)

(.....)

Lampiran 7. Kuesioner Penelitian

LEMBAR KUISIONER PENELITIAN

Kode Responden:

A. Identitas Karakteristik Responden

Responden diminta mengisi lembar observasi dengan cara mengisi kolom yang tersedia, dengan identitas responden yang dinilai sebagai berikut :

1. Umur : tahun
2. Jenis Kelamin : Laki ()
Perempuan ()
3. Status Pekerjaan : Bekerja ()
Tidak Bekerja ()
4. Tingkat Pendidikan :
5. Jenis Stroke :
6. Jumlah Serangan : kali
7. Fungsi Anggota Gerak :
 - ⊖ Kelumpuhan : Ada ()
Tidak ada ()
 - Di bagian : Kanan ()
Kiri ()
 - ⊖ Gangguan : Ada ()
Tidak ada ()
 - Jenis Gangguan :
8. Penyakit Penyerta :
 - Tidak ada : ()
 - Ada (sebutkan) :

B. Lembar Kuisisioner Self-Management

Berilah tanda checklist (√) pada kolom pilihan jawaban yang tersedia sesuai dengan pertanyaan Self-Management.

Pilihan Jawaban :

1 = Selalu Benar

2 = Sering Benar

3 = Kadang- Kadang Benar

4 = Kadang-Kadang Salah

5 = Sering Salah

6 = Selalu Salah

No.	Pertanyaan	Selalu benar	Sering benar	Kadang kadang benar	Kadang kadang salah	Sering salah	Selalu salah
1.	Dampak stroke bagi saya berarti saya tidak bisa mengelola pemulihan dan kesehatan saya.						
2.	Ketika banyak hal tidak berjalan dengan baik karena stroke saya, saya sulit untuk tetap bersikap positif.						
3.	Keputusan tentang cara terbaik untuk mengelola stroke saya bukan ditangan saya.						
4.	Dampak fisik stroke bagi saya berarti saya tidak bisa mengelola kesehatan seperti yang saya inginkan						
5.	Sulit bagi saya untuk termotivasi mencari solusi dari masalah yang berkaitan dengan stroke.						
6.	Saya tidak yakin apakah tanda atau gejala yang saya rasakan, dapat berarti kesehatan saya ada perubahan.						
7.	Masalah komunikasi saya berarti bahwa saya tidak bisa mengelola kesehatan sesuai yang saya inginkan						
8.	Apapun yang saya lakukan, tidak akan meningkatkan kondisi saya.						

No.	Pertanyaan	Selalu benar	Sering benar	Kadang kadang benar	Kadang kadang salah	Sering salah	Selalu salah
9.	Upaya yang saya ambil untuk mengelola kesehatan saya memiliki efek positif.						
10.	Saya merasa sulit untuk menyampaikan kepada petugas kesehatan apa yang saya inginkan atau butuhkan.						
11.	Saya mengusahakan cara untuk mengelola kesehatan saya bersama petugas kesehatan.						
12.	Saya yakin petugas kesehatan dapat menjawab pertanyaan saya.						
13.	Saya merasa yakin untuk membahas saran yang tidak saya pahami bersama dokter.						
14.	Saya merasa yakin mendapat informasi yang saya butuhkan dari petugas kesehatan.						
15.	Saya tahu bagaimana mendapatkan bantuan ketika saya khawatir tentang kondisi saya.						
16.	Saya merencanakan kegiatan setiap hari sehingga dapat menyelesaikan banyak hal tanpa merasa kelelahan.						
17.	Saya merasa yakin meminta keluarga untuk membantu kegiatan penting demi kesehatan saya.						
18.	Saya mengelola hal-hal yang berkaitan dengan stroke sebaik orang lain yang mengalami stroke.						
19.	Saya coba berbagai cara untuk melakukan sesuatu, sampai saya dapatkan cara yang cocok dengan saya.						

No.	Pertanyaan	Selalu benar	Sering benar	Kadang kadang benar	Kadang kadang salah	Sering salah	Selalu salah
20.	Ide dan hal-hal yang cocok untuk dari orang lain dengan stroke, membantu sekali dalam pemulihan saya.						
21.	Saya memiliki informasi dan saran yang berguna untuk diberikan kepada orang lain mengenai pengelolaan stroke.						
22.	Saya nyaman meminta kepada teman-teman membantu melakukan hal-hal penting untuk kesehatan saya.						
23.	Saya khawatir jika hal yang saya lakukan dalam mengelola masalah stroke saya dapat membahayakan bila tidak didampingi oleh petugas kesehatan						
24.	Saya tidak dapat mengubah apa yang diputuskan oleh petugas kesehatan mengenai stroke saya.						
25.	Kondisi akan membaik jika saya menerima pelayanan yang lebih profesional.						
26.	Mengikuti saran dari para petugas kesehatan adalah satu-satunya cara agar saya dapat mengelola stroke.						
27.	Saya selalu mengikuti saran dari petugas tentang kesehatan saya sampai hal terkecil.						
28.	Saran dari petugas kesehatan yang konsisten akan membantu saya untuk mengelola stroke saya.						

C. Lembar Kuisiener Kualitas Hidup

Berilah tanda checklist (√) pada kolom pilihan jawaban yang tersedia sesuai dengan pertanyaan Kualitas Hidup

Pilihan Jawaban set 1 :

1 = Tidak bisa melakukan sama sekali

2 = Banyak masalah

3 = Beberapa masalah

4 = Sedikit masalah

5 = Tidak masalah sama sekali

No.	Pertanyaan	Tidak bisa melakukan sama sekali	Banyak masalah	Beberapa masalah	Sedikit masalah	Tidak masalah sama sekali
1.	Apakah Anda membutuhkan bantuan ketika mandi?					
2.	Apakah Anda harus berhenti dan beristirahat lebih banyak dari yang anda inginkan ketika berjalan atau menggunakan kursi roda?					
3.	Apakah Anda memiliki kesulitan mengancingkan baju?					
4.	Apakah Anda harus mengulangi kata-kata anda sehingga orang lain bisa mengerti Anda?					
5.	Apakah Anda memiliki masalah ketika menonton televisi sehingga dapat menikmati acara?					
6.	Apakah Anda memiliki kesulitan melakukan pekerjaan sehari-hari di lingkungan rumah?					

Pilihan Jawaban set 2 :

- 1 = Sangat Setuju
 2 = Setuju
 3 = Kadang Setuju Kadang Tidak Setuju
 4 = Tidak Setuju
 5 = Sangat Tidak Setuju

No.	Pertanyaan	Sangat Setuju	Setuju	Ragu-ragu	Tidak Setuju	Sangat Tidak Setuju
7.	Saya mengalami kesulitan mengingat banyak hal.					
8.	Saya merasa menjadi beban bagi keluarga saya.					
9.	Kondisi fisik saya mengganggu kehidupan sosial saya.					
10.	kepribadian saya telah berubah.					
11.	Saya berkecil hati akan masa depan saya.					
12.	Aku terlalu lelah untuk melakukan apa yang ingin saya kerjakan.					

Lampiran 1. Karakteristik Subyek

Statistics

	Usia	Jenis_Kelamin	Status_Pekerjaan	Tingkat_Pendidikan	Jenis_Stroke	Jumlah_Serangan	Fungsi_Ext	Penyakit_Lain
N Valid	105	105	105	105	105	105	105	105
Missing	0	0	0	0	0	0	0	0

Usia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 26-32 tahun	1	1.0	1.0	1.0
Valid 33-45 tahun	6	5.7	5.7	6.7
Valid >45 tahun	98	93.3	93.3	100.0
Total	105	100.0	100.0	

Jenis_Kelamin

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid L	52	49.5	49.5	49.5
Valid P	53	50.5	50.5	100.0
Total	105	100.0	100.0	

Status_Pekerjaan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid BKJ	17	16.2	16.2	16.2
Valid TK BKJ	88	83.8	83.8	100.0
Total	105	100.0	100.0	

Tingkat_Pendidikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid PT	16	15.2	15.2	15.2
Valid SD	23	21.9	21.9	37.1
Valid SLTA	40	38.1	38.1	75.2
Valid SMP	26	24.8	24.8	100.0
Total	105	100.0	100.0	

Jenis_Stroke

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid HEMRG	7	6.7	6.7	6.7
Valid ISKEMIK	98	93.3	93.3	100.0
Total	105	100.0	100.0	

Jumlah_Serangan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1.00	79	75.2	75.2	75.2
Valid 2.00	19	18.1	18.1	93.3
Valid 3.00	7	6.7	6.7	100.0
Total	105	100.0	100.0	

Fungsi_Ext

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid GGUAN	47	44.8	44.8	44.8
Valid KANAN	23	21.9	21.9	66.7
Valid KIRI	35	33.3	33.3	100.0
Total	105	100.0	100.0	

Penyakit_Lain

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
BT GJL	1	1.0	1.0	1.0
DM	23	21.9	21.9	22.9
HT	62	59.0	59.0	81.9
LMBG	2	1.9	1.9	83.8
OA	5	4.8	4.8	88.6
Valid P JTG	3	2.9	2.9	91.4
PARU	3	2.9	2.9	94.3
RMTK	3	2.9	2.9	97.1
VERTG	3	2.9	2.9	100.0
Total	105	100.0	100.0	

Lampiran 9. Hasil Uji Normalitas

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
SM	105	100,0%	0	0,0%	105	100,0%

Descriptives

		Statistic	Std. Error	
SM	Mean	120,34	1,319	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	117,73	
		Upper Bound	122,96	
	5% Trimmed Mean	121,23		
	Median	126,00		
	Variance	182,785		
	Std. Deviation	13,520		
	Minimum	82		
	Maximum	134		
	Range	52		
	Interquartile Range	24		
	Skewness	-,833	,236	
	Kurtosis	-,610	,467	

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kapasitas	105	100,0%	0	0,0%	105	100,0%
Kepercayaan	105	100,0%	0	0,0%	105	100,0%
Strategi	105	100,0%	0	0,0%	105	100,0%
Bimbingan_Prof	105	100,0%	0	0,0%	105	100,0%
Kualitas_Hidup	105	100,0%	0	0,0%	105	100,0%

Descriptives

		Statistic	Std. Error	
Kapasitas	Mean	38.5238	.86466	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	36.8092	
		Upper Bound	40.2385	
	5% Trimmed Mean	38.8095		
	Median	42.0000		
	Variance	78.502		
	Std. Deviation	8.86013		
	Minimum	20.00		
	Maximum	50.00		
	Range	30.00		
	Interquartile Range	14.00		
	Skewness	-,213	,236	
	Kurtosis	-1.214	,467	
	Kepercayaan	Mean	30.5048	.35911
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	29.7926	
		Upper Bound	31.2169	
5% Trimmed Mean		30.6323		
Median		30.0000		
Variance		13.541		

	Std. Deviation		3.67979	
	Minimum		16.00	
	Maximum		36.00	
	Range		20.00	
	Interquartile Range		6.50	
	Skewness		-.390	.236
	Kurtosis		.859	.467
Strategi	Mean		33.2190	.30472
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	32.6148	
		Upper Bound	33.8233	
	5% Trimmed Mean		33.3016	
	Median		34.0000	
	Variance		9.750	
	Std. Deviation		3.12244	
	Minimum		23.00	
	Maximum		42.00	
	Range		19.00	
	Interquartile Range		2.50	
	Skewness		-.493	.236
	Kurtosis		1.971	.467
	Bimbingan_Prof	Mean		18.0952	.73049
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	16.6467	
		Upper Bound	19.5438	
5% Trimmed Mean			18.1190	
Median			15.0000	
Variance			56.029	
Std. Deviation			7.48527	
Minimum			6.00	
Maximum			35.00	
Range			29.00	
Interquartile Range			13.00	
Skewness			.199	.236
Kurtosis			-1.364	.467
Kualitas_Hidup		Mean		49.7238	.96129
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	47.8175	
		Upper Bound	51.6301	
	5% Trimmed Mean		50.5688	
	Median		53.0000	
	Variance		97.029	
	Std. Deviation		9.85032	
	Minimum		21.00	
	Maximum		60.00	
	Range		39.00	
	Interquartile Range		10.50	
	Skewness		-1.177	.236
	Kurtosis		.829	.467

Lampiran 10. Hasil Interpretasi Skala Likert

		Quality of Life_			Cumulative Percent
		Frequency	Percent	Valid Percent	
Valid	1	2	1.9	1.9	1.9
	2	10	9.5	9.5	11.4
	3	93	88.6	88.6	100.0
	Total	105	100.0	100.0	

Quality of life

	f	%
KURANG	2	1.9
CUKUP	10	9.5
BAIK	93	88.6

		SELF_MANAGEMENT1			Cumulative Percent
		Frequency	Percent	Valid Percent	
Valid	1	1	1.0	1.0	1.0
	2	30	28.6	28.6	29.5
	3	74	70.5	70.5	100.0
	Total	105	100.0	100.0	

Self_management

	f	%
KURANG	1	1
CUKUP	30	28.6
BAIK	74	70.5

		promkes_nomi			Cumulative Percent
		Frequency	Percent	Valid Percent	
Valid	1.00	60	57.1	57.1	57.1
	2.00	13	12.4	12.4	69.5
	3.00	32	30.5	30.5	100.0
	Total	105	100.0	100.0	

		strategi_normal			Cumulative Percent
		Frequency	Percent	Valid Percent	
Valid	2.00	9	8.6	8.6	8.6
	3.00	96	91.4	91.4	100.0
	Total	105	100.0	100.0	

		percaya_diri_nomi			Cumulative Percent
		Frequency	Percent	Valid Percent	
Valid	1.00	1	1.0	1.0	1.0
	2.00	2	1.9	1.9	2.9
	3.00	102	97.1	97.1	100.0
	Total	105	100.0	100.0	

		kapasitas_nominal			Cumulative Percent
		Frequency	Percent	Valid Percent	
Valid	1.00	12	11.4	11.4	11.4
	2.00	34	32.4	32.4	43.8
	3.00	59	56.2	56.2	100.0
	Total	105	100.0	100.0	

Lampiran 11. Surat Keterangan Layak Etik



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS KEDOKTERAN
KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN

Jalan Veteran Malang - 65145, Jawa Timur - Indonesia
Telp. (62) (0341) 551611 Ext. 168; 569117; 567192 - Fax. (62) (0341) 564755
http://www.fk.ub.ac.id e-mail : kep.fk@ub.ac.id

**KETERANGAN KELAIKAN ETIK
("ETHICAL CLEARANCE")**

No. 298 / EC / KEPK – S1 – PSIK / 11 / 2019

KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS BRAWIJAYA,
SETELAH MEMPELAJARI DENGAN SEKSAMA RANCANGAN PENELITIAN YANG DIUSULKAN,
DENGAN INI MENYATAKAN BAHWA PENELITIAN DENGAN

JUDUL : Hubungan antara *Self Management* dengan Kualitas Hidup Pasien
Pasca Stroke di Poli Neurologi Rumah Sakit Tentara Dr. Soepraoen
Malang.

PENELITI : Samsul Hidayat

UNIT / LEMBAGA : S1 Keperawatan – Fakultas Kedokteran – Universitas Brawijaya
Malang.

TEMPAT PENELITIAN : Rumah Sakit Tentara Dr. Soepraoen Malang

DINYATAKAN LAIK ETIK.

Malang, 11 Desember 2019
Ketua

Prof. Dr.-dr. Moch. Istiadjid ES, SpS, SpBS(K), SH, M.Hum, Dr(Hk)
NIPK. 20180246051611001

Catatan :

Keterangan Laik Etik Ini Berlaku 1 (Satu) Tahun Sejak Tanggal Dikeluarkan
Pada Akhir Penelitian, Laporan Pelaksanaan Penelitian Harus Diserahkan Kepada KEPK-FKUB Dalam Bentuk Soft Copy.
Jika Ada Perubahan Protokol Dan / Atau Perpanjangan Penelitian, Harus Mengajukan Kembali Permohonan Kajian Etik
Penelitian (Amandemen Protokol).

Lampiran 12. Surat Ijin Melakukan Uji Validitas dan Reliabilitas



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS KEDOKTERAN

Jalan Veteran Malang – 65145, Jawa Timur - Indonesia
Telp. (0341) 551611 Pes. 213.214; 569117, 567192 – Fax. (62) (0341) 564755
http://www.fk.ub.ac.id e-mail : sekr.fk@ub.ac.id

Nomor : 003 /UN10.F08/PP/2019
Perihal : Permohonan Ijin Untuk Uji Validitas

21 OCT 2019

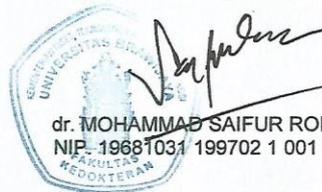
Yth. Direktur Rumah Sakit Tentara dr. Soepraoen Malang
Di Tempat

Sehubungan dengan Penyusunan Karya Tulis Ilmiah/Tugas Akhir (TA) sebagai prasyarat wajib bagi mahasiswa Program Studi Sarjana Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya, dengan ini kami mohon ijin melaksanakan uji validitas bagi mahasiswa yang tersebut dibawah ini :

Nama : SAMSUL HIDAYAT
N I M : 185070209111090
Semester : III (Tiga)
Program Studi : ILMU KEPERAWATAN
Judul : HUBUNGAN SELF MANAGEMENT DENGAN KUALITAS HIDUP PASIEN PASCA STROKE DI POLI NEUROLOGI RUMAH SAKIT TENTARA dr. SOEPRAOEN MALANG

Atas perhatian dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.

An. Dekan,
Wakil Dekan Bidang Akademik,



Tembusan :
Ketua Jurusan Keperawatan FKUB

dr. MOHAMMAD SAIFUR ROHMAN, Sp.JP(K), Ph.D.
NIP. 19681031 199702 1 001

Lampiran 13. Surat Permohonan Ijin Penelitian dan Pengambilan data



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TING
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS KEDOKTERAN

Jalan Veteran Malang – 65145, Jawa Timur - Indonesia
Telp. (0341) 551611 Pes. 213.214; 569117, 567192 – Fax. (62) (0341) 564755
http://www.fk.ub.ac.id e-mail : sekr.fk@ub.ac.id

Nomor : 002 /UN10.F08/PP/2019

Perihal : Permohonan Ijin Penelitian dan Pengambilan Data

21 OCT 2019

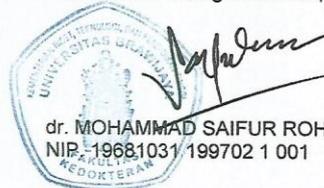
Yth. Direktur Rumah Sakit Tentara dr. Soepraoen Malang
Di Tempat

Sehubungan dengan penyusunan Karya Tulis Ilmiah/Tugas Akhir (TA) sebagai prasyarat wajib bagi mahasiswa Program Studi Sarjana Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya, dengan ini kami mohon ijin melaksanakan penelitian dan pengambilan data guna pembuatan penelitian tugas akhir bagi mahasiswa yang tersebut dibawah ini :

Nama : : SAMSUL HIDAYAT
N I M : : 185070209111090
Semester : : III (Tiga)
Program Studi : : ILMU KEPERAWATAN
Judul : : HUBUNGAN SELF MANAGEMENT DENGAN KUALITAS HIDUP PASIEN PASCA STROKE DI POLI NEUROLOGI RUMAH SAKIT TENTARA dr. SOEPRAOEN MALANG

Atas perhatian dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.

An. Dekan,
Wakil Dekan Bidang Akademik,



Tembusan :
Ketua Jurusan Keperawatan FKUB

dr. MOHAMMAD SAIFUR ROHMAN, Sp.JP(K), Ph.D.
NIP. 19681031 199702 1 001

Lampiran 14. Surat Pemberitahuan Ijin dari RST ke FK UB

KESEHATAN DAERAH MILITER V/ BRAWIJAYA
RUMAH SAKIT Tk. II dr. SOEPROAEN

Malang, 14 November 2019

Nomor : B/ 1758 / XI /2019
Klasifikasi : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Jawaban Permohonan Ijin Penelitian
Mahasiswa an. Samsul Hidayat

Kepada

Yth. Dekan Fak. Kedokteran ✓
Universitas Brawijaya

di

Malang

1. Berdasarkan Surat Dekan Fak. Kedokteran Univ. Brawijaya Malang Nomor 10122/UN10.F08/PP/2019 tanggal 21 Oktober 2019 tentang Permohonan Ijin Penelitian dan Pengambilan Data serta Uji Validitas.

2. Sehubungan hal tersebut di atas, dengan ini Karumkit Tk.II dr. Soepraoen memberikan Ijin Penelitian dan Uji Validitas kepada Mahasiswa Program Studi S-1 Keperawatan Fak. Kedokteran Univ. Brawijaya Malang a.n. Samsul Hidayat NIM 185070209111090, dengan judul "Hubungan Self Management Dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke di Poli Neurologi Rumah Sakit Tk.II dr.Soepraoen Malang" sesuai ketentuan yang berlaku, namun sebelum melakukan Penelitian untuk Tugas Akhir tersebut agar mahasiswa yang bersangkutan berkoordinasi terlebih dahulu mengenai hal teknis dan administrasi ke Si Litbangkes Rumkit Tk.II dr. Soepraoen.

3. Demikian mohon dimaklumi.

a.n. Kepala Rumah Sakit Tk.II dr. Soepraoen



Tembusan :

dr. Zainal Alim, Sp. OG.

Letnan Kolonel Ckm NRP 11930096830469

1. Kabid. Diklat dan Litbangkes RS Tk.II dr. Soepraoen
2. Kainstalwatlan Rumkit Tk.II dr.Soepraoen

Lampiran 15. Surat Pengantar Melaksanakan Penelitian

RUMAH SAKIT TK.II dr. SOEPRAOEN
SEKSI PENELITIAN & PENGEMBANGAN KESEHATAN

Malang, 18 November 2019

Nomor : Speng/89/XI/2019
Klasifikasi : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Surat Pengantar Melaksanakan
Penelitian

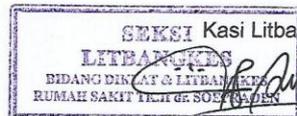
Kepada
Yth. KapoI Peny. Syaraf Instalwatlan
Rumkit Tk.II dr. Soepraoen
di
tempat

Dengan hormat,
Mohon diterima Peneliti tersebut dibawah ini untuk melaksanakan Penelitian dengan judul: Hubungan Self Management Dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke di Poli Neurologi Rumah Sakit Tk.II dr. Soepraoen Malang tmt 18 November 2019 s.d selesai.

Daftar Nama Peneliti

No	Nama	Status	Asal Institusi	Pendamping Lahan/Supervisi
1.	Samsul Hidayat ✓ NIM 185070209111090	Peneliti Utama	Prodi S-1 Wat FK Universitas Brawijaya Malang	- PNS Nudi Basuki, SKep, Ners. - PNS Fatkhuriyanto, SST, MM.

Demikian mohon dimaklumi.



Fatkhuriyanto, S.ST, M.M.
Penata Tk.I-III/d NIP 197006051990021001

Tembusan :

1. Kainstalwatlan Rumkit Tk.II dr. Soepraoen
2. Turmin Litbang Biddiklat & Litbangkes

Lampiran 16. Surat Keterangan Telah Melaksanakan Penelitian

 **KESEHATAN DAERAH MILITER V/BRAWIJAYA**
RUMAH SAKIT TK. II dr. SOEPROAEN
Jalan Sodanco Supriadi No. 22 Malang 65147 Telp. (0341) 325111/325112 

SURAT KETERANGAN
Nomor Sket/60/XII/2019/Lit

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : **Fatkhuriyanto, S.ST, M.M.**
Pangkat / NIP : **Penata Tk.I-III/d NIP 197006051990021001**
Jabatan : **Kepala Seksi Litbangkes Bid. Diklat dan Litbangkes**
Kesatuan : **Rumah Sakit Tk. II dr. Soepraoen**

Menerangkan bahwa:

Nama : **Samsul Hidayat**
NIM : **185070209111090**
Nama Institusi : **Universitas Brawijaya Malang**
Fakultas : **Kedokteran**
Jurusan/Prodi : **Ilmu Keperawatan/ S-1 Keperawatan**

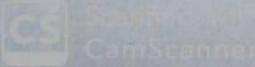
Telah melaksanakan penelitian pada tanggal 19 November s.d. 5 Desember 2019 di Rumah Sakit Tk.II dr. Soepraoen untuk tugas akhir yang berjudul "Hubungan Self Management Dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke di Poli Neurologi Rumah Sakit Tk.II dr.Soepraoen Malang" dan hasilnya telah dipresentasikan di hadapan tim penelaah hasil penelitian.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Malang, 26 Desember 2019
a.p. Kepala Rumah Sakit Tk. II dr. Soepraoen
Kepala Seksi Litbangkes,

Fatkhuriyanto, S.ST, M.M.
Penata Tk.I-III/d NIP 197006051990021001





Lampiran 17. Lembar Konsultasi Tugas Akhir



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS KEDOKTERAN
TUGAS AKHIR

Jalan Veteran Malang - 65145, Jawa Timur - Indonesia
 Telp. (62) (0341) 551611 Ext. 213.214; 569117; 567192 - Fax. (62) (0341) 564755
 http://fk.ub.ac.id/tugasakhir e-mail : tugasakhir.fk@ub.ac.id

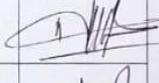
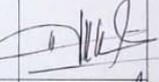
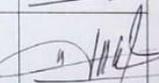
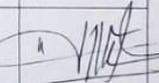
Form TA 04

LEMBAR KONSULTASI TUGAS AKHIR

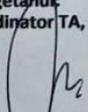
Nama : Samsul Hidayat
NIM : 185070209111090.
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul Tugas Akhir : Hubungan *Self-Management* dengan Kualitas Hidup Pasien Paska Stroke di Poli Neurologi Rumah Sakit Tk.II dr. Soepraoen Malang

Pembimbing I : DR Kuswantoro Rusca Putra, S.Kp., M.Kep.
Pembimbing II : Ns. Evi Harwiati Ningrum, S.Kep., MHSM.

Tahap Pertama

Tgl	Pembimbing I/II	Metode Bimbingan	Topik Pembahasan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan
29/12-19	II	Tatap Muka	konsep awal penelitian	Pembahasan dan analisa.	
5/12-19	II	Email	konsep Bab 5.	penyusunan dan abstrak dan	
5/12-19	II	Tatap Muka	konsep Bab 6, 7.	penyusunan hasil penelitian	
16/12-19	II	Tatap Muka	konsep Bab 6, 7.	Pemantauan Bab 5, 6, 7.	
19/12-19	II	Tatap Muka	konsep BAB 5, 6, 7	Ace Semhas	

Mengetahui:
Koordinator TA,



Ns. Tony Suharsono, S.Kep., M.Kep.
NIK. 198009022006041003



Scanned with CamScanner



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS KEDOKTERAN
TUGAS AKHIR

Jalan Veteran Malang - 65145, Jawa Timur - Indonesia
Telp. (62) (0341) 551611 Ext. 213.214; 569117; 567192 - Fax. (62) (0341) 564755
<http://fk.ub.ac.id/tugasakhir> e-mail : tugasakhir.fk@ub.ac.id

Form TA 04

LEMBAR KONSULTASI TUGAS AKHIR

Nama : Samsul Hidayat
NIM : 185070209111090.
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul Tugas Akhir : Hubungan *Self-Management* dengan Kualitas Hidup Pasien Paska Stroke di Poli Neurologi Rumah Sakit Tk.II dr. Soepraoen Malang

Pembimbing I : DR Kuswantoro Rusca Putra, S.Kp., M.Kep.
Pembimbing II : Ns. Evi Harwiati Ningrum, S.Kep., MHSM.

Tahap Pertama

Tgl	Pembimbing I/II	Metode Bimbingan	Topik Pembahasan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan
29/12-19	I	Tatap Muka	Konsul keel Penelitian.	Pembahasan data responden.	
5/12-19	I	Email.	Konsul penyediaan dan BAB 5.	Pengolahan dan Analisis data.	
9/12-19	I	Tatap Muka	Konsul BAB 5,6	penyediaan dan paragraf.	
16/12-19	I	Tatap Muka	Konsul. BAB 5,6,7.	penyediaan bab 5,6,7.	
18/12-19	I	Tatap Muka	Konsul. BAB 5,6,7.	Ace Lembar	

Mengetahui:
Koordinator TA,

Ns. Tony Suharsono, S.Kep., M.Kep.
NIK. 198009022006041003



Scanned with
CamScanner

Lampiran 18. Dokumentasi Penelitian



Pengambilan data penelitian kepada responden yang dilakukan di poli Neurologi RS Tk.II dr. Soepraoen Malang.



Presentasi penyampaian hasil penelitian di Ruang LitBangKes RS Tk.II

dr. Soepraoen Malang.

Lampiran 19. Time Line

Jadwal Penyusunan Tugas Akhir

No	Kegiatan	Waktu																				
		Tahun 2019											Tahun 2020									
		Februari-Mei	Juni-Juli	Agustus	September	Oktober	November	Desember	Januari													
1	Penyusunan Proposal	■	■	■	■	■	■															
2	Seminar Proposal						■															
3	Revisi Proposal						■	■	■													
4	Uji etik dan uji validitas kuesioner									■	■	■										
5	Pengumpulan data penelitian											■	■	■								
6	Pengolahan data penelitian												■	■	■							
7	Penyusunan laporan hasil penelitian													■	■	■						
8	Seminar hasil penelitian																■					
9	Revisi																	■	■			

Keterangan:

1. ■ : Aktivitas penyusunan proposal

Lampiran 20. Daftar Riwayat Hidup

Curriculum Vitae Peneliti Utama



I. IDENTITAS PERSONAL

Nama : Samsul Hidayat
NIM/NIP : 185070209111090 / 198111052008011012
Tempat & Tanggal lahir : Malang, 05 November 1981
Jenis Kelamin : Laki-laki
Status : Sudah Menikah
Agama : Islam
Pendidikan : D III Keperawatan
Pekerjaan : Perawat di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang
Alamat : Perum Oma View jl. Bandara Narita EG 12A RT. 02 RW.
11 Cemorokandang Kec. Kedung Kandang Kota Malang
Email : Sjammy05@gmail.com
Telepon : 082132379317

II. RIWAYAT PENDIDIKAN

1. SDN Sumbermanjing Kulon 07 : Lulus Tahun 1993
2. SMPN 01 Pagak : Lulus Tahun 1996
3. SMAN 01 Pagak : Lulus Tahun 1999
4. D III Keperawatan AKPER PEMKAB Malang : Lulus Tahun 2002
5. Mahasiswa PSIK Universitas Brawijaya Malang : Tahun 2018 - sekarang

III. RIWAYAT PEKERJAAN

1. Perawat di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang mulai September 2004 s/d sekarang