

**HUBUNGAN ANTARA *SELF-MANAGEMENT* DENGAN
KEPATUHAN KONTROL PADA KLIEN PASCA STROKE DI
RUMAH SAKIT MUHAMMADIYAH BANDUNG**

SKRIPSI

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar
Sarjana Keperawatan

**SHIVA ZAKIYATUL ULA
AK.1.15.095**



**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS BHAKTI KENCANA BANDUNG
2019**

LEMBAR PERSETUJUAN

**JUDUL : HUBUNGAN ANTARA *SELF MANAGEMENT* DENGAN
KEPATUHAN KONTROL PADA KLIEN PASCA
STROKE DI RUMAH SAKIT MUHAMMADIYAH
BANDUNG**

NAMA : SHIVA ZAKIYATUL ULA

NPM : AK.1.15.095

Telah Disetujui Pada Sidang Skripsi
Program Studi Sarjana Keperawatan Fakultas Keperawatan
Universitas Bhakti Kencana Bandung

Bandung, Juli 2019

Menyetujui:

Pembimbing I



ALI HAMZAH, S.Kp.,MNS

Pembimbing II



SRI WULAN MEGAWATI, M.KEP

Universitas Bhakti Kencana Bandung
Program Studi Sarjana Keperawatan Fakultas Keperawatan

Ketua,



Lia Nurlianawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep

LEMBAR PENGESAHAN

Skripsi ini telah dipertahankan dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan

Dewan Penguji Skripsi Program Studi Sarjana Keperawatan

Universitas Bhakti Kencana Bandung

Pada Tanggal Agustus 2019

Mengesahkan

Program Studi Sarjana Keperawatan Fakultas Keperawatan

Universitas Bhakti Kencana Bandung

Penguji I

Penguji II



Nur Intan Hayati H.K., M.Kep



Gian Nurmaidah H., MNS

Universitas Bhakti Kencana Bandung

Program Studi Sarjana Keperawatan Fakultas Keperawatan

Dekan,



Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep

PERNYATAAN

Dengan ini saya yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama : Shiva Zakiyatul Ula

NPM : AK.1.15.095

Program Studi : Sarjana Keperawatan

Judul Skripsi : Hubungan antara *self-management* dengan kepatuhan kontrol pada klien pasca stroke di Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung

Menyatakan bahwa :

- a. Penelitian saya, dalam Skripsi ini, adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik Sarjana Keperawatan (S.Kep), baik dari Universitas Bhakti Kencana maupun di Perguruan tinggi lain.
- b. Penelitian dalam skripsi ini adalah murni gagasan, rumusan dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan dari tim pembimbing.
- c. Dalam penelitian ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah pengarang dan dicantumkan dalam daftar pustaka.
- d. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah diperoleh karena karya ini, serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di Universitas Bhakti Kencana Bandung.

Bandung, 20 Juli 2019
Yang Membuat Pernyataan



Shiva Zakiyatul Ula
AK.1.15.095

ABSTRAK

Penyakit kardiovaskular yang tinggi angka mortalitas salah satunya adalah stroke. Stroke membutuhkan waktu lama untuk sembuh, selama rehabilitasi perlu kontrol kontrol sehingga diperlukan manajemen diri (*self-management*) untuk patuh dalam melaksanakan kontrol agar mengetahui perkembangan penyakitnya. *Self-management* adalah suatu hal penting dalam pengelolaan dan pencegahan komplikasi klien stroke. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan *self-management* dengan kepatuhan kontrol pada klien pasca stroke di Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung tahun 2019.

Jenis penelitian ini menggunakan *cross sectional*, dengan sampel sebanyak 50 klien pasca stroke. Pengambilan sampel dilakukan dengan metode *purposive sampling*. Pengambilan data *self-management* dengan kuisioner SSMQ (*stroke self-management quitionnaire*) dan kepatuhan kontrol dengan lembar *checklist* yang didapat dari *medical record*. Analisa univariat ditampilkan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dan analisa bivariat yang digunakan adalah rumus *Fisher Exact Test*.

Hasil penelitian ini menunjukkan lebih dari setengah responden memiliki *self-management* yang tinggi (68%) dan sebagian besar tingkat kepatuhan responden termasuk kategori patuh (18%), sehingga hasil analisis bivariat didapatkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara *self-management* dengan kepatuhan kontrol pada klien pasca stroke di Rumah Sakit Muhammadiyah ($P=0,000$). Hasil analisis didapatkan bahwa kepatuhan kontrol dipengaruhi oleh beberapa faktor salah satunya adalah *self-management*. *Self-management* kategori tinggi ditemukan pada domain kapasitas, kepercayaan dan bimbingan karena pasien stroke harus perlu bimbingan dan berinteraksi dengan petugas kesehatan untuk mengakses informasi dari petugas tentang terapi yang dijalankannya.

Berdasarkan hasil penelitian, perlu diadakan program *self-management* yang bertujuan untuk mengembangkan *self-management* klien pasca stroke.

Kata kunci : Kepatuhan Kontrol, *Self-Management*, Stroke
Daftar Pustaka : 32 Buku (2003 – 2018)
6 Website (2007 – 2018)
29 Jurnal (2000 – 2018)

ABSTRACT

Cardiovascular disease which has a high mortality rate is stroke. Stroke takes a long time to heal, during rehabilitation need control so that self-management is needed to be obedient in carrying out control in order to know the development of the disease. Self-management is an important thing in the management and prevention of stroke client complications. This study aims to determine the relationship of self-management with control compliance in post-stroke clients at Bandung Muhammadiyah Hospital in 2019.

This type of research uses cross sectional, with a sample of 50 clients after stroke. Sampling was done by purposive sampling method. Retrieval of self-management data with SSMQ (stroke self-management questionnaire) questionnaire and control compliance with checklist sheets obtained from medical records. Univariate analysis is displayed in the form of a frequency distribution table and the bivariate analysis used is the Fisher Exact Test formula.

The results of this study showed that more than half of respondents had high self-management (68%) and most of the respondents' compliance levels were in the compliance category (18%), so the results of the bivariate analysis found that there was a significant relationship between self-management and control compliance on post-stroke clients at Muhammadiyah Hospital ($P = 0,000$). The results of the analysis found that control compliance is influenced by several factors, one of which is self-management. The high category of self-management is found in the domain of capacity, trust and guidance because stroke patients need guidance and interact with health workers to access information from staff about the therapy they run.

Based on the results of the study, it is necessary to hold a self-management program that aims to develop client self-management after a stroke.

Keywords : Control Compliance, Self-Management, Stroke

Bibliography : 32 Books (2008 - 2018)

6 Websites (2007 - 2018)

29 Journals (2008 - 2018)

KATA PENGANTAR

Bismillahirrohmanirrohiim..

Alhamulillah Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT serta shalawat dan salam semoga tercurah kepada Nabi Muhammad SAW, karena atas karunia dan hidayah-Nya penulis masih diberi kekuatan dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan skripsi ini yang berjudul ”**Hubungan antara *self-management* dengan kepatuhan kontrol pada klien pasca stroke di Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung**” dengan sebaik-baiknya.

Penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini, terutama kepada :

1. Ayahanda dan Ibunda serta seluruh keluarga tercinta yang selalu memberikan dukungan, do'a dan semangat sejak kuliah sampai selesai dalam menyusun skripsi ini.
2. Bapak A Mulyana, SH., M.Pd.,MH.Kes. Selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Kencana.
3. Dr. Entris Sutrisno, MH.Kes.,Apt. Selaku Rektor Universitas Bhakti Kencana Bandung.
4. Ibu Rd. Siti Jundiah, S.Kp.,M.Kep. Selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung.
5. Ibu Lia Nurlianawati S.Kep.,Ners.,M.Kep. Selaku Ketua Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung.

6. Dr. Hj. Tety H. Rahim, Sp.THT-KL., MH.Kes. Selaku Direktur Rumah Sakit yang telah memberikan ijin kepada peneliti untuk melakukan penelitian di Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung.
7. Bapak Dodi selaku diklat dan Seluruh Staf Karyawan RS Muhammadiyah Bandung yang telah membantu penulis dalam segala hal yang berkaitan dengan kegiatan penelitian di lapangan.
8. Bapak Ali Hamzah, S.Kp., MNS. Selaku pembimbing yang telah menyediakan waktu, masukan, motivasi dan arahan-arahan yang sangat berharga bagi penulis.
9. Ibu Sri Wulan Megawati, M.Kep. Selaku pembimbing yang telah menyediakan waktu, masukan, motivasi dan arahan-arahan yang sangat berharga bagi penulis
10. Bapak/ Ibu seluruh Staf dosen dan karyawan Universitas Bhakti Kencana Bandung.
11. Iba Suprasaba yang telah memberikan dukungan motivasi kepada penulis
12. Serta seluruh pihak yang membantu penulis baik saat perkuliahan maupun dalam penyusunan skripsi ini yang tidak bisa dituliskan satu-persatu.

Semoga amal baik bapak/ibu/sdr/i diterima oleh Allah SWT dan diberikan balasan yang lebih baik oleh-Nya. Penulis menyadari dalam penyusunan skripsi ini masih banyak kekurangan dan kelemahan sehingga penulis sangat mengharapkan segala kritik dan saran yang sifatnya membangun guna menghasilkan karya yang lebih baik dikemudian hari.

Bandung, Juli 2019

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	
LEMBAR PERSETUJUAN	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
LEMBAR PERNYATAAN	iii
ABSTRAK	iv
ABSTRACT	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR SKEMA	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	7
1.3 Tujuan Penelitian	7
1.4 Manfaat Penelitian	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	9
2.1 Konsep Stroke	9
2.2 Konsep <i>Self-Management</i>	24
2.3 Konsep Kepatuhan	35
2.4 Penelitian Terkait <i>Self-Management</i> Dan Kepatuhan	41
2.5 Kerangka Konsep	43
BAB III METODE PENELITIAN	44
3.1 Rancangan Penelitian	44
3.2 Pradigma Penelitian	44
3.3 Hipotesa Penelitian	45
3.4 Variabel Penelitian	45

3.5 Definisi Konseptual Dan Definisi Operasional	46
3.6 Populasi Dan Sampel	48
3.7 Pengumpulan Data	50
3.8 Langkah-Langkah Penelitian	53
3.9 Pengolahan Data Dan Analisa Data	54
3.10 Etika Penelitian	58
3.11 Lokasi Dan Waktu Penelitian	59
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	60
4.1 Hasil Penelitian	60
4.2 Pembahasan	63
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	73
5.1 Kesimpulan	73
5.2 Saran	73

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Perbedaan Stroke Hemoragik dan Nonhemoragik	16
Tabel 3.1 Definisi Operasional	47
Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi <i>Self-Management</i> Klien Pasca Stroke di Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung	61
Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Kepatuhan Kontrol Klien Pasca Stroke di Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung	61
Tabel 4.3 Hubungan Antara <i>Self-Management</i> Dengan Kepatuhan Kontrol Pada Klien Pasca Stroke di Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung	62

DAFTAR SKEMA

	Halaman
2.1 Kerangka Konsep	43

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Surat Ijin Studi Pendahuluan
- Lampiran 2 Balasan Surat Ijin Studi Pendahuluan
- Lampiran 3 Surat Ijin Penelitian
- Lampiran 4 Balasan Surat Ijin Penelitian
- Lampiran 5 *Ethical Clearance*
- Lampiran 6 Lembar *Informed Consent*
- Lampiran 7 Surat Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 8 Instrumen Penelitian *Self-Management*
- Lampiran 9 Instrumen Penelitian Kepatuhan Kontrol
- Lampiran 10 Rekapitulasi Hasil Penelitian
- Lampiran 11 Lembar Oponen
- Lampiran 12 Lembar Konsultasi Skripsi
- Lampiran 13 Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Jenis penyakit kardiovaskular yang tinggi angka mortalitas salah satunya adalah stroke. Stroke atau cedera *cerebro vaskular accident* (CVA) adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah kebagian otak. (Smeltzer & Bare, 2010)

Stroke tercatat sebagai penyebab kematian ketiga di dunia setelah penyakit jantung koroner dan kanker, baik di negara maju maupun negara berkembang. Penyakit kardiovaskular adalah penyebab utama kematian global, terhitung lebih dari 17,9 juta kematian per tahun pada tahun 2015, jumlah yang diperkirakan akan tumbuh menjadi lebih dari 23,6 juta pada tahun 2030. (*American Heart Association*, 2018)

Di Indonesia jumlah penderita stroke tahun 2018 mengalami kenaikan dibandingkan dengan tahun 2013. Prevalensi stroke naik dari 7 per mil (‰) menjadi 10,9 per mil (‰). Berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan, jumlah klien stroke pada tahun 2018 di Jawa Barat juga mengalami kenaikan dibandingkan dengan tahun 2013 dari 6,9 per mil (‰) menjadi 11.1 per mil (‰). (Rikesdas, 2018).

Prevalensi penyakit tidak menular di Kota Bandung dengan penyakit sistem pembuluh darah menempati peringkat pertama salah satunya adalah

penyakit stroke dengan jumlah 2601 orang yang mengalami stroke (Dinkes Kota Bandung, 2018).

Dampak pasca stroke dapat menyebabkan defisit neurologis seperti perubahan tingkat kesadaran, kesulitan menelan, kelemahan motorik, gangguan fungsi sensorik, bicara rero, dysphasia/aphasia, dan gangguan lapangan visual serta perubahan mental (Mahendra dan Rachmawati, 2015).

Perubahan psikologis yang terjadi akibat dari stroke yaitu perasaan kehilangan seperti syok dan sedih yang berlarut-larut akan menyebabkan stres dan depresi sehingga waktu pemulihan akan lebih lama. Selain perubahan psikologis, perubahan spiritual pada klien stroke juga mengalami penurunan (Dharma, 2018).

Seseorang yang menderita stroke tidak dapat disembuhkan secara total, namun apabila ditangani dengan baik maka kecacatan dapat ditekan serendah mungkin dan mengurangi ketergantungan pada orang lain (Rahmawati, 2018). Stroke membutuhkan waktu lama untuk sembuh, selama rehabilitasi perlu kontrol sehingga diperlukan manajemen diri (*self-management*) untuk patuh dalam melaksanakan kontrol agar mengetahui perkembangan penyakitnya. (Basavanthava, 2012). Menurut Batticaca (2018) Penanganan klien stroke ada dua yaitu penanganan medis pada fase akut dengan terapi obat-obatan untuk mengatasi pendarahan internal dan penanganan rehabilitasi dengan fisioterapi dan kontrol.

Menurut Fauzi dan Nishaa (2018) kepatuhan berobat adalah aksi yang dilakukan klien untuk mengkonsumsi obat atau kontrol sesuai jadwalnya.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Jannah dan Azam (2015) faktor faktor yang mempengaruhi kepatuhan rehabilitasi medik pasca stroke adalah motivasi klien dan dukungan keluarga. Sedangkan sumber lain mengatakan bahwa manajemen diri merupakan faktor utama yang mempengaruhi kepatuhan pengobatan klien stroke. (*Department of Health, 2007*)

Self-management secara umum adalah pengelolaan diri terkait hidup dan penyakitnya, pengelolaan penyakit terkait pengobatan dan perawatan, serta pengelolaan gejala. Indikator-indikator *self-management* penderita pasca stroke yaitu (1) kapasitas, (2) kepercayaan diri dalam berinteraksi, (3) strategi dan (4) bimbingan oleh profesional kesehatan. (Boger, 2014).

Aplikasi *self-management* pada klien stroke meliputi aspek pengelolaan hidup klien stroke harus menjaga makanan sesuai dengan penyakitnya, tidak boleh mengkonsumsi makanan tinggi garam karena punya riwayat hipertensi, tidak boleh tinggi kolesterol karena punya arterosklerosis. Kemudian pada aspek pengelolaan gejala untuk mengatasi gejala sisanya seperti kelumpuhan, gangguan motorik dan gangguan kognitif. Selanjutnya pada aspek pengobatan dan perawatan klien harus melakukan kontrol untuk tahap awal dianjurkan kontrol satu minggu sekali dan selanjutnya wajib kontrol satu bulan sekali agar terpantau kondisi kesehatannya. (Rahmawati, 2018)

Self-management adalah suatu hal penting dalam pengelolaan dan pencegahan komplikasi klien stroke dan dapat menunjukkan perubahan perilaku dalam mengelola diri sehingga dapat menambah motivasi untuk meningkatkan kesehatan dirinya (Boger, 2014). Sumber lain menemukan bahwa dukungan

manajemen diri (*self-management*) pada klien stroke dapat mempercepat terapi rehabilitasi (Parke *et al.*, 2015).

Program manajemen diri (*self-management*) merupakan program yang berisi edukasi pengelolaan penyakit kronis diharapkan dapat membangun persepsi positif melalui proses pembelajaran, sehingga menghasilkan pemahaman untuk mengubah tingkat kesadaran klien terhadap kesehatan dengan perubahan sikap dan norma subyektif klien dengan penyakit kronik, maka selanjutnya akan terbentuk perilaku sehat yaitu kepatuhan berobat dan menghasilkan peningkatan coping yang didukung dengan niat dan berperilaku yang sehat (Fatimah, dkk, 2018).

Penelitian yang dilakukan oleh Beatrice C. and Vanessa B. (2014) tentang “*Adherence to medication and self-managment in stroke patients*” . Sampel dalam penelitian ini kelompok intervensi sebanyak 16 orang dan kelompok kontrol sebanyak 12 orang. Hasil penelitian menunjukkan bahwa intervensi manajemen diri (*Self-management*) untuk klien stroke efektif dalam meningkatkan kepatuhan terhadap pengobatan stroke di jangka pendek dengan ($p=0,001$).

Selain pada penyakit stroke, penelitian terkait dengan manajemen diri (*self-management*) dilakukan juga oleh Anim M, Suhartono T dan Yulis S. (2016) tentang *self-management* dalam meningkatkan coping, niat dan kepatuhan berobat klien penyakit jantung koroner di RSUD Jombang. Pada penelitian ini jumlah sampel 28 orang klien penyakit jantung koroner. Hasil penelitian menunjukkan bahwa program manajemen diri (*Self-management*) dapat

meningkatkan niat dan tingkat kepatuhan klien penyakit jantung koroner dalam melaksanakan program lanjutan ($p=0,001$).

Sedangkan penelitian lain dilakukan juga oleh Kholifah (2014) tentang manajemen diri (*self-management*) sebagai salah satu intervensi yang dapat meningkatkan kepatuhan perawatan pada penderita diabetes melitus. Jumlah responden adalah 20 keluarga yang tinggal dengan penderita diabetes melitus tipe 2. Hasil penelitian menunjukkan ada pengaruh pemberian manajemen diri (*self-management*) terhadap peningkatan kepatuhan diet, kepatuhan berobat dan kepatuhan berolahraga pada klien diabetes ($p=0.000$).

Merujuk pada ketiga hasil penelitian diatas tentang manajemen diri (*self-management*) dengan kepatuhan dapat ditarik kesimpulan bahwa manajemen diri (*self-management*) merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi kepatuhan klien dalam berobat. Pada penelitian ini ingin meneliti lebih lanjut hubungannya dengan kepatuhan kontrol pasca stroke dengan setting yang berbeda dengan mengambil lokasi di Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung.

Keterbaruan penelitian ini di Indonesia saat ini belum ada yang melakukan penelitian tentang hubungan *self-management* dengan kepatuhan kontrol. Kalaupun ada yang meneliti itu bersifat sendiri-sendiri satu variabel-satu variabel belum menemukan yang dua hubungan. Sehingga dengan penelitian ini akan diketahui ada tidaknya hubungan dan keeratan hubungan antara *self-management* dengan kepatuhan kontrol pada klien pasca stroke.

Disamping itu informasi yang didapat dari diklat Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung menyatakan belum ada penelitian mengenai *self-*

management dengan kepatuhan kontrol di Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung.

Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung merupakan salah satu rumah sakit swasta tipe C yang ada di kota Bandung. Salah satu poliklinik yang ada di Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung yaitu poliklinik saraf. Kebanyakan klien stroke di Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung menggunakan asuransi BPJS untuk pembiayaan pengobatan mereka, dan sekarang menurut sistem rujukan online BPJS Kesehatan yang baru mengharuskan dari fasilitas kesehatan ke satu (puskesmas) untuk di rujuk ke Rumah Sakit tipe C terlebih dahulu sehingga klien stroke di Rumah Sakit Muhammadiyah cukup banyak.

Belum ada program yang khusus di Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung dalam penanganan stroke, perawat di poliklinik saraf hanya menyarankan klien stroke untuk kontrol memeriksakan kesehatannya setiap satu bulan satu kali.

Berdasarkan catatan Rekam Medis Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung tercatat klien stroke yang menjalani rawat inap ulang pada semua kelompok usia selama bulan Desember 2018 sampai Februari 2019 sebanyak 425 orang. Adapun kunjungan di Poliklinik Saraf dari bulan Januari 2018 sampai Februari 2019 sebanyak 3403 kunjungan dan selama bulan februari 2019 terdapat 127 klien stroke. Berdasarkan wawancara dengan Kepala bidang rekam medik, didapatkan data bahwa hampir seluruh klien stroke yang dirawat merupakan klien stroke rawat ulang. Begitupun menurut hasil wawancara pada bulan Maret 2019 dengan tujuh klien pasca stroke yang menjalani rawat jalan

di poliklinik saraf didapatkan ada tiga klien yang tidak patuh dengan tidak kontrol pada bulan Februari, ketiga klien tersebut menyebutkan alasan tidak kontrol karena merasa sudah sembuh dan tidak perlu lagi untuk melakukan kontrol pasca stroke.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, maka rumusan masalah penelitian bagaimanakah hubungan antara *self-management* dengan kepatuhan kontrol pada klien pasca stroke di Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan antara *self-management* dengan kepatuhan kontrol pada klien pasca stroke di Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Untuk mengetahui gambaran *self-management* klien pasca stroke di Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung.
2. Untuk mengetahui gambaran kepatuhan kontrol klien pasca stroke di Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung.
3. Untuk mengidentifikasi hubungan antara *self-management* dengan kepatuhan kontrol pada klien pasca stroke di Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini bisa dijadikan sebagai bahan telaahan dalam ilmu keperawatan medikal bedah terutama tentang asuhan keperawatan dengan gangguan sistem neurologi.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi peneliti

Penelitian ini dapat menambah pengalaman secara nyata untuk melakukan penelitian mengenai hubungan antara *self-management* dengan kepatuhan kontrol pada klien pasca stroke di Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung

2. Bagi Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan telaahan bagi Rumah Sakit dan dapat dijadikan program upaya meningkatkan *self-management* untuk mencegah komplikasi di Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung.

3. Bagi Institusi Pendidikan STIKes Bhakti Kencana Bandung

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai data dasar untuk penelitian selanjutnya terkait *self-management* klien stroke.

4. Bagi Perawat

Hasil penelitian ini dapat digunakan untuk bahan evaluasi dan bahan kajian dalam pengembangan ilmu keperawatan tentang *self-management* klien stroke.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Stroke

2.1.1 Definisi

Stroke atau cedera *cerebro vaskular accident* (CVA) adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah kebagian otak. (Smeltzer & Bare, 2010)

Sedangkan menurut Pinzon dan Asanti (2010) Stroke didefinisikan sebagai gangguan pembuluh darah di otak. Gangguan peredaran darah otak dapat berupa tersumbatnya pembuluh darah di otak atau pecahnya pembuluh darah di otak.

Adapun definisi menurut WHO (2015) stroke merupakan penyakit yang paling sering menyebabkan cacat berupa kelumpuhan anggota gerak, gangguan bicara, proses berfikir daya ingat, dan bentuk-bentuk kecacatan yang lain sebagai akibat gangguan fungsi otak.

Dari beberapa definisi diatas dapat disimpulkan bahwa stroke merupakan gangguan fungsi sistem saraf yang disebabkan oleh gangguan peredaran darah di otak yang mengakibatkan kecacatan berupa kelumpuhan anggota gerak, gangguan bicara dan bentuk kecacatan yang lain akibat gangguan fungsi otak.

2.1.2 Faktor Resiko

Menurut Simbolon, dkk (2016) faktor resiko stroke ada dua macam yaitu faktor resiko yang dapat diubah dan faktor resiko yang tidak dapat diubah :

1. faktor resiko yang dapat diubah :

a. Mayor

1) Hipertensi

Hipertensi mengakibatkan timbulnya penebalan dan degeneratif pembuluh darah yang dapat menyebabkan rupturnya arteri serebral sehingga perdarahan menyebar dengan cepat dan menimbulkan perubahan setempat serta iritasi pada pembuluh darah otak.

2) Diabetes melitus

Diabetes militus akan meningkatkan resiko stroke karena mengakibatkan peningkatan kekentalan darah sehingga mempermudah terbentuknya emboli. Peningkatan kadar gula darah berbanding lurus dengan resiko stroke artinya semakin tinggi kadar gula darah seseorang maka semakin mudah terkena stroke

3) Merokok

Merokok merupakan salah satu faktor resiko yang berkaitan dengan gaya hidup atau perilaku, angka kejadian

stroke 50 % lebih tinggi pada perokok di banding dengan orang yang tidak merokok.

4) Atrial fibrillasi

Terlepasnya bekuan darah yang berasal dari jantung karena kelainan katup jantung atau gangguan irama jantung.

b. Minor

Faktor resiko minor yang dapat diubah yaitu obesitas karena pada obesitas ditemukan aterosklerosis yaitu kondisi dimana terjadi penyempitan dan pengerasan di dalam pembuluh darah arteri akibat pengendapan kolesterol dan zat-zat lemak lainnya. Bila arterosklerosis terus dibiarkan, maka pasokan darah yang berisi oksigen ke suatu organ semakin berkurang. Dimana bila terjadi di pembuluh darah yang mengelola otak akan menyebabkan stroke.

1. Faktor resiko yang tidak dapat diubah:

a. Mayor

1) Usia >65 tahun

Penelitian yang dilakukan oleh Nasiti (2011) menyebutkan bahwa 49% kejadian stroke berada pada usia 51-65 tahun.

2) Riwayat stroke atau penyakit pembuluh darah perifer dalam keluarga

Resiko stroke meningkat pada seseorang dengan riwayat keluarga stroke/penyakit pembuluh darah perifer lainnya.

b. Minor

1) Jenis kelamin

Laki-laki beresiko terkena stroke tiga kali lipat dibanding wanita, hal ini terkait dengan gaya hidup yang tidak sehat seperti merokok dan konsumsi alkohol.

2) Ras/bangsa

Orang berkulit hitam, Cina, Jepang beresiko lebih tinggi terkena stroke dibandingkan orang berkulit putih

1.1.3 Etiologi

Menurut Muttaqin (2012) menyebutkan bahwa penyebab stroke adalah sebagai berikut :

1. Trombosis Serebral

Trombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemi jaringan otak yang dapat menimbulkan edema dan kongesti di sekitarnya.

2. Hemoragik

Pendarahan intrakranial atau intraserebral termasuk perdarahan dalam ruang subaraknoid atau dalam jaringan otak sendiri. Pendarahan ini dapat terjadi karena aterosklerosis dan hipertensi.

3. Hipoksia Umum

Beberapa penyebab yang berhubungan dengan hipoksia umum adalah: hipertensi parah, henti jantung-paru, dan curah jantung turun akibat aritmia.

4. Hipoksia Setempat

Beberapa penyebab yang berhubungan dengan hipoksia setempat adalah spasme arteri serebral yang disertai perdarahan subaraknoid, vasokonstriksi arteri otak disertai sakit kepala migren.

1.1.4 Patofisiologi

Setiap kondisi yang menyebabkan perubahan perfusi darah pada otak akan menyebabkan keadaan hipoksia. Hipoksia yang berlangsung lama dapat menyebabkan iskemik otak. Iskemik yang terjadi dalam waktu yang singkat kurang dari 10-15 menit dapat menyebabkan defisit sementara dan bukan defisit permanen. Sedangkan iskemik yang terjadi dalam waktu lama dapat menyebabkan sel mati permanen dan mengakibatkan infark pada otak.

Setiap defisit fokal permanen akan bergantung pada daerah otak mana yang terkena. Daerah otak yang terkena akan menggambarkan pembuluh darah otak yang terkena. Pembuluh darah yang paling sering mengalami iskemik adalah arteri serebral tengah dan arteri karotis interna. Defisit fokal permanen dapat tidak diketahui jika klien mengalami iskemik otak total yang dapat teratasi.

Jika aliran darah ke tiap bagian otak terhambat karena trombus atau emboli, maka mulai terjadi kekurangan suplai oksigen ke jaringan otak, kekurangan suplai oksigen dalam satu menit dapat menunjukkan gejala yang dapat pulih seperti kehilangan kesadaran, sedangkan kekurangan oksigen dalam waktu yang lebih lama menyebabkan nekrosis mikroskopik neuron-neuron, area yang mengalami nekrosis disebut infark.

Gangguan peredaran darah otak akan menimbulkan gangguan pada metabolisme sel-sel neuron, dimana sel-sel neuron tidak mampu menyimpan glikogen sehingga kebutuhan metabolisme tergantung dari glukosa dan oksigen yang terdapat pada arter-arteri yang menuju otak.

Perdarahan intrakranial termasuk perdarahan ke dalam ruang subaraknoid atau ke dalam jaringan otak sendiri. Hipertensi mengakibatkan timbulnya penebalan dan degeneratif pembuluh darah yang dapat menyebabkan rupturnya arteri serebral sehingga perdarahan menyebar dengan cepat dan menimbulkan perubahan setempat serta iritasi pada pembuluh darah otak.

Perdarahan biasanya berhenti karena pembentukan trombus oleh fibrin trombosit dan oleh tekanan jaringan setelah 3 minggu, darah mulai direabsorpsi. Ruptur ulangan merupakan risiko serius yang terjadi sekitar 7-10 hari setelah perdarahan pertama.

Ruptur ulangan mengakibatkan terhentinya aliran darah ke bagian tertentu, menimbulkan iskemik fokal, dan infark jaringan otak. Hal

tersebut dapat menimbulkan geger otak dan kehilangan kesadaran, peningkatan tekanan cairan serebrospinal (CSS), dan menyebabkan gesekan otak (otak terbelah sepanjang serabut). Perdarahan mengisi ventrikel atau hematoma yang merusak jaringan otak.

Perubahan sirkulasi CSS, obstruksi vena, adanya edema dapat meningkatkan tekanan intrakranial yang membahayakan jiwa dengan cepat. Peningkatan tekanan intrakranial yang tidak diobati mengakibatkan herniasi unkus atau serebellum. Disamping itu, terjadi bradikardia, hipertensi sistemik, dan gangguan pernafasan.

Darah merupakan bagian yang merusak dan bila terjadi hemodialisa, darah dapat mengiritasi pembuluh darah, meningen, dan otak. Darah dan vasoaktif yang dilepas mendorong spasme arteri yang berakibat menurunnya perfusi serebral. Spasme serebri atau vasospasme biasa terjadi pada hari ke-4 sampai ke-10 setelah terjadinya perdarahan dan menyebabkan konstiksi arteri otak. Vasospasme merupakan komplikasi yang mengakibatkan terjadinya penurunan fokal neurologis, iskemik otak dan infark (Batticaca, 2018).

1.1.5 Klasifikasi

Menurut Muttaqin (2012) klasifikasi stroke ada dua macam yaitu :

1. Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik merupakan pendarahan serebri dan mungkin subaraknoid, disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak pada daerah otak tertentu, biasanya kejadiannya saat melakukan aktivitas

atau saat aktif, namun bisa juga terjadi saat istirahat. Terjadi penurunan kesadaran.

Stroke hemoragik adalah disfungsi neurologis fokal yang akut dan disebabkan oleh perdarahan primer substansi otak yang terjadi secara spontan bukan oleh karena trauma kapitis, disebabkan oleh karena pecahnya pembuluh arteri, vena dan kapiler.

2. Stroke Non Hemoragik

Stroke non hemoragik dapat berupa iskemia atau emboli dan trombotik serebri, biasanya terjadi saat setelah lama beristirahat, baru bangun tidur, atau di pagi hari, tidak terjadi perdarahan namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat timbul edema sekunder, kesadaran umumnya baik.

Tabel 2.1 perbedaan Stroke Hemoragik dan Non Hemoragik (Muttaqin, 2012)

Gejala	Stroke Hemoragik	Stroke Non Hemoragik
Awitan (onset) Waktu	Sangat akut/mendadak Saat aktivitas	Sub-akut kurang Mendadak
Peringatan	-	Bangun pagi/istirahat
Nyeri kepala	+++	+50% TIA
Kejang	+	+/-
Muntah	+	-
Kesadaran menurun	+++	Kadang sedikit
Koma	+++	+/-
Kaku kuduk	++	-
Tanda kernig	+	-
Edema pupil	+	-
Perdarahan retina	+	-
Bradikardia	Sejak awal	Hari ke-4
Penyakit lain	Hipertensi, arteriosklerosis, HHD	Adanya arteriosklerosis di

			retina, koroner, perifer, emboli pada kelainan katub, fibrilasi, bisping karotis
Pemeriksaan darah LP	+		-
Rontgen	Pergeseran pineal	glandula	+
Angiografi	Aneurisme, AVM, masa intrahemisfer/vasospasme		Oklusi, stenosis
Ct scan	Masa intrakrania; densitas bertambah (lesi hiperdensi)	(lesi)	Densitas berkurang (lesi hipodensi)
Oftalmoskop	Perdarahan retina atau korpus vitreum	atau	Fenomena silang silver wire art
Lumbal fungsi			
Tekanan	Meningkat		Normal
Warna	Merah		Jernih
Eritrosit	>1000/mm ³		<250 mm ³
Arteriografi	Ada pergeseran		Oklusi
EEG	Bergeser dari tengah	bagian	Di tengah

1.1.6 Manifestasi Klinis

Menurut Mahendra dan Rachmawati (2015) tanda gejala stroke adalah sebagai berikut :

1. Gejala stroke sementara (sembuh dalam beberapa menit/jam)
 - a. Tiba-tiba sakit kepala
 - b. Pusing, bingung
 - c. Penglihatan atau kehilangan ketajaman pada suatu atau dua mata
 - d. Kehilangan keseimbangan (limbung), lemah
 - e. Rasa kebal atau kesemutan pada sisi tubuh
2. Gejala stroke ringan (sembuh dalam beberapa minggu)
 - a. Beberapa atau semua gejala diatas
 - b. Kelemahan/kelumpuhan pada kaki

- c. Bicara tidak jelas
- 3. Gejala stroke berat (sembuh atau mengalami perbaikan dalam beberapa bulan atau tahun, tidak bisa sembuh total)
 - a. Semua atau beberapa gejala stroke sementara dan ringan
 - b. Koma jangka pendek (kehilangan kesadaran)
 - c. Kelemahan atau kelumpuhan tangan/kaki
 - d. Bicara tidak jelas atau hilangnya kemampuan bicara
 - e. Sukar menelan
 - f. Kehilangan kontrol terhadap pengeluaran air seni dan feses
 - g. Kehilangan daya ingat atau konsentrasi
 - h. Terjadi perubahan perilaku misalnya bicara tidak menentu, mudah marah tingkah laku seperti anak kecil.

1.1.7 Penatalaksanaan

Menurut Batticaca (2018) penatalaksanaan stroke yaitu :

1. Penatalaksanaan Medis
 - a. Saran operasi diikuti dengan pemeriksaan
 - b. Masukkan klien ke unit perawatan saraf untuk dirawat di bagian bedah saraf
 - c. Neurologis
 - 1) Pengawasan tekanan darah dan konsentrasinya
 - 2) Kontrol adanya edema

d. Terapi pendarahan dan perawatan pembuluh darah

1) Antifibrolitik untuk meningkatkan mikrosirkulasi dosis kecil

a) *Aminocaproic acid* 100-150 ml% dalam cairan isotonik 2 kali selama 3-5 hari, kemudian 1 kali selama 1-3 hari.

b) *Antagonis* untuk pencegahan permanen : *Gordox* dosis pertama 300.000 IU kemudian 100.000 IU 4x per hari IV; *Contrical* dosis pertama 30.000 ATU, kemudian 10.000 ATU x2 per hari selama 5-10 hari.

2) *Natrii Etamsylate (Dyname)* 250 mg x4 hari IV sampai 10 hari.

3) Kalsium mengandung obat ; *Rutinium, vicasolum, Ascorbicum*

4) *Profilaksis Vasopasme*

a) *Calcium-channel antagonist (Nimotop 50 ml (10 mg per hari* IV diberikan 2 mg per jam selama 10-14 hari)

b) Awasi peningkatan tekanan darah sistolik klien setiap 5-20 mg, koreksi gangguan irama jantung, terapi penyakit jantung komorbi.

c) *Profilaksis Postatik Pneumonia, emboli arteri pulmonal,* luka tekan, cairan purulen pada luka kornea, kontraksi otot dini. Lakukan perawatan respirasi, jantung, penatalaksanaan cairan dan elektrolit, kontrol terhadap tekanan edema jaringan otak dan peningkatan tekanan intrakranial, perawatan klien secara umum, dan penatalaksanaan pencegahan komplikasi.

- d) Terapi infus, *monitoring* AGD, *tromboembolisme*, *arteri pulmonal*, keseimbangan asam basa, osmolaritas darah dan urine, pemeriksaan biokimia darah.
- e) Berikan *dexason* 8+4+4+4 mg IV (pada kasus tanpa DM, perdarahan internal, hipertensi maligna) atau osmotik diuretik (dua hari sekali *Rheugloman (manitol)* 15% 200 ml IV diikuti oleh 20 mg *Lasix* minimal 10-15 hari kemudian).

2. Penatalaksanaan Rehabilitasi

Menurut Mahendra dan Rahmawati (2015) terapi yang bisa dilakukan oleh penderita stroke antara lain :

1. Mobilisasi dini

Terapi ini dilakkan secepatnya walaupun kondisi klien masih di atas tempat idur. Hal ini dimaksudkan untuk memperbaiki fungsi neurologis dan mencegah terjadinya kekakuan otot-otot tubuh. Mobilisasi sebaiknya dimulai 24-48 jam pertama pasca strok.

2. Terapi bicara

Klien dianjurkan secepatnya memulai terapi kemampuan bicaranya. Anggota keluarga diharapkan secara aktif mengajak klien berbicara walaupun klien kesulitan untuk mengutarakannya dan keluarga sulit mengerti apa yang dikatakan klien.

3. Fisioterapi

Anggota gerak yang mengalami kelumpuhan mulai dilatih, baik oleh diri sendiri atau dibantu oleh seorang terapis. Hal ini

dimaksudkan agar fungsi motorik dapat diusahakan kembali mendekati fungsi yang normal. Selain itu, terapi ini juga mencegah terjadinya atrofi pada otot yang lumpuh.

4. Psikoterapi

Tujuan psikoterapi adalah agar klien pasca stroke tidak mengalami hal-hal yang kurang baik, seperti rendah diri, gampang marah, stress, maupun kehilangan minat terhadap segala sesuatu.

5. Mencegah stroke berulang

Tindakan pencegahan yaitu menghindari rokok, alkohol, minum kopi, dan menjalani hidup dengan tenang dan rileks, olahraga secara teratur, mengontrol hipertensi, diabetes melitus, dan kadar kolesterol, minum obat sesuai resep dokter dan kontrol secara teratur.

Adapun tahap rehabilitasi menurut Purwanti dan Maliya (2018) adalah:

a. Rehabilitasi stadium akut

Sejak awal tim rehabilitasi medik 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 diikutsertakan untuk melatih otot-otot menelan yang biasanya terganggu pada stadium akut. Psikolog dan pekerja sosial medik 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 pasca 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 subakut. Keluarga penderita lebih banyak dilibatkan, pekerja medik sosial, dan psikolog harus lebih aktif.

1.1.8 Dampak Stroke

Menurut Joice (2012) Dampak stroke meliputi :

1. Kelumpuhan satu sisi tubuh

Ini merupakan salah satu akibat stroke yang paling sering terjadi. Kelumpuhan biasanya terjadi di sisi yang berlawanan dari letak lesi di otak, karena adanya pengaturan representasi silang oleh otak. Pemulihannya bervariasi untuk masing-masing individu.

2. Gangguan penglihatan

Penderita stroke sering mengalami gangguan penglihatan berupa defisit lapangan pandang yang dapat mengenai satu atau kedua mata.

Hal ini menyebabkan penderita hanya dapat melihat sesuatu pada satu sisi saja, sehingga misalnya ia hanya memakan makanan di sisi yang dapat dilihatnya atau hanya mampu membaca tulisan pada satu sisi buku saja;

3. Afasia

Afasia adalah kesulitan berbicara ataupun memahami pembicaraan. Stroke dapat mempengaruhi kemampuan seseorang untuk berbicara/berbahasa, membaca dan menulis atau untuk memahami pembicaraan orang lain. Gangguan lain dapat berupa disatria, yaitu gangguan artikulasi kata-kata saat berbicara;

4. Gangguan persepsi

Stroke dapat mengganggu persepsi seseorang. Penderita stroke dapat tidak mengenali obyek-obyek yang ada di sekitarnya atau tidak mampu menggunakan benda tersebut;

5. Lelah

Penderita stroke sering mengalami kelelahan. Mereka membutuhkan tenaga ekstra untuk melakukan hal-hal yang biasa dikerjakan sebelumnya. Kelelahan juga dapat terjadi akibat penderita kurang beraktivitas, kurang makan atau mengalami depresi;

6. Depresi

Depresi dapat terjadi pada penderita stroke. Masih merupakan perdebatan apakah depresi yang terjadi merupakan akibat langsung dari kerusakan otak akibat stroke atau merupakan reaksi psikologis

terhadap dampak stroke yang dialaminya. Dukungan keluarga akan sangat membantu penderita;

7. Emosi yang labil

Stroke dapat mengakibatkan penderitanya mengalami ketidakstabilan emosi sehingga menunjukkan respons emosi yang berlebihan atau tidak sesuai. Keluarga/pengasuh harus memahami hal ini dan membantu meyakinkan penderita bahwa hal ini adalah hal yang lazim terjadi akibat stroke dan bukan berarti ia menjadi gila;

8. Gangguan memori.

Penderita stroke dapat mengalami gangguan memori dan kesulitan mempelajari dan mengingat hal baru;

9. Perubahan kepribadian

Kerusakan otak dapat menimbulkan gangguan kontrol emosi positif maupun negatif. Hal ini dapat mempengaruhi perilaku penderita dan caranya berinteraksi dengan lingkungannya. Perubahan perilaku ini dapat menimbulkan kemarahan keluarga/pengasuhnya. Untungnya perubahan perilaku ini akan mengalami perbaikan seiring dengan pemulihan strokenya.

2.2 Konsep *Self-Management*

2.2.1 Definisi

Self-management adalah kemampuan seseorang untuk mengenali dan mengelola dirinya (secara fisik, emosi, pikiran, jiwa, dan spiritual)

sehingga mampu mengelola dirinya sendiri untuk mengendalikan maupun menciptakan realitas kehidupan sesuai dengan misi dan tujuan hidupnya (Prijosaksono & Sembel, 2012).

Sedangkan menurut Bandura dalam Kholifah (2014) menyatakan bahwa *self-management* merupakan motivasi manusia berdasarkan kebutuhan dari luar dan dalam diri untuk mencapai tujuan tertentu.

Adapun teori lain menyatakan bahwa *self-management* atau manajemen diri adalah menggerakkan seluruh potensi diri untuk mewujudkan cita-cita dan tujuan hidup secara optimal (Astuti, dkk, 2011).

Begitu juga menurut Parke *et al* (2015) *self-management* mengacu pada kemampuan individu untuk mengelola gejala, perawatan, perubahan fisik, psikososial, dan gaya hidup yang melekat pada hidup dengan kondisi kronis. Program *self-management* berusaha untuk memberdayakan individu untuk mengatasi penyakit dan menjalani kehidupan yang berkualitas yang lebih baik dengan lebih sedikit pembatasan dari penyakit mereka dengan mengembangkan *self-efficacy*, yang merupakan tingkat kepercayaan yang dimiliki seseorang dalam kemampuannya untuk berhasil dalam manajemen diri mereka yang memiliki penyakit kronis. Penting untuk dicatat perbedaan antara inisiatif untuk membangun manajemen diri klien dan dukungan manajemen diri.

Self-management secara umum adalah pengelolaan diri terkait hidup dan penyakitnya, pengelolaan penyakit terkait pengobatan dan

perawatan, serta pengelolaan gejala. Sehingga bila diaplikasikan pada klien stroke pada aspek pengelolaan hidup klien stroke harus menjaga makanan sesuai dengan penyakitnya, tidak boleh mengkonsumsi makanan tinggi garam karena punya riwayat hipertensi, tidak boleh tinggi kolesterol karena punya arterosklerosis. Pada aspek pengelolaan gejala untuk mengatasi gejala sisanya seperti kelumpuhan, gangguan motorik dan gangguan kognitif. Pada aspek pengobatan dan perawatan klien harus melakukan kontrol untuk tahap awal dianjurkan kontrol satu minggu sekali dan selanjutnya wajib kontrol satu bulan sekali agar terpantau kondisi kesehatannya. (Rahmawati, 2018)

Dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa *self-management* merupakan kemampuan individu dalam mengontrol diri untuk mengatasi penyakitnya.

2.2.2 Faktor Yang Mempengaruhi *Self-Management*

Menurut Brillianti (2016) mengatakan bahwa *self-management* yang efektif dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu :

1. Faktor terkait dirinya sendiri (*Person-related factor*)

Faktor ini berhubungan dengan keyakinan, sikap mengenai penyakit, pengetahuan tentang kondisi, rencana pengelolaan diri (*self management*) dan keyakinan diri (*self-efficacy*) dari klien.

2. Faktor terkait dengan intervensi (*Intervention-related factor*)

Intervensi yang rinci, sederhana dan mudah dipahami klien akan memudahkan klien dalam melakukan program *self-management*.

3. Faktor terkait dengan fasilitas (*Facilitator-related factor*)

Hubungan antara fasilitator dengan partisipan atau klien menyebabkan program *self-management* menjadi lebih efektif. Kolaborasi dari keduanya menghasilkan keterlaksanaan intervensi yang ditetapkan. Fasilitator tidak hanya mengkaji fasilitas yang diperlukan, akan tetapi memotivasi dan memelihara sikap positif klien serta memberikan umpan balik terhadap progres dari program *self-management*.

4. Faktor terkait lingkungan (*Environment-related factor*)

Faktor ini meliputi dukungan sosial, dukungan keluarga dan masyarakat serta dukungan dari perawat atau petugas kesehatan lain

2.2.3 Teori *Self-Management*

Menurut Boger (2014) teori-teori *self-management* adalah sebagai berikut:

1. Model Perawatan Kronik (*The Chronic Care Model*)

Model perawatan kronik menyatakan bahwa ada 6 elemen yang berpengaruh pada peningkatan kualitas seseorang, yaitu komunitas, sistem kesehatan, dukungan *self-management*, desain sistem pengiriman, dukungan keputusan, dan system informasi klinis.

2. Kontrol Yang Dirasakan (*Percieved 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 klien pasca stroke.

3. *Locus of Control*

Locus dibagi 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. Keuntungan atau kesempatan namun banyak keterbatasan dari teori ini dalam penerapan *self-management*.

4. Model Transtheoretical Perubahan (*The Trans Theoretical Model of Change*)

Teori ini dalam hal perubahan kebiasaan digunakan untuk mengklasifikasikan tingkatan-tingkatan yang berbeda atas kesiapan motivasi untuk berubah. *The Trans Theoretical Model of Change* berakar dari tugas seputar kecanduan, namun diaplikasikan pada sejumlah kebiasaan yang relevan pada *self-management* seperti peningkatan aktivitas fisik, kontrol berat badan, dan diet. juga

kepatuhan pengobatan pada kondisi seseorang dengan penyakit kronis.

5. Keyakinan Diri (*Self-Efficacy*)

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

2.2.4 *Self-Management* Klien Pasca Stroke

Menurut Boger (2014) menyatakan bahwa prinsip utama dari intervensi *self-management* pada klien pasca stroke adalah sebagai seseorang yang meningkatkan kemampuan coping untuk menyesuaikan diri dalam mengatur kehidupan mereka pasca stroke, perasaan atas kontrol mereka, dan peningkatan kualitas hidup.

Joice (2012) menyatakan bahwa beberapa studi menyelidiki intervensi *self-management* pada stroke. Tiga percobaan kontrol random, sebuah studi kualitatif, dan dua program telah diidentifikasi

menggambarkan beberapa tipe program *self-management* untuk penyembuhan stroke

Percobaan yang dilakukan oleh Watkins, dkk (2007) dalam Joice (2012) dalam meningkatkan motivasi untuk meningkatkan *self-management* pada klien stroke menunjukkan adanya peningkatan motivasi pada kelompok perlakuan dibandingkan dengan kelompok kontrol.

Parke et,all (2015) menyebutkan bahwa komponen *self-management* pada klien stroke terdiri dari :

1. Pemecahan masalah (*problem solving*)
2. Pengambilan keputusan (*decision making*)
3. Pemanfaatan sumber (*resources utilisation*)
4. Hubungan antar klien dan petugas (*forming a patient/ profesional relationship*)
5. Pengambilan tindakan (*taking action*)

2.2.5 Strategi Dukungan *Self Management* Klien Stroke

Parke *et al* (2015) menyebutkan bahwa dukungan *self-management* pada klien stroke dilakukan dengan strategi *five Ask*.

1. *Ask* (Tanyakan)

Kaji tingkat pengetahuan klien terkait kondisinya. Data yang ditanyakan terkait dengan apa yang paling penting/ berharga saat ini dalam *self-management*, adanya hambatan atau kendala dalam *self-management*, kemampuan untuk berpartisipasi dalam prosedur *self-*

management, strategi yang digunakan untuk rehabilitasi, dan tingkat depresi klien pasca stroke yang mempengaruhi tindakan *self-management*.

2. *Advise* (Nasihati/ Anjurkan)

Hal yang dilakukan dalam *self-management* adalah menginformasikan tentang gejala penyakit dan hasil pemeriksaan komplementer, mengenali singularitas budaya klien; memberi tahu klien bahwa perubahan perilaku sama pentingnya dengan minum obat; menginformasikan kalau ada perubahan perilaku kesehatan; memberikan panduan klinis berbasis bukti untuk mendorong klien berpartisipasi dalam perawatan; serta menetapkan program intervensi dengan sesi mingguan yang tujuan untuk meningkatkan pengetahuan klien dan melibatkan mereka dalam *self-management*, termasuk penggunaan buklet pendidikan tentang *self-management*.

3. *Assess* (Nilai/ Kaji)

Hal yang perlu dilakukan, dinilai atau dikaji adalah tujuan atau target khusus untuk *self-management*, beberapa pilihan yang mungkin untuk menentukan tujuan *self-management*, mendorong klien untuk meminta bantuan keluarga atau teman untuk mencapai tujuan, manfaat dan risiko yang terkait dengan tujuan yang ditetapkan, buat rencana tindakan bersama untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan, dan menetapkan, bersama, tingkat kepercayaan klien dalam mencapai tujuan.

4. *Assist* (Bantu)

Hal yang dilakukan adalah membantu klien untuk mengidentifikasi kemungkinan penghalang untuk mencapai tujuan; mendiskusikan rencana *self-management*, mengelaborasi proses keperawatan dalam rehabilitasi pasca stroke, merujuk klien ke kelompok khusus atau kursus tentang dukungan *self-management*, mengidentifikasi sumber daya yang ada dalam keluarga dan di masyarakat, memberikan layanan yang sesuai dengan budaya klien, menyusun pertemuan untuk meninjau kembali rencana pengembangan *self-management*, re-negosiasi tujuan dan revisi rencana tindakan.

Selain itu sertakan strategi wawancara motivasi, terapkan intervensi pemantauan diri yang berpusat pada klien, membiarkan klien menemukan kemampuan mereka sendiri setelah terkena stroke, dan melakukan kerja tim multidisipliner.

Hal lainnya adalah membantu klien dalam mencapai rencana pengelolaan diri untuk rehabilitasi pasca stroke, dan membuat intervensi dengan penggunaan sumber daya teknologi, seperti *telemedicine*, *virtual reality* dan program komputer, dalam berbagai aspek rehabilitasi.

5. *Arrange* (Susun/ Atur)

Hal yang dilakukan adalah memberikan salinan rencana *self-management* kepada seseorang tersebut, memantau dari jauh melalui

telepon atau surat tentang rencana *self-management*, membantu klien untuk dapat menggunakan sumber daya masyarakat yang penting dalam *self-management* mereka sendiri, memberikan dukungan profesional melalui *peer group*.

Hal lainnya adalah menindak lanjuti klien melalui kuesioner untuk menilai aktivitas hidup sehari-hari, *self-management* dan kualitas hidup secara terus menerus, mendorong klien dan keluarga untuk memantau kemajuan dan kebutuhan akan perubahan dalam rencana *self-management* dan mengevaluasi pencapaian tujuan bersama dengan klien.

2.2.6 Program *Self-Management*

Adanya program yang berbasis bagi klien pasca stroke mungkin akan membantu para klien pasca stroke untuk mengurangi risiko kekambuhan dan meningkatkan kualitas hidupnya. Program ini adalah *self-management*, program *self-management* muncul sebagai sebuah mekanisme untuk meningkatkan pelayanan kesehatan. *Self-management* merupakan suatu intervensi yang telah direkomendasikan sebagai sebuah metode untuk mendukung individu dan mengatur coping individu dengan penyakit kronis, program *self-management* juga bisa di aplikasikan pada klien pasca stroke.

Program dibuat untuk melatih setiap individu yang sudah mengalami stroke terhadap kemampuan-kemampuan yang mereka perlukan untuk mengontrol kondisi dan persoalan sosial mereka. Efek dari program *self-*

management yang diaplikasikan pada klien pasca stroke salah satunya ialah dapat menjadikan klien pasca stroke lebih baik dalam pengelolaan dirinya sendiri yang meliputi peningkatan sikap, kepercayaan diri dan keterampilan memajemen diri sehingga membuat kualitas hidup klien menjadi lebih baik (Pamungkas 2017).

2.2.7 Cara Mengukur *Self Management*

Berdasarkan kajian literatur, peneliti hanya menemukan satu alat ukur yang spesifik mengukur self management klien stroke, yaitu *stroke self-management questionnaire*. Alat ukur tersebut mengukur *self-managemnet* berdasarkan sikap, perilaku, atau keterampilan (*skill*) (Boger, 2014). Adapun kuesioner ini mengukur empat domain dari penderita pasca stroke, yaitu :

1. Kapasitas diartikan sebagai indikator pengaruh dari perburukan dan kemunduran pada *self-management*. Berisi tentang pengetahuan penderita tentang kesehatan umum, kemampuan dan ketetapan hati.
2. 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 profesional kesehatan dan pengetahuan kesehatan.
3. 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*.

4. 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*.

(Boger, 2014).

2.3 Konsep Kepatuhan

2.3.1 Definisi

Kepatuhan adalah tingkat ketaatan klien dalam melaksanakan hal-hal yang disarankan atau diperintahkan oleh dokter dalam program pengobatan pasca stroke (Novian, 2013).

Sedangkan menurut Suryadi (2013) Kepatuhan merupakan istilah yang dipakai untuk menjelaskan ketaatan pada tujuan yang telah ditentukan. Kepatuhan berbanding lurus dengan tujuan yang dicapai pada program pengobatan yang telah ditentukan. Kepatuhan sebagai akhir dari tujuan itu sendiri.

Adapun menurut Fauzi dan Nishaa (2018) kepatuhan berobat adalah aksi yang dilakukan klien untuk mengkonsumsi obat atau kontrol sesuai jadwalnya.

Dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa kepatuhan merupakan tingkat ketaatan seseorang dalam melaksanakan perawatan,

pengobatan dan perilaku yang disarankan oleh perawat, dokter atau tenaga kesehatan lainnya sesuai jadwal.

2.3.2 Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan

Menurut Novian (2013) ada beberapa variabel yang mempengaruhi tingkat kepatuhan seseorang yaitu demografi, penyakit, pengetahuan, program terapeutik, psikososial, dukungan keluarga :

1) Demografi

Meliputi usia, jenis kelamin, suku bangsa, status sosio-ekonomi dan pendidikan. Umur merupakan faktor yang penting dimana anak-anak terkadang tingkat kepatuhannya jauh lebih tinggi daripada remaja. Tekanan darah pria umumnya lebih tinggi dibandingkan dengan wanita. Faktor kognitif serta pendidikan seseorang dapat juga meningkatkan kepatuhan terhadap aturan perawatan hipertensi

2) Pengetahuan

Pengetahuan klien tentang kepatuhan pengobatan yang rendah yang dapat menimbulkan kesadaran yang rendah akan berdampak dan berpengaruh pada klien dalam mengikuti tentang cara pengobatan, kedisiplinan pemeriksaan yang akibatnya dapat terjadi komplikasi berlanjut.

3) Komunikasi Terapeutik

Kualitas instruksi antara klien dengan tenaga kesehatan menentukan tingkat kepatuhan seseorang, karena dengan kualitas interaksi yang tinggi, maka seseorang akan puas dan akhirnya

meningkatkan kepatuhannya terhadap anjuran kesehatan dalam hal perawatan hipertensi, sehingga dapat dikatakan salah satu penentu penting dari kepatuhan adalah cara komunikasi tentang bagaimana anjuran diberikan.

4) Psikososial

Variabel ini meliputi sikap klien terhadap tenaga kesehatan serta menerima terhadap penyakitnya. Sikap seseorang terhadap perilaku kepatuhan menentukan tingkat kepatuhan. Kepatuhan seseorang merupakan hasil dari proses pengambilan keputusan orang tersebut, dan akan berpengaruh pada persepsi dan keyakinan orang tentang kesehatan. Selain itu keyakinan serta budaya juga ikut menentukan perilaku kepatuhan. Nilai seseorang mempunyai keyakinan bahwa anjuran kesehatan itu dianggap benar maka kepatuhan akan semakin baik.

5) Dukungan Keluarga

Keluarga dapat menjadi faktor yang sangat berpengaruh dalam menentukan keyakinan dan nilai kesehatan bagi individu serta memainkan peran penting dalam program perawatan dan pengobatan. Pengaruh normatif pada keluarga dapat memudahkan atau menghambat perilaku kepatuhan, selain dukungan keluarga, dukungan tenaga kesehatan diperlukan untuk mempertinggi tingkat kepatuhan, dimana tenaga kesehatan adalah seseorang yang berstatus

tinggi bagi kebanyakan klien, sehingga apa yang dianjurkan akan dilaksanakan.

Menurut *Department of Health* (2007) Manajemen diri merupakan faktor utama yang mempengaruhi kepatuhan pengobatan klien stroke.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Jannah dan Azam (2015) Faktor faktor yang mempengaruhi kepatuhan rehabilitasi medik pada klien stroke di RSAI Sunan Kudus. Jumlah sampelnya sebanyak 40 responden. Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor yang berhubungan dengan kepatuhan menjalani rehabilitasi medik pada klien stroke adalah motivasi klien dan dukungan keluarga ($p < 0,005$)

2.3.3 Batasan Perilaku Kepatuhan

Kepatuhan terhadap aturan pengobatan sering kali dikenal dengan “*Patient Compliance*”. Kepatuhan terhadap pengobatan dikhawatirkan akan menimbulkan sesuatu yang tidak diinginkan, seperti misalnya bila tidak minum obat sesuai aturan, maka akan semakin memperparah penyakit. (Suryadi, 2013)

2.3.4 Upaya Peningkatan Kepatuhan`

Upaya meningkatkan kepatuhan bisa dengan meningkatkan kemampuan menyampaikan informasi oleh tenaga kesehatan yaitu dengan memberikan informasi yang jelas pada klien mengenai penyakit yang dideritanya serta cara pengobatannya, keterlibatan lingkungan sosial (keluarga) dan beberapa pendekatan perilaku. Riset telah

menunjukkan bahwa dukungan keluarga dapat meningkatkan kepatuhan. (Suryadi, 2013).

2.3.5 Kepatuhan Terhadap Kesehatan

Kepatuhan terhadap perawatan merupakan perilaku seseorang untuk mentaati aturan dalam hal pengobatan yang meliputi perlakuan khusus mengenai gaya hidup seperti diet, istirahat, dan olahraga serta konsumsi obat yang harus dikonsumsi, jadwal waktu minum obat, kapan harus dihentikan dan kapan harus berkunjung untuk melakukan kontrol tekanan darah (Lany Gunawan, 2011).

Kepatuhan klien program kesehatan dapat ditinjau dari berbagai perspektif teoritis antara lain (Bastable& Susan, 2012):

a. Biomedis

Mencakup demografi klien, keseriusan penyakit, dan kompleksitas, program pengobatan;

b. Teori perilaku / pembelajaran sosial

Menggunakan pendekatan behavioristik dalam hal reward, petunjuk, kontrak, dan dukungan sosial;

c. Perputaran umpan balik komunikasi

Berkaitan dengan mengirim, menerima, memahami, menyimpan, dan penerimaan

d. Teori keyakinan rasional

Berhubungan dengan manfaat pengobatan dan risiko penyakit.

e. Sistem pengaturan diri atau pengelolaan diri

Klien dilihat sebagai pemecah masalah yang mengatur perilakunya berdasarkan persepsi atas penyakit, keterampilan kognitif, dan pengalaman masa lalu yang mempengaruhi kemampuan mereka untuk membuat rencana dan mengatasi penyakit.

2.3.6 Faktor yang Menghambat Kepatuhan

Faktor-faktor yang menghambat kepatuhan antara lain :

- a. Penjelasan yang tidak adekuat;
- b. Perbedaan pendapat antara klien dan tenaga kesehatan;
- c. Terapi jangka panjang;
- d. Tingginya kompleksitas atau biaya pengobatan;
- e. Tingginya jumlah dan tingkat keparahan efek samping.

(Carpenito, 2009)

2.3.7 Pengukuran Perilaku Kepatuhan

Kepatuhan klien terhadap aturan pengobatan pada prakteknya sulit dianalisa karena kepatuhan sulit diidentifikasi, sulit diukur dengan teliti dan tergantung banyak faktor. Pengkajian yang akurat terhadap individu yang tidak patuh merupakan suatu tugas yang sulit. Metode-metode yang digunakan untuk mengukur sejauh mana seseorang dalam mematuhi nasehat dari tenaga kesehatan yang meliputi laporan dari data orang itu sendiri, observasi langsung dari hasil pengobatan, bisa juga menggunakan kuesioner (Suryadi, 2013).

Pengukuran kepatuhan dilakukan dengan mengumpulkan data yang

diperlukan untuk mengukur indikator-indikator yang telah dipilih. Indikator tersebut sangat diperlukan sebagai ukuran tidak langsung mengenai standar dan penyimpangan yang diukur melalui sejumlah tolak ukur atau ambang batas yang digunakan sebagai standar derajat kepatuhan (Al-Assaf, 2009). Salah satu indikator kepatuhan penderita adalah datang atau tidaknya penderita setelah mendapat anjuran kembali untuk kontrol (Suryadi, 2013).

2.4 Penelitian Terkait *Self Management* dan Kepatuhan

Penelitian yang dilakukan oleh Beatrice Chapman and Vanessa Bogle (2014) tentang “*Adherence to medication and self-managment in stroke patients*” . sampel dalam penelitian ini kelompok intervensi sebanyak 16 orang dan kelompok kontrol sebanyak 12 orang. Hasil penelitian menunjukkan bahwa Intervensi manajemen diri untuk klien stroke efektif dalam meningkatkan kepatuhan terhadap pengobatan stroke di jangka panjang dengan ($p=0,001$).

Selain pada penyakit stroke, penelitian terkait dengan manajemen diri (*self-management*) dilakukan juga oleh Anim M, Suhartono T, Yulis S (2016) tentang *self-management* dalam meningkatkan coping, niat dan kepatuhan berobat klien penyakit jantung koroner di RSUD Jombang. Pada penelitian ini jumlah sampel 28 orang klien penyakit jantung koroner. Hasil penelitian menunjukkan bahwa program manajemen diri (*self-management*) dapat meningkatkan niat dan tingkat kepatuhan klien penyakit jantung koroner dalam melaksanakan program lanjutan ($p=0,001$).

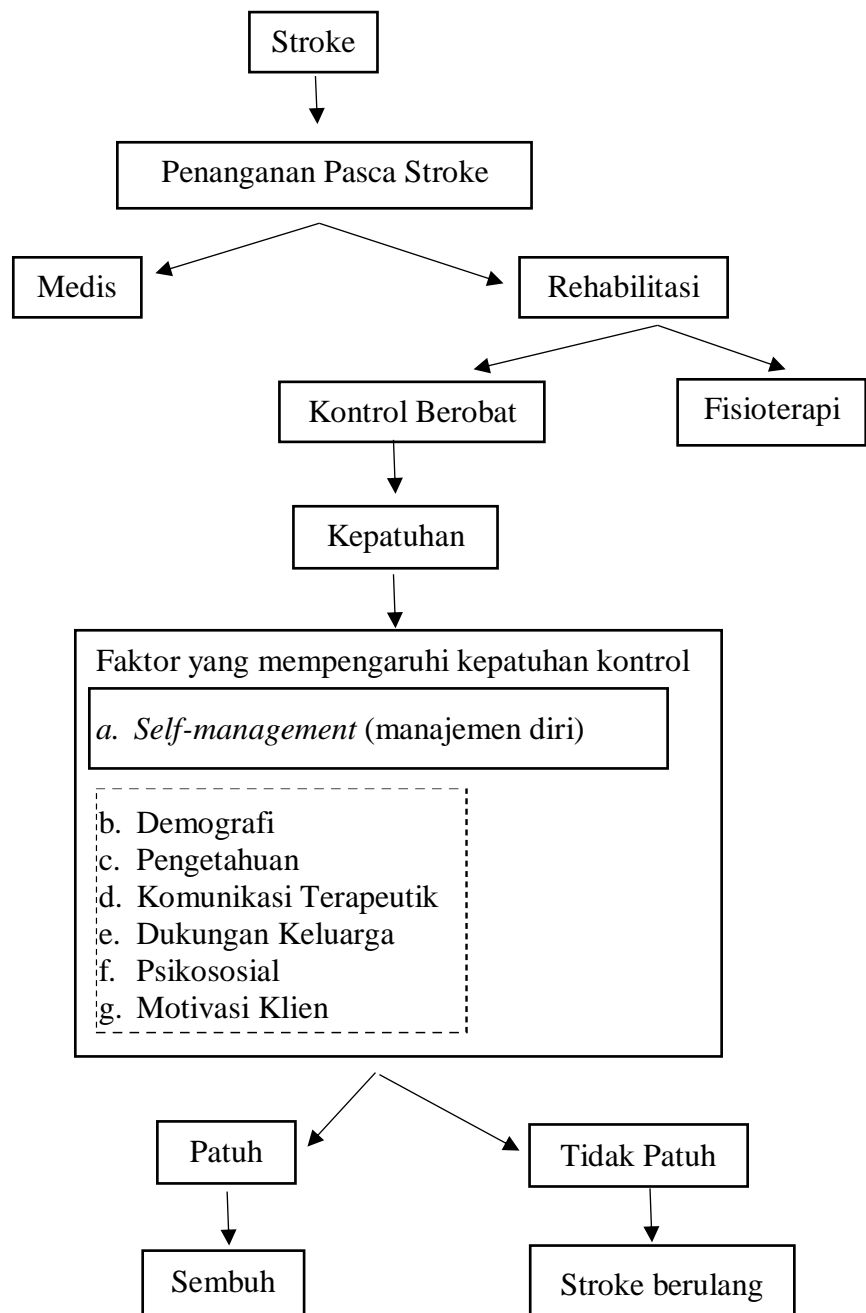
Sedangkan penelitian lain dilakukan juga oleh Kholifah (2014) tentang Manajemen diri (*self-management*) sebagai salah satu intervensi yang dapat meningkatkan kepatuhan perawatan pada penderita DM. Jumlah responden adalah 20 keluarga yang tinggal dengan penderita DM tipe 2. Hasil penelitian menunjukkan ada pengaruh pemberian Manajemen diri (*Self management*) untuk meningkatkan kepatuhan diet, kepatuhan berobat dan kepatuhan berolahraga pada klien diabetes ($p=0.000$).

Penelitian lain juga dilakukan oleh Ni Kadek Sutini (2017) tentang hubungan *self-management* hipertensi dengan kejadian stroke pada penderita hipertensi di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Badung Mangusada. Sampel penelitian ini melibatkan 44 penderita hipertensi yang menderita stroke sebagai kasus dan 44 penderita hipertensi yang tidak menderita stroke sebagai kontrol. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa Buruknya kepatuhan minum obat hipertensi, buruknya manajemen diri (*self-management*) diet dan stress berhubungan dengan kejadian stroke.

2.5 Kerangka Konsep

Bagan 2.1

Kerangka Konsep



Menurut *Department of Health* (2007); Novian (2013); Jannah dan Azam (2015); Batticaca (2018)