

**HUBUNGAN EFIKASI DIRI DENGAN KEMANDIRIAN AKTIVITAS
SEHARI-HARI PADA PASIEN STROKE DI RSUD TUGUREJO
SEMARANG DAN RSUD K.R.M.T WONGSONEGORO**

PROPOSAL SKRIPSI

Disusun untuk Memenuhi Salah Satu Tugas Mata Ajar Skripsi



Oleh

DESNYA MEDEKA PERTAMITA

NIM 22020113120041

**DEPARTEMEN ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG, MARET 2017**

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT, atas limpahan rahmat dan karunia-Nya, sehingga peneliti dapat merampungkan proposal dengan judul “Hubungan Efikasi Diri dengan Kemandirian Aktivitas Sehari-hari Pasien Stroke di RSUD Tugurejo Semarang dan RSUD K.R.M.T Wongsonegoro”. Proposal ini dibuat untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan studi serta dalam rangka memperoleh gelar Sarjana Strata Satu pada Departemen Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang.

Terselesainya proposal ini tidak terlepas dari bantuan banyak pihak, sehingga pada kesempatan ini, dengan segala kerendahan hati dan penuh rasa hormat penulis menghaturkan terima kasih yang sebesar-besarnya bagi semua pihak yang telah memberikan bantuan moril maupun materil baik langsung maupun tidak langsung dalam penyusunan proposal ini hingga selesai, terutama kepada yang saya hormati:

1. Bapak Dr. Untung Sujianto, S.Kp., M.Kes selaku ketua Departemen Keperawatan Universitas Diponegoro
2. Ibu Sarah Ulliya, S.Kp., M.Kes selaku ketua Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Universitas Diponegoro
3. Bapak Ns. Muhammad Muin, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.Kom selaku dosen wali
4. Ibu Ns. Yuni Dwi Hastuti, S.Kep., M.Kep selaku dosen pembimbing
5. Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Tugurejo Semarang
6. Direktur Rumah Sakit Umum Daerah K.R.M.T Wongsonegoro

7. Bapak Sudiyono dan Ibu Sri Sutanti selaku orangtua peneliti yang tanpa henti memanjatkan doa dan memberikan dukungan untuk peneliti
 8. Kedua adik peneliti, Maya Dewi Dyah Oktiviana dan Dhian Novita Permatasari yang selalu memberikan dukungan dan doa untuk kelancaran penyusunan proposal
 9. Orang-orang terdekat Tomy Suganda, Lina Ratnasari, Zavelia Zuhriati Maghnina, Rahajeng Indrasari, Mella Anggaruni, Vicka Kusumasari, Rainy Tri Kurnianingtyas yang selalu memberikan motivasi dan dukungan kepada peneliti
 10. Teman-teman satu bimbingan Dian Eka Solehati, Aulia Rahma, dan Kartika Cahyaningrum yang selalu memberi motivasi dan dukungan kepada peneliti
 11. Teman-teman seperjuangan mahasiswa angkatan 2013 yang selalu memberikan semangat dan dukungan
 12. Semua pihak yang telah banyak membantu dalam penyusunan proposal
- Akhir kata peneliti menyadari bahwa dalam penulisan proposal ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, penulis memohon saran dan kritik yang sifatnya membangun demi kesempurnaannya dan semoga bermanfaat bagi kita semua.

Semarang, Januari 2017

LEMBAR PERSETUJUAN

Yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa Proposal Skripsi yang
berjudul:

**HUBUNGAN EFIKASI DIRI DENGAN KEMANDIRIAN AKTIVITAS
SEHARI-HARI PADA PASIEN STROKE DI RSUD TUGUREJO
SEMARANG DAN RSUD K.R.M.T WONGSONEGORO**

Dipersiapkan dan disusun oleh:

Nama : Desnya Medeka Pertamina

NIM : 22020113120041

Telah disetujui sebagai usulan penelitian dan dinyatakan telah memenuhi syarat
untuk di review

Pembimbing,



Ns. Yuni Dwi Hastuti, S.Kep., M.Kep

NIP. 19870626 201504 2 003

LEMBAR PENGESAHAN

Yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa Proposal Skripsi yang berjudul:

HUBUNGAN EFIKASI DIRI DENGAN KEMANDIRIAN AKTIVITAS SEHARI-HARI PADA PASIEN STROKE DI RSUD TUGUREJO SEMARANG DAN RSUD K.R.M.T WONGSONEGORO

Dipersiapkan dan disusun oleh:

Nama : Desnya Medeka Pertamina

NIM : 22020113120041

Telah diuji pada Rabu, 29 Maret 2017

dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk melakukan penelitian

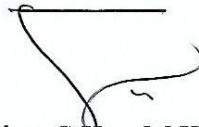
Penguji I



Chandra Bagus Ropyanto, S.Kp., M.Kep., Sp.KMB

NIP. 19790521 200710 1 001

Penguji II



Sarah Ulliya, S.Kp., M.Kes

NIP. 19770126 200112 2 001

Penguji III



Ns. Yuni Dwi Hastuti, S.Kep., M.Kep

NIP. 19870626 201504 2 003

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
DAFTAR ISI.....	v
DAFTAR TABEL.....	vii
DAFTAR GAMBAR	viii
DAFTAR LAMPIRAN.....	ix
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Perumusan Masalah	6
C. Tujuan Penelitian	7
D. Manfaat Penelitian	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	10
A. Tinjauan Teori.....	10
1. Aktivitas Sehari-hari.....	10
a. Pengertian	10
b. Faktor yang Mempengaruhi Aktivitas Sehari-hari	11
c. Macam-macam Aktivitas Sehari-hari	13
d. Aktivitas Sehari-hari pada Pasien Stroke.....	14
e. Alat Ukur Pemenuhan Aktivitas Sehari-hari	15
2. Efikasi diri	17
a. Pengertian	17
b. Faktor yang Mempengaruhi Efikasi Diri.....	17
c. Proses Pembentukan Efikasi Diri	19
d. Dimensi Efikasi Diri	21
e. Alat Ukur Efikasi Diri.....	23
3. Stroke.....	25
a. Definisi.....	25
b. Etiologi.....	26

c.	Faktor Risiko dan Pencegahan.....	27
d.	Klasifikasi	28
e.	Gejala Klinis	28
f.	Dampak Stroke	29
g.	Penatalaksanaan dan Terapi.....	30
h.	Fase Rehabilitasi Stroke.....	31
4.	Hubungan Efikasi Diri dengan Kemandirian Aktivitas Sehari-hari.....	33
B.	Kerangka Teori.....	35
BAB III METODE PENELITIAN.....		36
A.	Kerangka Konsep	36
B.	Hipotesis Penelitian.....	36
C.	Jenis dan Rancangan Penelitian	36
D.	Populasi dan Sampel	37
E.	Tempat dan Waktu Penelitian	39
F.	Variabel Penelitian, Definisi Operasional, dan Skala Pengukuran.....	40
G.	Alat Penelitian, Cara Pengumpulan Data.....	44
H.	Teknik Pengolahan Data dan Analisa Data.....	48
I.	Etika Penelitian	54
DAFTAR PUSTAKA		56

DAFTAR TABEL

Tabel 1 Definisi Operasional dan Skala Pengukuran.....	41
--	----

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1 Kerangka Teori.....	35
Gambar 2 Kerangka Konsep	36

DAFTAR LAMPIRAN

No Lampiran	Keterangan
1	Surat Ijin Pengkajian Data Awal
2	Surat Ijin Pengkajian Data dan Penelitian
3	Surat Ijin Penggunaan Instrumen <i>The Stroke Self Efficacy Questionnaire</i>
4	Surat Ijin Penggunaan Instrumen <i>Barthel Index</i>
5	Kuesioner
6	Jadual Konsultasi
7	Catatan Hasil Konsultasi

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Stroke merupakan salah satu penyakit degeneratif yang sering muncul seiring dengan bertambahnya usia seseorang. Stroke merupakan sindrom dengan tanda dan gejala hilangnya fungsi saraf pusat fokal maupun global karena gangguan peredaran darah di otak yang mempunyai serangan mendadak dan berlangsung selama lebih dari 24 jam yang dapat menimbulkan kelumpuhan hingga kematian.^{1,2} Stroke dibagi menjadi dua jenis, yaitu stroke iskemik atau stroke non hemoragik yang merupakan komplikasi dari penyakit vaskular dan stroke hemoragik yang disebabkan oleh adanya perdarahan intrakranial.² Gejala yang ditimbulkan dari stroke adalah kelumpuhan wajah atau anggota badan, bicara tidak lancar, bicara tidak jelas atau pelo, perubahan kesadaran, gangguan penglihatan dan lain-lain.³

Stroke merupakan penyebab kematian ketiga di dunia.⁴ Lebih dari dua juta orang mengalami serangan stroke setiap tahunnya dan akan terus bertambah sekitar 6,7% setiap tahunnya.⁵ Data *World Health Organization* pada tahun 2001 memperkirakan bahwa terdapat sekitar 5,5 juta atau setara dengan 9,6% kematian di dunia disebabkan oleh penyakit stroke serta dua per tiga kematian ini terjadi di negara berkembang.⁶ Prevalensi stroke di Indonesia berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan sebesar 7 per mil sedangkan yang terdiagnosis oleh tenaga kesehatan atau gejala sebesar 12,1 per mil.⁷ Jumlah kasus stroke di

Provinsi Jawa Tengah pada tahun 2013 sebanyak 51.302 kasus dengan kasus stroke hemoragik sebanyak 22.530 kasus dan kasus stroke non hemoragik sebanyak 28.772 kasus.⁷ Pada tahun 2015 jumlah kasus stroke di Kota Semarang sebanyak 1.885 kasus dengan jumlah kasus stroke hemoragik sebanyak 670 kasus dan stroke non hemoragik sebanyak 1.215 kasus.⁸

Selain menjadi penyebab kematian ketiga, stroke juga merupakan penyebab utama kecacatan atau kelumpuhan.^{5,6} Setiap tahunnya jutaan penderita stroke harus beradaptasi dengan keterbatasan dalam melakukan kegiatan sehari-hari dan banyak penderita stroke yang kemudian bergantung pada orang lain untuk bertahan yang juga didorong oleh usia yang semakin menua dan terjadinya paresis.^{6,9}

Penderita stroke pada umumnya mengalami gangguan pada pemenuhan aktivitas sehari-hari pasca stroke karena keterbatasan yang dialaminya terutama pada pasien dengan usia yang lebih tua.¹⁰ Penurunan kemandirian aktivitas sehari-hari juga dibuktikan melalui penelitian yang dilakukan oleh Pei pada 152 responden yang mengemukakan bahwa 8,6% responden mengalami cacat ringan, 38,8% responden mengalami cacat sedang dan 52,6% responden mengalami cacat berat setelah serangan stroke.⁵ Sebanyak 80% pasien stroke pulang dengan gejala sisa yang bervariasi beratnya, seperti hemiparesis, afasia, disartria, disfagia, depresi, dan lainnya sehingga pasien tidak dapat melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri.¹¹

Aktivitas sehari-hari merupakan kemandirian seseorang dalam melakukan aktivitas makan, mandi, berpakaian, berdandan, BAB, BAK, penggunaan toilet,

transfer mobilitas dan naik turun tangga.¹² Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan oleh Morone aktivitas dasar sehari-hari yang dapat pulih dengan segera setelah stroke adalah kemampuan untuk buang air besar dan kecil, sedangkan kemampuan yang rendah angka pemulihannya adalah mandi, berpakaian, berdandan, dan menaiki tangga.⁹ Keterbatasan yang dimiliki pasien stroke membuat pasien stroke mengalami penurunan harga diri yang ditandai dengan ungkapan pasien yang mengeluh dan merasa bersalah dengan keadaannya saat ini.¹³ Pasien stroke yang didampingi dalam pemenuhan kebutuhan sehari-harinya cenderung merasa terisolasi, terbuang dan menjadi beban bagi keluarga.⁵

Kemandirian pasien stroke dalam memenuhi aktivitas sehari-hari dipengaruhi oleh banyak faktor yang dikelompokkan menjadi faktor eksternal dan faktor internal. Faktor eksternal meliputi dukungan keluarga, ketersediaan sarana atau fasilitas kesehatan, dan kemampuan sosioekonomi. Sedangkan faktor internal meliputi usia, tingkat keparahan stroke, dan efikasi diri.^{5,14}

Penelitian yang dilakukan oleh Al-Qutab menyatakan bahwa efikasi diri akan mempengaruhi pola pikir serta dapat merubah pola sikap seseorang sehingga dapat melakukan suatu tindakan seperti mencari pengobatan agar dapat sembuh dan berperilaku sehat.¹⁵ Penelitian yang dilakukan oleh Frost juga memaparkan bahwa pasien stroke dengan efikasi diri yang lebih tinggi dapat mengontrol aspek-aspek penting dari kondisi kesehatan mereka, dimana keadaan ini memungkinkan pasien stroke untuk dapat mencapai kebebasan dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari dan menurunkan angka depresi.¹⁶

Pasien dengan efikasi diri yang tinggi lebih cenderung dapat memilih perilaku sehat yang dapat meningkatkan kemandirian pemenuhan aktivitas sehari-harinya sehingga dapat menurunkan depresi, menurunkan kekhawatiran akan terjatuh, meningkatkan harga diri, dan meningkatkan kualitas hidup.^{13,15-17} Efikasi diri disertai peran motivasi dan kepercayaan diri merupakan bagian penting dari perilaku pencarian pengobatan.¹⁸

Efikasi diri merupakan suatu keyakinan individu bahwa dirinya mampu untuk melakukan sesuatu dalam situasi tertentu dengan sukses.¹⁹ Berdasarkan teori efikasi diri yang dikemukakan oleh Bandura, seseorang dengan efikasi diri yang rendah cenderung tidak memiliki kepercayaan diri dan cenderung menyangsikan kemampuannya sendiri.¹⁶ Efikasi diri pada pasien stroke meliputi keyakinan diri dalam hal status fungsional dan manajemen diri. Status fungsional yang ada pada pasien stroke meliputi berjalan, berpakaian, dan kenyamanan di tempat tidur. Sementara manajemen diri meliputi koping terhadap keputusan pada dampak dari stroke.¹⁶ Efikasi diri pada pasien stroke dipengaruhi oleh empat sumber utama yakni pengalaman penguasaan, pengalaman pengganti, persuasi verbal dan sosial, serta status psikologis seseorang.^{16,20}

Berdasarkan data yang diperoleh selama studi pendahuluan dalam kurun waktu satu tahun terakhir yakni Oktober 2015-Oktober 2016 di RSUD Tugurejo Semarang menunjukkan bahwa jumlah pasien stroke 590 pasien di ruang rawat inap. Angka kematian pasien rawat inap dengan diagnosa stroke sebanyak 111 pasien. Pasien stroke cenderung mengalami kelemahan anggota gerak, tercatat

sebanyak 40 pasien mengalami hemiplegi dan 3 pasien mengalami paraplegi. Pasien stroke yang menjalani kontrol rutin di ruang rawat jalan sebanyak 169 pasien.

Sedangkan data yang diperoleh dalam kurun waktu satu tahun terakhir yakni Oktober 2015-Oktober 2016 di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro menunjukkan bahwa terdapat 454 pasien stroke dirawat di ruang rawat inap RSUD K.R.M.T Wongsonegoro. Angka kematian pasien stroke di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro adalah 99 kasus. Sementara itu jumlah kunjungan pasien stroke yang menjalani kontrol rutin sebanyak 741 kunjungan di instalasi rawat jalan RSUD K.R.M.T Wongsonegoro.

Peneliti juga melakukan studi pendahuluan dengan wawancara pada 8 pasien stroke yang sedang menjalani pengobatan baik di ruang rawat jalan RSUD Tugurejo Semarang. Peneliti mengajukan pertanyaan yang sama pada responden mengenai pemenuhan aktivitas sehari-hari. Seluruh responden mengaku mengalami kesulitan dalam melakukan pemenuhan aktivitas sehari-hari karena kelemahan yang dialaminya dengan tingkat kemandirian yang berbeda-beda.

Seluruh responden mengalami kelemahan otot, 5 responden mengalami kelemahan otot bagian kiri tubuh dan 3 responden mengalami kelemahan otot bagian kanan tubuh. Seluruh responden memerlukan bantuan untuk berjalan dan naik turun tangga. Sebanyak 6 responden memerlukan bantuan untuk dapat berpakaian. Sementara sebanyak 5 responden masih memerlukan bantuan untuk mandi, menempatkan diri serta beranjak dari toilet. Sebanyak 4 responden

memerlukan bantuan untuk berpindah dan melakukan aktivitas di toilet. Sebanyak 3 responden masih memerlukan bantuan untuk makan. Sedangkan untuk kontrol buang air besar dan buang air kecil, terdapat 1 responden yang kadang tidak dapat mengontrol buang air besar maupun air kecil.

Terdapat 3 dari 8 responden yang masih merasa ragu bahwa ia dapat berjalan dengan segera, namun mereka tetap yakin suatu saat akan mampu untuk berjalan dan melakukan aktivitas yang belum dapat dilakukannya jika mereka sudah benar-benar pulih kembali. Sedangkan 2 dari 8 responden yang merasa yakin bahwa dirinya dapat pulih dengan segera karena mereka memiliki teman yang dapat pulih dari stroke setelah rutin menjalani pengobatan serta terapi yang diberikan. Sementara 3 responden lainnya merasa kurang yakin dapat melakukan aktivitas secara mandiri karena mereka memerlukan proses penyembuhan yang membutuhkan waktu yang lama.

Berdasarkan uraian permasalahan diatas perlu dilakukan penelitian tentang hubungan efikasi diri dengan kemandirian aktivitas sehari-hari pada pasien stroke di RSUD Tugurejo Semarang dan RSUD K.R.M.T Wongsonegoro.

B. Perumusan Masalah

Stroke merupakan penyebab utama kecacatan atau kelumpuhan.^{5,6} Sekitar 50 juta pasien stroke di seluruh dunia mengalami masalah fisik, kognitif dan emosional.⁵ Pasien stroke pada umumnya mengalami gangguan pada pemenuhan aktivitas sehari-hari karena pasien stroke memiliki kemampuan motorik yang rendah terutama pada pasien dengan usia yang lebih tua.¹⁰

Penurunan kemandirian dalam melakukan aktivitas sehari-hari yang dialami oleh pasien stroke disebabkan oleh kelemahan atau hemiparesis yang dialami pasien stroke.¹⁶ Kemampuan untuk mengurus diri sendiri dan motivasi untuk dapat mandiri dalam aktivitas sehari-hari dipengaruhi oleh beberapa faktor yang dapat berasal dari internal maupun eksternal diri pasien. Salah satu faktor yang mempengaruhinya adalah efikasi diri yang merupakan suatu keyakinan individu bahwa dirinya mampu untuk melakukan sesuatu dalam situasi tertentu dengan sukses.¹⁹ Efikasi diri yang baik diperlukan untuk mencapai kebebasan dalam pemenuhan aktivitas sehari-hari, meningkatkan kualitas hidup dan menurunkan depresi yang biasanya terjadi setelah stroke.¹⁶ Efikasi diri akan mempengaruhi pola pikir serta dapat merubah pola sikap seseorang sehingga dapat melakukan suatu tindakan seperti mencari pengobatan agar dapat sembuh.¹⁵ Berdasarkan pemaparan latar belakang dan fenomena yang terjadi pada pasien stroke di RSUD Tugurejo Semarang, peneliti tertarik untuk mengetahui lebih lanjut hubungan efikasi diri dengan kemandirian aktivitas sehari-hari pada pasien stroke di RSUD Tugurejo Semarang dan RSUD K.R.M.T Wongsonegoro.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi hubungan efikasi diri dengan kemandirian aktivitas sehari-hari pada pasien stroke di RSUD Tugurejo Semarang dan RSUD K.R.M.T Wongsonegoro.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik pasien stroke di RSUD Tugurejo Semarang dan RSUD K.R.M.T Wongsonegoro.
- b. Mengidentifikasi efikasi diri pasien stroke di RSUD Tugurejo Semarang dan RSUD K.R.M.T Wongsonegoro.
- c. Mengidentifikasi kemandirian aktivitas sehari-hari pasien stroke di RSUD Tugurejo Semarang dan RSUD K.R.M.T Wongsonegoro.
- d. Mengidentifikasi hubungan efikasi diri dengan kemandirian aktivitas sehari-hari pada pasien stroke di RSUD Tugurejo Semarang dan RSUD K.R.M.T Wongsonegoro.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Peneliti

Penelitian ini dapat menambah pengetahuan peneliti dalam merencanakan, melaksanakan, dan menyusun suatu penelitian ilmiah serta memberikan pengalaman dalam mengaplikasikan ilmu keperawatan berkaitan dengan pentingnya efikasi diri pasien stroke untuk meningkatkan kemandirian pasien stroke dalam aktivitas sehari-hari.

2. Bagi Pasien dan Keluarga

Penelitian ini dapat dijadikan sebagai gambaran bagi pasien dan keluarga mengenai pentingnya efikasi diri yang baik untuk meningkatkan kemandirian pasien stroke dalam aktivitas sehari-hari.

3. Bagi Ilmu Keperawatan

Penelitian ini dapat diaplikasikan dalam perkembangan pendidikan ilmu keperawatan bahwa efikasi diri merupakan salah satu faktor yang dapat ditingkatkan untuk meningkatkan kemandirian pasien stroke dalam aktivitas sehari-harinya.

4. Bagi Rumah Sakit

Penelitian ini dapat dijadikan masukan bagi rumah sakit untuk dapat memberikan pelayanan yang tidak hanya berfokus pada aspek fisik pasien stroke tetapi juga psikologis pasien yakni dengan menguatkan efikasi diri pasien sehingga pasien stroke memiliki motivasi yang tinggi untuk mencapai kemandirian dalam aktivitas sehari-hari.

5. Bagi Instansi Pendidikan

Penelitian ini dapat dijadikan referensi dan wacana ilmiah bagi instansi pendidikan, wahana untuk memperkaya ilmu pengetahuan, serta pendukung bagi penelitian berikutnya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Aktivitas Sehari-hari

a. Pengertian

Aktivitas sehari-hari merupakan aktivitas pokok perawatan diri yang meliputi ke toilet, makan, berpakaian, berdandan, mandi dan berpindah tempat.^{21,22} Kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari merupakan dasar penilaian tingkat kesehatan seseorang dan merupakan kebutuhan dasar yang mutlak diharapkan oleh setiap manusia.²³ Selain aktivitas sehari-hari terdapat juga istilah instrumen aktivitas sehari-hari yang merupakan aktivitas yang lebih kompleks namun mendasar bagi situasi kehidupan dalam bersosialisasi, seperti belanja, masak, pekerjaan rumah tangga, mencuci, telepon, menggunakan transportasi, mampu menggunakan obat dengan benar, serta manajemen keuangan.²¹ Aktivitas fisik adalah bagaimana menggunakan pergerakan tubuh secara efisien, terkoordinasi, dan aman, sehingga menghasilkan gerakan yang baik dan memelihara keseimbangan selama beraktivitas.²⁴

b. Faktor yang Mempengaruhi Aktivitas Sehari-hari

1) Pertumbuhan dan Perkembangan

Usia serta perkembangan sistem muskuloskeletal dan persarafan akan berpengaruh terhadap postur, proporsi tubuh, massa tubuh, pergerakan, serta refleks tubuh seseorang.²³

2) Kesehatan Fisik

Gangguan pada sistem muskuloskeletal atau persarafan dapat menimbulkan dampak negatif pada pergerakan tubuh. Adanya penyakit, trauma, atau kecacatan dapat mengganggu pergerakan dan struktur tubuh.²³

a) Masalah pada sistem muskuloskeletal dapat berupa penyakit kongenital atau gangguan pada postur tubuh.

b) Masalah pada sistem saraf dapat berupa berbagai gangguan atau penyakit pada sistem saraf seperti parkinson, sklerosis multipel, cedera serebrovaskuler, stroke atau tumor pada sistem saraf.

3) Status Mental

Gangguan mental seperti depresi, perasaan tertekan, cemas, atau stres dapat mempengaruhi keinginan seseorang untuk bergerak. Seseorang yang mengalami depresi cenderung tidak antusias dalam mengikuti kegiatan tertentu bahkan termasuk perawatan higiene.²³

4) Gaya Hidup

Seseorang dengan pola hidup yang sehat atau kebiasaan makan yang baik kemungkinan tidak akan mengalami hambatan dalam pergerakan.²³

5) Sikap dan Nilai Personal

Nilai-nilai yang tertanam dalam keluarga dapat mempengaruhi aktivitas yang dilakukan oleh seseorang.²³

6) Nutrisi

Nutrisi berguna bagi organ tubuh untuk mempertahankan status kesehatan. Konsumsi nutrisi yang kurang dapat menyebabkan kelemahan otot dan kelelahan sehingga terjadi penurunan aktivitas. Sedangkan konsumsi nutrisi yang berlebih dapat menyebabkan terbatasnya pergerakan tubuh sehingga seseorang menjadi mudah lelah.²³

7) Faktor Sosial

Seseorang dengan tingkat kesibukan yang tinggi secara tidak langsung akan sering melakukan aktivitas, sebaliknya seseorang yang jarang berinteraksi dengan lingkungan sekitar akan lebih sedikit aktivitas yang dilakukan.²³

c. Macam-macam Aktivitas Sehari-hari

Aktivitas sehari-hari dibagi dalam tiga kategori yaitu:

1) Aktivitas Dasar Sehari-hari (*ADL/Basic Activity of Daily Living*)

ADL merupakan ketrampilan dasar yang harus dimiliki seseorang untuk merawat dirinya sendiri.²² Aktivitas sehari-hari terdiri dari enam kegiatan, yaitu:²¹

a) Mandi

Mandi meliputi kemampuan untuk menggosok atau membersihkan sendiri seluruh bagian tubuhnya baik mandi dengan pancuran (*shower*) atau masuk dan keluar *bath tub*.

b) Berpakaian

Berpakaian meliputi kemampuan klien untuk mengambil pakaian sendiri dari dalam lemari atau laci, mengenakan baju sendiri, dan memasang kancing atau resleting.

c) Toileting

Toileting meliputi keluar masuk toilet, beranjak dari kloset, merapikan pakaian sendiri, dan membersihkan organ ekskresi.

d) Berpindah

Berpindah meliputi naik turun sendiri baik dari maupun menuju tempat tidur atau kursi/kursi roda.

e) Kontinensia

Kontinensia meliputi kemampuan membuang hajat sendiri baik urinasi maupun defekasi.

f) Makan

Makan meliputi menyuap makanan, dan mengambil makanan dari piring. Kegiatan mengiris daging, dan menyiapkan hidangan tidak termasuk dalam kemampuan makan ini.

2) Aktivitas Instrumental (*IADL/Instrumental Activity of Daily Living*)

IADL merupakan aktivitas yang lebih kompleks namun mendasar bagi situasi kehidupan dalam bersosialisasi, seperti belanja, memasak, pekerjaan rumah tangga, mencuci, telepon, menggunakan transportasi, mampu menggunakan obat dengan benar, serta manajemen keuangan.²¹

3) Aktivitas Tingkat Tinggi (*AADL/Advanced Activity of Daily Living*)

AADL terdiri dari aktivitas yang menggambarkan peran seseorang dalam kehidupan sosial, keluarga, dan masyarakat termasuk kegiatan okupasional dan rekreasional.²²

d. Aktivitas Sehari-hari pada Pasien Stroke

Pada umumnya pasien stroke memiliki kemampuan motorik yang rendah terutama pada pasien dengan usia yang lebih tua.¹⁰ Sebagian besar pasien stroke mengalami hemiparesis. Selain pasien stroke juga memerlukan alat bantu agar dapat berjalan.¹⁶ Keterbatasan inilah yang menyebabkan pasien stroke lebih cenderung bergantung pada keluarga atau orang lain untuk memenuhi aktivitas sehari-harinya.⁶ Ketergantungan terhadap anggota keluarga atau orang lain didorong juga oleh usia yang semakin menua dan terjadinya paresis.⁹ Pada

umumnya kemandirian aktivitas dasar sehari-hari yang dapat pulih dengan segera setelah serangan stroke adalah kemampuan untuk buang air besar dan kecil, sedangkan kemampuan yang paling rendah angka pemulihannya adalah mandi, berpakaian, berdandan, dan menaiki tangga.⁹

e. Alat Ukur Pemenuhan Aktivitas Sehari-hari

Pemenuhan aktivitas sehari-hari dapat diukur menggunakan beberapa alat ukur sebagai berikut:

1) *Barthel Index*

Barthel index pertama kali diterbitkan oleh Mahoney dan Barthel pada tahun 1965.²⁵ *Barthel index* digunakan untuk mengukur sejauh mana seseorang dapat berfungsi secara independen dan memiliki mobilitas dalam aktivitas sehari-hari seperti makan, mandi, berdandan, berganti pakaian, kontrol buang air besar maupun buang air kecil, berpindah, berjalan, dan menaiki tangga. Setiap item dinilai sesuai dengan kemampuan seseorang untuk melakukan kegiatan tersebut dengan skor 0, 5, atau 10.^{26,27} *Barthel index* merupakan alat ukur yang telah digunakan secara luas pada kasus kecacatan fungsional yang kemudian dikembangkan pada pasien rehabilitasi stroke dan penyakit neuromuskular atau muskuloskeletal lainnya, bahkan pada pasien onkologi.²⁵

2) *Katz Index*

Katz Index digunakan untuk mengukur kemandirian seseorang dalam beraktivitas. Alat ukur ini biasanya digunakan untuk mendeteksi masalah keterbatasan dalam aktivitas sehari-hari dan merencanakan perawatan yang sesuai. *Katz index* terdiri dari 6 kinerja dalam enam fungsi yakni mandi, berpakaian, *toileting*, berpindah, kontrol buang air besar dan buang air kecil, serta feeding. *Katz index* memiliki rentang skor 0-6, dengan 0 sangat dependen dan 6 sangat independen.²⁸

3) *The Lawton Instrumental Activity of Daily Living Scale (IADL)*

The Lawton Instrumental Activity of Daily Living Scale merupakan alat ukur aktivitas sehari-hari yang lebih kompleks daripada *barthel index* maupun *katz index* untuk mengidentifikasi kemampuan seseorang dalam kemandirian seseorang dalam melakukan aktivitas sehari-hari. *The Lawton Instrumental Activity of Daily living Scale* juga memiliki fungsi untuk mengetahui peningkatan atau bahkan penurunan kemampuan fungsional seseorang dari waktu ke waktu. *The Lawton Instrumental Activity of Daily Living Scale* ini terdiri dari 8 domain fungsi dengan rentang skor 0 (fungsi dependen) sampai 8 (fungsi independen).²⁹

2. Efikasi diri

a. Pengertian

Efikasi diri adalah keyakinan seseorang terhadap kemampuannya untuk mencapai atau melakukan sesuatu dengan sukses.^{19,20} Efikasi diri merupakan keyakinan yang menentukan bagaimana seseorang merasa, berpikir, memotivasi diri sendiri dan berperilaku.³⁰ Efikasi diri yang kuat dapat meningkatkan keberhasilan dan kesejahteraan seseorang dalam banyak cara karena seseorang dengan keyakinan yang tinggi bahwa ia dapat menyelesaikan suatu tugas yang sulit akan menimbulkan minat dasar dan penyesuaian dalam menghadapi masalah.^{20,30} Pada umumnya orang dengan efikasi diri yang baik akan lebih cepat bangkit dari kegagalan atau kemunduran yang dialami serta memiliki komitmen yang tinggi untuk dapat mencapai sesuatu.³⁰

b. Faktor yang Mempengaruhi Efikasi Diri

Terdapat empat faktor yang mempengaruhi efikasi diri, keempat faktor ini juga merupakan sumber efikasi diri:²⁰

1) *Mastery Experience*

Semua orang memiliki *mastery experience* atau penguasaan pengalaman. Hal ini terjadi ketika seseorang mencoba untuk melakukan suatu hal dan berhasil, sehingga dapat dikatakan ia sudah menguasai sesuatu. *Mastery experience* merupakan jalan yang paling efektif untuk meningkatkan efikasi diri karena seseorang akan lebih yakin jika ia dapat melakukan sesuatu yang baru apabila

hal tersebut sejenis dengan sesuatu yang telah dapat ia lakukan. Menguasai sesuatu hal yang baru relatif sederhana, yang diperlukan hanyalah latihan dan membiasakannya. Efikasi diri perlu dikembangkan dengan cara mencoba menyelesaikan tugas yang sulit dan melewati kendala-kendala yang ditemui.

2) *Vicarious Experience*

Efikasi diri dipengaruhi oleh *vicarious experience* yang merupakan observasi seseorang terhadap kesuksesan atau kegagalan orang lain atau model yang memiliki kesamaan dengan dirinya. Seseorang yang melihat orang lain yang memiliki kesamaan dengan dirinya menyelesaikan sesuatu dengan sukses dapat meningkatkan efikasi dirinya. Sebaliknya apabila seseorang melihat orang lain yang memiliki kesamaan dengan dirinya gagal maka efikasi dirinya akan berkurang. Seberapa besar dampak *vicarious experience* terhadap efikasi diri seseorang bergantung pada seberapa mirip seseorang dengan model dalam pemikiran seseorang. Semakin mirip seorang model dimata seseorang dengan dirinya maka akan semakin besar pengaruh pengalaman sukses atau pengalaman gagal model terhadap efikasi diri seseorang.

3) *Verbal Persuasion/ Social Persuasion*

Ketika seseorang mendapat pengaruh secara verbal bahwa ia dapat mencapai atau menguasai suatu tugas, ia akan lebih mungkin melakukan tugas tersebut. Dengan adanya orang lain yang

mendukung secara lisan pencapaian atau penguasaan tugas akan membuat seseorang memiliki keyakinan yang lebih terhadap dirinya sendiri. Sebaliknya jika ada orang lain yang berkata pada seseorang bahwa ia tidak memiliki kemampuan untuk menyelesaikan sesuatu akan membuat seseorang tersebut lebih mudah menyerah.

4) *Somatic and Emotional State*

Keadaan fisik dan emosional yang ada ketika seseorang merenungkan sesuatu yang ia kerjakan memberi petunjuk mengenai kemungkinan keberhasilan atau kegagalan yang akan muncul. Stres, kecemasan, kekhawatiran, dan ketakutan dapat berdampak negatif terhadap efikasi diri seseorang dan dapat menyebabkan seseorang lebih yakin bahwa dirinya akan gagal dan ketidakmampuan untuk menyelesaikan sesuatu.

c. Proses Pembentukan Efikasi Diri

Beberapa peneliti menyatakan bahwa terdapat empat proses besar psikologis dalam proses keyakinan diri atau efikasi diri dalam mempengaruhi fungsi manusia:³⁰

1) *Cognitive Processes*

Dampak efikasi diri terhadap proses kognitif seseorang berbeda antara satu dengan yang lainnya. Sebagian besar perilaku menjadi berubah sesuai dengan pemikiran untuk mewujudkan tujuan. Semakin tinggi seseorang menetapkan tujuannya atau tantangannya maka akan semakin tegas pula seseorang tersebut untuk menjaga

komitmennya. Sebagian besar aksi direncanakan terlebih dahulu dalam pikiran. Fungsi utama dari pemikiran adalah untuk memungkinkan seseorang memprediksi kejadian dan menentukan langkah serta mengembangkan cara untuk mengontrol hal-hal yang mempengaruhi hidup mereka. Ketika seseorang dihadapkan pada sebuah masalah yang sulit akan timbul keraguan diri mengenai keberhasilan yang dapat dicapai dalam pemikirannya, sehingga tujuan dan kualitas prestasi menurun.

2) *Motivational Processes*

Efikasi diri memerankan peran penting dalam regulasi motivasi diri. Kebanyakan motivasi dihasilkan secara kognitif. Pikiran seseorang memotivasi diri dan membimbing tindakan untuk mengantisipasi sesuatu. Efikasi diri mempengaruhi pola pikir seseorang sehingga seseorang merasa bahwa dirinya adalah orang yang sukses sehingga seseorang akan berusaha untuk mencapai kesuksesan. Tujuan yang menantang akan meningkatkan dan mempertahankan motivasi seseorang.

3) *Affective Processes*

Efikasi diri seseorang mengenai kemampuan mengatasi masalah mempengaruhi tingkat motivasi, stress dan depresi yang dialami dalam menghadapi atau situasi yang sulit atau mengancam. Seseorang yang percaya bahwa ia mampu mengatasi masalah yang ada akan merubah pola pikirnya yang mengganggu sehingga ia

menjadi lebih tangguh dalam menghadapi permasalahan. Setelah seseorang mengembangkan rasa tangguh yang dimiliki, seseorang dapat menahan kesulitan dan kemalangan yang datang. Sebaliknya orang dengan kepercayaan yang rendah terhadap kemampuan dirinya akan merasa sangat cemas dan melihat berbagai hal sebagai bahaya. Pemikiran seperti inilah yang justru akan membuat seseorang merasa sengsara dan mengalami penurunan fungsi.

4) *Selection Processes*

Efikasi diri mengaktifkan kemampuan seseorang untuk menciptakan lingkungan yang bermanfaat dan melatih kemampuan menghadapi segala hal setiap harinya. Efikasi diri seseorang dapat membentuk arah tujuan hidup seseorang dengan mempengaruhi jenis aktivitas dan lingkungan yang akan dipilihnya. Seseorang pada umumnya akan menghindari aktivitas dan situasi yang ia yakini berada di luar kemampuannya. Tetapi ia akan segera bersiap begitu menghadapi suatu masalah dan memilih situasi yang kemungkinan dapat ditangani. Setiap faktor yang mempengaruhi perilaku memilih seseorang akan memberikan efek yang dalam terhadap arah pengembangan seseorang.

d. Dimensi Efikasi Diri

1) *Magnitude*

Dimensi ini berfokus pada tingkat kesulitan yang dihadapi oleh seseorang. Dimensi ini memiliki keterkaitan dengan pemilihan

perilaku untuk mengatasi masalah. Seseorang akan melakukan yang ia anggap mampu ia lakukan dan menghindari yang berada di luar batas kemampuannya. Namun apabila seseorang memiliki efikasi diri yang tinggi ia akan melakukan usaha untuk menyelesaikan masalah.³¹

2) *Generality*

Dimensi ini berfokus pada keyakinan terkait pengalaman dari usaha yang dilakukan. Seseorang akan menggeneralisasikan keyakinan akan keberhasilan yang akan diperolehnya tidak hanya berdasarkan satu aktivitas tetapi juga serangkaian aktivitas dan situasi yang ada.³¹

3) *Strenght*

Dimensi ini berfokus pada keyakinan terhadap sebuah usaha atau kemampuan yang dimiliki. Keyakinan yang lemah dapat dengan mudah digoyahkan oleh pengalaman kegagalan, sebaliknya keyakinan yang kuat akan mendorong seseorang untuk tetap berusaha dan bertahan. Keyakinan dalam hal ini berperan dalam proses pengambilan keputusan, sehingga meskipun merasakan pengalaman kegagalan, seseorang akan tetap tangguh dalam usahanya dan optimis terhadap masa depannya.³¹

e. Alat Ukur Efikasi Diri

Terdapat beberapa alat ukur yang dapat digunakan untuk mengukur efikasi diri, diantaranya adalah:

1) *General Self-Efficacy Scale*

General Self-Efficacy Scale merupakan alat ukur untuk menilai efikasi diri yang mencerminkan keyakinan diri seseorang terhadap kemampuannya dalam mengatasi berbagai tuntutan hidup yang sulit.³² *General Self-Efficacy Scale* merupakan skala psikometri yang terdiri dari 10 item yang dikembangkan oleh Matthias Yerusalem dan Ralf Schwarzer pada tahun 1981 di Jerman.³³ setiap item dalam alat ukur memiliki 4 pilihan jawaban dengan rentang nilai 1 sampai 4. Sehingga rentang skor dari seluruh item berkisar antara 10 sampai 40, dengan skor semakin tinggi menunjukkan efikasi diri yang lebih tinggi. *General Self-Efficacy Scale* telah diuji baik validitas maupun reliabilitasnya di 28 negara dengan hasil yang sangat reliabel, stabil dan valid. Kuesioner ini telah diterjemahkan ke lebih dari 28 bahasa.

2) *Medication Adherence Self Efficacy Scale*

Medication Adherence Self-Efficacy Scale merupakan alat ukur yang dapat digunakan untuk mengukur dan mengevaluasi sejauh mana kepatuhan pengobatan seseorang yang dibuat oleh Ogedegbe G, Mancusi CA, Allegrante JP, dan Charlson ME. Kuesioner ini

terdiri dari 26 item pertanyaan. Kuesioner ini telah diujicobakan kepada pasien Afrika Amerika dengan hipertensi.

3) *Daily Living Self-Efficacy Scale*

Daily Living Self-Efficacy Scale merupakan alat ukur yang dapat digunakan untuk mengukur efikasi diri baik dalam fungsi psikososial dan aktivitas sehari-hari pada penderita stroke terlepas dari tingkat gangguan fisik yang dialami oleh pasien. Kuesioner ini telah diuji coba dengan jumlah sampel 424 responden di Australia. Kuesioner ini terdiri dari 12 item yang terdiri dari dua sub yaitu efikasi diri untuk fungsi psikososial dan efikasi diri untuk fungsi aktivitas sehari-hari.

4) *The Stroke Self-Efficacy Questionnaire*

The Stroke Self-Efficacy Questionnaire dikembangkan untuk mengukur efikasi diri dalam penampilan status fungsional dan aspek manajemen diri yang berhubungan dengan proses penyembuhan pada pasien pasca serangan stroke.³⁴ Pengembangan kuesioner ini dilakukan selama tahun 2004-2006 dan dibagi menjadi tiga kali studi. Kuesioner ini telah diujicobakan kepada 112 penderita stroke. *The stroke Self-Efficacy Questionnaire* terdiri dari 13 item pertanyaan dengan hasil uji *cronbach's alpha* 0,90 dan nilai uji validitas $r = 0,803$ dan $p < 0,001$.³⁵

5) *Falls Efficacy Scale*

Falls Efficacy Scale merupakan instrumen untuk mengukur tingkat kekhawatiran akan jatuh dalam beraktivitas baik dalam kegiatan fisik maupun sosial, baik di dalam maupun di luar rumah. *Falls Efficacy Scale* mengukur tingkat kekhawatiran dalam empat poin skala likert dengan 1 = tidak khawatir dan 4 = sangat khawatir. Kuesioner ini telah diuji validitas dan reliabilitasnya dengan hasil *cronbach's α* 0,96. *Falls Efficacy Scale* terdiri dari 16 item pertanyaan.

3. Stroke

a. Definisi

Stroke merupakan sindrom dengan tanda dan gejala hilangnya fungsi saraf pusat fokal maupun global karena gangguan peredaran darah di otak yang mempunyai serangan mendadak dan berlangsung selama lebih dari 24 jam sebagai akibat *cerebrovascular disease* (CVD) yang dapat menimbulkan kelumpuhan hingga kematian.^{1,2,36} Defisit neurologis ini disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah di otak dan/atau terjadinya trombosis dan emboli. Stroke dibagi menjadi dua jenis, yaitu stroke iskemik atau stroke non hemoragik yang merupakan komplikasi dari penyakit vaskular dan stroke hemoragik yang disebabkan oleh adanya perdarahan intrakranial.²

Menurut *World Health Organization* (WHO), stroke adalah tanda-tanda klinis yang berkembang dengan cepat akibat gangguan fungsi otak

fokal, yang berlangsung selama 24 jam atau lebih serta dapat menyebabkan kematian, tanpa disertai penyebab lain selain kerusakan vaskuler.⁶

b. Etiologi

Adapun beberapa penyebab dari stroke antara lain sebagai berikut:^{2,36}

1) Trombosis serebral

Ateriosklerosis serebral dan pelambatan sirkulasi serebral adalah penyebab utama trombosis serebral. Secara umum trombosis serebral tidak terjadi secara tiba-tiba, biasanya diawali dengan kemampuan bicara yang hilang sementara, hemiplegia, atau paratesia pada setengah bagian tubuh yang terjadi pada beberapa jam atau beberapa hari sebelum serangan stroke.

2) Embolisme serebral

Emboli dapat berasal dari abnormalitas patologis pada jantung kiri atau infeksi paru. Emboli biasanya menyumbat arteri serebral tengah atau cabang-cabangnya dan merusak sirkulasi serebral.

3) Iskemia

Iskemia serebral atau insufisiensi suplai darah ke otak terjadi karena konstiksi atheroma pada arteri yang menyuplai darah ke otak sehingga menyebabkan terjadinya SIS.

4) Hemoragi serebral

Hemoragi dapat terjadi di luar duramater (EDH), di bawah duramater (SDH), di ruang sub arahnoid (SAH), atau di dalam substansi otak (ICH).

c. Faktor Risiko dan Pencegahan

Seseorang dengan faktor risiko stroke dapat terkena stroke. Faktor risiko stroke terbagi menjadi dua jenis, yakni faktor risiko yang tidak dapat diubah dan faktor risiko yang dapat diubah.^{37,38} Faktor risiko yang tidak dapat diubah terdiri dari usia, jenis kelamin, ras, riwayat keluarga, dan riwayat stroke sebelumnya. Sedangkan faktor risiko yang dapat diubah terdiri dari hipertensi, diabetes melitus, dislipidemia, merokok, dan obesitas. Faktor risiko stroke lainnya adalah gangguan tidur obstruktif, kadar homosistein yang tinggi, kadar lipoprotein yang tinggi, kontrasepsi hormonal, infeksi, dan penyakit jantung.^{37,38}

Faktor-faktor risiko tersebut dapat dikurangi dengan berbagai macam pencegahan baik primer maupun sekunder. Terdapat beberapa pencegahan sekunder yang dapat dilakukan oleh seseorang dengan risiko stroke seperti melakukan diet, aktivitas rutin, dan mengonsumsi obat sesuai resep dokter.³⁹

d. Klasifikasi

Klasifikasi stroke berdasarkan patologi dari serangan stroke terdiri dari:^{38,40}

1) Stroke hemoragik

Stroke hemoragik merupakan perdarahan serebri dan mungkin perdarahan subaraknoid yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak pada daerah otak tertentu dan pada umumnya menyebabkan penurunan kesadaran. Stroke hemoragik terdiri dari perdarahan intraserebri (ICH) dan perdarahan subaraknoid (SAH).

2) Stroke non hemoragik

Stroke non hemoragic dapat berupa iskemia atau emboli dan trombosis serebri yang dapat menyebabkan hipoksia dan kemudian timbul edema sekunder yang disebabkan oleh masalah vaskuler, kelainan jantung dan kelainan darah. Stroke non hemoragik dibagi menjadi dua berdasarkan waktunya yakni *Transient Ischaemic Attack* (TIA) dan *Reversible Ischaemic Neurological Deficit* (RIND).

e. Gejala Klinis

Gejala klinis yang muncul pada pasien stroke tergantung pada jenis stroke yang diderita:^{2,41}

1) Gejala klinis pada stroke hemoragik

Gejala klinis yang muncul pada pasien sroke hemoragik adalah defisit neurologis mendadak yang didahului oleh gejala prodromal

yang terjadi pada saat istirahat atau bangun pagi, kadang tidak terjadi penurunan kesadaran, biasanya terjadi pada usia >50 tahun, dan gejala neurologis yang timbul tergantung pada berat ringannya gangguan pembuluh darah dan lokasinya.

2) Gejala klinis pada stroke akut

Gejala klinis yang muncul pada pasien stroke akut adalah kelumpuhan wajah atau anggota badan (hemiparesis) yang timbul mendadak, gangguan sensibilitas pada satu anggota badan (hemisensorik), perubahan mendadak pada status mental (konfusi, delirium, letargi, stupor atau koma), afasia, disartria, ataksia, dan vertigo.

f. Dampak Stroke

Terdapat beberapa dampak stroke yang terjadi pada pasien stroke, yaitu:

1) Dampak fisik

Stroke dapat menimbulkan beberapa gangguan fisik seperti hemiparesis, hemiplegia yang disebabkan oleh gangguan motor neuron pada jalur piramidal, gangguan berkomunikasi, hilangnya indra perasa, nyeri, inkontinensia, disfagia, gangguan tidur, serta hilangnya fungsi dasar.⁴²

2) Dampak psikososial

Pasien stroke pada umumnya akan mengalami perubahan hubungan dan peran dikarenakan gangguan komunikasi yang

terjadi. Pasien stroke juga cenderung merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, serta tidak kooperatif. Disamping itu pasien stroke merasa akan lebih kesulitan dalam pemecahan masalah karena gangguan proses pikir dan gangguan berkomunikasi yang dialami. Pasien stroke biasanya tidak melaksanakan ibadah spiritual karena kelemahan yang dialaminya.³⁸

3) Dampak ekonomi

Stroke merupakan penyakit yang memerlukan biaya perawatan dan biaya pengobatan yang tidak sedikit. Biaya untuk pemeriksaan, pengobatan, dan perawatan dapat mempengaruhi stabilitas ekonomi keluarga dan dapat mempengaruhi stabilitas emosi baik pasien maupun keluarga.³⁸

g. Penatalaksanaan dan Terapi

Tindakan medis yang dilakukan terhadap pasien stroke meliputi diuretik untuk menurunkan edema serebral, antikoagulan juga dapat diberikan untuk mencegah terjadinya atau bertambah parahnya trombosis atau emboli, pemberian anti trombosit dapat dilakukan karena trombosis memegang peranan penting dalam pembentukan trombus dan emboli.³⁶ Beberapa macam penatalaksanaan stroke adalah pengawasan tekanan darah dan konsentrasinya, kontrol adanya edema yang dapat menyebabkan kematian jaringan otak, pengaturan suhu lingkungan, pemantauan keadaan umum klien, dan pengukuran suhu tubuh setiap dua jam.²

h. Fase Rehabilitasi Stroke

Pasien stroke mungkin tidak bisa menjalankan fungsinya seperti semula, bergantung pada keparahan stroke dan lokasi kerusakan otak. Pemulihan atau rehabilitasi pada pasien stroke harus dilakukan secara bertahap dan dimulai sejak pasien masih dirawat di rumah sakit.⁴³

Tujuan utama dari rehabilitasi pasien stroke adalah untuk meningkatkan mobilitas, menghindari nyeri, meningkatkan kemampuan perawatan diri, mencapai kontrol kandung kemih, meningkatkan proses pikir, mencapai kemampuan komunikasi, memelihara integritas kulit, memulihkan fungsi keluarga, dan menghindari terjadinya komplikasi.³⁶

Secara umum rehabilitasi pada pasien stroke dibagi dalam 3 fase sebagai acuan penentuan tujuan dan jenis intervensi rehabilitasi yang diberikan, yaitu:¹¹

1) Stroke fase akut (2 minggu pertama pasca serangan stroke)

Pada fase akut, umumnya keadaan hemodinamik pasien belum stabil dan masih dalam perawatan di rumah sakit. Pasien stroke dapat dirawat di ruang rawat biasa ataupun unit stroke. Pasien yang dirawat di unit stroke memberikan hasil perawatan yang lebih baik dibandingkan dengan pasien di ruang rawat biasa. Pasien cenderung lebih mandiri, lebih mudah kembali ke kehidupan sosialnya dan memiliki kualitas hidup yang lebih baik.

2) Stroke fase sub akut (antara 2 minggu hingga 6 bulan pasca serangan stroke)

Pada fase sub akut, keadaan hemodinamik pasien sudah lebih stabil dan diperbolehkan untuk kembali ke rumah, kecuali pada pasien yang memerlukan penanganan rehabilitasi intensif. Sekitar 80% pasien pulang dengan gejala sisa yang bervariasi beratnya dan memerlukan rehabilitasi untuk dapat kembali mencapai kemandirian.

Pada fase sub akut pasien mulai kembali untuk belajar melakukan aktivitas dasar perawatan diri dan berjalan. Rehabilitasi diperlukan untuk membuat gerakan pasien lebih terarah dan efisien dalam penggunaan energi. Rehabilitasi dilakukan dengan terapi latihan yang terstruktur, dengan pengulangan yang kontinu serta mempertimbangkan kinesiologi dan biomekanik gerak.

Tujuan rehabilitasi pada stroke fase sub akut adalah untuk mencegah timbulnya komplikasi akibat tirah baring, menyiapkan atau mempertahankan kondisi yang memungkinkan pemulihan fungsional yang paling optimal, mengembalikan kemandirian dalam melakukan aktivitas sehari-hari, serta mengembalikan kebugaran fisik dan mental.

3) Stroke fase kronis (lebih dari 6 bulan pasca serangan stroke)

Program latihan untuk fase stroke kronis hampir sama dengan fase sub akut. Hasil luaran dari rehabilitasi pada fase kronis ini

tergantungan pada beratnya stroke. Hasil luaran terdiri dari beberapa tingkatan seperti mandiri penuh dan kembali ke tempat kerja seperti sebelum sakit, mandiri penuh dan bekerja namun alih pekerjaan yang lebih ringan sesuai kondisi, mandiri penuh namun tidak bekerja, aktivitas sehari-hari perlu bantuan minimal dari orang lain, atau aktivitas sehari-hari sebagian besar atau sepenuhnya dibantu orang lain.

4. Hubungan Efikasi Diri dengan Kemandirian Aktivitas Sehari-hari

Aktivitas sehari-hari merupakan aktivitas pokok perawatan diri yang menjadi dasar penilaian tingkat kesehatan seseorang dan kebutuhan dasar yang mutlak.²¹⁻²³ Aktivitas sehari-hari dipengaruhi oleh beberapa faktor salah satunya adalah kesehatan fisik dan status mental seseorang.²³ Salah satu kondisi kesehatan fisik yang mempengaruhi aktivitas sehari-hari adalah adanya penyakit atau masalah pada sistem muskuloskeletal atau persarafan seperti stroke.^{5,10,23}

Sebanyak 80% pasien stroke pulang dengan gejala sisa yang bervariasi beratnya, seperti hemiparesis, afasia, disartria, disfagia, dan lain-lain.¹¹ Sebanyak 8,6% pasien stroke mengalami cacat ringan, 38,8% mengalami cacat sedang dan 52,6% mengalami cacat berat pasca stroke.⁵ Sebagian besar kecacatan pada pasien stroke terjadi karena hemiparesis atau kelemahan pasca serangan stroke sehingga pasien stroke tidak dapat melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri dan memerlukan bantuan orang lain ataupun alat bantu.^{6,16} Kelemahan dan keadaan ini menyebabkan

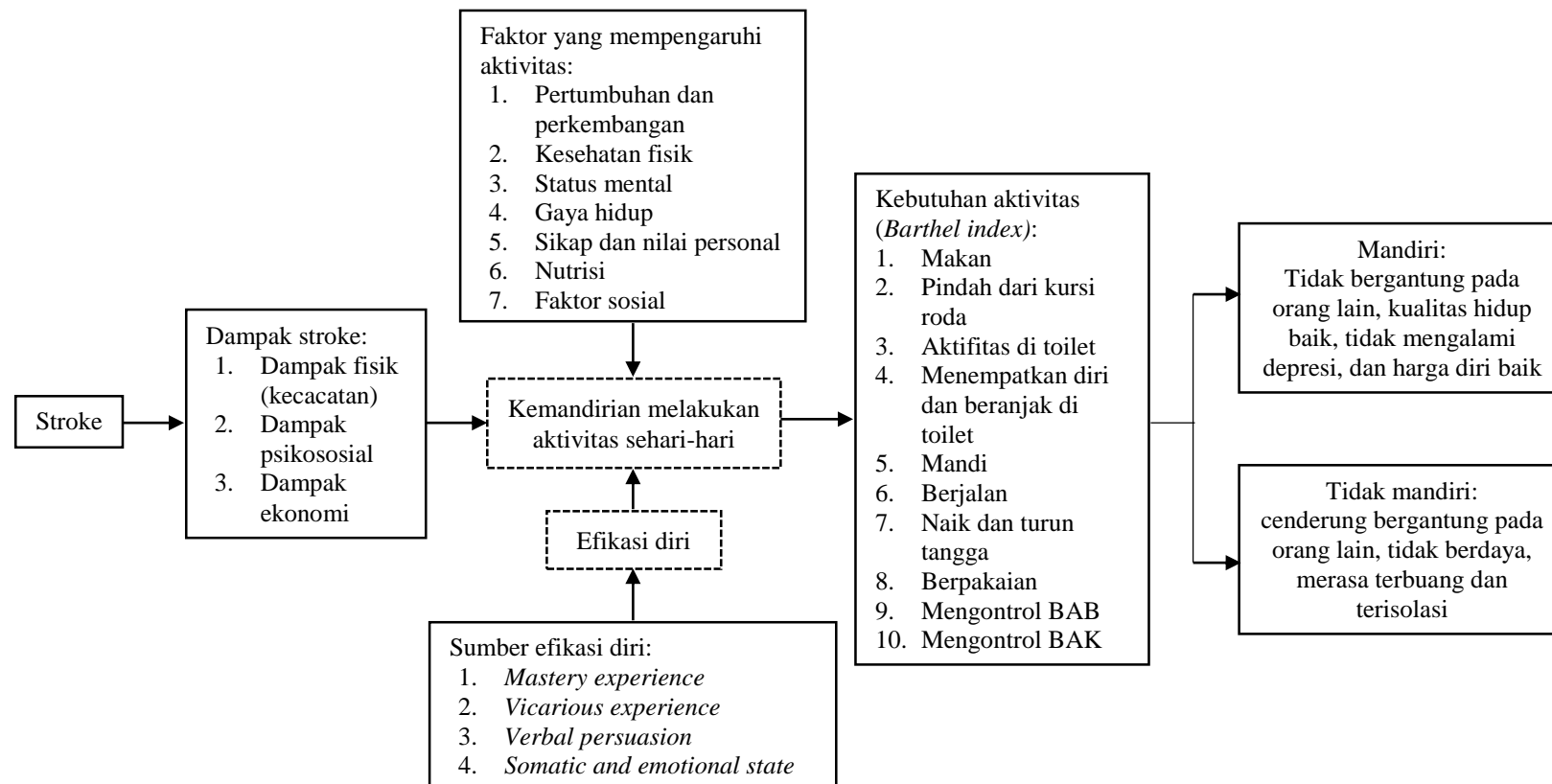
pasien stroke mengalami penurunan harga diri dan kualitas hidup, serta mengalami depresi.^{5,13}

Selain dipengaruhi oleh kesehatan fisik, kemandirian aktivitas sehari-hari juga dipengaruhi oleh status mental seseorang. Salah satu aspek status mental yang dapat mempengaruhi kemandirian aktivitas sehari-hari adalah efikasi diri.²³ Efikasi diri merupakan keyakinan seseorang terhadap kemampuannya untuk mencapai atau melakukan sesuatu dengan sukses dan dapat mempengaruhi bagaimana seseorang berpikir, merasa, memotivasi diri sendiri, dan berperilaku.^{19,20,30}

Efikasi diri yang kuat dapat meningkatkan keberhasilan dan kesejahteraan seseorang dalam banyak cara karena seseorang dengan keyakinan yang tinggi bahwa ia dapat menyelesaikan suatu tugas yang sulit akan menimbulkan minat dasar dan penyesuaian dalam menghadapi masalah.^{20,30} Sehingga pasien dengan efikasi diri yang tinggi cenderung lebih mampu memilih aspek-aspek yang dapat meningkatkan kondisi kesehatan dengan perilaku pencarian pengobatan.^{15,16,18}

Efikasi diri memungkinkan seseorang yang mengalami gangguan kesehatan fisik seperti yang dialami oleh pasien stroke meningkat motivasi sembuhnya dan berupaya untuk berperilaku sehat serta mencari pengobatan. Hal tersebut dapat mengatasi masalah kelemahan fisik yang dialami sehingga aktivitas sehari-hari dapat dipenuhi secara mandiri.^{16,17}

B. Kerangka Teori

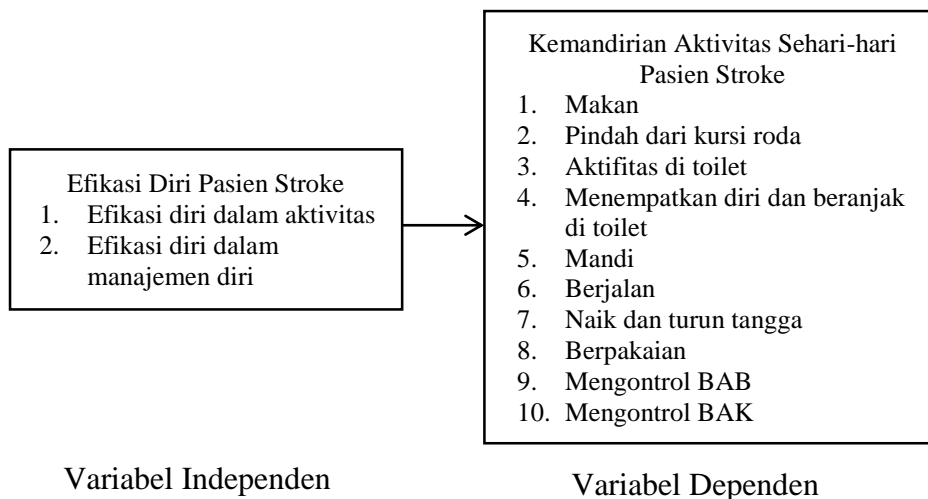


Gambar 1 Kerangka Teori^{5,13,15,16,20,23,27,42}

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Kerangka Konsep



Gambar 2 Kerangka Konsep

B. Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah jawaban sementara atas pertanyaan dari suatu penelitian yang harus diuji kebenarannya.^{44,45} Hipotesis dari penelitian ini adalah ada hubungan antara efikasi diri dengan kemandirian aktivitas sehari-hari pasien stroke.

C. Jenis dan Rancangan Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif non eksperimental, yaitu penelitian dengan menguraikan distribusi variabel-variabel secara numerik serta kemudian menguji hubungan antar variabel dengan menggunakan formula

statistik.⁴⁶ Penelitian ini dilakukan menggunakan desain penelitian deskriptif korelatif dan pendekatan *cross sectional*. Penelitian deskriptif merupakan suatu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama untuk membuat gambaran tentang suatu keadaan secara objektif untuk memberikan gambaran yang lebih detail mengenai suatu fenomena.^{44,47} Penelitian korelatif digunakan untuk mengkaji hubungan antara variabel.⁴⁸ Pendekatan *cross sectional* adalah penelitian dimana variabel pada objek penelitian diukur atau dikumpulkan dalam satu waktu tertentu.^{44,47} Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui hubungan antara efikasi diri dengan kemandirian aktivitas sehari-hari pada pasien stroke.

D. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan subjek penelitian yang akan diteliti.⁴⁴ Populasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah seluruh pasien stroke yang menjalani rawat jalan di instalasi rawat jalan RSUD Tugurejo Semarang dan RSUD K.R.M.T Wongsonegoro. Jumlah populasi adalah pasien yang datang ke instalasi rawat jalan RSUD Tugurejo Semarang yakni 35 pasien dan RSUD K.R.M.T Wongsonegoro 31 pasien. Sehingga jumlah populasi dalam penelitian ini berjumlah 66 orang. Jumlah populasi ini berdasarkan jumlah rata-rata pasien yang datang ke ruang rawat jalan dalam tiga bulan terakhir menurut catatan rekam medis.

2. Sampel

Sampel penelitian merupakan bagian dari populasi penelitian yang akan diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi.^{44,47} Sampel penelitian ini menggunakan *non probability sampling consecutive sampling* yakni pemilihan sampel dengan menetapkan subjek yang memenuhi kriteria penelitian sampai kurun waktu tertentu sehingga jumlah responden yang diperlukan terpenuhi.⁴⁹ Sampel pada penelitian ini menggunakan *total sampling* yakni seluruh pasien stroke yang menjalani rawat jalan di instalasi rawat jalan RSUD Tugurejo Semarang dan RSUD K.R.M.T Wongsonegorodalam jangka waktu empat minggu pengambilan data penelitian berdasarkan kriteria inklusi eksklusi:

a. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi merupakan karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target dan terjangkau yang akan diteliti.⁴⁴

- 1) Pasien stroke baik stroke hemoragic maupun stroke non hemoragic yang menjalani perawatan di instalasi rawat jalan RSUD Tugurejo Semarang dan RSUD K.R.M.T Wongsonegoro.
- 2) Pasien stroke yang berusia 22 tahun hingga 65 tahun.
- 3) Pasien stroke dengan lama stroke antara 4 minggu sampai 24 minggu.
- 4) Pasien stroke yang dapat berkomunikasi dengan baik dan/atau membaca atau menulis.

b. Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi merupakan menghilangkan atau mengeluarkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi dan tidak dapat diikutsertakan dalam penelitian dalam penelitian.⁴⁴

- 1) Pasien yang mengalami kecacatan atau kelumpuhan yang bukan disebabkan oleh serangan stroke berdasarkan catatan rekam medis.
- 2) Pasien yang menderita penyakit jantung, diabetes melitus, atau asma.

3. Prosedur dan Teknik Pengambilan Sampel

Prosedur pengambilan sampel atau *sampling* adalah suatu proses dalam menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi.⁴⁴ Sedangkan teknik pengambilan sampel adalah teknik yang dipergunakan untuk mengambil sampel dari populasi.⁴⁴

Pengambilan sampel pada penelitian ini adalah menggunakan teknik *non probability sampling consecutive sampling* yakni pemilihan sampel dengan menetapkan subjek yang memenuhi kriteria penelitian sampai kurun waktu tertentu sehingga jumlah responden yang diperlukan terpenuhi.⁴⁹

E. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di instalasi rawat jalan RSUD Tugurejo Semarang dan RSUD K.R.M.T Wongsonegoro. Pengambilan data penelitian berlangsung selama bulan Mei.

F. Variabel Penelitian, Definisi Operasional, dan Skala Pengukuran

1. Variabel Penelitian

a. Variabel Independen

Variabel independen atau variabel bebas adalah variabel yang dimanipulasi oleh peneliti dan dapat menyebabkan suatu perubahan terhadap variabel lainnya.⁵⁰ Variabel independen dalam penelitian ini adalah efikasi diri pasien stroke.

b. Variabel Dependen

Variabel dependen atau variabel terikat adalah variabel yang mengalami perubahan sebagai akibat dari perubahan variabel independen.⁵⁰ Variabel dependen pada penelitian ini adalah kemandirian aktivitas sehari-hari pasien stroke.

2. Definisi Operasional dan Skala Pengukuran

Definisi operasional adalah suatu definisi ketika variabel-variabel penelitian menjadi bersifat operasional sehingga konsep yang masih bersifat abstrak menjadi operasional yang memudahkan pengukuran variabel tersebut.⁵¹ Perumusan definisi operasional dalam penelitian diperlukan untuk kepentingan akurasi, komunikasi, dan replikasi.⁴⁹

Tabel 1 Definisi Operasional dan Skala Pengukuran

No.	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Alat Pengukuran	Cara Pengukuran	Hasil Pengukuran	Skala Pengukuran
1.	Variabel independen: efikasi diri	Efikasi diri adalah keyakinan seseorang terhadap kemampuannya untuk mencapai atau melakukan sesuatu dengan sukses, serta dapat menentukan bagaimana seseorang merasa, berpikir, memotivasi diri sendiri dan berperilaku.	Alat ukur yang digunakan adalah <i>The Stroke Self-Efficacy Questionnaire</i> (SSEQ) yang terdiri dari 13 item pertanyaan.	Responden menjawab pertanyaan dengan melingkari titik yang menggambarkan keyakinan responden dengan skala semantik diferensial dalam rentang 0-3.	Nilai 27-39 = efikasi diri tinggi Nilai 13-26 = efikasi diri sedang Nilai 0-12 = efikasi diri rendah	Ordinal
2.	Variabel dependen: kemandirian aktivitas sehari-hari	Kemandirian aktivitas sehari-hari adalah aktivitas pokok perawatan diri yang meliputi ke toilet, makan, berpakaian, berdandan, mandi dan berpindah tempat dimana kemampuan ini	Alat pengukuran yang digunakan adalah kuesioner <i>Barthel Index</i> yang terdiri dari 10 item pertanyaan yang terdiri dari makan, berpindah, aktivitas di toilet, menempatkan diri dan beranjak dari	Responden menjawab tiap item pertanyaan dengan memberikan tanda pada jawaban yang sesuai dengan keadaan responden.	Nilai 0-19 = ketergantungan total Nilai 20-39 = sangat tergantung Nilai 40-59 = tergantung sebagian Nilai 60-79 = memerlukan bantuan minimal	Ordinal

	merupakan dasar penilaian tingkat kesehatan seseorang dan merupakan kebutuhan dasar yang mutlak diharapkan oleh setiap manusia.	toilet, mandi, berjalan di permukaan datar, naik-turun tangga, berpakaian, mengontrol BAB dan BAK.	Nilai 80-100 = mandiri	
Karakteristik Responden				
1. Usia	Usia responden dalam tahun berdasarkan hari ulang tahun terakhir	Kuesioner demografi	Usia berkisar antara 20-65 tahun	Rasio
2. Jenis Kelamin	Responden berdasarkan jenis kelamin laki-laki atau perempuan	Kuesioner demografi	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
3. Status Perkawinan	Status perkawinan responden berdasarkan status perkawinan terakhir	Kuesioner demografi	1. Menikah 2. Belum Menikah 3. Duda/Janda	Nominal
4. Pendidikan	Pendidikan responden berdasarkan tingkat pendidikan terakhir	Kuesioner demografi	1. SD 2. SMP 3. SMA 4. Diploma 5. Sarjana 6. Pasca Sarjana	Ordinal

5.	Jenis Stroke	Responden berdasarkan jenis stroke yang dialami	Kuesioner demografi	1. Stroke non-hemoragik 2. Stroke hemoragik	Nominal
6.	Lama Stroke	Responden berdasarkan lama stroke pasca serangan stroke	Kuesioner demografi	Lama stroke yang diderita berkisar antara 4 minggu-24 minggu	Interval
7.	Serangan stroke	Responden berdasarkan jenis jumlah serangan stroke yang dialami	Kuesioner demografi	1. Serangan pertama 2. Serangan sekuel	Nominal

G. Alat Penelitian, Cara Pengumpulan Data

1. Alat Penelitian

Alat yang digunakan dalam penelitian ini adalah instrument penelitian, alat tulis dan alat pengolah data seperti kalkulator dan komputer. Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dengan instrument penelitian *The Stroke Self-Efficacy Questionnaire* (SSEQ) dan *Barthel Index* (BI) yang terdiri dari:

a. Kuesioner A (Data Demografi)

Kuesioner A meliputi data demografi yang digunakan untuk mengetahui karakteristik responden yang terdiri dari kode responden, usia, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, jenis stroke, lama stroke dan serangan stroke.

b. Kuesioner B

Kuesioner B adalah *The Stroke Self Efficacy Questionnaire* yang terdiri dari 13 item pertanyaan untuk menilai efikasi diri responden dari domain tertentu kemampuan fungsional pasca stroke. 13 item pertanyaan dikelompokkan menjadi dua yakni kelompok item pertanyaan aktivitas (pertanyaan nomor 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, dan 8) dan kelompok item manajemen diri (pertanyaan nomor 9, 10,11, 12, dan 13). Setiap item pertanyaan terdiri dari empat pilihan jawaban dalam skala semantic diferensial.³⁴

c. Kuesioner C

Kuisisioner C adalah *Barthel Index* yang terdiri dari 10 item pertanyaan untuk menilai tingkat aktivitas sehari-hari yang dapat dilakukan responden. Item pertanyaan *Barthel Index* terdiri dari makan, mandi, berdandan, berpakaian, mengontrol buang air besar, mengontrol buang air kecil, penggunaan toilet, berpindah (dari tempat tidur ke kursi dan sebaliknya), berjalan di permukaan datar, dan naik turun tangga. Skor untuk setiap item pertanyaan berbeda-beda. Skor 0-5 untuk mandi dan berdandan. Skor 0-10 untuk makan, berpakaian, mengontrol buang air besar, mengontrol buang air kecil, penggunaan toilet, dan naik turun tangga. Skor 0-15 untuk berpindah dan berjalan di permukaan datar.²⁷

2. Uji Validitas dan Uji Reliabilitas

a. Uji Validitas

Uji validitas merupakan sebuah uji terhadap alat ukur penelitian untuk mengukur apakah alat ukur tersebut dapat mengukur apa yang seharusnya diukur.⁵² *The Stroke Self-Efficacy Questionnaire* yang dibuat oleh Fiona Jones akan diuji validitas konstruk setelah dilakukan *back translate* pada kuesioner. Kuesioner akan dialihbahasakan oleh Bapak Asih Nur Akhir, S.Pd dan *back translate* oleh Ibu Ns. Henni Kusuma, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.MB. Kuesioner *Barthel Index* yang dibuat oleh Flowrence I. Mahoney dan Dorothea W. Barthel dengan hak *Maryland State Medical Society* (MedChi) sebagai pemegang hak cipta. Uji validitas *Barthel Index* pernah dilakukan di Indonesia oleh Iskandar

Agung pada 100 responden dengan hasil ICC tiap butir pertanyaan sangat baik yakni lebih dari 0,75, kecuali pada pertanyaan mengontrol rangsang buang air besar mendapatkan hasil ICC 0,645 yang masuk kedalam kategori baik.⁵³

b. Uji Reliabilitas

Selain mempertimbangkan aspek validitas, alat ukur penelitian juga seharusnya mempertimbangkan aspek reliabilitas. Reliabilitas merupakan sejauh mana alat ukur mampu menghasilkan nilai yang sama atau konsisten walaupun dilakukan pengukuran berulang atau beberapa kali pengukuran pada subjek dan aspek yang sama.⁵² Uji reliabilitas pada *The Stroke Sel-Efficacy Questionnaire* dilakukan pada 20 responden dari RSUD Tugurejo dan RSUD K.R.M.T Wongsonegoro. Kuesioner *Barthel Index* dalam Bahasa Indonesia telah diuji di Indonesia pada 100 responden oleh Iskandar Agung. Uji reliabilitas *cronbach's α* menunjukkan hasil 0,938 yang menandakan bahwa kuesioner *Barthel Index* sangat reliabel untuk digunakan.

3. Cara Pengumpulan Data

Pengumpulan data yang dilakukan pada penelitian ini dilakukan dengan cara berikut:

- a. Peneliti mengajukan ijin penelitian ke instalasi rawat jalan RSUD Tugurejo Semarang dan RSUD K.R.M.T Wongsonegoro sesuai dengan alur perijinan yang berlaku.

- b. Peneliti melakukan studi dokumentasi di instalasi rawat jalan RSUD Tugurejo Semarang dan RSUD K.R.M.T Wongsonegoro setelah mendapatkan izin dari RSUD Tugurejo Semarang RSUD K.R.M.T Wongsonegoro.
- c. Peneliti melakukan koordinasi dengan petugas di instalasi rawat jalan RSUD Tugurejo Semarang dan RSUD K.R.M.T Wongsonegoro untuk menjelaskan tujuan dan manfaat penelitian.
- d. Peneliti mencatat jumlah pasien yang menjalani perawatan di instalasi rawat jalan RSUD Tugurejo Semarang dan RSUD K.R.M.T Wongsonegoro.
- e. Peneliti dibantu oleh petugas instalasi rawat jalan RSUD Tugurejo Semarang dan RSUD K.R.M.T Wongsonegoro menyeleksi responden sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi dan membagikan lembar persetujuan menjadi responden.
- f. Peneliti melakukan komunikasi kepada responden guna menjelaskan prosedur penelitian dan meminta kesediaan responden untuk menjadi responden penelitian.
- g. Peneliti menjelaskan cara pengisian kuesioner dan memberikan kuesioner untuk diisi responden atau dibantu oleh keluarga jika diperlukan.
- h. Peneliti memeriksa kelengkapan pengisian kuesioner jika masih belum lengkap responden diminta melengkapi kuesioner.

H. Teknik Pengolahan Data dan Analisa Data

1. Teknik Pengolahan Data

Data yang telah dikumpulkan melalui proses pengumpulan data kemudian diolah melalui beberapa proses atau tahapan untuk dianalisis.^{47,52}

a. *Editing*

Tahap editing adalah tahap pertama dalam pengolahan data penelitian atau data statistik dimana peneliti memeriksa data yang terkumpul melalui instrumen penelitian. Tahap ini merupakan tahap untuk melengkapi data yang kurang dan memperbaiki atau mengoreksi data yang sebelumnya belum jelas.⁵²

b. *Scoring*

Peneliti melakukan penilaian pada setiap jawaban responden untuk masing-masing kuesioner.

1) Kuesioner B

Kuesioner B *The Stroke Self Efficacy Questionnaire* terdiri dari 13 item pertanyaan dan setiap pertanyaan memiliki 4 pilihan jawaban yang digambarkan dalam rentang skala 0-3.

2) Kuesioner C

Kuisoner C *Barthel Index* terdiri dari 10 item pertanyaan yang memiliki skoring yang berbeda pada beberapa item pertanyaan.

a) Makan

0 = tidak mampu

5 = memerlukan bantuan

10 = mandiri

b) Mandi

0 = tergantung pada orang lain

5 = mandiri

c) Berdandan

0 = memerlukan bantuan dalam perawatan pribadi

5 = mandiri (wajah, rambut, gigi, atau mencukur)

d) Berpakaian

0 = tergantung pada orang lain

5 = memerlukan bantuan tetapi dapat melakukan sekitar setengahnya secara mandiri.

10 = mandiri (termasuk mengancingkan baju, resleting, dll)

e) Mengontrol buang air besar

0 = inkontinensia atau memerlukan enema

5 = sesekali mengalami kecelakaan dalam mengontrol BAB

10 = mandiri

f) Mengontrol buang air kecil

0 = inkontinensia atau menggunakan kateter dan tidak dapat mengatur sendiri

5 = sesekali mengalami kecelakaan dalam mengontrol BAK

10 = mandiri

g) Penggunaan toilet

0 = tergantung pada orang lain

5 = memerlukan beberapa bantuan, namun dapat melakukan sebagian secara mandiri

10 = mandiri (melepas dan memakai kembali pakaian, dan menyeka)

h) Berpindah

0 = tidak dapat melakukan, tidak ada keseimbangan

5 = memerlukan bantuan 1 atau dua orang untuk duduk

10 = memerlukan sedikit bantuan dan pengawasan

15 = mandiri

i) Berjalan pada permukaan datar

0 = tidak dapat berjalan atau <45,72 meter

5 = menggunakan kursi roda, >45,72 meter

10 = berjalan dengan dibantu seseorang baik bantuan verbal atau fisik, >45,72 meter

15 = mandiri atau menggunakan alat bantu berjalan, >45,72 meter

j) Naik turun tangga

0 = tidak dapat melakukan

5 = memerlukan bantuan

10 = mandiri

c. *Coding*

Pada tahap ini dilakukan pemberian kode untuk mempermudah tahap berikutnya terutama tabulasi data.⁵² Pengkodean data merupakan

proses penyusunan secara sistematis data mentah atau data yang adapada kuesioner ke dalam bentuk yang mudah dibaca oleh mesin pengolah data.⁴⁷ Pengkodean pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

1) Kuesioner A

a) Kode responden

b) Usia

Pada data usia tidak dilakukan *coding*. Saat pengolahan data usia responden dimasukkan dalam bentuk numerik.

c) Jenis kelamin

Jenis kelamin laki-laki diberi kode 0 sedangkan jenis kelamin perempuan diberi kode 1.

d) Status perkawinan

Status perkawinan menikah diberi kode 0, belum menikah diberi kode 1, dan duda/janda diberi kode 2.

e) Pendidikan

Pendidikan terakhir SD diberi kode 0, SMP diberi kode 1, SMA diberi kode 2, Diploma diberi kode 3, Sarjana diberi kode 4, dan Pasca Sarjana diberi kode 5.

f) Jenis stroke

Jenis stroke non hemoragik diberi kode 0 dan stroke hemoragik diberi kode 1.

g) Lama stroke

Pada data lama stroke tidak dilakukan *coding*. Saat pengolahan data lama stroke dimasukkan dalam bentuk numerik.

h) Serangan stroke

Jumlah kejadian serangan stroke yang pernah dialami dibagi menjadi dua kelompok, serangan pertama diberi kode 0 dan serangan sekuel diberi kode 1.

2) Kuesioner B

Kuesioner B *The Stroke Self Efficacy Questionnaire* terdiri dari 13 pertanyaan dan setiap pertanyaan memiliki 4 pilihan jawaban dengan rentang 0-3 sehingga nilai yang didapatkan dari kuesioner B berkisar antara 0-39.

a) Nilai 27-39 (efikasi diri tinggi) = 2

b) Nilai 13-26 (efikasi diri sedang) = 1

c) Nilai 0-12 (efikasi diri rendah) = 0

3) Kuesioner C

Pada kuisoner C *Barthel Index* terdiri dari 10 item pertanyaan dan setiap pertanyaan memiliki pilihan jawaban masing-masing yang telah dijabarkan dalam *scoring* sehingga jumlah nilai berkisar antara 0-100.

a) Nilai 0-19 (ketergantungan total) = 0

b) Nilai 20-39 (sangat tergantung) = 1

c) Nilai 40-59 (tergantung sebagian) = 2

- d) Nilai 60-79 (memerlukan bantuan minimal) = 3
- e) Nilai 80-100 (mandiri) = 4

d. *Tabulating*

Tabulating atau tahap penyusunan data dilakukan untuk mempermudah dalam analisis data secara statistik yang dapat dilakukan dengan tabulasi manual atau tabulasi menggunakan *software*.⁵² Kegiatan tabulasi dalam penelitian ini meliputi pengelompokan data sesuai dengan tujuan penelitian kemudian dimasukkan kedalam tabel-tabel yang telah ditentukan berdasarkan kuesioner.

2. Analisa Data

Analisa data merupakan suatu proses lanjutan dari proses pengolahan data untuk melihat bagaimana menginterpretasikan data kemudian menganalisis data dari hasil yang sudah ada pada tahap pengolahan data.⁴⁷

a. Analisa Univariat

Analisa univariat adalah analisa terhadap satu variabel untuk mengetahui besar frekuensi masing-masing kategori dari variabel independen yang beresiko dan variabel dependen yang beresiko serta mengetahui adanya homogenitas.^{47,54} Data dari penelitian ini yang akan dianalisa menggunakan analisa univariat adalah karakteristik responden, efikasi diri, dan kemandirian aktivitas sehari-hari pada pasien stroke. Data-data tersebut diolah dalam bentuk presentase dan tabel distribusi frekuensi menggunakan komputer. Sehingga akan didapatkan gambaran karakteristik resonponden, efikasi diri dan

kemandirian aktivitas sehari-hari dalam bentuk tabel distribusi frekuensi yang disertai dengan persentasenya.

b. Analisa bivariat

Analisa bivariat bertujuan untuk mengetahui hubungan antara variabel independen dan variabel dependen.^{54,55} Pada penelitian ini analisa bivariat digunakan untuk mengetahui hubungan antara variabel independen efikasi diri dan variabel dependen kemandirian aktivitas sehari-hari seta membuktikan hipotesa penelitian. Penelitian ini menggunakan uji korelasi spearman dikarenakan kedua variabel yang akan diuji merupakan data ordinal. Uji korelasi spearman rank digunakan untuk menentukan ada atau tidaknya hubungan antara kedua variabel dan mengukur tingkat atau eratnya hubungan antara kedua variabel tersebut.

I. Etika Penelitian

Peneliti meminta surat pengantar penelitian kepada bagian akademik Program Studi Ilmu Keperawatan yang ditujukan kepada Direktur RSUD Tugurejo Semarang dan RSUD K.R.M.T Wongsonegoro sebelum penelitian. Kemudian peneliti memasukkan surat pengantar penelitian tersebut ke RSUD Tugurejo Semarang dan RSUD K.R.M.T Wongsonegoro. Penelitian ini dilakukan berdasarkan beberapa prinsip etika dalam penelitian keperawatan yaitu.^{48,56}

1. *Autonomy*

Peneliti menjelaskan maksud dan tujuan penelitian yang akan dilakukan serta menjelaskan lembar persetujuan. Jika responden bersedia menjadi responden, maka responden menandatangani lembar persetujuannya. Sebaliknya jika responden tidak bersedia menjadi responden, maka peneliti akan menghormati hak-hak partisipan dengan tidak memberikan paksaan.

2. *Anonymity*

Anonymity merupakan masalah etika dalam penelitian dimana tidak mencantumkan nama responden dalam alat ukur, tetapi hanya mencantumkan kode pada lembar tersebut. Peneliti meminta responden untuk menggunakan inisial bukan nama lengkapnya.

3. *Confidentially*

Kerahasiaan merupakan etika dalam penelitian dimana peneliti akan menjamin kerahasiaan semua informasi penelitian baik informasi atau masalah-masalah lainnya.

4. *Non Maleficence*

Responden dalam penelitian dihindarkan dari kecelakaan yang tidak menguntungkan. Segala hal yang dilakukan tidak merugikan responden.

DAFTAR PUSTAKA

1. Lionel G. *Lecture Notes: Neurologi*. 8th ed. Jakarta: Penerbit Erlangga, 2008.
2. Batticaca F. *Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: Penerbit Salemba Medika, 2011.
3. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2013. *Laporan Nasional 2013* 2013; 1–384.
4. Kaul S, Munshi A. Genetics of Ischemic Stroke: Indian Perspective. *Neurology India* 2012; 60: 498–503.
5. Pei L, Zang XY, Wang Y, et al. Factors associated with activities of daily living among the disabled elders with stroke. *International Journal of Nursing Sciences* 2016; 3: 29–34.
6. Truelsen T, Begg S, Mathers C. *The Global Burden of Cerebrovaskular Disease*. Genewa, 2005.
7. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2013.
8. Dinas Kesehatan Semarang. Profil Kesehatan Kota Semarang 2014.
9. Morone G, Paolucci S, Iosa M. In What Daily Activities Do Patients Achieve Independence after Stroke? *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases* 2015; 24: 1931–1937.
10. Harris GM, Collins-McNeil J, Yang Q, et al. Depression and Functional Status Among African American Stroke Survivors in Inpatient Rehabilitation. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases* 2016; 0: e28–e292.
11. Wirawan RP. Rehabilitasi Stroke pada Pelayanan Kesehatan Primer. *Maj Kedokt Indon* 2009; 59: 61–71.
12. Noorkasiani TS. *Kesehatan Usia Lanjut dengan Pendekatan Asuhan Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika, 2009.
13. Fadlulloh SF, Upoyo AS, Hartanto YD. Hubungan Tingkat Ketergantungan

- Dalam Pemenuhan Aktivitas Kehidupan Sehari-hari (AKS) dengan Harga Diri Penderita Stroke di Poliklinik Syaraf RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto. *The Soedirman Journal of Nursing* 2014; 9: 134–145.
14. Singhpoo K, Charerntanyarak L, Ngamroop R, et al. Factors related to quality of life of stroke survivors. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases* 2012; 21: 776–781.
 15. Al-Qutab R, Bergreen V, Halabi Y, et al. Educational Intervention to Improve Breast Health Knowledge among Women in Jordan. *Asian Pacific Cancer Prev* 2011; 11: 1167–1173.
 16. Frost Y, Weingarden H, Zeilig G, et al. Self-care self-efficacy correlates with independence in basic activities of daily living in individuals with chronic stroke. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases* 2015; 24: 1649–1655.
 17. Rittle CR, Chen S, Lewthwaite R, et al. Discriminant validity of a new measure of self-efficacy for reaching movements after stroke-induced hemiparesis. *Journal of Hand Therapy* 2013; 26: 116–123.
 18. Fauziah JP, Endang S. Hubungan Antara Efikasi Diri dengan Perilaku Mencari Pengobatan pada Penderita Kanker Payudara di RSUD Ibnu Sina Gresik. *Jurnal Psikologi dan Kesehatan Mental* 2012; 1: 138–144.
 19. Bandura A. *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. New Jersey: Prentice Hall, 1986.
 20. DeVellis BM. Self-efficacy theory. *Patient education newsletter* 1983; 6: 4–6.
 21. Tamher S, Noorkasiani. *Kesehatan Usia Lanjut dengan Pendekatan Asuhan Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika, 2009.
 22. Dewi SR. *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*. 1st ed. Yogyakarta: Penerbit Deepublish, 2014.
 23. Mubarak WI, Chayatin N. *Buku Ajar Kebutuhan Dasar Manusia: Teori & Aplikasi dalam Praktik*. Jakarta: EGC, 2007.
 24. Asmadi. *Teknik Prosedural Keperawatan: Konsep dan Aplikasi Kebutuhan*

- Dasar Klien*. Jakarta: Salemba Medika, 2008.
25. Marvin K, Zelter L. Barthel Index (BI). *Heart and Stoke Foundation Canadian Partnership for Stroke Recovery*<http://www.strokingengine.ca/assess/bi/> (2015, accessed 1 January 2017).
 26. Mahoney F, Barthel D. Functional evaluation: the Barthel index. *Maryland state medical journal* 1965; 14: 61–65.
 27. Mahoney F, Barthel D. Functional evaluation: The Barthelindex (BI+ Guidelines Provided by the Internet Stroke Center). *Maryland State Med Journal* 1965; 14: 56–61.
 28. Wallace M. Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL) Katz Index of Independence in Activities of Daily Living INDEPENDENCE : DEPENDENCE : *American journal of nursing* 2008; 108: 67–71.
 29. Graf C. The Lawton Instrumental Activities of Daily Living (IADL) Scale. *The Hartford Institute for Geriatric Nursing*<https://consultgeri.org/try-this/general-assessment/issue-23> (accessed 1 January 2017).
 30. Bandura A. Self-Efficacy. *Encyclopedia of human behavior* 1994; 4: 71–81.
 31. Bandura A. *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. United States: W. H. Freeman, 1997.
 32. Schwarzer R, Jerusalem M. General Self-Efficacy Scale (GSE). *Measurement Instrument Database for The Social Science*<http://www.midss.org/content/general-self-efficacy-scale-gse> (accessed 1 January 2017).
 33. Bott R. General Self Efficacy. *Igarss 2014* 2014; 1–5.
 34. Riazi A, Aspden T, Jones F. Stroke Self-efficacy Questionnaire : A Rasch-refined measure of confidence post stroke. Epub ahead of print 2014. DOI: 10.2340/16501977-1789.
 35. Jones F, Partridge C. Kent Academic Repository confidence in functional performance after stroke. Epub ahead of print 2008. DOI: 10.1111/j.1365-

2702.2008.02333.x.

36. Smeltzer SC, Bare BG. *Brunner & Suddarth Textbook of Medical Surgical Nursing*. Philadelphia: Lipincott Williams & Wilkins, 2008.
37. Pinzon R, Asanti L. *Awas Stroke! Pengertian, Gejala, Tindakan, Perawatan, dan Pencegahan*. Yogyakarta: Andi Offset, 2010.
38. Muttaqin A. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: Salemba Medika, 2008.
39. Lumbantobing SM. *Neurogeriatri*. Jakarta: Balai Penerbit FK UI, 2004.
40. Dewanto G, Suwono WJ, Riyanto B, et al. *Panduan Praktis Diagnosis dan Tata Laksana Penyakit Saraf*. Jakarta: EGC, 2009.
41. Gofir A. *Manajemen Stroke*. Yogyakarta: Pustaka Cendekia Press, 2009.
42. Lingga L. *All About Stroke Hidup Sebelum dan Pasca Stroke*. Jakarta: Elex Media Komputindo, 2013.
43. Bastable SB. *Perawat Sebagai Pendidik: Prinsip-prinsip Pengajaran dan Pembelajaran*. Jakarta: EGC, 2002.
44. Setiadi. *Konsep dan Penulisan Riset Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu, 2007.
45. Nasir A, Munith A, Ideputri ME. *Buku Ajar: Metodologi Penelitian Kesehatan Konsep Pembuatan Karya Tulis dan Thesis untuk Mahasiswa Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika, 2011.
46. Wibowo A. *Metodologi Penelitian Praktis Bidang Kesehatan*. Jakarta: Rajawali Pers, 2014.
47. Prasetyo B, Jannah LM. *Metode Penelitian Kuantitatif*. Jakarta: Rajawali Pers, 2014.
48. Hidayat AAA. *Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah*. Jakarta: Salemba Medika, 2008.
49. Nursalam. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. 2nd ed. Jakarta: Salemba Medika, 2003.
50. Swarjana IK. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: Andi Offset, 2015.

51. Wasis. *Pedoman Riset Praktis untuk Profesi Perawat*. Jakarta: EGC, 2008.
52. Swarjana IK. *Statistik Kesehatan*. Yogyakarta: Andi Offset, 2016.
53. Iskandar A. Uji Keandalan dan Kesahihan Indeks Activity of Daily Living Barthel untuk Mengukur Status Fungsional Dasar pada Usia Lanjut di RSCM. *Universitas Indonesia*.
54. Lapau B. *Metodologi Penelitian Kebidanan: Panduan Penulisan Protokol dan Laporan Hasil Penelitian*. Jakarta: Yayasan Pustaka Obor Indonesia, 2015.
55. Budiharto. *Metodologi Penelitian Kesehatan dengan Contoh Bidang Ilmu Kesehatan Gigi*. Jakarta: EGC, 2008.
56. Notoatmojo S. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Renca Cipta, 2009.

LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat Ijin Pengkajian Data Awal



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TENGAH
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH TUGUREJO
Alamat Kantor : Jl. Raya Tugurejo – Semarang Telp. 7605378,7605297 Fax.7604398
Email : tugurejo@jatengprov.go.id Website : www.rstugurejo.com

Semarang, 15 Nopember 2016

Nomor : 423.4/9614
Lampiran : -
Perihal : Ijin Pengkajian Data Awal

Kepada Yth.
Dekan Fakultas Kedokteran
Universitas Diponegoro (UNDIP)
di-

SEMARANG

Menindaklanjuti surat Saudara Nomor : 11456/UN7.3.4/DI/PP/2016 tanggal 4 Nopember 2016 perihal tersebut pada pokok surat, pada dasarnya kami **tidak keberatan dan memberi ijin** untuk melaksanakan Pengkajian Data Awal di RSUD Tugurejo Provinsi Jawa Tengah kepada Mahasiswa yang Saudara ajukan :

NAMA : Desnya Medeka Pertamina
NIM : 22020113120041
Prodi : S1 Ilmu Keperawatan
JUDUL : “ Kemandirian Pemenuhan *Activity Daily Living* pada Pasien Stroke “.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

an. DIREKTUR RSUD TUGUREJO
PROVINSI JAWA TENGAH
Wadir Umum dan Keuangan


Dra. RETNO SUDEWI, Apt., MSi, MM
Pembina Tingkat I
NIP. 19681124 199310 2 001

TEMBUSAN :
1. Direktur RSUD Tugurejo (sebagai laporan)

Lampiran 2. Surat Ijin Pengkajian Data dan Penelitian



PEMERINTAH KOTA SEMARANG
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
K.R.M.T. WONGSONEGORO

Jl. Fatmawati No. 1 Telp. 6711500, Fax. 6717755 Semarang - 50272

Nomor : 070 / 0834 / 2017
Lampiran : -
Perihal : **Permohonan Ijin
Pengkajian Data & Penelitian**

Semarang,

27 FEB 2017

K e p a d a :
Yth. Dekan Fakultas Kedokteran
Universitas Diponegoro

di -

SEMARANG

Menanggapi surat Saudara Nomor 2/2/UN7.3.4/DI/PP/2017 tanggal 11 Januari 2017 perihal sebagaimana tersebut pada pokok surat, bahwa pada prinsipnya kami tidak keberatan apabila mahasiswa S I Keperawatan Universitas Diponegoro Semarang atas :

Nama : Desnya Medeka Pertamina
NIM : 22020113120041
Judul : Hubungan antara Efikasi diri dengan kemandirian aktivitas sehari-hari pada pasien stroke.

Berminat mengadakan penelitian di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Mentaati semua peraturan tentang pendidikan dan pelatihan yang berlaku di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro;
2. Bersedia membayar biaya sebesar Rp. 210.000,00/kegiatan/peneliti.
3. Setelah selesai penelitian mohon untuk menyerahkan copy hasil penelitian kepada bagian DIKLAT RSUD K.R.M.T Wongsonegoro.

Demikian untuk menjadikan maklum.

An. DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
K.R.M.T WONGSONEGORO
Wakil Direktur Umum & Keuangan



SUTRISNO, SKM, MH, Kes
NIP. 19680228 199403 1 005

Tembusan disampaikan Kepada Yth :

1. Kepala Instalasi Rawat Jalan;
2. Kepala Instalasi Rekam Medis;
3. Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik;
4. Kepala Ruang/Klinik terkait;
5. Yang bersangkutan;
6. Peringgal.

Lampiran 3. Surat Ijin Penggunaan Instrumen *The Stroke Self-Efficacy Scale*

Mail ← + ! 🗑️ 📁 🏷️ More ⏪ ⏩ ⚙️

COMPOSE

Inbox
Starred
Sent Mail
Drafts
More

Search people...

- cicy_chintya
- Desnya Pertamina
- Desnya Pertamina
- diahayucahya
- eprints
- fjones
- hamidah
- hartford.ign
- Jones, Fiona
- Schwarzer, Ralf

A Permission Inbox x 📄 🖨️ 🗑️

Desnya Medeka Pertamina <pertamitadesnya@student.undip.ac.id> Mar 10 (4 days ago) ☆ ↩️ ⌵
to fjones

Good afternoon Mrs. Fiona Jones.
First of all, let me introduce my self. My name is Denya Medeka Pertamina. I am a student of school of Nursing Diponegoro University in Indonesia. Now, I studying on last term of bachelor nursing study. In my university there is a regulation for each student to make an essay as a graduation requirement. I want to make a research about Self Efficacy Correlates with Independence in Activity Daily Living on Stroke Patient at Semarang-Central Java, Indonesia.
Mrs. Fiona Jones, would you lend me your instrument The Stroke Self-Efficacy Questionnaire: measuring individual confidence in functional performance after stroke, please? I would appreciate being able to use your instrument on my research project. I also would appreciate advice and suggestion on the best way to conduct my research.

Sincerely yours,
Desnya Medeka Pertamina

Jones, Fiona F.Jones@sgul.kingston.ac.uk via.kingstonuniversity.onmicrosoft.com 12:49 AM (16 hours ago) ☆ ↩️ ⌵
to me

Dear Desnya, I have attached papers and the SSEQ for your use. I am more than happy for you to use it- the work is in the public domain. WE now have a 4-point version which I have attached. I am afraid I cannot advise specifically on your research but I am sure your tutors will be able to help

Good luck with your project

Kind Regards
Fiona

From: Desnya Medeka Pertamina [mailto:pertamitadesnya@student.undip.ac.id]
Sent: 10 March 2017 14:06

Lampiran 4. Surat Ijin Penggunaan Instrumen *Barthel Index*



User agreement Special Terms

Mapi Research Trust, a non-for-profit organisation subject to the terms of the French law of 1st July 1901, registered in Companies under number 453 876 316, whose business address is 27 rue de la Villette, 69003 Lyon, France, hereafter referred to as "MRT" and the User, as defined herein, (each referred to singularly as a "Party" and/or collectively as the "Parties"), do hereby agree to the following User Agreement Special and General Terms:

Mapi Research Trust
PROVINC
27 rue de la Villette
69003 Lyon
France
Telephone: +33 (0)4 72 13 65 75

Recitals

The User acknowledges that it is subject to these Special Terms and to the General Terms of the Agreement, which are included in Appendix 1 to these Special Terms and fully incorporated herein by reference. Under the Agreement, the Questionnaire referenced herein is licensed, not sold, to the User by MRT for use only in accordance with the terms and conditions defined herein. MRT reserves all rights not expressly granted to the User.

The Parties, in these Special Terms, intend to detail the special conditions of their partnership.

The Parties intend that all capitalized terms in the Special Terms have the same definitions as those given in article 1 of the General Terms included in Appendix 1.

In this respect, the Parties have agreed as follows:

Article 1. Conditions Specific to the User

Section 1.01 Identification of the User

User Name	Desnya Medika Pektaria
Legal Form	Student
Address	Jalan Bulian Gang Teroh Timur IV RT 43, Subuar, Tebelang, Kota Senawang Cedup, Jawa, Indonesia 60277 Senawang
Country	Indonesia
Email address	pektaria@desnya@studint.undp.ac.id
Telephone number	+628979202177

Section 1.02 Identification of the Questionnaire

Barthel Index_UserAgreement_March2016_S3

© Mapi Research Trust. The unauthorized modification and use of any portion of this document is prohibited.



Title	Barthel Index (BI)
Author(s)	Mansoney Florence L, Barthel Dorothy W
Owner	Maryland State Medical Society (MSMCS)
Copyright	The Maryland State Medical Society holds the copyright for the Barthel Index, Mansoney F, Barthel D. Functional evaluation: the Barthel Index. Maryland State Med Journal 1960;14:261-1. Used with permission. Permission is required to modify the Barthel Index or to use it for commercial purposes.
Original bibliographic references	Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel Index. Md State Med J. 1965 Feb;14:56-61

Article 2. Rights to Use

Section 2.01 Content of the Use of the Questionnaire

The User undertakes to only use the Questionnaire in the context of the Study as defined hereafter.

Content of Use	Individual clinical practice
Planned term of use	18 months or until my research done

Section 2.02 Conditions for Use

The User undertakes to use the Questionnaire in accordance with the conditions for use defined hereafter:

- (a) Rights transferred
Acting in the User's name, MRT transfers the following limited, non-exclusive rights, to the User (the "Limited Rights")
(i) to use the Questionnaire, only as part of the Study; this right is made up exclusively of the right to communicate it to the Beneficiaries only, (as of charge, by any means of communication and by any means of remote distribution known or unknown to date, subject to respecting the conditions for use described hereafter); and
(ii) to reproduce the Questionnaire, only as part of the Study; this right is made up exclusively of the right to physically establish the Questionnaire or to have it physically established, on any paper, electronic, analog or digital medium, and in particular documents, articles, studies, cooperative, publications, websites whether or not protected by restricted access, CD, DVD, CD-ROM, hard disk, USB flash drive, for the Beneficiaries only and subject to respecting the conditions for use described hereafter; and
(iii) Should the Questionnaire not already have been translated into the language requested, the User is entitled to translate the Questionnaire or have it translated in the language, subject to informing MRT of the same beforehand by the signature of a Translation Agreement indicating the terms of it and to providing a copy of the translation thus obtained as soon as possible to MRT.

The User acknowledges and accepts that it is not entitled to amend, modify, condense, adapt, reorganise the Questionnaire in any medium whatsoever, in any way whatsoever, even minor, without MRT's prior specific written consent.

- (b) Specific conditions for the Questionnaire

- Use in individual clinical practice or Research study / project

Barthel Index_UserAgreement_March2016_S3

© Mapi Research Trust. The unauthorized modification and use of any portion of this document is prohibited.



The User undertakes never to duplicate, transfer or publish the Questionnaire without indicating the Copyright Notice.

- Use in a publication or on a website with restricted access:

- In the case of publication, article, study or observation on paper or electronic format of the Questionnaire, the User undertakes to respect the following special obligations:
 - not to include any full copy of the Questionnaire, but a protected version with the indication "sample copy, do not use without permission";
 - to indicate the name and copyright notice of the Owner;
 - to include the reference publications of the Questionnaire;
 - to indicate the details of MRT for any information on the Questionnaire as follows: contact information and permission to use: Mapi Research Trust, Lyon, France – Internet: <http://www.mapi-research-trust.com>
 - to provide MRT, as soon as possible, with a copy of any publication regarding the Questionnaire, for information purposes;
 - to submit the screenshots of all the Pages where the Questionnaire appears to MRT before release to check that the above-mentioned requirements have been respected.

- Use for dissemination:

- On a website with restricted access:

In the case of publication on a website with restricted access, the User may include a scan version of the Questionnaire, subject to the version being protected by a sufficiently secure access to only allow the Beneficiaries to access it.

The User undertakes to also respect the following special obligations:

- to indicate the name and copyright notice of the Owner
- to include the reference publications of the Questionnaire
- to indicate the details of MRT for any information on the Questionnaire as follows: contact information and permission to use: Mapi Research Trust, Lyon, France – Internet: <http://www.mapi-research-trust.com>
- to provide MRT, as soon as possible, with a copy of any publication regarding the Questionnaire, for information purposes;
- to submit the screenshots of all the Pages where the Questionnaire appears to MRT before release to check that the above-mentioned requirements have been respected.

- On promotional / marketing documents

In the case of publication on promotional/marketing documents, the User undertakes to respect the following special obligations:

- to indicate the name and copyright notice of the Owner
- to include the reference publications of the Questionnaire
- to indicate the details of MRT for any information on the Questionnaire as follows: contact information and permission to use: Mapi Research Trust, Lyon, France – Internet: <http://www.mapi-research-trust.com>
- to provide MRT, as soon as possible, with a copy of any publication regarding the Questionnaire, for information purposes;
- to submit the screenshots of all the Pages where the Questionnaire appears to MRT before release to check that the above-mentioned requirements have been respected.

For any other use not defined herein, please contact MRT for the specific conditions of use and access fees (if applicable).

Article 3. Term

MRT transfers the Limited Rights to use the Questionnaire as from the date of delivery of the Questionnaire to the User and for the whole period of the Study.

Barthel Index_UserAgreement_March2016_S3

© Mapi Research Trust. The unauthorized modification and use of any portion of this document is prohibited.



Article 4. Beneficiaries

The Parties agree that the User may communicate the Questionnaire in accordance with the conditions defined above to the Beneficiaries involved in the Study only, in relation to the Study defined in section 2.01.

Article 5. Territories and Languages

MRT transfers the Limited Rights to use the Questionnaire on the following territories and in the languages indicated in the table below:

Questionnaire	Language
Barthel Index	English for the UK
Barthel Index	English for the USA

Article 6. Price and Payment Terms

The User undertakes in relation to MRT to pay the price owed in return for the availability of the Questionnaire, according to the prices set out below, depending on the languages requested and the costs of using the Questionnaire, in accordance with the terms and conditions described in section 6.02 of the General Terms included in Appendix 1.

ROYALTY FEES*	Commercial users	Cost per study	
		Cost per language	Free
ROYALTY FEES*	Funded academic research	Cost per study	Free
		Cost per language	Free
	Not funded academic users	Cost per study	Free
		Cost per language	Free
DISTRIBUTION FEES**	Commercial users	Cost per study	700 €
		Cost per language	300 €
	Funded academic research	Cost per study	300 €
		Cost per language	50 €
Not funded academic users	Cost per study	Free	
	Cost per language	Free	

Agreed and acknowledged by:

Desnya Medika Pektaria
25-Mar-2017

Barthel Index_UserAgreement_March2016_S3

© Mapi Research Trust. The unauthorized modification and use of any portion of this document is prohibited.

Lampiran 5. Kuesioner

JUDUL PENELITIAN :

Hubungan Efikasi Diri dengan Kemandirian Aktivitas Sehari-hari pada Pasien Stroke di RSUD Tugurejo Semarang dan RSUD K.R.M.T Wongsonegoro

INSTANSI PELAKSANA :

Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Departemen Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro

Persetujuan Setelah Penjelasan
(INFORMED CONSENT)

Bapak/Ibu Yth :

Perkenalkan nama saya Desnya Medeka Pertamita, saya mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Departemen Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang. Untuk mendapatkan gelar Sarjana Keperawatan, salah satu syarat yang ditetapkan yaitu menyusun sebuah skripsi atau penelitian. Penelitian yang akan saya lakukan berjudul “Hubungan Efikasi Diri dengan Kemandirian Aktivitas Sehari-hari pada Pasien Stroke di RSUD Tugurejo Semarang dan RSUD K.R.M.T Wongsonegoro”.

Tujuan dilakukan penelitian ini untuk mengidentifikasi hubungan efikasi diri dengan kemandirian aktivitas sehari-hari pada pasien stroke di RSUD Tugurejo Semarang dan RSUD K.R.M.T Wongsonegoro. Saya memohon dengan kerendahan hati kepada bapak/ibu/saudara/saudari untuk dapat mengisi kuesioner selama kurang lebih 10 menit.

Penelitian ini diharapkan dapat mengetahui bagaimana gambaran efikasi diri dan kemandirian aktivitas sehari-hari pasien stroke setelah serangan stroke. Penelitian ini juga diharapkan sebagai bentuk refleksi responden mengenai sejauh mana efikasi diri pasien stroke dalam melakukan suatu tugas pasca stroke dan sejauh mana responden dapat melakukan kebutuhan aktivitas sehari-harinya secara mandiri.

Penelitian saya lakukan ini tidak memaksa dan bersifat sukarela. Untuk itu, saya meminta izin kepada bapak/ibu/saudara/saudari untuk ikut serta dalam penelitian ini. Data dan informasi yang saya dapatkan dalam penelitian ini akan dijamin kerahasiaannya, yaitu dengan identitas responden tidak dicantumkan hanya inisial

saja dan data hanya digunakan untuk kepentingan penelitian, pendidikan dan ilmu pengetahuan.

Apabila ada informasi yang kurang jelas, bapak/ibu/saudara/saudari dapat menghubungi saya Desnya Medeka Pertamina, Program Studi Ilmu Keperawatan Departemen Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang dengan nomor Hp. 085729202177. Demikian penjelasan yang dapat saya sampaikan. Terima kasih perhatian dan kerjasamanya bapak/ibu/saudara/saudari dalam penelitian ini.

Terima kasih atas kerjasama bapak/ibu/saudara/saudari.

Setelah mendengar dan memahami penjelasan Penelitian, dengan ini saya menyatakan

SETUJU / TIDAK SETUJU

untuk ikut sebagai responden / sampel penelitian.

Semarang,

(.....)

Saksi :
Nama terang :
Alamat :

Nama Terang :
Alamat :

Kode

KUESIONER DATA DEMOGRAFI RESPONDEN

Petunjuk Pengisian:

1. Jawablah pertanyaan di bawah ini dengan memberikan tanda cek (√) pada salah satu pilihan yang sesuai dengan keadaan anda.
2. Jika tidak terdapat pilihan jawaban, maka tuliskan jawaban yang menggambarkan diri anda.

Data Demografi

Tanggal Pengambilan Data :

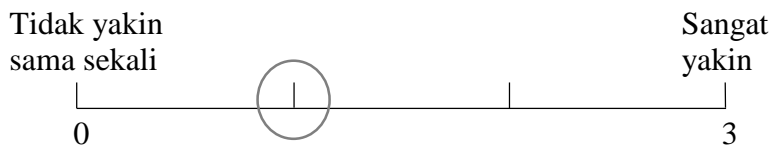
1. Nama :
2. Usia/ Tanggal Lahir :
3. Tanggal Serangan Stroke : (* diisi oleh petugas)
4. Jenis Kelamin : Laki-laki
 Perempuan
5. Status Perkawinan : Menikah
 Belum Menikah
 Duda/Janda
6. Pendidikan : SD Diploma
 SMP Sarjana
 SMA Pasca Sarjana
7. Jenis Stroke : Stroke Hemoragik
 Stroke Non Hemoragik
8. Serangan Stroke ke- : Serangan pertama
 Serangan sekuel (serangan kedua atau lebih)

KUESIONER B (EFIKASI DIRI)

Pertanyaan berikut ini adalah tentang keyakinan bahwa Anda dapat melakukan beberapa aktivitas yang mungkin sulit dilakukan sejak Anda mengalami stroke.

Untuk setiap aktivitas berikut, lingkari satu titik pada skala yang menunjukkan seberapa yakin Anda saat ini dapat melakukan aktivitas tersebut meskipun Anda mengalami stroke.

Nilai 0 = Tidak yakin sama sekali, dan 3 = Sangat yakin



Seberapa yakin Anda bahwa saat ini Anda dapat:

1. Membuat diri Anda merasa nyaman di tempat tidur setiap malam.



2. Bangun sendiri dari tempat tidur meskipun saat Anda merasa lelah.



3. Berjalan sendiri beberapa langkah di dalam rumah Anda.



4. Berjalan di sekitar rumah untuk melakukan berbagai aktivitas yang Anda inginkan.



5. Berjalan sendiri dengan hati-hati di luar rumah.



6. Menggunakan kedua tangan untuk makan.



7. Memakai dan melepas baju secara mandiri bahkan ketika Anda merasa lelah.



8. Menyiapkan sendiri makanan yang Anda inginkan.



9. Tekun dalam mencari kemajuan untuk penyembuhan dari kondisi stroke setelah Anda menyelesaikan terapi.



10. Menjalankan program olahraga Anda setiap hari.



11. Mengatasi rasa frustrasi karena tidak mampu melakukan beberapa aktivitas yang disebabkan oleh stroke yang Anda alami.



12. Tetap melakukan berbagai aktivitas yang paling Anda sukai sebelum Anda mengalami stroke.



13. Tetap berusaha lebih cepat dalam melakukan berbagai aktivitas yang sudah mulai melambat sejak Anda mengalami stroke.



KUESIONER C (KEMANDIRIAN AKTIVITAS SEHARI-HARI)

PETUNJUK PENGISIAN

Bacalah setiap item kemampuan aktivitas dibawah ini dengan seksama, kemudian berikan jawaban Anda pada lembar jawaban bagi setiap item aktivitas tersebut dengan cara memberi tanda centang (√) pada salah satu jawaban yang menunjukkan gambaran kemampuan Anda dalam setiap item aktivitas, sebagai berikut:

No	Jenis Aktivitas	Tanda
1.	Makan :	
	- Bantuan total	
	- Membutuhkan beberapa bantuan seperti memotong, menyebarkan mentega dan bantuan lain.	
	- Mandiri tanpa bantuan	
2.	Mandi :	
	- Bantuan total	
	- Mandiri (atau di kamar mandi tanpa bantuan)	
3.	Aktivitas di toilet :	
	- Perlu bantuan dengan perawatan sendiri	
	- Menggosok sendiri wajah/ menyisir rambut/ menggosok gigi/ cukur/ berdandan	
4.	Berpakaian :	
	- Bantuan total	
	- Perlu bantuan tetapi dapat melakukan/memakai setengah telanjang	
	- Mandiri (termasuk kancing, ritsleting, bra, sepatu dll)	
5.	Buang air besar :	
	- Tidak dapat mengontrol BAB	
	- Sesekali masih mengalami kecelakaan dalam mengontrol BAB	
	- Dapat mengontrol BAB dan tidak mengalami kecelakaan	
6.	Buang air kecil :	
	- Tidak dapat mengontrol BAK dan memakai kateter	
	- Sesekali masih mengalami kecelakaan dalam mengontrol BAK	
	- Dapat mengontrol BAK dan tidak mengalami kecelakaan	
7.	Menempatkan diri dan beranjak dari toilet :	
	- Bantuan total	
	- Membutuhkan bantuan tetapi dapat melakukan sesuatu sendiri (bantuan dalam menjaga keseimbangan/ membersihkan diri)	
	- Mandiri (dapat melepas dan mengenakan pakaian, serta menyeka dan membersihkan)	

8.	Pindah dari kursi ke tempat tidur dan sebaliknya :	
	- Bantuan total (tidak ada keseimbangan duduk)	
	- Bantuan besar (bantuan satu atau dua orang dalam berpindah), bisa duduk	
	- Bantuan kecil (perlu pengawasan dan meningkatkan kepercayaan diri)	
	- Mandiri	
9.	Berjalan di permukaan yang datar (jika tidak dapat berjalan, mendorong kursi roda) :	
	- Bergerak (kursi roda) atau < 46 meter	
	- Bergerak sendiri dengan memakai kursi roda, dengan sudut > 46 meter	
	- Berjalan dengan bantuan satu orang (bantuan secara verbal atau fisik) > 46 meter	
	- Mandiri (tetapi dapat menggunakan bantuan apapun, misal tongkat) > 46 meter	
10.	Naik dan turun tangga :	
	- Tidak bisa	
	- Membutuhkan bantuan (verbal, fisik, bantuan yang membawa)	
	- Mandiri	

Lampiran 7. Catatan Hasil Konsultasi

CATATAN HASIL KONSULTASI

Hari/Tanggal : 8 Desember 2016

Catatan :

Perbaiki sesuai saran, lanjutkan bab II bab III

Hari/Tanggal : 4 Januari 2016

Catatan :

Perbaiki sesuai saran

Hari/Tanggal : 6 Januari 2017

Catatan :

Perbaiki kriteria inklusi eksklusif. Minta perizinan
kuisisioner dalam Bahasa Indonesia

CATATAN HASIL KONSULTASI

Hari/Tanggal : 10 Maret 2017

Catatan :

- Perbaiki sesuai saran.
- Tambah alat ukur self efficacy jika ada
- Perbaiki Bab 3

Hari/Tanggal : 14 Maret 2017

Catatan :

Perbaiki dan kumpulkan versi lengkap untuk final check persiapan seminar proposal.

Hari/Tanggal :

Catatan :