



SKRIPSI

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DENGAN KEMAMPUAN
SELF-CARE PASIEN YANG MENGALAMI STROKE
DI RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR**

PENELITIAN NON-EXPERIMENTAL

OLEH :

TIKA TABITA MARFIARI ADAM

CX1414201155

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
PROGRAM S I KEPERAWATAN DAN NERS
MAKASSAR**

2016

LEMBAR PERSETUJUAN

UJI SKRIPSI

**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI
TERKENDALINYA KADAR GULA DARAH PADA
PASIEEN DIABETES MELITUS DI RUMAH SAKIT
STELLA MARIS MAKASSAR**

Diajukan Oleh:

**Margareth Yunita Hima (C.11 14201.029)
Victoria Valentin (C.11 14201.062)**

Disetujui Oleh:

Pembimbing

**Bagian Akademik
Dan Kemahasiswaan**

**(/)(Sr.Anita Sampe,JMJ,S.Kep,Ns,MAN)
NIDN : 0928027101**

NIDN: 091707402

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat, kasih dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan proposal ini dengan judul “Hubungan Tingkat Pengetahuan Keluarga Dengan Kemampuan *Self-care* Pada Anggota Keluarga Yang Mengalami Stroke Di Rumah Sakit Stella Maris Makassar”.

Penulis menyadari bahwa masih terdapat kekurangan dalam penulisan skripsi ini, dimana hal ini dapat disebabkan karena keterbatasan pengetahuan dan ilmu yang penulis miliki. Oleh karena itu, penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun demi penyempurnaan proposal ini.

Selama penyusunan proposal ini, penulis banyak mendapat bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, baik moril maupun materil sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitian ini dengan baik. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menghaturkan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada: Henny Pongantung, S.Kep,Ns,MSN selaku pembimbing yang telah banyak memberikan masukan selama penyusunan proposal di STIK Stella Maris Makassar.

Akhir kata, semoga proposal ini dapat bermanfaat bagi kita semua.

Makassar, Januari 2016

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	iv
DAFTAR TABEL	vi
DAFTAR GAMBAR	vii
DAFTAR SINGKATAN	viii
DAFTAR LAMPIRAN	x
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	6
C. Tujuan Penelitian.....	7
1. Tujuan Umum.....	7
2. Tujuan Khusus.....	7
D. Manfaat Bagi Penelitian.....	7
1. Bagi Profesi Keperawatan.....	7
2. Bagi Pasien Diabetes Melitus.....	8
3. Bagi Keluarga.....	8
4. Bagi Peneliti.....	8
5. Bagi Masyarakat/Komunitas.....	8
BAB II TINJAUAN TEORI	9
A. Tinjauan Teori Diabetes Melitus (DM).....	9
1. Pengertian DM.....	9
2. Klasifikasi DM.....	9
3. Etiologi.....	11

4. Patofisiologi	13
5. Manifestasi Klinis	15
6. Pemeriksaan Penunjang.....	17
7. Penatalaksanaan	19
8. Komplikasi	20
B. Tinjauan Teori Kadar Glukosa Darah	25
1. Macam dan Batasan Kadar Glukosa Darah.....	25
2. Tes HbA1c.....	26
C. Faktor-faktor yang mempengaruhi Kadar Glukosa Darah	27
1. Pengetahuan	27
2. Diet	28
3. Aktivitas Fisik	31
4. Stres	33
5. Asupan Obat.....	34
BAB III KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS	39
A. Kerangka Konsep	39
B. Hipotesis Penelitian	40
C. Definisi Operasional	41
BAB IV METODE PENELITIAN	45
A. Desain Penelitian	45
B. Tempat dan Waktu Penelitian	46
C. Populasi dan Sampel	46
D. Instrument Penelitian	47
E. Pengumpulan Data	48
F. Pengolahan dan Penyajian Data	50
G. Analisa Data	50
BAB V HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	52
A. HASIL PENELITIAN	52
B. PEMBAHASAN	69

BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN	70
A. KESIMPULAN	90
B. SARAN	91
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Gula Darah Normal, IFG, IGT, dan Diabetes	26
Table 2.2 kadar gula darah orang normal, prediabetes, dan Diabetes saat puasa dan 2 jam sesudah makan	26
Tabel 2.3 Indikasi Pemberian Insulin	35
Tabel 2.4 Macam Insulin dan Waktu Kerja	35
Tabel 2.5 Obat Antidiabetes Oral	38
Tabel 3.1 Defenisi Oprasional	41
Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Usia.	52
Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Jenis Kelamin.....	53
Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Pendidikan.....	53
Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi Pekerjaan.....	54
Tabel 5.6 Distribusi Frekuensi Berat Badan.....	55
Tabel 5.7 Distribusi Frekuensi Tinggi Badan.....	56
Tabel 5.8 Distribusi Frekuensi Lama Sakit.....	57
Tabel 5.9 Distribusi Frekuensi berdasarkan Pengetahuan.....	57
Tabel 5.8 Distribusi Frekuensi berdasarkan Diet.....	58
Tabel 5.9 Distribusi Frekuensi berdasarkan Aktivitas Fisik.....	59
Tabel 5.10 Distribusi Frekuensi berdasarkan Stres.....	59
Tabel 5.11 Distribusi Frekuensi berdasarkan Asupan Obat.....	60
Tabel 5.12 Distribusi Frekuensi berdasarkan Terkendalnya Kadar Gula Darah.....	61
Tabel 5.13 Hubungan Pengetahuan dengan Kadar Gula Darah.....	62

Tabel 5.14 Hubungan Diet dengan Kadar Gula Darah.....	63
Tabel 5.15 Hubungan Aktivitas Fisik dengan Kadar Gula Darah.....	64
Tabel 5.16 Hubungan Stres dengan Kadar Gula Darah.....	65
Tabel 5.17 Hubungan Asupan Obat dengan Kadar Gula Darah.....	66

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 pengaturan waktu dan porsi makan pasien Diabetes Melitus	29
Gambar 4.1 Bagan Rancangan Penelitian <i>Cross Sectional Study</i>	42

DAFTAR SINGKATAN

Singkatan	Keterangan
ACTH	<i>adenacorticotropin</i>
ADA	<i>American Diabetes Association</i>
ATP	<i>Adenosin Trifosfat</i>
DepKes	Departement Kesehatan
DM	Diabetes Melitus
GDP	Gula Darah Puasa
GDS	Gula Darah Sewaktu
GDPP	Gula Darah Prospandial
GDPT	Glukosa Darah Puasa Terganggu
HbA1c	Hemoglobin Glikat
Hb	Hemoglobin
HGP	<i>Hepatic glocose production</i>
HLA	<i>Human Leococyte Antygen</i>
HONK	Hiper Osmotik Non Ketoasinosis
ICA	Islet Cel Antibody
IDF	International Diabetes Federation
IDDM	Insulin Dependent Diabetes Melitus
IFG	<i>Impaired Fasting Glucose</i>
IGT	<i>Impaired Glucose Tolerance</i>
Kemenkes	Kementrian kesehatan
KAD	Ketoasidosis Diabetik
NIDD	Non Insulin Dependent DiabetesMelitus
OAD	Oral Anti Diabetes
PTM	Penyakit Tidak Menular
RRI	Ruang Rawat Inap

SPSS

Statistical Product and Service Solutions

TGT

Toleransi Glukosa Terganggu

TTGO

Tes Toleransi Glukosa Oral

WHO

World Health Organization

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Lampiran Persetujuan Responden

Lampiran 2. Permohonan Menjadi Responden

Lampiran 3. Kusioner

HALAMAN PERSETUJUAN

PROPOSAL

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DENGAN KEMAMPUAN
SELF-CARE PASIEN YANG MENGALAMI STROKE
DI RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR**

Diajukan Oleh :

TIKA TABITA MARFIARI ADAM

CX1414201155

Disetujui oleh:

Pembimbing

**Bagian Akademik
dan Kemahasiswaan**

(Henny Pongantung, S.Kep.,Ns.,MSN)

NIDN: 0912106501

(Sr. Anita Sampe, JMJ.,S.Kep.,Ns.,MAN)

NIDN: 0917107402

HALAMAN PERSETUJUAN

PROPOSAL

**PENGALAMAN PERAWAT DALAM MERAWAT PASIEN KANKER DI
SILOAM HOSPITAL MAKASSAR**

Diajukan Oleh :

ABIB MARAMBAK

CX1414201113

Disetujui oleh:

Pembimbing

**Bagian Akademik
dan Kemahasiswaan**

(Mery Sambo, S.Kep.,Ns.,Mkep)

NIDN: 0930058102

(Sr. Anita Sampe, JMJ.,S.Kep.,Ns.,MAN)

NIDN: 0917107402

HALAMAN PERSETUJUAN

PROPOSAL

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DENGAN KESIAPAN KELUARGA
DALAM MERAWAT ANGGOTA KELUARGA PASIEN STROKE
DI RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR**

**Diajukan Oleh :
DESILIAN KOMILE
CX1414201124**

Disetujui oleh:

Pembimbing

**Bagian Akademik
dan Kemahasiswaan**

(Henny Pongantung, S.Kep.,Ns.,MSN)

NIDN: 0912106501

(Sr. Anita Sampe, JMJ.,S.Kep.,Ns.,MAN)

NIDN: 0917107402

DAFTAR ISI

	Hal
SAMPUL DEPAN	i
SAMPUL DALAM.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS	v
LEMBAR PUBLIKASI	vi
KATA PENGANTAR	vii
ABSTRAK	ix
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	3
C. Tujuan Penelitian	4
1. Tujuan Umum	4
2. Tujuan Khusus	4
D. Manfaat Bagi Penelitian	4
1. Bagi Perawat	4
2. Bagi Pasien dan Masyarakat	4
3. Bagi Peneliti.....	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	6
A. Tinjauan Umum Tentang Pengetahuan.....	6
1. Defenisi.....	6

2. Tingkat Pengetahuan Dalam Kognitif.....	6
3. Cara Memperoleh Pengetahuan.....	8
4. Faktor- faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan	9
B. Tinjauan Teori <i>Self- care</i>	10
1. Pengertian <i>Self- Care</i>	10
2. Prinsip dalam Keperawatan Diri Sendiri.....	13
3. Manfaat <i>Self- Care</i>	13
C. Tinjauan Umum Tentang <i>Self- Care</i> Pada Pasien Stroke	13
1. Mandi.....	14
2. Berpakaian.....	14
3. Makan.....	14
4. Eliminasi.....	15
5. Mobilisasi.....	15
6. Personal <i>Hygine</i>	15
D. Tinjauan Umum Tentang Stroke.....	15
1. Definisi	15
2. Anatomi Fisiologi.....	16
3. Etiologi.....	21
4. Patofisiologi.....	23
5. Manifestasi Klinis.....	24
BAB III KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS	26
A. Kerangka Konsep	26
B. Hipotesis Penelitian	28
C. Definisi Operasional	28
BAB IV METODE PENELITIAN	30
A. Jenis Penelitian	30
B. Tempat dan Waktu Penelitian	30
C. Populasi dan Sampel	30
D. Instrument Penelitian	32

E. Pengumpulan Data	33
F. Pengolahan dan Penyajian Data	34
G. Analisa Data	34
BAB V HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	30
A. Hasil Penelitian	36
B. Pembahasan	44
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN	48
A. Kesimpulan	48
B. Saran	49

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1 kerangka konseptual.....	Hal. 28
-------------------------------------	------------

DAFTAR GAMBAR

	Hal.
Gambar 2. 1 Anatomi dan Fisiologi.....	16
Gambar 3.1 Kerangka Konseptual.....	27

DAFTAR TABEL

	Hal.
Table 3.1 Defenisi Operasional	28
Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Kelompok Umur	39
Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Jenis Kelamin	40
Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Pendidikan	40
Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Pengetahuan	41
Tabel 5.5 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Kemampuan <i>Self-care</i> .	42
Tabel 5.6 Analisa Hubungan Pengetahuan Dengan Kemampuan ... <i>Self-care</i>	43

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pola hidup sehat merupakan hal penting yang seharusnya dilaksanakan oleh setiap individu namun karena perkembangan zaman saat ini dimana berkembang pesatnya teknologi dan industri membuat manusia semakin mudah mendapatkan sesuatu secara instan, berkembangnya pola hidup dan gaya hidup yang tidak sehat, seperti memilih makanan cepat saji yang mungkin enak tapi tidak sehat sehingga terjadi banyak penyakit kronis yang membutuhkan waktu lama agar mencapai kesembuhan. Salah satu penyakit kronis yang banyak terjadi adalah penyakit pada gangguan sistem persarafan yaitu stroke (Endang R. 2010).

Stroke merupakan penyakit yang cukup lama dan telah di kenal tetapi harus diakui sebagian besar dari masyarakat belum benar-benar mengetahui apakah stroke itu. Masyarakat juga belum mengetahui betul perilaku hidup yang tidak sehat seperti kebiasaan merokok, kebiasaan meminum minuman keras seperti alkohol, adanya kebiasaan pola makan yang semakin instan, kurangnya berolahraga, serta mengkonsumsi makanan yang mengandung banyak lemak dan rendah serat (Junaidi, 2012).

Penyakit *stroke* belakangan ini bukan hanya menyerang kelompok usia diatas 50 tahun, melainkan juga terjadi pada kelompok usia produktif di bawah 45 tahun yang menjadi tulang punggung keluarga. Bahkan dalam sejumlah kasus penyakit stroke, penderita penyakit stroke masih berusia di bawah 30 tahun.

Berdasarkan data WHO (2010), setiap tahunnya terdapat 15 juta orang di seluruh dunia menderita stroke. Diantaranya ditemukan jumlah kematian sebanyak 5 juta orang dan 5 juta orang lainnya mengalami kecacatan yang permanen. Penyakit stroke telah menjadi

masalah kesehatan yang menjadi penyebab utama kecacatan pada usia dewasa dan merupakan salah satu penyebab terbanyak di dunia. (Junaidi, 2012).

Di Amerika Serikat, stroke menempati urutan ketiga penyebab kematian setelah penyakit jantung dan kanker. sekitar 160 ribu penderita stroke meninggal dunia, dan setidaknya 730 ribu penderita stroke baru dan ulang muncul pertahunnya. Bukan hanya itu, setiap satu menit satu orang penduduk AS terserang stroke, dan setiap 43 menit meninggal dunia (Junaidi, 2012). Sebagai salah satu contoh di Surakarta sebagai kota yang sedang berkembang pesat yaitu RSUD Dr. Moewardi yang merupakan rumah sakit negeri rujukan daerah Surakarta. Menurut kepala unit saraf rumah sakit (RS) Dr. Moewardi Surakarta Prof. DR.dr.H.SurotoSp.S(K) "Jumlah penderita stroke mengalami peningkatan dari tahun ke tahun hingga 5-7 persen". Apabila tidak ada upaya penanggulangan stroke yang lebih baik maka jumlah penderita stroke pada tahun 2020 diprediksikan akan meningkat 2 kali lipat (Wiwit S, 2010).

Yayasan *stroke* Indonesia (Yastroki) menyebutkan angka kejadian *stroke* menurut data dasar rumah sakit sekitar 63 per 100.000 penduduk usia di atas 65 tahun terserang *stroke*. Sedangkan jumlah penderita yang meninggal dunia lebih dari 125.000 jiwa per tahun. Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo (RSCM) misalnya, setiap tahun menangani ribuan kasus stroke. Secara umum dapat dikatakan setiap hari ada dua orang Indonesia yang terkena serangan stroke, Stroke membutuhkan penanganan komprehensif termasuk upaya pemulihan dalam jangka waktu yang lama bahkan sepanjang sisa hidup pasien. (Junaidi, 2012).

Orem mengembangkan teori *self-care* pada keperawatan yang menekankan pada kebutuhan klien tentang perawatan diri sendiri. Perawatan diri sendiri dibutuhkan oleh setiap manusia. Tujuan dari teori Orem membantu klien melakukan perawatan diri sendiri.

Perawatan diri merupakan perawatan diri sendiri yang dilakukan untuk mempertahankan kesehatan, baik secara fisik maupun psikologis (Hidayat, 2009).

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan, peneliti melihat fenomena yang ada dalam Rumah Sakit Stella Maris Makassar, pasien stroke sangat bergantung pada keluarganya dalam melakukan *self-care* dan pengetahuan terhadap *self-care* pasien stroke kurang. penelitian Santoso (2003) dalam Ratnasari (2011) pada penderita stroke sebanyak 92,3% penderita stroke tidak mandiri dalam melakukan aktivitasnya sehari-hari. Penelitian ini menunjukkan bahwa pasien stroke sangat bergantung dalam melakukan aktivitasnya pada keluarga maupun orang yang merawatnya.

Dari permasalahan di atas maka penulis merasa tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul sebagai berikut, “ Hubungan pengetahuan dengan kemampuan *self-care* pasien yang mengalami stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar “.

B. Perumusan Masalah

Masih tingginya prevalensi kejadian stroke di masyarakat. Berdasarkan data WHO (2010), setiap tahunnya terdapat 15 juta orang di seluruh dunia menderita stroke. Diantaranya ditemukan jumlah kematian sebanyak 5 juta orang dan 5 juta orang lainnya mengalami kecacatan yang permanen. Penyakit stroke telah menjadi masalah kesehatan yang menjadi penyebab utama kecacatan pada usia dewasa dan merupakan salah satu penyebab terbanyak di dunia, jumlah penderita stroke mengalami peningkatan dari tahun ketahun hingga 5-7 persen. Apabila tidak ada upaya penanggulangan stroke yang lebih baik maka jumlah penderita stroke setiap tahunnya semakin bertambah. “Apakah ada hubungan pengetahuan dengan kemampuan *self-care* pasien yang mengalami stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan pengetahuan dengan kemampuan *self-care* pasien yang mengalami stroke.

2. Tujuan Khusus

a. Mengidentifikasi pengetahuan tentang *self-care* pasien yang mengalami stroke.

b. Mengidentifikasi kemampuan *Self-care* pasien yang mengalami stroke.

c. Menganalisis hubungan pengetahuan dengan kemampuan *self-care* pasien yang mengalami stroke.

D. Manfaat penelitian

1. Bagi Perawat

Perawat dapat memberikan *health education* bagi pasien dalam melakukan kemampuan *self-care* pasien stroke. Perawat juga diharapkan dapat membantu pasien dalam meningkatkan *self-care* pada pasien stroke.

2. Bagi pasien dan Masyarakat

Sebagai acuan pemahaman dan media informasi sehingga mengetahui pentingnya kemampuan *self-care* pasien yang mengalami stroke dan akhirnya dapat di praktekan pada kehidupan sehari-hari.

3. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini berguna bagi penelitian yang sedang menempuh ilmu pendidikan keperawatan untuk lebih mengetahui dan mempelajari secara detail hubungan pengetahuan dengan kemampuan *self-care* pasien stroke, sehingga di jadikan dasar dalam penerapannya di lingkungan kerja. Masyarakat ataupun pasien juga dapat menambah

pengalaman peneliti dalam melakukan penelitian dan dapat dijadikan dasar dalam melakukan penelitian selanjutnya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Tentang Pengetahuan

1. Definisi

- a. Pengetahuan adalah hasil “tahu” dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan terjadi melalui panca indra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia di peroleh melalui mata dan telinga (Notoatmojo, 2007).
- b. Pengetahuan adalah merupakan hasil mengingat suatu hal, termasuk mengingat kembali kejadian yang pernah dialami baik secara sengaja maupun tidak sengaja dan ini terjadi setelah orang melakukan kontak atau pengamatan terhadap suatu obyek tertentu (Mubarok, dkk, 2007).

2. Tingkat pengetahuan dalam kognitif

a. Tahu (*Know*)

Tahu di artikan sebagai mengingat suatu materi yang telah di pelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap situasi yang sangat spesifik dari seluruh bahan yang di pelajari atau rangsangan yang telah di terima. Oleh sebab itu, ini adalah merupakan tingkatan pengetahuan yang paling rendah.

b. Memahami (*Comprehention*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham harus dapat menjelaskan, menyimpulkan, meramalkan terhadap objek yang dipelajari. Misalnya dapat menjelaskan mengapa harus makan makanan yang bergizi.

c. Aplikasi (*Aplication*)

Aplikasi adalah kemampuan menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi dan kondisi nyata. Aplikasi dapat diartikan sebagai penggunaan hukum-hukum, rumus-rumus, metode-metode, prinsip dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain. Misalnya dapat menggunakan rumus statistik dalam perhitungan-perhitungan hasil penelitian, dapat menggunakan prinsip-prinsip siklus pemecahan masalah kesehatan dari kasus yang diberikan.

d. Analisis (*Analysis*)

Suatu kemampuan menjabarkan materi atau kedalam komponen-komponen tetapi masih dalam struktur organisasi tersebut, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat diteliti dari penggantian kata seperti dapat menggambarkan (menurut bagian), membedakan, memisahkan, mengelompokkan dan sebagainya.

e. Sintesis (*Syntesis*)

Menunjukkan kepada suatu komponen untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam satu bentuk keseluruhan yang baru. Merupakan kemampuan menyusun, merencanakan, meringkaskan, menyesuaikan dan sebagainya terhadap suatu teori atau rumusan-rumusan yang ada.

f. Evaluasi (*Evaluation*)

Berkaitan dengan kemampuan melakukan justifikasi atau penelitian terhadap suatu materi atau objek.

3. Cara memperoleh pengetahuan

Cara memperoleh suatu pengetahuan menurut Notoadmojo (2007) adalah sebagai berikut :

a. Cara tradisional

1. Cara coba salah

Cara ini telah dipakai orang sebelum kebudayaan, bahkan mungkin sebelum adanya peradaban. Cara coba salah ini dilakukan dengan menggunakan kemungkinan dalam memecahkan masalah dan apabila kemungkinan itu tidak berhasil maka dicoba kemungkinan yang lain sampai masalah tersebut dapat dipecahkan.

2. Cara kekuasaan atau otoritas

Sumber pengetahuan cara ini dapat berupa pemimpin-pemimpin masyarakat baik formal maupun informal, ahli agama, pemegang pemerintah, dan berbagai prinsip orang lain yang menerima mempunyai yang dikemukakan oleh orang yang mempunyai otoritas, tanpa menguji terlebih dahulu atau membuktikan kebenarannya baik berdasarkan fakta empiris maupun penalaran sendiri.

3. Berdasarkan pengalaman pribadi.

Pengalaman pribadipun dapat digunakan sebagai upaya memperoleh pengetahuan dengan cara mengulang kemali pengalaman yang pernah diperoleh dalam memecahkan permasalahan yang dihadapi masa lalu.

b. Cara moderen

Cara ini disebut metode penelitian ilmiah atau lebih populer atau disebut metodologi penelitian. Cara ini mula-mula dikembangkan oleh Prancis Bacon (1561-1626), kemudian dikembangkan oleh Deobold Van Daven. Akhirnya lahir suatu cara untuk melakukan penelitian yang dewasa ini kita kenal dengan penelitian ilmiah.

4. Faktor- faktor yang mempengaruhi pengetahuan

a. Pendidikan

Pendidikan adalah salah satu usaha untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan di dalam dan di luar sekolah. Pengetahuan sangat erat kaitannya dengan pendidikan dimana diharapkan seseorang dengan pendidikan tinggi, maka orang tersebut memiliki pengetahuan semakin luas. Namun perlu ditekankan bahwa seseorang berpendidikan rendah tidak berarti mutlak berpengetahuan rendah.

b. Informasi/ media massa

Info yang diperoleh baik pendidikan formal maupun non formal dapat memberikan pengaruh jangka pendek sehingga menghasilkan perubahan/ peningkatan pengetahuan. Majunya teknologi akan tersedia bermacam- macam media massa yang dapat mempengaruhi media massa yang dapat mempengaruhi pengetahuan masyarakat tentang inovasi baru.

c. Sosial budaya dan ekonomi

Kebiasaan dan tradisi yang dilakukan orang- orang tanpa melalui penalaran apakah yang dilakukan baik/ buruk. Status ekonomi juga menentukan tersedianya fasilitas yang diperlukan untuk kegiatan tertentu.

d. Lingkungan

Adanya interaksi timbal balik antar masyarakat karena lingkungan merupakan seluruh kondisi yang ada disekitar manusia yang mempengaruhi perkembangan dan perilaku orang / kelompok.

e. Pengalaman

Pengalaman sebagai sumber pengetahuan adalah suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan dengan cara mengulang kembali pengetahuan yang diperoleh dalam memecahkan masalah yang dihadapi masa lalu.

f. Usia

Usia mempengaruhi daya tangkap dan pola pikir seseorang.

B. Tinjauan Umum Tentang *Self-care*

1. Definisi

Perawatan diri merupakan perawatan diri sendiri yang dilakukan untuk mempertahankan kesehatan, baik secara fisik maupun psikologis. Pemenuhan perawatan diri dipengaruhi berbagai faktor, diantaranya budaya, nilai sosial pada individu atau keluarga, pengetahuan terhadap perawatan diri, serta persepsi terhadap perawatan diri (Hidayat, 2009).

Orem (1971) mengembangkan definisi keperawatan yang menekankan pada kebutuhan klien tentang perawatan diri sendiri. Perawatan diri sendiri dibutuhkan oleh setiap manusia, baik laki-laki, perempuan maupun anak-anak. Tujuan dari teori orem adalah membantu klien melakukan perawatan diri sendiri (Potter, 2005). Orem yang dikenal dengan model *self-care* memberikan pengertian jelas bahwa bentuk pelayanan keperawatan dipandang dari suatu pelaksanaan kegiatan dapat dilakukan individu dalam memenuhi

kebutuhan dasar dengan tujuan mempertahankan kehidupan, kesehatan, kesejahteraan, yang ditekankan pada kebutuhan klien tentang perawatan diri sendiri. *Self-care* sebagai bagian dari kebutuhan dasar manusia, seorang mempunyai hak dan tanggung jawab dalam perawatan diri sendiri, *self-care* juga merupakan perubahan tingkah laku secara lambat dan terus menerus didukung atas pengalaman sosial sebagai hubungan interpersonal, *self-care* akan meningkatkan harga diri seseorang dan dapat mempengaruhi dalam perubahan konsep diri.

Orem membagi dalam kelompok kebutuhan dasar yang terdiri dari pemeliharaan dalam pengambilan udara (oksigen), pemeliharaan pengambilan air, pemeliharaan dalam pengambilan makanan, pemeliharaan kebutuhan proses eliminasi, aktivitas dan istirahat, keseimbangan antara kesendirian dan interaksi social, kebutuhan akan pencegahan resiko pada kehidupan manusia dalam keadaan sehat dan kebutuhan dalam perkembangan kelompok sosial sesuai dengan potensi, pengetahuan dan keinginan manusia. Orem mengembangkan tiga bentuk teori *self-care* diantaranya:

a. Perawatan diri sendiri (*self-care*)

Dalam teori *self-care*, Orem mengembangkan bahwa *self-care* meliputi :

- 1) pertama, *self-care* itu sendiri yang merupakan aktifitas dan inisiatif dari individu serta dilaksanakan oleh individu itu sendiri dalam memenuhi serta mempertahankan kehidupan, kesehatan serta kesejahteraan.
- 2) kedua, *self-care* agency merupakan suatu kemampuan individu dalam melakukan perawatan diri sendiri yang dapat dipengaruhi oleh usia, perkembangan. Sosiokultural, kesehatan dan lain-lain.

- 3) ketiga, adanya tuntutan atau permintaan dalam perawatan diri sendiri yang merupakan tindakan mandiri yang dilakukan dalam waktu tertentu untuk perawatan diri sendiri dengan menggunakan metode dan alat dalam tindakan yang tepat.
- 4) Keempat, kebutuhan *self-care* merupakan suatu tindakan yang ditujukan pada penyediaan dan perawatan diri sendiri yang bersifat universal dan berhubungan dengan proses kehidupan manusia serta dalam upaya mempertahankan fungsi tubuh, *self-care* yang bersifat universal itu adalah aktifitas sehari-hari ADL(Active Daily Living) dengan mengelompokkan ke dalam kebutuhan dasar manusianya. Sifat dari *self-care* selanjutnya adalah untuk perkembangan kepercayaan diri serta ditujukan pada penyimpangan kesehatan yang memiliki ciri perawatan yang diberikan dalam kondisi sakit atau dalam proses penyembuhan.

b. *Self-care* defisit

Self-care defisit merupakan bagian penting dalam perawatan secara umum dimana segala perencanaan keperawatan diberikan pada saat perawatan dibutuhkan yang dapat diterapkan pada anak yang belum dewasa, atau kebutuhan yang melebihi kemampuan serta adanya perkiraan penurunan kemampuan dalam perawatan dan tuntutan dalam peningkatan *self-care*, baik secara kualitas maupun kuantitas. Dalam pemenuhan perawatan diri sendiri serta membantu dalam proses penyelesaian masalah, Orem memiliki metode untuk proses tersebut diantaranya bertindak atau berbuat untuk orang lain, sebagai Pembimbing orang lain, memberi *support* meningkatkan pengembangan lingkungan untuk pengembangan pribadi serta mengajarkan atau mendidik.

Dalam praktek keperawatan Orem melakukan identifikasi kegiatan praktik dengan melibatkan pasien dan keluarga dalam pemecahan masalah, menentukan kapan dan bagaimana pasien memerlukan bantuan keperawatan, bertanggung jawab terhadap keinginan, permintaan serta kebutuhan pasien, mempersiapkan bantuan secara teratur bagi pasien dan mengkoordinasi serta mengintegritaskan keperawatan dalam kehidupan sehari-hari.

2. Prinsip dalam keperawatan diri sendiri

- a. bantuan secara penuh (*Wholly compensatory system*) merupakan suatu tindakan keperawatan dengan memberikan bantuan secara penuh pada pasien, dikarenakan ketidakmampuan pasien dalam memenuhi tindakan keperawatan secara mandiri yang memerlukan bantuan.
- b. bantuan sebagian (*Partially compensatory system*) merupakan sistem dalam pemberian perawatan diri secara sebagian saja dan ditujukan kepada pasien yang memerlukan bantuan secara minimal.
- c. suportif dan edukatif merupakan sistem bantuan yang diberikan pada pasien yang membutuhkan dukungan pendidikan dengan harapan pasien mampu memerlukan perawatan secara mandiri. Sistem ini dilakukan agar pasien mampu melakukan tindakan keperawatan setelah dilakukan pembelajaran (Hidayat, 2009).

3. Manfaat self-care

- a. Memenuhi kebutuhan dasar manusia untuk meningkatkan kehidupan, kesehatan serta kesejahteraan
- b. Mempertahankan kualitas kehidupan, kesehatan dan kesejahteraan baik dalam keadaan sehat ataupun sakit. Membantu

individu dalam mempertahankan *self-care* yang mencakup integritas structural, fungsi dan perkembangan.

C. Tinjauan Umum Tentang *Self-care* Pada Pasien Stroke

Stroke adalah penyebab utama dari kecacatan di amerika serikat. Banyak penelitian yang menunjukkan bahwa program rehabilitasi efektif dalam meningkatkan status fungsional pasien dan mengurangi ketergantungan pasien. Rehabilitasi medis memang mempengaruhi perkembangan, penyembuhan syaraf , tapi dipastikan bahwa tetap diperlukan terapi lain seperti *self-care*.

Saat ini terjadi peningkatan ketertarikan untuk mencari terapi alternative yang dapat meningkatkan status fungsional pasien selain menggunakan terapi syaraf. Terapi alternative tersebut adalah *self-care* (Robinson, 2000). Bentuk-bentuk *self-care* pada pasien stroke yang dapat diajarkan keluarga kepada pasien stroke adalah mandi, memakai baju, makan, eliminasi, personal *hygene*, mobilisasi dalam rumah (Wesley, 2004).

1. Mandi

- a. Pasien stroke memiliki keterbatasan kemampuan untuk berdiri lama dan memiliki keseimbangan yang buruk maka diperlukan kursi disaat mandi.
- b. Untuk menjaga keamanan di kamar mandi maka diperlukan pegangan (*hand rail*) agar pasien stroke tidak jatuh.

2. Berpakaian

- a. Posisi berbaring merupakan posisi yang baik dan aman disaat penderita stroke berpakaian .
- b. Saat berpakaian dimulai dari tangan dan kaki yang lemah terlebih dahulu.

- c. Saat melepas pakaian dimulai dari tangan dan kaki yang kuat terlebih dahulu.

3. Makan

- a. Disaat makan tinggi meja perlu disesuaikan dengan jangkauan pasien agar pasien stroke dapat mudah disaat makan
- b. Disaat makan kursi yang digunakan harus nyaman dan dapat menopang tubuh penderita stroke
- c. Sebelum makan, makanan yang sulit dipotong sebaiknya dipotong terlebih dahulu, agar pasien mudah saat makan

4. Eliminasi

- a. Menggunakan *closet* (tempat BAB) yang duduk lebih baik daripada closet yang jongkok, karena *closet* duduk memudahkan saat BAB.
- b. Pasien yang mengalami gangguan berkemih, sebaiknya gunakan popok khusus (*pampers*) atau sesuai indikasi dari dokter
- c. Agar penderita stroke tidak menempuh jarak yang cukup jauh, sebaiknya menggunakan kamar mandi yang jaraknya dekat.

5. Mobilisasi

- a. Jika mengalami keterbatasan untuk berdiri, gunakan kursi roda atau tongkat untuk beraktifitas di rumah.
- b. Penderita stroke memerlukan latihan fisik seperti latihan berjalan dan latihan menggerakkan anggota badan.

6. Personal Hygine

- a. Penderita stroke perlu dijaga kebersihannya dengan mengganti pakaian dengan yang bersih.
- b. Jika terdapat kulit yang luka perlu diobati dan jangan dibiarkan dalam kondisi basah dan kotor.
- c. Sprei atau linen yang telah basah dan kotor perlu diganti agar kebersihan lingkungan penderita stroke terjaga

D. Tinjauan Umum Tentang Stroke

1. Definisi

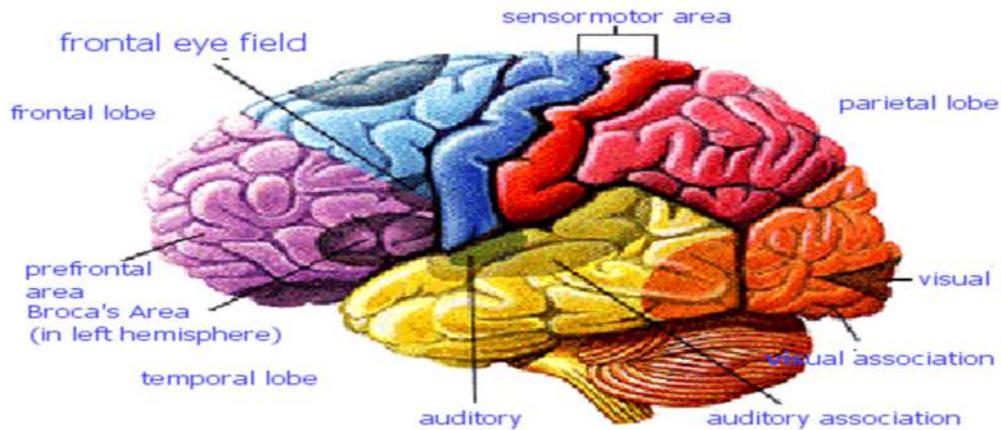
Stroke merupakan suatu keadaan yang timbul karena terjadi gangguan peredaran darah di otak yang menyebabkan terjadinya kematian jaringan otak sehingga mengakibatkan seseorang menderita kelumpuhan atau kematian (Fransisca B. Batticaca, 2008).

Stroke merupakan penyakit atau gangguan fungsional otak berupa kelumpuhan saraf (defisit neurologic) akibat terhambatnya aliran darah ke otak. (Iskandar junaidi, 2011).

Menurut WHO stroke merupakan terjadinya gangguan fungsional otak fokal maupun global secara mendadak dan akut yang berlangsung lebih dari 24 jam, akibat gangguan aliran darah otak (Iskandar Junaidi, 2011).

Berdasarkan pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa stroke merupakan gangguan fungsional otak fokal maupun global akibat terhambatnya aliran darah ke otak karena perdarahan ataupun sumbatan dengan gejala dan tanda sesuai bagian otak yang terkena, yang dapat sembuh sempurna, sembuh dengan cacat, atau kematian.

2. Anatomi Fisiologi



Gambar 2.1

Anatomi Otak

a. Sistem saraf pusat

1) Otak

Otak adalah struktur pusat pengaturan yang memiliki volume sekitar 1.350cc dan terdiri atas 100 juta sel saraf atau neuron. Otak mengatur dan mengkoordinir sebagian besar, gerakan, perilaku dan fungsi tubuh *homeostatis* seperti detak jantung, tekanan darah, keseimbangan cairan tubuh dan suhu tubuh. Otak manusia bertanggung jawab terhadap pengaturan seluruh badan dan pemikiran manusia. Oleh karena itu terdapat kaitan erat antara otak dan pemikiran.

Secara garis besar otak dibedakan menjadi 3 bagian utama yaitu :

Serebrum (otak besar)

Serebrum merupakan bagian otak yang paling besar dan paling menonjol, disini terletak pusat-pusat saraf yang mengatur semua kegiatan sensorik dan motorik, juga mengatur proses penalaran, ingatan dan intelegensi. Hemisfer serebri kanan mengatur bagian tubuh sebelah kiri dan hemisfer serebri kiri mengatur bagian tubuh kanan. Konsep fungsional ini di sebut pengendalian kontrelateral.

(1) *Lobus frontalis*

Merupakan lobus terbesar, terletak pada fosa anterior. Area ini dapat menerima informasi dari seluruh otak dan menggabungkan informasi-informasi tersebut menjadi pikiran, rencana dan perilaku. Daerah broca terletak di lobus frontalis dan mengontrol ekspresi bicara. Lobus frontalis bertanggung jawab terhadap fungsi kognitif tertinggi, seperti, pemecahan masalah, spontanitas, memori, bahasa, motivasi penilaian kontrol impuls, dan perilaku sosial/seksual.

(2) *Lobus parientalis*

Lobus parientalis berperan sebagai sensasi sentuhan, bau rasa, di sertai kesadaran ruang. Lobus ini merupakan komponen kunci untuk koordinasi mata dan tangan/pergerakan kaki. Selain itu, di lobus ini terdapat daerah bicara yang bertanggung jawab untuk pengertian (pemahaman) bahasa. Lobus ini terdapat di depan sulkus sertialis dan di belakang oleh karaco occipitals.

(3) *Lobus temporalis*

Lobus temporal berperan sebagai tempat emosi, dan juga bertanggung jawab terhadap rasa, bau persepsi, memori, musik, agresif dan perilaku seksual. Selain itu lobus ini mempunyai daerah bicara.

(4) *Lobus oksipitalis*

Lobus ini berfungsi untuk penglihatan. Di lobus oksipitalis kiri berfungsi untuk melihat angka dan huruf, sedangkan kanan untuk melihat gambar dan bentuk.

(a) *Brainstem* (batang otak)

Batang otak pada dasarnya terdiri dari tiga bagian, yaitu : *Diensefalon*, bagian batang otak paling atas terdapat diantara serebrum dengan mesensefalon.

Mesensefalon (otak tengah)

Merupakan penghubung antara pons dan serebellum dengan serebrum.

Pons (jembatan)

Merupakan jembatan penghubung antara mesensefalon dengan medula oblongata, fungsinya membantu dalam regulasi pernapasan dan rasa raba, rasa nyeri dan rasa suhu.

Medulla Oblongata

Medula oblongata merupakan pusat refleks yang penting untuk mengontrol fungsi otomatis, seperti detak jantung, sirkulasi darah pernafasan dan pendengaran. (Muh.irfan 2010).

(b) *Serebellum* (otak kecil)

Serebellum terletak di bagian belakang kepala, dekat denganujung leher bagian atas. Serebellum mengontrol

banyak fungsi otomatis otak, di antaranya adalah mengatur sikap atau posisi tubuh, mengontrol keseimbangan, koordinasi otot dan gerakan tubuh.

2) Medula Spinalis

Medula spinalis berbentuk silinder berhubungan dengan otak dan saraf-saraf perifer. Medula spinalis terdapat jalur-jalur penghantar motorik dan sensorik. Medula spinalis memanjang dari servikal 1 sampai dengan vertebra lumbal 1 dan 2. Kemudian meruncing membentuk konus medularis. Meningen dan serabut-serabut saraf menyambung di bawah medula spinalis. Filum terminal adalah serabut tipis dari pia meter yang berlanjut sampai segmen koksigeus.

b. Sistem Saraf Tepi/Perifer

1) Saraf somatik

Saraf somatik terdiri atas neuron motorik eferen yang keluar dari otak dan medula spinalis dan bersiap secara langsung pada sel otot rangka. Neuron motorik merupakan saraf besar bermialin yang melepaskan asetilkolin di taut neuromuskuler.

2) Sistem Saraf Otonom

a) *Sistem Saraf Simpatis*

Sistem ini adalah sistem siap siaga untuk membantu proses kedaruratan, keadaan stress baik yang di sebabkan oleh fisik maupun emosional dapat menyebabkan peningkatan yang cepat pada impuls simpatis.

Akibat yang timbul dari sistem saraf simpatis, yaitu :

- a) Bronkiolus berdilatasi untuk pertukaran gas
- b) Kontraksi jantung yang kuat dan cepat
- c) Dilatasi arteri menuju jantung dan otot volunter yang membawahkan lebih banyak darah

- d) Kontraksi pembuluh darah perifer yang membuat kulit pada kaki dingin
 - e) Dilatasi pada pupil
 - f) Hati mengeluarkan glukosa untuk energi cepat
 - g) Peristaltik makin lambat
 - h) Rambut berdiri
 - i) Peningkatan keringat
- b) Sistem Saraf Parasimpatis

Fungsi sistem saraf parasimpatis sebagai pengontrol dominan untuk kebanyakan efektor visceral dalam waktu lama. Selama keadaan diam, kondisi tanpa stress, impuls dan serabut-serabut parasimpatis yang menonjol.

Akibat yang dapat timbul dari saraf parasimpatis

- a) Penyempitan pupil mata
- b) Stimulasi kelenjar saliva
- c) Perangsangan gerak peristaltik dan sekresi asam lambung
- d) Pengurangan denyut jantung
- e) Kontraksi jantung urin
- f) Perangsangan pankreas
- g) Konsriksi (penyempitan bronki)
- h) Stimulasi cairan empedu dan kantung empedu
- i) Pembuluh darah sistemik untuk abdomen dan otot

3. Etiologi

a. Penyebab-penyebabnya antara lain :

- 1) *Trombosis* (bekuan darah di dalam pembuluh darah otak atau leher)

Trombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami *oklusi* sehingga menyebabkan *iskemia* jaringan otak yang dapat

menimbulkan edema dan kongesti di sekitarnya. Beberapa keadaan di bawah ini dapat menyebabkan *trombosis stroke*.

a) *Aterosklerosi*

Aterosklerosis adalah mengerasnya pembuluh darah serta berkurangnya kelenturan atau elastisitas dinding pembuluh darah.

b) *Hiperkoagulasi*

Darah bertambah kental, peningkatan *viskositas/hematokrit* meningkat dapat melambatkan aliran darah serebri.

2) *Embolisme serebral* (bekuan darah)

Emboli serebri merupakan penyumbatan pembuluh darah otak oleh bekuan darah, lemak, dan udara yang berasal dari *trombus* di jantung yang terlepas dan menyumbat sistem *arteri serebri*.

- 3) Iskemia serebral (pecahnya pembuluh darah serebral dengan perdarahan kedalam jaringan otak atau ruang sekitar otak).
- 4) Hemoragik serebral merupakan pendarahan intracranial atau intracerebri meliputi pendarahan di dalam jaringan otak sendiri, yang terjadi karena aterosklerosis dan hipertensi.
- 5) Hipertensi yang parah
- 6) Henti jantung paru
- 7) Curah jantung turun akibat aritmia
- 8) Hipoksia local
- 9) Spasme arteri serebri yang disertai pendarahan subarachnoid
- 10) Vasokonstriksi arteri otak disertai sakit kepala migren

b. Ada pun faktor – faktor lainnya yang dapat menyebabkan stroke

- 1) Yang tidak dapat diubah (predisposisi) (Fransisca B, 2008).
 - a) Usia
 - b) Jenis Kelamin
 - c) Ras/bangsa

- d) Riwayat Keluarga
- 2) Yang dapat diubah (presipitasi) (Muttaqin, 2008).
 - a) Hipertensi merupakan faktor resiko utama, pengendalian hipertensi adalah kunci untuk mencegah stroke.
 - b) Penyakit kardiovaskuler : arteria koronaria, gagal jantung kongestif, fibrilasi atrium, penyakit jantung kongestif).
 - c) Kolesterol tinggi.
 - d) Obesitas.
 - e) Peningkatan hematokrit (resiko infark serebral).
 - f) Diabetes Melitus (berkaitan dengan aterogenesis terakselerasi).
 - g) Kontrasepsi oral (khususnya dengan disertai hipertensi, merokok, dan kadar estrogen tinggi).
 - h) Konsumsi alcohol yang berlebihan.
 - i) Merokok.
 - j) Stress psikologis.

4. Patofisiologi

Infark serebri adalah berkurangnya suplay darah ke area tertentu di otak. Luasnya infark bergantung pada faktor-faktor seperti lokasi dan besarnya pembuluh darah dan adekuatnya sirkulasi kolateral terhadap area yang disuplai oleh pembuluh darah yang tersumbat.

Proses *arterosklerosis* ditandai oleh *plaque* berlemak, yang mengenai intima arteri-arteri besar. Bagian *intima arteri serebri* menjadi tipis dan berserabut, sedangkan sel-sel ototnya menghilang. *Lamina elastika interna* terpecah dan berjumbai, sehingga *lumen* pembuluh sebagian terisi oleh materi sklerotik tersebut. Plaque menunjukkan kecenderungan terbentuk pada percabangan atau tempat-tempat yang melengkung.

Embolisme serebri termasuk urutan kedua dari beberapa penyebab penyakit stroke. Pasien menderita embolisme biasanya lebih mudah dibandingkan dengan penderita thrombosis. Kebanyakan emboli serebri berasal dari suatu thrombus jantung, sehingga masalah yang dihadapi sesungguhnya merupakan perwujudan penyakit jantung. Meskipun jarang terjadi, emboli juga berasal dari plague arteromatosa sinus karotis atau arteri karotis interna. Setiap bagian otak dapat mengalami embolisme, tetapi biasanya embolus akan menyumbat bagian-bagian yang sempit. Umumnya, emboli akan mengakibatkan lebih banyak kematian jaringan karena pembuluh anastomis tidak mempunyai kesempatan melebar dan mengkompensasi.

Jika aliran darah ke tiap bagian otak terhambat karena trombus atau emboli, maka mulai terjadi kekurangan suplai oksigen ke jaringan otak. Kekurangan 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.

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 menyebabkan infark pada otak.

Setiap defisit fokal permanen akan bergantung pada bagian otak mana yang terkena, daerah otak yang terkena akan menggambarkan pembuluh darah otak yang terkena. Pembuluh darah yang sering

terkena iskemik arteri serebral tengah dan arteri karotis interna. Defisit fokal permanen tidak diketahui jika klien pertama kali mengalami iskemik otak total yang dapat diatasi.

Gangguan peredaran darah otak akan menimbulkan gangguan metabolisme sel-sel neuron, dimana sel-sel neuron tidak mampu menyimpan glikogen sehingga kebutuhan metabolisme tergantung dari glukosa dan oksigen yang terdapat pada arteri-arteri yang menuju otak. Apabila hal ini tidak ditangani secara cepat dan tepat maka akan menyebabkan kerusakan Neurologis.

5. Manifestasi Klinik

- a. Gangguan yang terjadi pada *arteri media*/pembuluh cabang yang menuju ke otak bagian tengah :
 - 1) Gangguan gerak (motorik) yaitu kelumpuhan dari tingkat ringan sampai total pada lengan atau tungkai/kaki sebelah.
 - 2) Gangguan rasa di daerah muka (hanya sebelah), biasa disertai gangguan rasa pada bagian lengan dan tungkai yang hanya sebelah.
 - 3) Lidah terasa keluh/kaku, hal ini menyebabkan pasien sulit berbicara dan kadang sulit mengerti pembicaraan orang lain.
 - 4) Gangguan pada penglihatan, biasanya berupa pandangan kabur, kebutaan.
 - 5) Bola mata selalu melirik ke arah satu sisi saja.
 - 6) Tingkat kesadaran menurun.
 - 7) Sulit mengenal orang-orang yang sebelumnya sudah di kenal separuh badan mati.
 - 8) Tidak dapat membedakan antara kiri dan kanan.
 - 9) Mulut miring.
 - 10) Kehilangan kemampuan, keterampilan yang dulu sudah ada.

- b. Gangguan yang terjadi pada *arteri cerebri anterior* atau pembuluh cabang yang menuju kearah otak, bagian depan :
- 1) Kelumpuhan salah satu tungkai.
 - 2) Gangguan saraf perosa.
 - 3) *Inkontinensia* urine.
 - 4) Pingsan secara tiba-tiba.
 - 5) Sulit mengungkapkan keinginannya.
 - 6) Secara tidak sadar meniru pembicaraan orang lain.
- c. Gangguan pada pembuluh cabang yang menuju otak bagian belakang
- 1) Pandangan kabur dan kebutaan.
 - 2) Terjadi rasa nyeri spontan.
 - 3) Sulit memahami yang dilihat.

BAB III

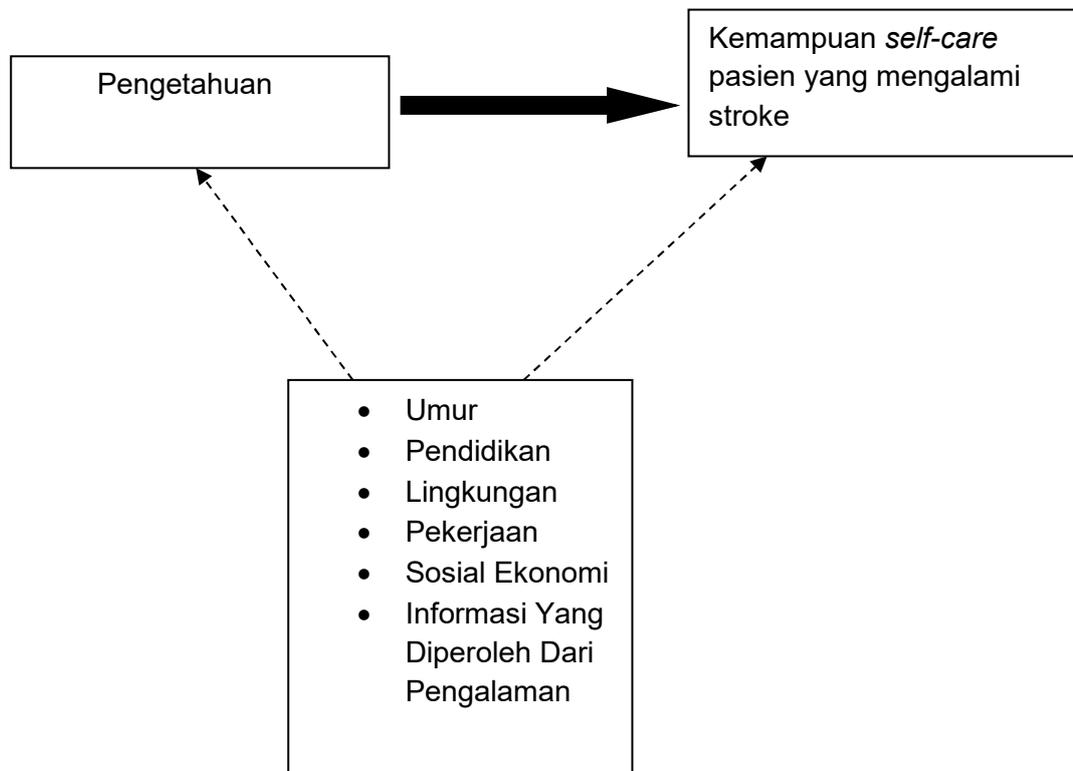
KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

A. Kerangka Konseptual

Pengetahuan adalah merupakan hasil mengingat suatu hal, termasuk mengingat kembali kejadian yang pernah dialami baik secara sengaja maupun tidak sengaja dan ini terjadi setelah orang melakukan kontak atau pengamatan terhadap suatu obyek tertentu. Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan ialah umur, pendidikan, lingkungan, pekerjaan, sosial ekonomi dan informasi yang diperoleh dari pengalaman.

Self-care merupakan perawatan diri sendiri yang dilakukan untuk mempertahankan kesehatan, baik secara fisik maupun psikologis. Bentuk-bentuk *self-care* pada pasien stroke yang diajarkan ialah mandi, memakai baju, makan, eliminasi, personal hygiene dan mobilisasi.

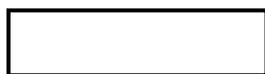
Kurangnya pengetahuan pasien terhadap kemampuan *self-care* mengakibatkan pasien cenderung tidak mempertahankan perawatan dirinya sedangkan pasien mempunyai tanggung jawab dalam perawatan dirinya sehingga akan meningkatkan harga diri pasien, jika pengetahuan baik maka kemampuan *self-care*nya juga akan baik sebaliknya jika pengetahuan kurang maka kemampuan *self-care*nya juga akan kurang.



Gambar 3.1

Kerangka Penelitian

Keterangan :



: Variabel Independen



: Penghubung antar variabel



: Variabel Dependen



: Variabel Perancu

B. Hipotesis

Berdasarkan kerangka konseptual di atas dapat dirumuskan hipotesis penelitian yaitu ada hubungan pengetahuan dengan kemampuan *Self-care* pasien yang mengalami stroke.

C. Definisi Operasional

Definisi operasional dari variabel yang akan diteliti dapat dilihat dari tabel berikut ini :

Tabel 3.1
Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Cara Ukur	Skala Ukur	Skor
1.	Independen pengetahuan	Segala sesuatu yang diketahui oleh pasien tentang <i>self-care</i>	1. Definisi <i>self-care</i> 2. Manfaat <i>self-care</i> 3. Prinsip dalam keperawatan diri sendiri	Kuesioner	Ordinal	Baik: Jika total skor jawaban responden 16-20 Kurang: Jika total skor jawaban responden 10-15
2.	Dependen Kemampuan <i>Self-care</i> pasien yang mengalami stroke	Kemampuan pasien yang mengalami stroke untuk pemenuhan perawatan dirinya	1. Mandi 2. Berpakaian 3. Makan 4. Eliminasi 5. Mobilisasi 6. Personal Hygiene	Kuesioner	Ordinal	Baik: Jika total skor jawaban responden 38-60 Kurang: Jika total skor

						jawaban responde n 15-37
--	--	--	--	--	--	--------------------------------

BAB IV

METODOLOGI PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian observasional analitik dengan pendekatan *cross sectional study* yaitu penelitian yang bertujuan untuk menganalisis hubungan pengetahuan dengan kemampuan *self-care* pasien yang mengalami stroke. Pengukuran dilakukan secara bersamaan antara variabel independen dan dependen.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Tempat Penelitian

Tempat penelitian dilaksanakan di Rumah Sakit Stella Maris Makassar Sulawesi Selatan.

2. Waktu Penelitian

Penelitian ini akan dilakukan pada bulan Februari-Maret 2016 sampai selesai.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi merupakan keseluruhan objek penelitian yang akan diteliti. Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien stroke yang dirawat di Rumah Sakit Stella Maris Makassar, dari hasil pengambilan data awal di rumah sakit didapatkan jumlah pasien yang masih aktif menjalani rehabilitasi sampai bulan Januari 2016 berjumlah 35 orang.

2. Sampel

Sampel merupakan sebagian anggota populasi yang dipilih dengan menggunakan prosedur tertentu sehingga diharapkan dapat mewakili sebagai populasi. Pengambilan sampel pada

penelitian ini menggunakan *nonprobability sampling* yaitu teknik sampling yang tidak memberi peluang yang sama bagi seluruh anggota populasi untuk dipilih menjadi sampel, dengan pendekatan *consecutive sampling* adalah suatu metode yang dilakukan dengan memilih semua individu yang ditemui dalam populasi dan memenuhi kriteria pemilihan dalam kurun waktu tertentu, sehingga jumlah sampel diperlukan terpenuhi, jumlah sampel didapatkan 35 orang. Kriteria sampel sebagai berikut:

- a. Kriteria Inklusi
 - 1) Pasien stroke kesadaran penuh
 - 2) Bersedia menjadi responden
 - 3) Pasien dapat berkomunikasi
- b. Kriteria Eksklusi
 - 1) Pasien tidak bisa membaca dan menulis

D. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian ini menggunakan lembar kuisisioner. Kuisisioner penelitian dibagi menjadi 3 bagian. Bagian pertama digunakan untuk mengkaji identitas responden yang berisikan nama, umur, jenis kelamin, alamat dan pendidikan, kedua tentang variabel Independent yaitu pengetahuan pasien terhadap *self-care* menggunakan skala *guttman*. Instrumen yang digunakan adalah kuisisioner dengan mengisi dalam lembar checklist yang terdiri dari pernyataan pengetahuan pasien yang berjumlah 10 pernyataan yang terdiri dari Definisi *self care* 4 pernyataan (1, 2, 3 adalah pernyataan positif dan 4 adalah pernyataan negatif), manfaat *self care* 4 pernyataan (5, 6, 7 adalah pernyataan positif dan 8 adalah pernyataan negatif) dan prinsip *self care* 2 pernyataan (9, 10 adalah pernyataan positif). Metode untuk menentukan skoring dari tiap-tiap item pernyataan di dalam kuisisioner pengetahuan *self care* adalah jika jawaban pertanyaan benar (positif diberi nilai 2 dan negatif diberi nilai

1), Sebaliknya jika jawaban pertanyaan salah (positif diberi nilai 1 dan negatif diberi nilai 2).

,Sedangkan untuk pernyataan kemampuan *self-care* pasien yang mengalami stroke dengan menggunakan skala likert yang berjumlah 15 pertanyaan, terdiri dari mandi 4 pertanyaan (1, 2, 3 adalah pertanyaan positif dan 4 adalah pertanyaan negatif), berpakaian 1 pernyataan (5 adalah pertanyaan positif), makan 3 pertanyaan (6, 7 adalah pertanyaan positif dan 8 adalah pertanyaan negatif), eliminasi 1 pertanyaan (9 adalah pertanyaan positif), mobilisasi 4 pertanyaan (10, 11 adalah pertanyaan positif dan 12, 13 adalah pertanyaan negatif), personal hygiene 2 pertanyaan (14, 15 adalah pertanyaan positif). Metode pengskoringannya sebagai berikut:

NO	JAWABAN PERTANYAAN	NILAI PERTANYAAN POSITIF	NILAI PERTANYAAN NEGATIF
1.	Jawaban “selalu”	1	4
2.	Jawaban “sering”	2	3
3.	Jawaban “kadang-kadang”	3	2
4.	Jawaban “tidak pernah”	4	1

E. Pengumpulan Data

Dalam penelitian ini, dipandang perlu adanya rekomendasi dari pihak institusi kampus STIK Stella Maris Makassar atas pihak lain dan mengajukan permohonan izin kepada institusi tempat penelitian. Setelah mendapat persetujuan barulah dilakukan penelitian dengan etika sebagai berikut:

a. Etika Penelitian

1) *Informed Consent*

Lembar persetujuan ini diberikan kepada responden yang akan diteliti yang memenuhi kriteria inklusi dan disertai jadwal penelitian dan manfaat penelitian. Bila subyek menolak, maka

peneliti tidak akan memaksakan dan tetap menghormati hak-hak klien.

2) *Anonymity* (Tanpa Nama)

Untuk menjaga kerahasiaan, peneliti tidak akan mencantumkan nama responden tetapi lembaran tersebut diberikan inisial atau kode.

3) *Confidentiality*

Kerahasiaan informasi responden dijamin oleh peneliti dan hanya kelompok data tertentu akan dilaporkan sebagai hasil penelitian. Data yang telah di kumpulkan di simpan dalam disk dan hanya bisa di akses oleh peneliti dan pembimbing.

4) *Juastice*

Setiap subjek penelitian diberlakukan sama berdasarkan moral, martabat dan hak asasi manusia. Tidak mengistimewakan sebagian responden dengan responden yang lain.

5) *Respect for human dignity*

Subjek memiliki hak asasi dan kebebasan untuk menentukan pilihan ikut atau menolak penelitian *autonomy*. Subjek dalam peneliti juga berhak mendapatkan informasi yang terbuka dan lengkap tentang pelaksanaan penelitian meliputi tujuan dan manfaat penelitian, prosedur penelitian, resiko penelitian dan keuntungan yang mungkin didapat dan kerahasiaan informasi.

6) *Balancing harm and benefits*

Prinsip penelitian harus mempertimbangkan manfaat yang sebesar-besarnya bagi subjek penelitian dan populasi dimana hasil penelitian akan diterapkan *beneficience*. Kemudian meminimalisir resiko atau dampak yang merugikan bagi subjek penelitian *nonmaleficience*.

b. Data-data yang dikumpulkan

1) Data primer

Data primer adalah data yang diambil secara langsung dari objek yang akan diteliti.

2) Data sekunder

Data sekunder diperoleh dari data rekam medik pasien yang ada di Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Setelah data tersebut diperoleh, dimasukkan kedalam pengujian statistic untuk memperoleh kejelasan tentang gambaran hubungan variabel independen dan variabel dependen.

F. Pengolahan Data

Prosedur pengolahan data yang dilakukan adalah sebagai berikut :

1. *Editing (Edit Nama)*

Dilakukan dengan pengecekan kelengkapan data diantaranya kelengkapan ketentuan identitas dan kelengkapan isian sehingga apabila terdapat ketidaksesuaian dapat dilengkapi dengan segera oleh peneliti.

2. *Coding (Kode)*

Tahap klasifikasi berdasarkan kategori. Setiap kategori yang berbeda diberi kode yang berbeda sehingga mempermudah pengolahan data.

3. *Entry data*

Dilakukan dengan memasukan data kedalam komputer dengan menggunakan aplikasi komputer.

4. *Tabulating*

Dilakukan dengan mengelompokkan data disesuaikan dengan variabel yang diteliti selanjutnya ditabulasi untuk mendapatkan distribusi frekuensi dari variabel yang diteliti.

G. Analisis Data

Data yang terkumpul akan dianalisis secara analitik dan interpretasi dengan menggunakan metode statistik yaitu dengan metode komputer SPSS.

Teknik analisis data dalam penelitian ini menggunakan metode sebagai berikut :

1. Analisis Univariat

Analisis Univariat dilakukan terhadap setiap variabel dari setiap hasil penelitian. Penelitian ini menghasilkan distribusi dan persentase dari setiap variabel yang diteliti.

2. Analisis Bivariat

Skala yang digunakan dalam pengkategorian variable adalah skala kategori 2x2. Analisa ini dilakukan untuk menganalisis adanya hubungan variabel independen (pengetahuan) dengan variabel dependen (kemampuan *self-care* pasien yang mengalami stroke) dengan menggunakan SPSS (*Statistical Package and Social Sciences*) dengan uji statistik non parametrik yaitu uji *Chi Square* dengan nilai kemaknaan 5 % ($\alpha = 0,05$). Penilaian sebagai berikut:

- a. Apabila nilai $p < \alpha$, maka H_a diterima dan H_o ditolak artinya ada hubungan pengetahuan dengan kemampuan *self-care* pasien yang mengalami stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
- b. Apabila nilai $p > \alpha$, maka H_o diterima dan H_a ditolak artinya tidak ada pengetahuan dengan kemampuan *self-care* pasien yang mengalami stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

BAB V

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Pengantar

Pada bab ini akan diuraikan hasil penelitian tentang “Hubungan Pengetahuan Dengan Kemampuan *Self-care* Pasien Yang Mengalami Stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar” penelitian dilaksanakan pada tanggal 28 Februari 2016 sampai 28 Maret 2016. Penelitian ini merupakan penelitian observasional analitik dengan pendekatan *cross sectional study* yaitu penelitian yang bertujuan untuk menganalisis hubungan pengetahuan dengan kemampuan *self-care* pasien yang mengalami stroke, pengambilan sampel menggunakan teknik *consecutive sampling*, dengan jumlah sampel sebanyak 35 responden yang memenuhi kriteria inklusi pada 4 ruangan perawatan yaitu St. Bernadeth I, St. Bernadeth III A & B, Poliklinik dan Fisioterapi di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

. Instrument pengumpulan data menggunakan *computer program SPSS for windows versi 20* dan Kemudian selanjutnya data dianalisis menggunakan uji Chisquare.

2. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian dilakukan di Rumah Sakit Stella Maris yang terletak di Jl. Somba Opu no. 273 Makassar. Rumah Sakit Stella Maris berdiri sejak tanggal 8 Desember 1938, diresmikan tanggal 22 September 1939 dan kegiatan operasional dimulai pada tanggal 7 Januari 1940. Status kepemilikan Rumah Sakit Stella Maris adalah swasta Katolik dengan luas tanah 1.99537 ha dan luas bangunan Rumah Sakit 14,658 m². Pemilik Rumah Sakit Stella Maris adalah Scietas JMJ – Indonesia dan direktur Rumah Sakit saat ini adalah

dr. Thomas Soharto, MMR. Rumah sakit ini dilengkapi dengan fasilitas peralatan yang modern dan tenaga ahli baik dari medis, paramedis maupun non medis.

Terbentuknya Rumah Sakit Stella Maris berawal dari nilai kasih yang tulus dan membuahkan cita-cita yang luhur yang membuat keprihatinan dan kepedulian akan penderitaan orang-orang kecil yang kurang mampu. Oleh karena itu, sekelompok Suster JMJ, Komunitas Rajawali mewujudkan kasih dan cita-cita tersebut kedalam suatu rencana untuk membangun sebuah Rumah Sakit Katolik yang berpedoman pada nilai-nilai Injil.

Dalam penyusunan Visi dan Misi, pihak Rumah Sakit Stella Maris mengacu pada Visi Misi Tarekat. Dengan pertimbangan tersebut, maka ditetapkanlah Visi dan Misi Rumah Sakit Stella Maris sebagai berikut:

a. Visi

Menjadikan Rumah Sakit terbaik di Sulawesi Selatan khususnya dibidang keperawatan dengan semangat cinta kasih Kristus kepada sesama.

b. Misi

Senantiasa siap sedia memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas sesuai dengan perkembangan teknologi dan kebutuhan masyarakat, termasuk bagi mereka yang berkekurangan dan dilandasi dengan semangat Cinta Kasih Kristus kepada sesama.

Visi dan misi ini selanjutnya diuraikan untuk menentukan arah strategi Rumah Sakit Stella Maris sebagai dasar penyusunan programnya. Berikut ini adalah uraian visi dan misi Rumah Sakit Stella Maris:

1) Uraian Visi

- a) Menjadi Rumah Sakit dengan keperawatan terbaik di Sulawesi Selatan.
- b) Mengutamakan Cinta Kasih Kristus dalam pelayanan kepada sesama.

2) Uraian Misi

- a) Tetap memperhatikan golongan masyarakat lemah (*Option For The Poor*)
- b) Pelayanan dengan mutu keperawatan prima
- c) Pelayanan yang adil dan merata
- d) Pelayanan keperawatan dengan standar peralatan kedokteran yang mutakhir dan komperhensif.
- e) Peningkatan kesejahteraan kariawan dan kinerjanya.

Secara geografis, letak atau batas-batas Rumah Sakit Stella

Maris sebagai berikut:

- Utara : Berbatasan dengan jalan Datu Museng
- Selatan : Berbatasan dengan jalan Maipa
- Barat : Berbatasan dengan jalan Penghibur
- Timur : Berbatasan dengan Kelurahan Malouku.

3. Penyajian Karakteristik Data Umum

a. Karakteristik Responden Berdasarkan Umur

Tabel 5.1

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur Pasien Stroke Di Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Umur (thn)	frekuensi (n)	Persentase (%)
38-44	2	5.7
45-50	4	11.4
51-56	11	31.4
57-62	5	14.3
63-69	7	20.0
70-75	5	14.3
>75	1	2.9
Total	35	100.0

Sumber : Data primer 2016

Berdasarkan tabel 5.1 diatas, dapat diketahui distribusi frekuensi responden berdasarkan umur pasien stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar, dari 35 responden diperoleh data jumlah responden terbanyak berada pada kelompok umur 51-56 yaitu 11 (31.4%) responden dan jumlah responden terkecil berada pada kelompok umur >75 yaitu 1 (2.9%) responden.

b. Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Tabel 5.2

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin
Pasien Stroke Di Rumah Sakit Stella Maris
Makassar

Jenis Kelamin	frekuensi (n)	Persentase (%)
Laki-laki	13	37.1
Perempuan	22	62.9
Total	35	100.0

Sumber : Data primer 2016

Berdasarkan tabel 5.2 menunjukkan distribusi frekuensi responden berdasarkan jenis kelamin pasien stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar, dari 35 responden diperoleh data jumlah responden yang berjenis kelamin laki-laki 13 (37.1%) responden dan jumlah responden yang berjenis kelamin perempuan 22 (62.9%) responden.

c. Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan

Tabel 5.3

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pasien stroke
Di Rumah Sakit Stella Maris
Makassar.

Pendidikan	frekuensi (n)	Persentase (%)
SD	3	8.6
SMP	5	14.3
SMA	14	40.0
DIII	5	14.3
S1	7	20.0
S3	1	2.9
Total	35	100.0

Sumber : Data primer 2016

Berdasarkan tabel 5.3 diketahui distribusi frekuensi responden berdasarkan pendidikan pasien stroke di Rumah Sakit

Stella Maris Makassar, dari 35 responden diperoleh jumlah responden yang paling banyak yaitu SMA 14 (40.0%) dan responden yang paling sedikit yaitu S3 1 (2.9%) responden.

4. Hasil Analisis Variabel Yang Diteliti

Dalam penelitian ini, analisa bivariat dilakukan untuk melihat bagaimana hubungan pengetahuan dengan kemampuan *self-care* pasien stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

Berdasarkan hasil analisa diperoleh 35 responden didapatkan pengetahuan pasien stroke baik dan kemampuan *self-care* baik yaitu 26 responden dan data yang paling sedikit di dapatkan dari pengetahuan kurang dan kemampuan *self-care* pasien stroke kurang yaitu 9 responden.

a. Analisis Univariat

1) Pengetahuan

Tabel 5.4

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pengetahuan Pasien Stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Pengetahuan	frekuensi (n)	Persentase (%)
Baik	26	74.3
Kurang	9	25.7
Total	35	100.0

Sumber : Data primer 2016

Berdasarkan tabel 5.4 diatas, dapat diketahui distribusi frekuensi pengetahuan pasien stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar menunjukkan bahwa pengetahuan dengan kategori baik yaitu 26 (74.3%) responden, dan yang menunjukkan pengetahuan kategori kurang yaitu 9 (25.7%) responden.

2) Kemampuan *Self-care* Pasien Stroke

Tabel 5.5

Distribusi Frekuensi Berdasarkan Kemampuan *Self-care* Pasien Stroke Di Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Kemampuan <i>Self-care</i>	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Baik	25	71.4
Kurang	10	28.6
Total	35	100.0

Sumber : Data primer 2016

Berdasarkan tabel 5.5 diatas, tampak dari 35 responden yang termasuk kemampuan self-care baik yaitu 25 (71.4%) responden dan kemampuan self-care pasien kurang yaitu 10 (28.6%).

b. Analisis Bivariat

Dalam penelitian ini, analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui adanya Hubungan Pengetahuan Dengan Kemampuan *Self-care*. Pasien Yang Mengalami Stroke Di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

Tabel 5.6
 Analisis Hubungan Pengetahuan Dengan Kemampuan
Self-care Pasien Yang Mengalami Stroke
 Di Rumah Sakit Stella Maris
 Makassar.

Pengetahuan Pasien	Kemampuan <i>Self Care</i>				Total n	P value
	Baik		Kurang			
	f	%	f	%		
Baik	22	62,9	4	11,4	9	0,007
Kurang	3	8,6	6	17,1	26	25,7
Total	25	71,4	10	28,6	35	100

Berdasarkan tabel 5.6 hubungan pengetahuan dengan kemampuan *self-care* pasien yang mengalami stroke yang diperoleh dari 35 responden didapatkan data pengetahuan pasien baik dan kemampuan *self-care* baik yaitu 22 (62.9%) responden, pengetahuan pasien kurang dan kemampuan *self-care* pasien kurang yaitu 6 (17.1%) responden, pengetahuan pasien baik dan kemampuan *self-care* kurang yaitu 4 (11.4%) responden dan pengetahuan pasien kurang dan kemampuan *self-care* baik yaitu 3 (8.6%) responden. Dapat diketahui hasil analisa dengan menggunakan uji Chisquare diperoleh nilai $p = 0.007$ dengan nilai $\alpha = 0.05$. Hal ini berarti bahwa nilai $p < \alpha$, dengan demikian hipotesis nol (H_0) diterima dan (H_a) ditolak, hal ini menunjukkan adanya hubungan pengetahuan dengan

kemampuan *self-care* pasien yang mengalami stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

B. Pembahasan

Berdasarkan hasil analisa bivariat bahwa ada hubungan antara pengetahuan dengan kemampuan *self-care* pasien yang mengalami stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Hal ini terlihat dari hasil p value 0,007, dimana nilai $\alpha=0,05$. Notoatmojo (2003) mengatakan perilaku kesehatan dipengaruhi oleh *predisposing factor* (faktor pengaruh) yang terwujud dalam pengetahuan dan pengetahuan dipengaruhi oleh tingkat pendidikan yang dapat membawahkan wawasan pengaruh seseorang. Notoadmodjo (2012) perilaku yang didasari oleh suatu pengetahuan yang baik akan berlangsung lebih langgeng dan menghasilkan hal yang lebih daripada perilaku yang tidak didasari oleh suatu pengetahuan. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang semakin mudah bagi mereka untuk menerima informasi dan semakin banyak pengetahuan yang mereka miliki maka tingkat kemampuan *self-care* juga semakin matang.

Menurut asumsi peneliti, pengetahuan pasien baik tentang penyakit dan perawatan dirinya, akan mempengaruhi tingkat kemampuan *self-care* pasien stroke. Tingkat kemampuan *self-care* yang dimaksud bukan hanya dilihat dari segi ekonomi, fasilitas, lingkungan, motivasi dan niat pasien stroke untuk mendukung kesembuhan pasien stroke. Pengetahuan yang baik didukung dengan kemampuan *self-care* yang baik akan menghasilkan pencapaian tujuan yang diharapkan pasien yaitu cepatnya pemulihan pasien stroke.

Hasil penelitian didapatkan bahwa dari 35 sampel yang diteliti terdapat 22 (62,9%) pengetahuan pasien baik dan kemampuan *self-care* baik. Notoatmojo (2012) mengatakan bahwa perilaku yang didasari oleh suatu pengetahuan yang baik akan berlangsung lebih langgeng dan menghasilkan hal yang lebih baik dari pada perilaku yang tidak didasari oleh suatu pengalaman. Erlina (2014) mengatakan dengan hasil uji menunjukkan adanya hubungan positif yang signifikan antara dukungan keluarga dengan tingkat kemampuan aktivitas sehari-hari salah satunya termasuk *self-care*. Menurut asumsi peneliti, pendidikan sangat diperlukan demi memperoleh pengetahuan yang baik sehingga kemampuan *self-care* pasien juga akan membaik. Merawat pasien stroke bukanlah hal yang mudah, tetapi memerlukan pengetahuan dan keterampilan yang baik pula. Informasi yang diperoleh pasien baik dari pendidikan formal maupun non formal dapat memberikan pengaruh sehingga menghasilkan perubahan atau peningkatan pengetahuan dan kemampuan *self-care* pasien itu sendiri. Majunya teknologi akan tersedianya bermacam-macam media massa yang dapat mempengaruhi pengetahuan pasien tentang informasi baru mengenai stroke.

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan di Rumah Sakit Stella Maris Makassar, didapatkan bahwa dari 35 responden yang diteliti, pengetahuan pasien kurang dan kemampuan *self-care* pasien kurang yaitu 6 (17.1%). Berdasarkan hasil wawancara peneliti kepada pasien, pasien mengatakan kurang mendapatkan informasi tentang stroke. Arikunto (2012) pendidikan yang kurang akan menghambat perkembangan seseorang terhadap nilai-nilai yang baru diperkenalkan. Rendahnya tingkat pengetahuan pasien tentang stroke menyebabkan kurangnya kemampuan *self-care* pasien stroke. Hal ini dapat menyebabkan meningkatnya tingkat keparahan, pasien tidak memiliki kemandirian, terjadi serangan

ulang bahkan menyebabkan kematian. Menurut asumsi peneliti, rendahnya pengetahuan pasien stroke akan mempengaruhi kemampuan *self-care*. ketika pasien tidak memiliki pengetahuan terhadap *self-care*, maka pemulihan pasien akan sangat lama bahkan biasa terjadi stroke berulang.

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan di Rumah Sakit Stella Maris Makassar, didapatkan pengetahuan pasien baik dan kemampuan *self-care* kurang yaitu 4 (11.4%). Berdasarkan hasil wawancara peneliti terhadap pasien, sebagian pasien mengatakan bahwa selama di Rumah Sakit segala keperluan dan aktivitasnya di bantu oleh perawat dan keluarga sehingga pasien tidak terlatih untuk melakukan aktivitasnya sendiri dan pasien tidak mengerti tindakan-tindakan apa yang dilakukan oleh perawat yang seharusnya tindakan tersebut dijelaskan kepada pasien. Menurut asumsi peneliti, pengetahuan pasien baik tentu saja tidak cukup untuk menjamin cepat pulihnya pasien stroke, pengetahuan yang baik tanpa aplikasi dalam kehidupan akan memberikan dampak negatif pada pemulihan penyakit stroke. Fakta yang didapatkan dari hasil penelitian ini memperlihatkan bahwa tidak semua orang yang pengetahuannya melakukan tindakan yang baik. Ini disebabkan karena kemauan dan kesadaran untuk menerapkan ilmu yang dimiliki belum tertanam di pribadi itu, selain itu saran dan prasarana yang kurang memadai bisa menjadi penyebab pasien tidak mengaplikasikan kemampuan *self-care*nya.

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan di Rumah Sakit Stella Maris Makassar, didapatkan bahwa dari 35 responden yang diteliti pengetahuan pasien kurang dan kemampuan *self-care* baik yaitu 3 (8.6%). Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan salah satunya adalah motivasi. Motivasi merupakan dorongan yang mendasar dan mempengaruhi setiap usaha serta kegiatan seseorang untuk mencapai tujuan yang diinginkan dalam

melakukan suatu kegiatan. Azrul (1999) mengatakan seseorang dengan pendidikan rendah tidak berarti mutlak memiliki pengetahuan yang rendah. Tingkat pendidikan tidak mutlak diperoleh dari pendidikan formal tetapi dapat diperoleh pada pendidikan non formal yaitu mempunyai pemahaman dan wawasan jika membaca banyak sumber informasi. Menurut peneliti, pengetahuan pasien yang baik akan menghasilkan kemampuan *self-care* yang baik pula. Namun, kurangnya pengetahuan pasien tentang penyakit stroke yang disebabkan karena kurangnya informasi yang didapatkan bukan merupakan salah satu penghalang untuk pasien untuk meningkatkan kemampuan *self-care*nya .

C. Keterbatasan Peneliti

Dalam penelitian ini peneliti menyadari banyak sekali keterbatasan-keterbatasan yang peneliti alami pada waktu penelitian, diantaranya:

1. Peneliti merupakan peneliti pemula sehingga pengetahuan dan pengalaman yang peneliti miliki masih sangat terbatas.
2. Jumlah sampel masih terlalu sedikit sehingga kurang representatif dan diharapkan bagi peneliti selanjutnya untuk melakukan penelitian dengan sampel yang lebih banyak dan cakupan yang lebih luas.
3. Keterbatasan waktu dan tenaga dari peneliti.

BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan pada 35 responden pada tanggal 28 Februari 2016 sampai tanggal 28 Maret 2016 di Rumah Sakit Stella Maris Makassar, maka dapat disimpulkan bahwa:

1. Pengetahuan pasien stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar sebagian besar memiliki pengetahuan baik.
2. Kemampuan *self-care* pasien stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar sebagian besar memiliki kemampuan *self-care* baik.
3. Ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dan kemampuan *self-care* pasien stroke.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan dari hasil penelitian diatas, maka peneliti dapat memberikan saran-saran sebagai berikut:

1. Bagi Pasien dan Masyarakat

Bagi Pasien lebih mengenal masalah kesehatan yang terjadi dalam dirinya sehingga jika ada gangguan yang terjadi pada kesehatannya pasien itu sendiri lebih cepat mengambil keputusan dan segera memeriksakan kesehatannya, serta lebih giat mencari informasi terhadap penyakit yang ia derita sehingga tidak mengakibatkan keparahan kepada pasien itu sendiri. Bagi masyarakat hendaknya masyarakat mengikuti perkembangan informasi kesehatan melalui kegiatan penyuluhan yang ada sehingga lebih meningkatkan pengetahuan dan mengetahui perkembangan kesehatan.

2. Bagi Perawat

Bagi perawat atau dokter memberikan fasilitas sumber informasi dan memotivasi keluarga dan penderita stroke untuk melakukan upaya-upaya preventif dan rehabilitatif dalam mengurangi resiko disabilitas fisik bahwa stroke mempengaruhi dalam melakukan aktifitas-aktifitas sehari-hari dan dokter maupun perawat wajib memberikan konseling tentang perawatan pada anggota keluarga yang mengalami stroke, mengingat petugas kesehatan sebagai ujung tombak bagi *educator* keluarga.

3. Bagi Peneliti

Bagi peneliti selanjutnya diharapkan dapat menjadi bahan dan sumber untuk data peneliti berikutnya lebih meningkatkan pengetahuan peneliti terhadap stroke dan mendorong pihak yang berkepentingan untuk melakukan penelitian selanjutnya mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi kemampuan *self-care* pasien stroke.

DAFTAR PUSTAKA

- Abu, Syairi. 2013. Tingkat Pengetahuan Keluarga Pasien Tentang *Self-care* (Perawatan Diri) Pada Anggota Keluarga Yang Mengalami Stroke Di RSUD Kabupaten Tangerang. [Repository. Uinskt. Ac. Id/dispace/bitstream/123456789/25474/1/ABU SYAIRI-FKIK.pdf](#). diakses tanggal 4 November 2015.
- Batticaca B. Fransiska. (2008). *Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Persyarafan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Brillianti. P.A., 2015. *Hubungan self-Management Dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke* di Wilayah Puskesmas Pisangan Ciputat. Diakses pada tanggal 2 April 2015
- Bura, A Chriswindo, 2015. Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kemampuan Perawatan diri (*self-care*) pada penyakit stroke di Puskesmas Gundih Surabaya. [Repository. Wima. Ac. Id/3828/](#). Diakses tanggal 5 November 2015.
- Dahlan, M.S., 2014. *Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan: deskriptif, bivariat, dan multivariat dilengkapi aplikasi dengan menggunakan SPSS*. Edisi. 6. Jakarta: Epidemiologi Indonesia.
- Dharma, K. K., (2011). *Metodologi Penelitian Keperawatan* .Edisi Revisi.Jakarta:CV.Trans Info Media.
- Hidayat, A. Aziz Alimul. 2009. *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika.
- Ismayanti, D.2015. Hubungan Kualitas Hidup Pasien Stroke Dengan Perawatan Diri (*self-care*) Di Poliklinik Saraf Rumah Sakit Umum Daerah DR. Zainoel Abidin Banda Aceh. Universitas Syiah Kuala. <http://etd.unsyiah.ac.id/baca/index.php?id=14901&page=91> di akses pada tanggal 13 desember 2015.
- Junaidi, Iskandar. 2012 *Stroke Waspadai Ancamannya*. Jogjakarta : ANDI.
- Mubarak, dkk. 2007. Ilmu Keperawatan Komunitas Konsep dan Aplikasi. Jakarta: Salemba Medika.
- Muttaqin Arif, 2008. Pengantar Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Persarafan. Jakarta: Salemba Medika.
- Notoatmodjo, 2003. Ilmu Kesehatan Masyarakat: Prinsip-Prinsip Dasar Jakarta: Rineka Cipta
- Notoatmodjo, S. 2007. Pendidikan dan Perilaku Kesehatan. Jakarta : Rineka Cipta.

- Notoatmodjo, 2012. Promosi Kesehatan Dan Ilmu Perilaku. Jakarta: Rineka Cipta
- Nursalam. 2008. Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam., 2013., *Metodologi Penelitian ilmu keperawatan: Pendekatan praktis*. Edisi 3. Jakarta: Salemba Medika.
- Potter, Patricia A. 2005. Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses dan Praktik. Jakarta: EGC.2005.
- Pudjiastuti, Sri S. 2003. Fisioterapi Pada Lansia. Jakarta: EGC.
- Robinson, Smith G et al. 2000. *Self-care Self-efficacy, Quality Of Life and Depression After Stroke. Arch Phys medical Rehabilitatio*. Vol 81.
- Sari, R.K.2014. Kemandirian Pemenuhan Kebutuhan *Activity Daily living* (ADL) pada Penderita Stroke Di Poli Saraf Rumah Sakit Abdoer Rahem Situbondo.
<http://repository.poltekkesmajapahit.ac.id/index.php/PUBKEP/article/download/572/486>. diakses pada tanggal 18 November.
- Seminar Nasional Keperawatan Komunitas., 2015. *Peran perawat dalam pelayanan kesehatan primer menuju masyarakat ekonomi ASEAN*. Semarang 7 November 2015.
http://eprints.undip.ac.id/46770/1/Artikel_Semnaskom_Chandra.pdf
diakses tanggal 23 desember 2015
- Sofyan, R.2010, Stroke dan Rehabilitasi paska strok. Jakarta: Bhuana ilmu populer
- Wasley. Jocelyn. 2004.*Self-care Following stroke*. Stroke S. A. Inc.

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

KepadaYth

Bapak / Ibu calon responden

Di-

Tempat

Dengan hormat,

Kami yang bertandatangan di bawah ini adalah mahasiswa program Studi S1 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar.

Nama : Tika Tabita Marfiari Adam

N.I.M : CX.14.14201.155

Akan mengadakan penelitian dengan judul “Hubungan Pengetahuan Dengan Kemampuan Self-care Pasien Yang Mengalami Stroke Di Rumah Sakit Stella Maris Makassar”

Penelitian ini tidak akan menimbulkan pengaruh negatif pada Bapak/Ibu responden, kerahasiaan semua informasi yang diberikan akan dijaga dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. Jika Bapak/Ibu tidak bersedia menjadi responden maka Bapak / Ibu diperbolehkan mengundurkan diri untuk tidak berpartisipasi dalam penelitian ini.

Apabila Bapak / Ibu menyetujui, maka kami mohon kesediaan untuk menandatangani lembar persetujuan dan melakukan kegiatan yang sudah diatur sebelumnya oleh peneliti.

Atas perhatian dan kesediaan Bapak/Ibu sebagai responden kami ucapkan banyak terima kasih.

Makassar, Februari 2016

Peneliti

LEMBARAN KUESIONER PENGETAHUAN PASIEN

A. IDENTITAS RESPONDEN

1. Nama :
2. Umur :
3. Jenis Kelamin :
4. Alamat :
5. Pendidikan :

Petunjuk Pengisian Kuesioner:

- Berilah tanda check (√) pada jawaban sesuai dengan pengetahuan keluarga semua soal (10 butir) harus diisi semua.
- Pilihlah jika **B: BENAR**
Pilihlah jika **S: SALAH**

Lembar jawaban

NO	PERNYATAAN	B	S
1.	Perawatan diri sendiri merupakan perawatan diri sendiri yang dilakukan untuk mempertahankan kesehatan seseorang		
2.	Perawatan diri sendiri juga merupakan perawatan diri sendiri yang dilakukan oleh seseorang guna mempertahankan fisik dan psikologinya		
3.	Perawatan diri sendiri dibutuhkan oleh setiap manusia, baik laki-laki, perempuan dan anak-anak		
4.	Perawatan diri sendiri tidak dapat mempertahankan kesehatan seseorang baik secara fisik maupun psikologis		
5.	Perawatan diri dilakukan untuk memiliki kebutuhan hidupnya demi kesejahteraan dan kesehatannya		
6.	Perawatan diri dapat meningkatkan harga diri seseorang		
7.	Perawatan diri guna meningkatkan harapan hidup seseorang		

8.	Perawatan diri tidak dapat meningkatkan kesejahteraan dan kesehatan		
9.	Dukungan dan pendidikan kesehatan merupakan bantuan yang diberikan pada pasien untuk membantu proses kemandirian pasien dalam hal perawatan diri		
10.	Bantuan secara penuh dapat diberikan kepada pasien dikarenakan ketidakmampuan pasien dalam memenuhi kebutuhannya secara mandiri		

LEMBARAN KUESIONER *SELF-CARE* (PERAWATAN DIRI SENDIRI)

A. IDENTITAS RESPONDEN

1. Nama :
2. Umur :
3. Jenis Kelamin :
4. Alamat :
5. Pendidikan :

Petunjuk Pengisian Kuesioner:

- Berilah tanda check (√) pada jawaban sesuai dengan pengetahuan keluarga semua soal (15 butir) harus diisi semua.
- Pilihlah jika **SL: SELALU**
SR: SERING
KK: KADANG-KADANG
TP: TIDAK PERNAH

Lembar jawaban

NO	PERTANYAAN	SL	SR	KK	TP
1.	Apakah pada saat mandi anda dibantu oleh keluarga?				
2.	Apakah pada saat mandi, anda menggunakan pegangan pada dinding kamar mandi untuk anda jadikan penopang badan?				
3.	Apakah pada saat mandi anda menggunakan kursi untuk menghindari jatuh?				

4.	Saya mampu mandi tanpa bantuan dari siapapun.				
5.	Apakah pada saat mengenakan pakaian anda dibantu oleh orang lain (misalnya: membuka/memasang kancing baju, resleting dan mengenakan celana)?				
6.	Apakah pada saat makan dan minum anda anda masih dibantu orang terdekat maupun keluarga?				
7.	Apakah pada saat anda makan harus dibantu dalam hal memotong-motong makanan agar mempermudah anda untuk makan?				
8.	Saya mampu memasukkan makanan ke mulut saya sendiri tanpa harus dibantu oleh siapapun.				
9.	Apakah anda masih dibantu dalam hal buang air kecil maupun buang air besar?				
10.	Apakah anda memerlukan bantuan orang lain dalam hal berpindah dan berjalan?				
11.	Apakah anda memerlukan bantuan orang lain jika merubah sikap dari baring ke duduk?				
12.	Saya mampu berjalan dan naik turun tangga tanpa dibantu oleh siapaun.				
13.	Saya mampu berjalan sepanjang 100 M tanpa harus dibantu oleh orang lain.				
14.	Apakah anda masih memerlukan bantuan				

	orang lain dalam hal perawatan diri (misalnya: menggosok gigi, menyisir rambut, dan berhias)?				
15.	Apakah anda tidak membutuhkan bantuan lagi dalam hal perawatan diri sendiri?				

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Judul :

Hubungan pengetahuan dengan kemampuan *self-care* pasien yang mengalami stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Peneliti :

Tika Tabita Marfiari Adam

Saya bertanda tangan dibawah ini :

Nama (inisial)/ umur :

Menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan dari peneliti tentang tujuan dari penelitian, saya bersedia secara sukarela dan tanpa paksaan dari siapapun untuk berperan serta dalam penelitian yang berjudul “Hubungan pengetahuan dengan kemampuan *self-care* pasien yang mengalami stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar tahun 2016” oleh Tika Tabita Marfiari Adam dengan mengisi kuesioner yang dibagikan. Saya mengerti bahwa penelitian ini tidak membahayakan fisik maupun jiwa saya dan jawaban yang saya berikan terjamin kerahasiaannya serta berguna untuk pengembangan ilmu keperawatan di masyarakat.

Makassar, Februari 2016

(Tanda Tangan Responden)