

SKRIPSI

**“ANALISIS GAMBARAN TINGKAT KEMANDIRIAN
ACTIVITY DAILY LIVING (ADL) PADA PASIEN
NON-HAEMORHAGIC STROKE (NHS)
BERDASARKAN *SKALA BARTHEL*
DI RS WAHIDIN SUDIROHUSODO”**



OLEH :

RIZQIYAH HARIYANTI HUSAIN

C121 09 005

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS HASANUDDIN

MAKASSAR

2013

Halaman Persetujuan

**ANALISIS GAMBARAN TINGKAT KEMANDIRIAN *ACTIVITY DAILY LIVING (ADL)* PADA PASIEN *NON-HAEMORHAGIC STROKE (NHS)* BERDASARKAN SKALA BARTHEL
DI RS WAHIDIN SUDIROHUSODO**

Yang disusun dan diajukan oleh :

RIZQIYAH HARIYANTI HUSAIN

C121 09 005

Disetujui untuk diajukan dihadapan Dewan Penguji Skripsi
Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin :

Pembimbing I



Ns. Takdir Tahir, S. Kep., M. Kes

Pembimbing II



Ummi Pratiwi, S.Kep., Ns

Mengetahui:

Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin

Dr. Werna Nontji, S.Kp.M.Kep

NIP. 19500114 197207 2001

PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertanda tangan dibawah ini

Nama : Rizqiyah Hariyanti Husain

Nomor Mahasiswa : C121 09 005

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pemikiran orang lain.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan skripsi ini merupakan hasil karya orang lain, maka saya bersedia bertanggungjawabkan sekaligus bersedia menerima sanksi yang seberat-beratnya atas perbuatan tidak terpuji tersebut.

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

Makassar, 28 Maret 2013

Yang membuat pernyataan,

(Rizqiyah Hariyanti Husain)

PRAKATA



Assalamu 'Alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh,

Puji syukur kehadirat Allah 'Azza Wa Jalla karena atas berkah, rahmat dan lindungan-Nyalah sehingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi ini yang berjudul **“Analisis Gambaran Tingkat Kemandirian *Activity Daily Living (ADL)* Pada Pasien *Non-Haemorrhagic Stroke (NHS)* Berdasarkan Skala Barthel Di RS Wahidin Sudirohusodo”** sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan studi S-1 pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin. Demikian pula, shalawat dan salam senantiasa tercurahkan untuk Rasulullah *Shallallahu 'alaihi Wa Sallam* dan juga keluarga dan para sahabat beliau.

Peneliti menyadari bahwa dalam penyelesaian skripsi ini, masih terdapat kekurangan-kekurangan dan kesalahan, itu semua tidak terlepas dari keterbatasan kemampuan dan pengetahuan peneliti. Meskipun demikian, peneliti berharap hasil penelitian ini dapat memberi banyak manfaat kepada para pembaca.

Melalui kesempatan ini peneliti ingin mengucapkan terima kasih dan apresiasi setinggi-tingginya terutama kepada ibunda tercinta **Hariyani Thaha** dan ayahanda tersayang **Husain Hamid** yang senantiasa memberikan nasehat dan doanya bagi peneliti. Serta dengan penuh kesabaran, keikhlasan, kasih sayang dan kerja keras telah mendidik dan membiayai peneliti sehingga dapat bersekolah dan

melanjutkan pendidikan sampai ke perguruan tinggi meskipun semuanya tak dapat tergantikan dengan apapun. Semoga Allah senantiasa menjaga dan mencintai beliau. Ucapan terima kasih pula peneliti sampaikan kepada:

1. Prof. Dr. dr. H. Idrus A. Patturusi, Sp.B, Sp.B.O, Selaku Rektor Universitas Hasanuddin, yang senantiasa membangun serta memberikan fasilitas terbaik di "Kampus Merah" ini sehingga mahasiswa merasa nyaman menimba ilmu dan betul-betul menjadi orang yang berguna.
2. Prof. dr. Irawan Yusuf, Ph.D selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar.
3. Dr. Werna Nontji, S.Kp., M.Kep. selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin yang sangat berdedikasi terhadap kemajuan di PSIK.
4. Ns Takdir Tahir, S. Kep., M. Kes dan Ns Umami Pratiwi, S. Kep selaku dosen pembimbing yang telah menuntun peneliti dengan penuh kesabaran dan keterbukaan, dengan tulus telah meluangkan waktu dan pikiran untuk membimbing peneliti ditengah kesibukan beliau yang sangat padat sehingga skripsi ini bisa selesai tepat pada waktunya.
5. Dr. Hj. Elly. L. Sjattar, S.Kp.,M.Kes, Rosyidah Arafat, S.Kep.,Ns, M.Kep, Sp.MB, dan Inchi Kurniaty Kursi, S.Kep.,Ns selaku dosen penguji yang senantiasa memberikan masukan-masukan yang membangun sehingga skripsi ini menjadi karya ilmiah yang lebih baik.
6. Kepala bagian Rekam Medik di RS Wahidin Sudirohisodo yang telah membantu memberikan data awal sehingga memudahkan penulis dalam menyelesaikan proposal ini.

7. dr. Muhammad Akbar, Sp.Sm.,Ph.D selaku dokter penanggung jawab dan Hj. Bardi S. ST selaku rekan peneliti yang telah banyak membantu dalam proses penelitian sehingga memudahkan peneliti dalam melakukan penelitian.
8. Seluruh Dosen dan Staf Akademik Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin yang telah banyak membantu dalam proses perkuliahan dan pengurusan administrasi selama peneliti kuliah.
9. Staf perpustakaan PSIK FK Unhas, Andi Nur Awang, S.Hum. yang telah membantu menyediakan literatur-literatur yang membantu dalam penyelesaian skripsi ini.
10. Seluruh pasien Stroke *Non-Haemorrhagic* di RS Wahidin Sudirohuso bagian syaraf lontara 3 yang telah meluangkan waktu untuk bersedia menjadi responden penelitian ini. Terima kasih atas segala partisipasinya yang sangat mendukung dalam penyelesaian skripsi ini.
11. Seluruh keluarga tercinta, adikku (Muh. Fajri Kurnia Ramadhan, Yustisia Ilma Alqurana, Fatimah Azzahra Husain), nenek (Harijin, Rani,), Paman (Akib Hamid, Kheruddin S.pd), Bibi (Hj. Hamzani, Hamidah Hamid, Gatta), serta sepupuku (Yuanita Rusaldi) yang selalu memberikan doa, semangat dan dorongan untuk kesuksesanku.
12. Imam Shidiq Laewe yang setia mendengar keluh kesahku , terima kasih untuk doa dan semangat yang tak henti-hentinya.
13. Teman-teman Fidelity'09 yang senantiasa memberikan dukungan, semangat, dan motivasinya serta kanda-kanda senior dan adik-adik di PSIK terkhusus kepada sahabat baikku J2+1 (Yuya, Yayuk, Uni, Ufi, Bunda, Idha, Om Said, Anda, Echa ,Nur), teman perjuanganku (Onek, Linda, Mita, Astri, Uci, Yaya), Ratna Wuchun, Waode Rismayana Taatlan terima kasih atas saran dan bantuannya.

14. Teman-teman KKN posko camba-camba (terkhusus K'cuwwi, K'ima, Depi, Kiki). N_G_O team (Dezty, Ayu, Kifa, Madri, Nurul) terima kasih atas doanya semua.

Semoga skripsi ini bisa memberikan manfaat bagi kita semua.

Wassalaamua'laikum Warahmatullahi Wabarakatuh....

Makassar, Februari 2013

Peneliti

ABSTRAK

Rizqiyah Hariyanti H. C12109005. **ANALISIS GAMBARAN TINGKAT KEMANDIRIAN *ACTIVITY DAILY LIVING* (ADL) PADA PASIEN *NON-HAEMORAGIC STROKE* (NHS) BERDASARKAN SKALA *BARTHEL* DI RS WAHIDIN SUDIROHUSODO**, dibimbing oleh Takdir Tahir dan Umami Pratiwi (xvi + 52 halaman + 6 tabel + 2 gambar + 5 lampiran)

Latar belakang: Pada pasien stroke mengalami defisit neuromotorik sehingga muncul gejala *sequelle* (gejala sisa), hal inilah yang mempengaruhi tingkat kemandirian pasien *Non Haemorrhagic Stroke*

Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui tingkat kemandirian pasien stroke *Non Haemorrhagic* berdasarkan Skala *Barthel* di RS Wahidin Sudirohusodo

Metode: Penelitian ini menggunakan desain penelitian deskriptif dengan studi *time series*. Pengukuran tingkat kemandirian menggunakan Skala *Barthel* dengan 10 item kegiatan. Teknik pengambilan sampel menggunakan *Consecutive Sampling* dan diperoleh jumlah sampel sebanyak 27 pasien *Non Haemorrhagic Stroke*.

Hasil: Terdapat perubahan peningkatan tingkat kemandirian pasien *Non Haemorrhagic Stroke* (NHS) dari hari ketiga, kelima, dan kesembilan yaitu berada pada tingkat kemandirian minimal dimana pasien mampu melakukan sebagian besar kegiatan namun sebagian kecil masih memerlukan bantuan orang lain. Pasien *Non Haemorrhagic Stroke* (NHS) dengan serangan stroke berulang, pada umumnya (37,5%) adalah yang memerlukan bantuan total

Kesimpulan & Saran: Aktivitas yang paling sulit dilakukan pasien yaitu melakukan perawatan diri dan mandi. Oleh karena itu, diperlukan perhatian khusus terkait terkait faktor-faktor yang berhubungan dengan tingkat kemandirian

Keywords: *Non Hemorrhagic Stoke*, Kemandirian, Skala *Barthel*

Sumber Literatur : **36** **kepuustakaan**

ABSTRACT

Rizqiyah Hariyanti Husain. C12109005. **ANALYTICAL OVERVIEW OF ACTIVITY DAILY LIVING (ADL) LEVEL IN NON- HAEMORAGIC POST STROKE PATIENT BASED ON BARTHEL SCALE IN WAHIDIN SUDIROHUSODO HOSPITAL**, guided by Takdir Tahir and Umami Pratiwi (xvi + 52 pages + 2 pictures + 6 tables + 5 attachments)

Background: In patients with stroke deficit neuromotorik so sequale symptoms (residual symptoms), it is this which affects the level of independence of non-hemorrhagic stroke patients

Objective: This study aimed to determine the level of independence of non-hemorrhagic stroke patients based Scale Barthel on the RS Wahidin Sudirohusodo

Methods: This study used a descriptive research design time series studies. Measurement of the degree of independence using the 10 item in *Barthel* Scale activity sampling technique using consecutive sampling and obtained a total sample of 27 Non-Hemorrhagic Stroke patients

Results: There were changes to increase the level of independence Non- Haemorrhagic Stroke patient (NHS) of the third , fifth , and ninth which is at least a level of independence in which the patient is able to perform most of the activities but a small part still need help from others. Non- haemorrhagic stroke patient (NHS) with recurrent stroke , in general (37.5 %) are in need of assistance total

Conclusion & Suggestions: The most difficult activity that patients perform self-care and bath. Therefore, special attention is needed related to factors associated with the level of independence

Keywords: Non Hemorrhagic Stoke, Independence, Barthel Scale

References : 36 references

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL DEPAN	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN	iv
PRAKATA	v
ABSTRAK	ix
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
BAB I PENDAHULUAN	
A. LatarBelakang	1
B. RumusanMasalah	4
C. Tujuan.....	5
D. Manfaat	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Tinjauan Umum tentang Stroke	
1. Definisi.....	7
2. Klasifikasi Stroke.....	7
3. Patofisiologi.....	8
4. Manifestasi klinik.....	11
5. Faktor Risiko	13
6. Dampak Stroke.....	16
7. Pemeriksaan Diagnostik.....	17
8. Penatalaksanaan.....	18
B. Tinjauan Umum tentang <i>Activity daily living</i> (ADL).....	20

C. Tinjauan Umum tentang Skala Barthel.....	23
BAB III KERANGKA KONSEP	
Kerangka Konsep.....	28
BAB IV METODE PENELITIAN	
A. Desain Penelitian.....	29
B. Tempat dan Waktu Penelitian	29
C. Populasi dan Sampel.....	29
D. Alur Penelitian.....	31
E. Defenisi Operasional	32
F. Instrumen Penelitian	32
G. Rencana Pengelolaan dan Analisa Data	33
H. Etika Penelitian	33
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN	
A. Hasil.....	35
B. Pembahasan.....	40
C. Keterbatasan Penelitian.....	46
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan	47
B. Saran	47
DAFTAR PUSTAKA	49
LAMPIRAN-LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 1	Karakteristik Responden Berdasarkan Umur, Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan, Agama, Suku, Alamat dan Riwayat Penyakit Pada Pasien <i>Stroke Non Hemoragic</i> di Rumah Sakit Wahidin Sudirohusodo (n = 27)	36
Tabel 2	Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Kemandirian <i>Activity Daily Living</i> (ADL) Pada Pasien <i>Stroke Non Hemoragic</i> Berdasarkan Skala Barthel di Rumah Sakit Wahidin Sudirohusodo (n = 27)	37
Tabel 3	Distribusi Responden Berdasarkan Perbedaan Tingkat Kemandirian <i>Activity Daily Living</i> (ADL) hari ketiga dan kesembilan Pada Pasien <i>Stroke Non Hemoragic</i> Berdasarkan Skala <i>Barthel</i> di Rumah Sakit Wahidin Sudirohusodo(n = 27).....	37
Tabel 4	Distribusi Responden Berdasarkan Rata-Rata Tingkat Kemandirian <i>Activity Daily Living</i> (ADL) hari ketiga, kelima dan kesembilan Pada Pasien <i>Stroke Non Hemoragic</i> Berdasarkan Skala <i>Barthel</i> di Rumah Sakit Wahidin Sudirohusodo	38
Tabel 5	Distribusi Responden Berdasarkan Frekuensi Serangan Pada Pasien <i>Stroke Non Hemoragic</i> Berdasarkan Skala Barthel di Rumah Sakit Wahidin Sudirohusodo (n = 27).....	38
Tabel 6	Distribusi Responden Berdasarkan Frekuensi Lama Serangan terhadap tingkat kemandirian <i>Activity Daily Living</i> (ADL) Pada Pasien <i>Stroke Non Hemoragic</i> Berdasarkan Skala <i>Barthel</i> di Rumah Sakit Wahidin Sudirohusodo (n = 27).....	39

DAFTAR GAMBAR

Gambar1	Kerangka konsep mengenai gambaran tingkat kemandirian <i>activity daily living (ADL)</i> pada pasien stroke non hemoragik berdasarkan skala <i>barthel</i> di Rumah Sakit Dr. Wahidin Sudirohusodo	28
Gambar2	Alur penelitian	31

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Naskah Penjelasan Untuk Responden	52
Lampiran 2	Lembaran Persetujuan Menjadi Responden	54
Lampiran 3	Lembar Observasi Skala Barthel	56
Lampiran 4	Hasil Input Data	60
Lampiran 5	Hasil Output SPSS	68
Lampiran 5	Izin Penelitian	72
Lampiran 6	Kode Etik penelitian.....	74

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Stroke adalah masalah kesehatan di dunia yang hampir diderita oleh seluruh lapisan masyarakat, angka kejadiannya terus meningkat. Saat ini stroke merupakan penyebab kematian terbanyak ketiga setelah penyakit kardiovaskular dan keganasan (Syahrul, 2009), serta stroke menempati urutan kedua penyebab kecacatan terbanyak untuk waktu yang lama (Lipska et al., 2007; van der Worp et al., 2007).

Menurut *World Health Organization* (WHO), 15 juta orang di dunia mengalami stroke setiap tahunnya dan dari 15 juta orang tersebut, 5 juta orang meninggal dan 5 juta orang lagi mengalami kecacatan permanen (Sudoyo, 2007). Pada tahun 2001, *The American Heart Association* melaporkan rata-rata setiap 45 detik terdapat seorang pasien baru stroke di Amerika. Setiap tahun 700.000 orang mengalami stroke di Amerika, dimana 500.000 orang mengalami stroke serangan pertama dan 200.000 orang mengalami stroke berulang, 350.000 orang dari mereka hidup dengan kecacatan dalam berbagai tingkatan.

Di Indonesia sendiri insiden stroke meningkat dari tahun ke tahun seiring bertambahnya umur harapan hidup dan perubahan gaya hidup masyarakat. Dari data Riset Kesehatan Dasar (Rikesdas) pada tahun 2007 menunjukkan stroke penyebab kematian terbanyak 15,4% disusul hipertensi

6,8% dan penyakit jantung iskemik 5,1%. Prevalensi stroke di Indonesia tercatat sebesar 8,3 per 1.000 penduduk, dan yang telah di diagnosis oleh tenaga kesehatan adalah 6 per 1.000 penduduk. Hal ini menunjukkan sekitar 72,3% kasus stroke di masyarakat telah di diagnosis oleh tenaga kesehatan (Aliah, 2007).

Pada pasien stroke terjadi kerusakan beberapa sel otak, kerusakan ini bersifat sementara sehingga tidak mengakibatkan kematian sel seutuhnya namun hanya berkurangnya fungsi sehingga pada pasien stroke terdapat gejala *sequelae* yaitu gejala sisa gejala yang dapat muncul kembali dapat berupa ketidakmampuan berpindah posisi dan ketidakmampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari (Junaedi, 2006).

Delapan puluh persen pasien stroke mengalami defisit neuromotorik sehingga menimbulkan gejala yang mungkin terjadi dapat berupa kelumpuhan, defisit fungsi kognitif, kesulitan bicara, kesulitan emosional, masalah dalam kehidupan sehari-hari, depresi serta kesakitan (Vitriana, 2008). Hal inilah yang mempengaruhi tingkat kemandirian pasien stroke dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

Dalam hal ini upaya dalam pencegahan stroke menjadi sangat penting untuk mencegah timbulnya komplikasi tirah baring dan stroke berulang, karena hal ini dapat memperberat disabilitas dan menimbulkan penyakit lain yang dapat membawa kepada kematian. Mobilisasi awal juga dapat memperlambat sel-sel otak yang mengalami infark sehingga dapat terjadi perbaikan sel-sel otak (Rosiana, 2009).

Ketidakmampuan fisik, emosi, dan kehidupan sosial pasien stroke tentu saja mempengaruhi peran sosialnya. Hal tersebut memberikan pengaruh yang besar terhadap kualitas hidup terkait kesehatan pada pasien stroke. Pada penelitian yang dilakukan oleh Kwakkel, et al (2010), menunjukkan bahwa waktu yang paling optimal dalam penilaian kemandirian post stroke adalah pada hari kelima. Penilaian dalam waktu 72 jam dapat menyebabkan adanya ketidakstabilan defisit neurologis karena keadaan pasien memburuk selama 24 jam sampai 48 jam pertama setelah stroke sedangkan penilaian pada hari 9 menghasilkan penilaian yang sama dengan bulan 6 post stroke (*relative overestimation*).

Dalam pengukuran tingkat kemandirian pada pasien stroke dapat digunakan indeks skala barthel karena pada Skala Barthel memiliki kriteria dalam menilai kemampuan fungsional bagi pasien-pasien yang mengalami gangguan keseimbangan, terutama pada pasien stroke (Sugiarto, 2005) dan juga untuk mengikuti perkembangan kemajuan defisit pasien stroke, diantaranya dengan cara mengukur fungsi motorik dan disabilitas.

Berdasarkan data rekam medis yang didapatkan di RS Wahidin Sudirohisodo pada tahun 2011, pada bulan Januari sampai Agustus terdapat 275 untuk kasus *Non Haemorrhagic Stroke* (NHS) sedangkan untuk tahun 2012 pada bulan Januari sampai Agustus terdapat 271 untuk kasus *Non Haemorrhagic Stroke* (NHS). Penelitian ini yang dijadikan sampel diambil di Rumah Sakit Wahidin Sudirohusodo (RS WS) karena Rumah Sakit Wahidin Sudirohusodo merupakan rumah sakit tipe A di Sulawesi Selatan dan menurut

data yang diperoleh banyak pasien yang melakukan pengobatan di Rumah Sakit Wahidin Sudirohusodo.

Dalam beberapa penelitian pengukuran *Activity Daily Living* (ADL) banyak dilakukan pada fase rehabilitasi namun pada fase akut sangat minim, bertitik tolak dari permasalahan tersebut maka penulis tertarik melakukan penelitian untuk menganalisis bagaimana hubungan tingkat kemandirian *Activity Daily Living* (ADL) pada pasien *Non Haemorrhagic Stroke* (NHS) berdasarkan Skala Barthel di Rumah Sakit Wahidin Sudirohusodo

B. Rumusan Masalah

Kebutuhan aktivitas sehari-hari merupakan kebutuhan setiap manusia. Pada pasien stroke terjadi defisit neuromotorik sehingga akan menyebabkan kelemahan fisik hal ini tentu akan mempengaruhi kualitas kehidupan dan tingkat kemandirian dari pasien stroke.

Mobilisasi sangat perlu diatasi untuk mencegah terjadinya komplikasi dan kemunduran kemampuan. Berdasarkan keadaan tersebut rumusan masalah yaitu bagaimana gambaran tingkat kemandirian *Activity Daily Living* (ADL) pada pasien *Non Haemorrhagic Stroke* (NHS) berdasarkan Skala Barthel di RS Wahidin Sudirohusodo?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengidentifikasi gambaran tingkat kemandirian *Activity Daily Living (ADL)* pada pasien *Non Haemorrhagic Stroke* (NHS) dengan menggunakan Skala Barthel di RS Wahidin Sudirohisodo Makassar.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengidentifikasi tingkat kemandirian *Activity Daily Living (ADL)* pada pasien Stroke Non Hemoragik pada hari ketiga, kelima, dan kesembilan dengan menggunakan Skala Barthel.
- b. Untuk mengidentifikasi frekuensi serangan pada pasien *Non Haemorrhagic Stroke* (NHS) dengan menggunakan Skala Barthel.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi kesehatan

Diharapkan hasil penelitian ini dapat digunakan bagi pihak tenaga medis khususnya bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami stroke sehingga lebih memperhatikan kebutuhan *Activity Daily Living (ADL)*. Dapat juga dijadikan sebagai bahan penyuluhan bagi pasien stroke dan keluarganya terhadap kemungkinan perbaikan aktifitas kehidupan sehari-hari pada pasien stroke.

2. Bagi pasien

Diharapkan dengan adanya penelitian ini klien mampu melakukan *Activity Daily Living (ADL)* yaitu kebutuhan dasar sehari-hari sesuai

dengan kemampuannya sehingga tingkat kemandirian yang maksimal bisa diminimalkan.

3. Bagi peneliti

Dapat dijadikan sebagai salah satu referensi untuk studi lebih lanjut bagi para peneliti yang tertarik dalam meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam meneliti masalah yang berkaitan dengan tingkat kemandirian *Activity Daily Living* (ADL) pada pasien stroke non hemoragik.

4. Bagi Institusi pendidikan

Dapat dijadikan sebagai masukan tentang tingkat kemandirian *Activity Daily Living* pada pasien stroke non hemoragik berdasarkan Skala Barthel dan juga sebagai bahan acuan bagi pengembangan kurikulum pendidikan keperawatan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum tentang *Non Haemorrhagic Stroke* (NHS)

1. Definisi

Menurut *World Health Organization* (WHO) (2005), Stroke adalah tanda-tanda klinis yang berkembang cepat akibat gangguan fungsi otak fokal atau global, dengan gejala-gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih atau menyebabkan kematian, tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain vaskuler.

Stroke terjadi akibat adanya gangguan pembuluh darah di otak. Gangguan peredaran darah di otak dapat berupa tersumbatnya pembuluh darah atau pecahnya pembuluh darah di otak. Otak yang seharusnya mendapat pasokan oksigen dan zat makanan menjadi terganggu. Kekurangan pasokan oksigen ke otak akan memunculkan kematian sel saraf (neuron) akibatnya gangguan fungsi otak ini akan menimbulkan gejala stroke (Kowalak; Welsh; Mayer, 2003).

2. Klasifikasi Stroke

Secara patologi stroke dibedakan menjadi: *Non Haemorrhagic Stroke* (Stroke penyumbatan) dan *Haemorrhagic Stroke* (Stroke perdarahan) (Kowalak; Welsh; Mayer, 2003). Kedua macam stroke ini memiliki perbedaan dalam hal patologi, faktor risiko, cara pengobatan, dan juga prognosisnya. Dalam penelitian ini akan dibahas mengenai *Non Haemorrhagic Stroke* (NHS).

Non Haemorrhagic Stroke (NHS) atau yang biasa juga disebut stroke iskemik terjadi karena aliran darah tersumbat atau berkurangnya aliran darah ke daerah otak. Penyumbatan ini dapat terjadi karena adanya aterosklerosis atau pembentukan bekuan darah. Aterosklerosis merupakan endapan kolesterol dan plak di dalam dinding arteri. Endapan ini cukup besar sehingga dapat mempersempit lumen pembuluh arteri dan mengurangi aliran darah sehingga menyebabkan arteri kehilangan kemampuan untuk meregang (Hadinoto, 2006).

Stroke iskemik ini dapat diakibatkan oleh thrombus dan sumbatan akibat emboli. Thrombus terbentuk pada permukaan kasar plak aterosklerotik yang terbentuk pada dinding arteri. Trombus ini dapat membesar sehingga dapat menyumbat lumen arteri tersebut. Sebagian trombus ini dapat terlepas dan menjadi emboli. Emboli merupakan 5-15% dari penyebab stroke.

Dari penelitian epidemiologi didapatkan bahwa sekitar 50% dari semua serangan iskemik otak, baik permanen maupun transien diakibatkan oleh komplikasi trombolitik atau embolik. Trombus adalah jendolan darah yang berasal dari tempat lain umumnya berasal dari jantung. Apabila embolus banyak terlepas dan berjalan lewat aliran darah hal ini menyebabkan penyumbatan pembuluh arteri (Aliah, 2003).

3. Patofisiologi

Dalam kondisi normal, aliran darah otak dewasa adalah 50-60 ml/100 gram. Berat otak normal rata-rata dewasa adalah 1300-1400 gram. Pada

keadaan demikian, kecepatan otak untuk metabolisme oksigen kurang lebih 3,5 ml/100gr. Bila aliran darah otak turun menjadi 20-25 ml/100 gr akan terjadi kompensasi berupa peningkatan ekstraksi oksigen ke jaringan otak sehingga fungsi-fungsi sel saraf dapat pertahankan (Guyton, 1995). Setiap kondisi yang menyebabkan perubahan perfusi darah pada otak akan menyebabkan keadaan hipoksia, apabila keadaan hipoksia ini berlangsung lama maka akan menyebabkan iskemik otak.

Iskemik yang terjadi dalam waktu yang singkat kurang dari 10-15 menit dapat menyebabkan defisit sementara. Pada saat tiga jam terjadi keadaan iskemia, akan terjadi kenaikan kadar air dan natrium pada substansia grisea dan setelah 12-48 jam terjadi kenaikan yang progresif dari kadar air dan natrium pada substansia alba, sehingga memperberat edema pada otak dan dapat meningkatkan tekanan intrakranial. Bila terjadi sumbatan pembuluh darah dalam jangka waktu yang lama, maka daerah sentral yang diperdarai oleh pembuluh darah tersebut akan menyebabkan sel mati permanen sehingga dapat mengakibatkan infark pada otak (Price dan Wilson, 2005).

Setiap defisit fokal permanen akan bergantung pada daerah otak mana yang terkena. Pembuluh darah yang paling sering terkena iskemik adalah arteri serebral tengah dan arteri karotis interna. Jika aliran darah ke tiap bagian otak terhambat karena trombus atau emboli, maka akan terjadi kekurangan nutrisi penting seperti glukosa dan oksigen ke jaringan otak. Kekurangan oksigen dalam waktu yang lama dapat menyebabkan nekrosis

mikroskopik neuron-neuron area yang mengalami nekrosis yang disebut dengan infark (Kumar, 2007).

Gangguan perdarahan darah di otak dapat menimbulkan gangguan pada metabolisme sel-sel neuron, dimana sel-sel neuron tidak mampu menyimpan glikogen sehingga kebutuhan metabolisme tergantung dari glikosa dan oksigen yang terdapat pada arteri-arteri yang menuju otak. Perdarah intrakranial termasuk perdarah ke dalam ruang subaraknoid atau kedalam jaringan otak itu sendiri. Dalam hal ini hipertensi dapat menyebabkan timbulnya penebalan dan degenarifikasi pembuluh darah sehingga menyebabkan rupturnya arteri serebral akibatnya perdarah menyebar dengan cepat sehingga menimbulkan iritasi pada pembuluh darah di otak (Batticaca, 2008).

Pendarahan biasanya berhenti karena adanya pembentukan trombus oleh fibrin trombosit dan oleh tekanan jaringan. Setelah 3 minggu, darah mulai reabsorpsi, ruptur ulangan merupakan resiko serius yang terjadi sekitar 7-10 hari setelah perdarahan pertama akan menyebabkan terhentinya aliran darah ke bagian tertentu sehingga dapat menimbulkan gegar otak, kehilangan kesadaran, peningkatan cairan serebrospinal (CSS), dan dapat menyebabkan gesekan pada otak (otak terbelah sepanjang serabut).

Perubahan sirkulasi CSS, obstruksi vena, edema dapat meningkatkan tekanan intrakranial yang dapat membahayakan jiwa. Darah merupakan bagian yang dapat merusak bila terjadi hemodialisis karena dapat

mengiritasi pembuluh darah pada otak. Darah yang vasoaktif yang dilepas mendorong spasme arteri yang berakibat menurunnya perfusi serebral. Spasme serebri atau vasospasme biasanya terjadi pada hari ke- 4 sampai hari ke-10 setelah terjadinya pendarahan dan menyebabkan konstiksi arteri otak. Vasospasme merupakan komplikasi yang mengakibatkan terjadinya penurunan fokal neurologis, iskemik otak, dan infark.

4. Manifestasi klinik

Dalam kasus stroke dikenal istilah "*The Golden Hour*", yaitu saat-saat yang penting untuk dimanfaatkan membawa penderita ke Rumah Sakit sebelum 3 jam dihitung sejak mengalami serangan. Makin cepat pertolongan maka dapat meminimalkan akibat yang dapat berupa kecacatan atau meninggal dunia.

Gejala utama gangguan peredaran darah otak iskemik akibat trombosis serebri adalah timbulnya defisit neurologik secara mendadak, didahului dengan gejala prodromal yang terjadi pada waktu istirahat atau bangun pagi dan kesadaran biasanya tidak menurun. Pada pemeriksaan *CT- Scan* dapat dilihat adanya daerah hipodens yang mengalami infark/iskemik dan juga edema (Vitriani, 2008)

Menurut Waluyo (2009), gejala stroke bermacam-macam dan bergantung pada wilayah otak yang mengalami sumbatan atau pecahnya pembuluh darah dan sangat umum.

a. Gangguan pada pembuluh darah karotis

1) Cabang pada karotis yang menuju otak bagian tengah, hal ini dapat menimbulkan gejala sebagai berikut:

a) Gangguan rasa di daerah muka/wajah sisi atau disertai gangguan rasa di lengan dan tungkai sisi.

b) Dapat terjadi gangguan gerak/kelumpuhan dari tingkat ringan sampai kelumpuhan total pada lengan dan tungkai sisi.

c) Gangguan untuk berbicara baik berupa sulit untuk mengeluarkan kata-kata maupun sulit mengerti pembicaraan orang lain.

d) Gangguan penglihatan dapat berupa kebutaan satu sisi, atau separuh lapangan pandangan.

e) Mata selalu melirik ke arah satu sisi. Kesadaran menurun, tidak mengenal orang-orang yang sebelumnya dikenalnya, mulut perot, pelo (disartri), merasa anggota badan sisi tak ada, tak dapat membedakan antara kiri dan kanan, sudah tampak tanda-tanda kelainan namun dirinya tak terasa mengalami kelainan.

2) Cabang pada karotis yang menuju otak bagian depan, hal ini menunjukkan gejala: kelumpuhan salah satu tungkai dan gangguan syaraf perasa, ngompol, tidak sadar, gangguan mengungkapkan maksud dan menirukan omongan orang lain.

3) Cabang pada karotis yang menuju otak bagian belakang, gejalanya adalah: kebutaan pada seluruh lapangan pandangan satu sisi atau separuh lapang pandang pada kedua mata, rasa nyeri spontan atau

hilangnya rasa nyeri dan rasa getar pada separuh sisi tubuh, kesulitan memahami barang yang dilihat, namun dapat mengerti jika meraba atau mendengar suaranya dan kehilangan kemampuan mengenal warna.

b. Gangguan pembuluh darah vertebrobasilaris

Pada gangguan ini dapat menyebabkan gejala-gejala, antara lain: gangguan gerak bola mata, hingga terjadi diplopia, jalan menjadi sempoyongan, kehilangan keseimbangan, kedua kaki lemah, tak dapat berdiri, vertigo, muntah, gangguan menelan, disartri, tuli mendadak.

5. Faktor resiko penyakit stroke

Faktor risiko stroke, dibagi menjadi dua yaitu yang berhubungan dengan kondisi kesehatan dan faktor yang berhubungan dengan pola hidup. Faktor risiko yang berhubungan dengan kondisi kesehatan diantaranya hipertensi, diabetes mellitus, penyakit jantung (infark miokard dan fibrilasi atrium), hiperlipidemia. Sedangkan yang berhubungan dengan pola hidup diantaranya merokok, penyalahgunaan alkohol dan obat, kurangnya aktivitas fisik dan obesitas, Smeltzer & Bare (2002).

Faktor risiko yang berhubungan dengan kondisi kesehatan:

a. Hipertensi

Hipertensi merupakan faktor risiko utama untuk stroke baik iskemik maupun hemoragik di Amerika Serikat (Wolf, et al, 2004). Makin tinggi tekanan darah, makin besar risiko untuk mengalami stroke (Lewington et al, 2002). Hipertensi kronik akan menyebabkan

perubahan struktur arteri dan arterial sistemik, terutama pada kasus-kasus yang tidak diobati. Mula-mula akan terjadi hipertrofi dari tunika media diikuti dengan hialinisasi setempat dan penebalan fibrosis dari tunika intima dan akhirnya akan terjadi penyempitan pembuluh darah.

b. Penyakit kardiovaskular (embolisme serebral)

Berasal dari jantung (penyakit arteri koronaria, gagal jantung kongestif, hipertrofi ventrikel kiri, abnormalitas irama khususnya fibrilasi atrium, dan penyakit jantung kongestif). Seorang penderita dengan fibrilasi atrium memiliki risiko enam kali lipat untuk mengalami stroke. Hal ini didasari oleh adanya aterosklerosis yang merupakan suatu kelainan paling mendasar pada infark miokard maupun stroke iskemik. Infark miokard akan menyebabkan kerusakan dinding jantung atau fibrilasi atrium yang persisten, yang akan menyebabkan pembentukan trombus. Lepasnya trombus akan menjadi emboli dan dapat menyebabkan sumbatan pembuluh darah otak (Ropert dan Brown, 2005).

c. Diabetes Militus

Dari hasil sebuah studi kasus kontrol menunjukkan bahwa seseorang dengan diabetes mellitus memiliki risiko 1,6 sampai 8 kali lipat mengalami stroke iskemik daripada penderita tanpa diabetes mellitus (AHA, 2006). Seseorang dengan diabetes mellitus memiliki risiko yang tinggi untuk mengalami aterosklerosis dan faktor risiko aterogenik (misalnya: hipertensi dan abnormalitas lipid darah).

Faktor berhubungan dengan pola hidup:

a. Obesitas

Menurut *Regional Office for the Western Pacific of the World Health Organization, the International Association for the Study of Obesity and the International Obesity Task Force*, obesitas adalah keadaan dimana indeks massa tubuh $> 25 \text{ kg/m}^2$. Obesitas merupakan faktor risiko untuk diabetes, hipertensi, serta hiperkolesterolemia (Mokdad et al, 2003).

b. Merokok

Merokok adalah faktor risiko potensial pada stroke iskemik. Merokok meningkatkan risiko stroke melalui efek terbentuknya trombus dan pembentukan aterosklerosis pada pembuluh darah (Burns, 2003).

c. Penyalahgunaan obat (khususnya kokain)

d. Aktivitas Fisik

Aktivitas fisik yang kurang merupakan faktor risiko untuk stroke, diabetes mellitus, obesitas, hipertensi, osteoporosis dan depresi (Taylor et al, 2004). Aktivitas moderat-berat seperti berjalan, berkebun, berenang, aerobik dalam waktu rata-rata 30 menit setiap hari dapat mengurangi risiko stroke (Pearson et al, 2002).

e. Konsumsi alkohol

Insidensi stroke iskemik pada orang yang mengonsumsi alkohol dalam jumlah kecil (rata-rata 1-2 gelas per hari) lebih rendah daripada orang yang tidak mengonsumsi alkohol. Hal ini dikarenakan efek proteksi dari

alkohol, yang berdasarkan sebuah studi mampu menurunkan penyakit jantung koroner.

6. Dampak Stroke

Pada dasarnya otak mengontrol banyak hal yang berlangsung di tubuh kita. Kerusakan pada otak dapat mempengaruhi pergerakan, perasaan, perilaku, kemampuan berbicara/berbahasa dan kemampuan berpikir seseorang. Namun sesungguhnya penderita stroke sulit diprediksi, ada penderita yang bisa sembuh total dan mampu beraktivitas dan bekerja kembali. Sekitar 50% penderita kelumpuhan separuh tubuh bisa pulih dan beraktivitas kembali, walaupun gerakan lengan/kaki tidak leluasa/terbatas. Sekitar 20% penderita stroke berat meninggal ketika sedang melakukan pengobatan, biasanya disebabkan gangguan pernapasan atau fungsi jantung. Meskipun ada yang sembuh total atau mengalami perbaikan, namun pada umumnya penderita stroke tidak mengalami perbaikan berarti. Berikut ini skala kecatatan karena stroke (Waluyo, 2009):

- a. Kecacatan derajat 0: sembuh total, tidak ada gangguan fungsi-fungsi tubuh
- b. Kecacatan derajat 1: hampir tidak ada gangguan dalam menjalankan aktivitas sehari-hari, dalam arti pasien mampu melakukan tugas dan kewajibannya sehari-hari.
- c. Kecacatan derajat 2: tidak mampu melakukan beberapa aktivitas yang sebelumnya bisa dilakukannya tetapi dalam beberapa hal dapat melakukannya sendiri tanpa bantuan orang lain.

- d. Kecacatan derajat 3: membutuhkan bantuan orang lain, tetapi masih mampu berjalan sendiri meskipun dengan alat bantu (tongkat).
- e. Kecacatan derajat 4: tidak mampu berjalan sendiri, perlu bantuan orang lain. Juga dalam beberapa aktivitas seperti mandi, ke toilet, dan lain-lain
- f. Kecacatan derajat 5: tidak mampu melakukan aktivitas sama sekali. Pasien terpaksa harus selalu berbaring di tempat tidur. BAB dan BAK tidak terasa sehingga memerlukan bantuan dari orang lain.

7. Pemeriksaan Diagnostik

Stroke merupakan diagnostik klinis, pemeriksaan penunjang dilakukan untuk mencari penyebab, mencegah rekurensi, dan untuk pasien yang berat mengidentifikasi faktor-faktor penyebab penurunan fungsi SPP (Ginsberg, 2007)

Pemeriksaan penunjang yang biasa dilakukan pada pasien stroke meliputi:

- a. Pemeriksaan darah lengkap dan LED
- b. Pemeriksaan ureum, elektrolit, glukosa, dan lipid
- c. Rontgen dada dan EKG
- d. CT scan kepala, pemeriksaan ini berguna untuk membedakan infark serebri atau perdarah dan juga dapat digunakan sebagai diagnosis pembanding yang penting seperti tumor, intrakranial, hematoma subdural.

8. Penatalaksanaan

Pasien dengan disabilitas neurologis yang signifikan harus segera dirawat, adapun terapi farmakologi yang diberikan:

- a. Aspirin 300 mg/hari dan dipirimadol, terdapat bukti bahwa kombinasi aspirin dan dipirimadol lebih efektif dibanding hanya pemberian aspirin. Jadi dipirimadol sebaiknya diberikan sedini mungkin pada stroke iskemik dengan dosis 25 mg 2 kali sehari dan ditingkatkan bertahap (selama 7-14 hari) hingga 200 mg dua kali sehari dengan preparat lepas lambat.
- b. Monoterapi dengan klopidoqrel 75mg/hari diberikan jika pasien tidak dapat mentoleransi aspirin.
- c. Penggunaan rutin heparin tidak direkomendasikan karena resiko perdarah intrakranial atau ekstrakranial yang lebih berat daripada keuntungannya. Akan tetapi, heparin intravena dapat diberikan pada keadaan khusus, misalnya pada pasien yang mengalami perburukan gejala akibat trombosis vertebrbasilar
- d. Pemberian vitamin K ada dua jenis yaitu Menadiol Sodium Fosfat yang bersifat larut (digunakan pada sumbatan empedu atau penyakit hati) dalam air dan Fitomenadion yang larut dalam lemak (digunakan untuk mencegah perdarah pada neonatus)
- e. Protamin digunakan untuk mengatasi over dosis heparin, namun jika digunakan berlebihan memiliki efek antikoagulan. Jika pendarahan yang terjadi saat pemberian heparin hanya ringan, protamin sulfat tidak

perlu diberikan karena penghentian heparin biasanya akan menghentikan perdarahan dalam beberapa jam. Protamin diberikan dengan Injeksi intravena (kecepatan tidak lebih dari 5 mg/menit).

Aplikasi praktik yang dapat dilakukan pada pasien stroke (Brooker, 2008):

- 1) Memperhatikan kenyamanan pasien
- 2) Pasien harus dalam posisi fungsional, posisi yang memungkinkan latihan ROM untuk mempertahankan fungsi sendi dan mencegah kontraktur.
- 3) Posisi harus sering diubah untuk memastikan kenyamanan dan mencegah ulkus dekubitus.
- 4) Ekstremitas yang lumpuh atau lemah harus ditopang dengan bantal atau busa untuk mempertahankan posisi terbaik.
- 5) Jika digunakan bidai atau ortotik lain, pemantauan pasien harus dilakukan untuk melihat ada tidaknya kerusakan akibat gesekan atau tekanan.
- 6) Kepala pasien harus diupayakan dalam postur tegak sehingga pasien menghadap lurus ke depan dan leher sejajar dengan tulang belakang.
- 7) Susunan yang tepat dapat menyebabkan spastisitas karena setelah serangan stroke sebagian refleks abnormal sehingga gerakan kepala dan leher menyebabkan postur ekstremitas abnormal (refleks ini disebut refleks leher tonik) maka tungkai harus diletakkan sedemikian rupa untuk menghindari kontraktur dan postur abnormal yang dapat

membatasi posisi berdiri dan berjalan setelah sembuh. Ekstremitas atas sebaiknya ditopang untuk mengurangi kontraktur dan meningkatkan pemakaian fungsional, kekuatan, dan kontrol karena banyak aktivitas sehari-hari seperti makan dan mencuci, bergantung pada lengan dan tangan.

B. Tinjauan Umum *Activity Daily Living (ADL)*

Kebutuhan dasar manusia merupakan hal yang penting untuk bertahan hidup dan juga untuk kesehatan. Walaupun setiap manusia memiliki sifat tambahan yang berbeda namun kebutuhan dasarnya tetap sama. Hirarki kebutuhan manusia menurut Maslow, terbagi dalam lima tingkatan prioritas. Tingkatan yang paling dasar meliputi kebutuhan fisiologis seperti udara, air, dan makanan. Tingkatan kedua meliputi kebutuhan keselamatan dan keamanan, yang melibatkan keamanan fisik dan psikologis. Tingkatan yang ketiga mencakup kebutuhan cinta dan rasa memiliki, termasuk persahabatan, hubungan sosial dan cinta seksual. Tingkatan keempat meliputi kebutuhan rasa berharga dan harga diri dan tingkatan yang akhir adalah kebutuhan aktualisasi diri (Perry & Potter, 2005).

Activity Daily Living (ADL), adalah suatu kegiatan untuk melakukan suatu kegiatan rutin sehari-hari yang menyangkut aktivitas *hygiene* yang biasa dilakukan seperti mandi serta berpakaian dan juga aktivitas yang bersifat pemeliharaan seperti makan dan minum (Hardywinito & Setiabudi, 2005). *ADL* adalah aktifitas perawatan diri yang harus pasien lakukan setiap hari

untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan kehidupan sehari-hari (Smeltzer & Bare, 2002).

Fungsi ADL sendiri untuk memandirikan pasien agar tidak meminta bantuan orang lain sehingga dapat meminimalkan ketergantungan dan mencegah timbulnya komplikasi. Banyak faktor-faktor yang dapat mempengaruhi ADL antara lain: umur, status perkembangan, budaya, kesehatan fisiologis, fungsi kognitif, fungsi psikososial, tingkat stress, dan ritme biologi.

Pengkajian *ADL* penting untuk mengetahui tingkat ketergantungan atau besarnya bantuan yang diperlukan dalam kehidupan sehari-hari. Pengukuran kemandirian *ADL* akan lebih mudah dinilai dan dievaluasi secara kuantitatif dengan sistem skor yang sudah banyak dikemukakan oleh berbagai penulis *ADL* dasar, yaitu keterampilan dasar yang harus dimiliki seseorang untuk merawat dirinya meliputi berpakaian, makan & minum, toileting, mandi, berhias. Ada juga yang memasukkan kontinensi buang air besar dan buang air kecil dalam kategori *ADL* dasar ini. Dalam kepustakaan lain juga disertakan kemampuan mobilitas (Sugiarto, 2005).

Pada pasien pasca stroke akan terjadi kemunduran fisik sehingga mempengaruhi *Activity Daily Living* (ADL). Hal ini disebabkan karena adanya kerusakan pada otak sebagaimana yang kita ketahui otak merupakan sistem saraf pusat, tidak saja mengendalikan semua gerakan, juga pikiran, ingatan, emosi, suasana hati, sampai dorongan seksual. Sepanjang hidupnya otak terus-menerus menerima rangsangan, mengolah, dan menyimpan

informasi dalam bentuk memori sehingga apabila sel-sel saraf otak mati dan fungsi otak terganggu maka fungsi gerak dan intelektual akan terganggu (Waluyo, 2009)

Proses pemulihan pasien pasca stroke tergantung berat ringannya derajat stroke. Proses pemulihan setelah stroke terdapat dua tipe pemulihan yang dapat mempengaruhi aktivitas sehari-hari yaitu pemulihan neurologis (fungsi saraf otak) dan pemulihan fungsional (kemampuan melakukan aktivitas fungsional). Pemulihan neurologis terjadi awal setelah stroke. Mekanisme yang mendasari adalah pulihnya fungsi sel otak pada area penumbra yang berada di sekitar area infark yang sesungguhnya, pulihnya *diaschisis* dan atau terbukanya kembali sirkuit saraf yang sebelumnya tertutup atau tidak digunakan lagi.

Kemampuan fungsional pulih sejalan dengan pemulihan neurologis yang terjadi. Setelah lesi otak menetap, pemulihan fungsional masih dapat terus terjadi sampai batas-batas tertentu terutama dalam 3-6 bulan pertama setelah stroke. Hal itulah yang menjadi fokus utama rehabilitasi medis, yaitu untuk mengembalikan kemandirian pasien mencapai kemampuan fungsional yang optimal. Adapun faktor-faktor yang dapat mempengaruhi perbaikan stroke antara lain:

1. faktor neurologis: tempat lesi, berat/luas lesi, jumlah lesi
2. faktor umum: umur dan komplikasi penyakit misalnya saja penyakit jantung, infeksi, depresi dan lain-lain

C. Tinjauan Umum Skala *Barthel*

Skala *Barthel* adalah suatu alat untuk mengukur kemandirian individu dan mobilitas (fungsi fisik) seseorang terhadap aktivitas dasar sehari-hari. Dimana untuk memberikan penilaian dengan teratur dan sejauh mana hasil yang telah dicapai, maka diperlukan evaluasi program dengan menggunakan instrumen evaluasi kapasitas fungsional "*Indeks Barthel*". Adapun penilaian dari indeks Barthel adalah didasarkan pada tingkat bantuan orang lain dalam meningkatkan aktivitas fungsional (Pudjiastuti, 2003).

1. Kegiatan di tempat tidur

- a. Point 15 apabila dapat melakukan kegiatan-kegiatan dibawah ini tanpa bantuan, yaitu:
 - 1) Berbaring di tempat tidur
 - 2) Bangkit dari tempat tidur
 - 3) Duduk di tempat tidur
 - 4) Turun dan naik di tempat tidur
- b. Point 10 apabila pasien dapat melakukan kegiatan 1), 2), 3), tanpa bantuan dan 4) dengan bantuan
- c. Point 5 apabila pasien dapat melakukan kegiatan 1), 2), 3), 4) dengan bantuan
- d. Point 0 apabila pasien tidak dapat melakukan kegiatan diatas.

2. Berjalan pada tempat yang datar

- a. Point 15 apabila pasien dapat mengambil posisi berdiri, kemudian jalan disekitar ruang perawatan

- b. Point 10 apabila pasien dapat mengambil posisi berdiri, kemudian jalan namun dengan menggunakan alat bantu, misalnya krukatau tongkat.
- c. Point 5 apabila pasien dapat melakukan kegiatan diatas dengan bantuan.
- d. Point 0 apabila pasien tidak dapat melakukan kegiatan diatas meski dengan bantuan.

3. Mengangkat kaki dan tangan

- a. Point 10 apabila pasien dapat mengangkat kaki dan tangan tanpa bantuan.
- b. Point 5 apabila pasien dapat mengangkat kaki dan tangan dengan bantuan.
- c. Point 0 apabila pasien tidak dapat mengangkat kaki dan tangan meski dengan bantuan.

4. Kegiatan di kamar kecil

- a. Point 10 apabila pasien dapat melakukan kegiatan-kegiatan dibawah ini tanpa bantuan, yaitu:
 - 1) Melepas dan mengenakan kembali pakaian bawahnya
 - 2) Menggantungkan pakaian pada tempatnya
 - 3) Jongkok di kloset
 - 4) Dapat mengambil air dengan gayung dan dapat membersihkan jalan kotorannya.
 - 5) Berdiri kembali.

- b. Point 5 apabila pasien membutuhkan bantuan dalam melakukan kegiatan diatas.
- c. Point 0 apabila pasien tidak dapat melakukan kegiatan.

5. Berpakaian dan melepas baju

- a. Point 10 apabila pasien dapat melakukan kegiatan-kegiatan dibawah ini tanpa bantuan, yaitu:
 - 1) Memakai baju
 - 2) Mengancing dan membuka baju
 - 3) Melepas baju
 - 4) Memakai sepatu dan sandal
- b. Point 5 apabila pasien dapat melakukan kegiatan tersebut dengan bantuan.
- c. Point 0 apabila pasien tidak dapat melakukan kegiatan diatas meski dengan bantuan.

6. Pengontrolan BAB

- a. Point 10 apabila pasien dapat mengontrol BAB
- b. Point 5 apabila pasien kadang-kadang tidak dapat menahan BAB
- c. Point 0 apabila pasien tidak dapat menahan BAB

7. Pengontrolan BAK

- a. Point 10 apabila pasien dapat mengontrol BAK
- b. Point 5 apabila pasien kadang-kadang tidak dapat menahan BAK
- c. Point 0 apabila pasien tidak dapat menahan BAK

8. Perawatan Diri

- a. Point 5 apabila pasien dapat mengerjakan kegiatan-kegiatan dibawah ini tanpa bantuan, yaitu:
 - 1) Mencuci tangan dan muka
 - 2) Menyisir rambut
 - 3) Menyikat gigi
 - 4) Menggunakan makeup (bagi wanita) jika diperlukan
- b. Point 0 apabila pasien tidak dapat mengerjakan beberapa atau semua kegiatan diatas tanpa bantuan.

9. Mandi

- a. Point 5 apabila pasien dapat melakukan
- b. Point 0 apabila pasien tidak mampu melakukan

10. Makan

- a. Point 10 apabila, pasien dapat melakukan kegiatan-kegiatan dibawah ini tanpa bantuan, yaitu:
 - 1) Menyuaap makanan, jika ditaruh dalam jangkauannya
 - 2) Mengambil sendok atau garpu bila diperlukan
 - 3) Mengunyah dan menelan makanan
- b. Point 5 apabila pasien dapat melakukan kegiatan 1),2) dengan bantuan dan 3) tanpa bantuan.
- c. Point 0 apabila pasien tidak dapat mengerjakan kegiatan diatas.

Untuk mengkategorikan kemandirian berdasarkan Skala *Barthel* adalah:

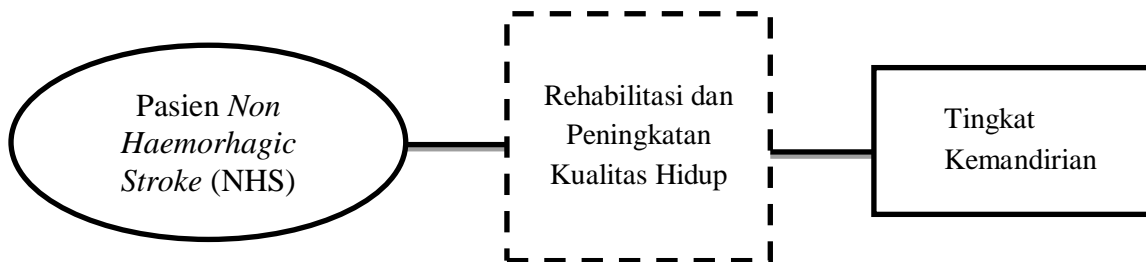
- a. Nilai 100 dikatakan mandiri, apabila dapat melakukan kegiatan dari 10 komponen Skala *Barthel* tanpa bantuan orang lain.
- b. Nilai ≥ 50 dikatakan memerlukan bantuan minimal, apabila dapat melakukan kegiatan dari 10 komponen Skala *Barthel* tetapi sebagian kecil masih perlu bantuan orang lain.
- c. Nilai < 50 dikatakan memerlukan bantuan maksimal, apabila hanya dapat melakukan kegiatan dari sebagian kecil komponen Skala *Barthel* dan sebagian besar perlu bantuan orang lain.
- d. Nilai 0 dikatakan memerlukan bantuan total apabila seluruh komponen Skala *Barthel* tidak dapat dilakukan meskipun dengan bantuan orang lain.

BAB III

KERANGKA KONSEP


KERANGKA KONSEP


Dalam penelitian ini kerangka konsep yang diambil adalah mengidentifikasi tingkat kemandirian *Activity Daily Living* (ADL) pada pasien *Non Haemorrhagic Stroke* (NHS) berdasarkan Skala *Barthel*. Untuk memudahkan pemahaman, maka secara sederhana hubungan antar variabel penelitian dapat digambarkan sebagai berikut:



Bagan 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan :

 = Variabel yang tidak di teliti

 = Variabel yang di teliti

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif non eksperimental dengan rancangan penelitian deskriptif kuantitatif menggunakan studi *time series* yaitu menekankan pada data penelitian berupa rentang waktu.

B. Tempat Dan Waktu Penelitian

1. Tempat penelitian

Tempat penelitian dilakukan di Lontara 3 bagian saraf di RSUD Wahidin Sudirohisodo

2. Waktu penelitian

Waktu penelitian dilaksanakan pada tanggal 17 Desember 2012 sampai dengan 31 Januari 2013

C. Populasi Dan Sampel

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien *Non Haemorrhagic Stroke* (NHS) yang dirawat di Lontara 3 bagian saraf di RSUD Wahidin Sudirohisodo. Berdasarkan data rekam medik pada bulan Januari-Agustus tahun 2012 terdapat 272 kasus sehingga setiap bulan terdapat 34 pasien *Non Haemorrhagic Stroke* (NHS).

2. Sampel

a. Sampel yang diambil pada penelitian ini menurut kriteria di bawah ini:

Kriteria inklusi, adalah karakteristik sampel yang dapat dimasukkan

atau layak diteliti :

- 1) Pasien yang didiagnosa medis *Non Haemorrhagic Stroke* (NHS) yang masih berada pada fase akut.
- 2) Pasien mampu memahami instruksi dan bersedia menjadi responden.

Kriteria eksklusi adalah Pasien yang tidak memenuhi persyaratan untuk dijadikan sampel yaitu:

- 1) Pasien yang tidak kooperatif.
- 2) Pasien stroke dengan penyakit neurodegeneratif (seperti penyakit parkinson)

b. Estimasi Besar Sampel

Perkiraan besar sampel yang dibutuhkan dalam penelitian ini adalah 31 orang. Dengan rumus Solvin:

$$n = \frac{N}{Nxd^2 + 1}$$

Keterangan: n = Jumlah sampel
d = Tingkat signifikan (p)
N = Jumlah Populasi pasien *Non Haemorrhagic Stroke* (NHS) setiap bulan

$$n = \frac{34}{1+34(0,05^2)} = \frac{34}{1+0,08} = \frac{140}{1,08} = 31$$

Hasil perhitungan diatas menunjukkan estimasi besar sampel pada penelitian ini adalah 31 orang pasien stroke non hemoragik.

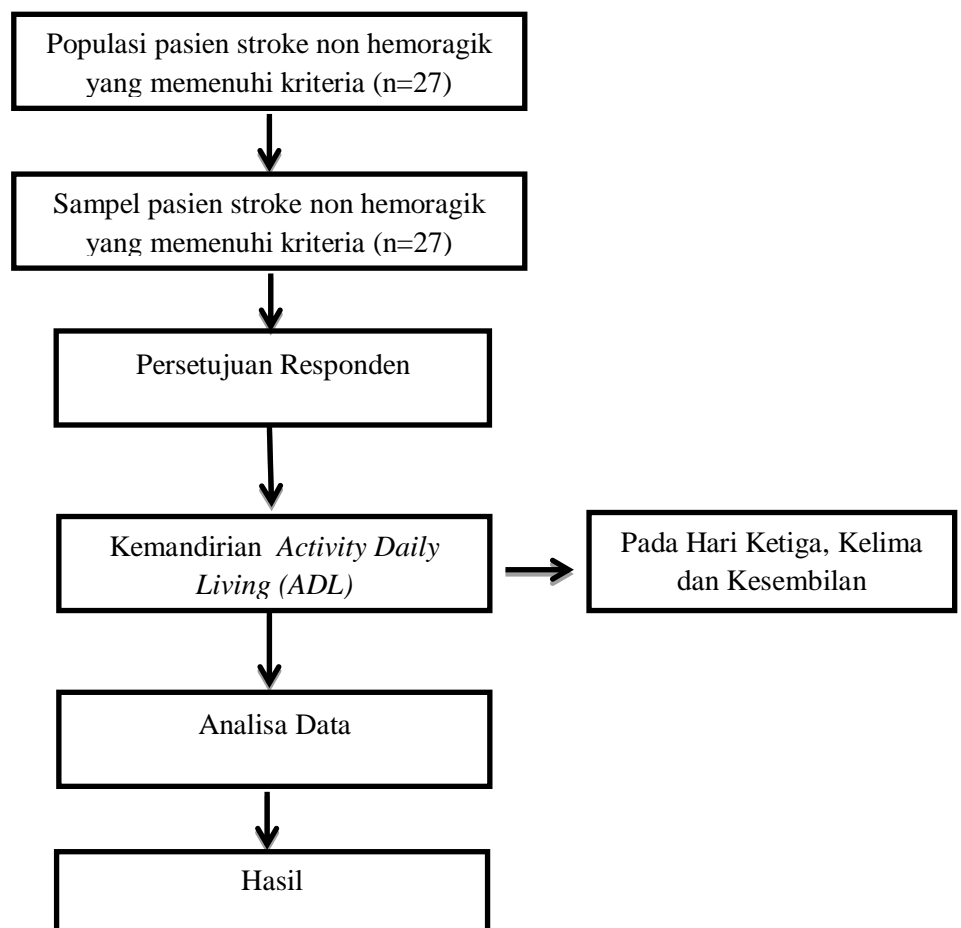
c. Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel adalah dengan menggunakan *Non Probability Sampel* yaitu dengan menggunakan teknik *Consecutive*

Sampling, pengambilan subjek dengan cara mengambil semua subyek yang datang dan memenuhi kriteria pemilihan sampai jumlah subjek yang diperlukan terpenuhi namun memiliki batas waktu.

D. Alur Penelitian

Alur penelitian merupakan kerangka konsep penelitian sehingga dapat memperjelas langkah-langkah dalam melakukan penelitian. Dalam penelitian ini menggunakan pendekatan observasi, dengan alur sebagai berikut :



Bagan 4.1 Langkah-langkah dalam melakukan penelitian

E. Definisi Operasional

1. Tingkat Kemandirian pada pasien *Non Haemorrhagic Stroke* (NHS)

Kemampuan pasien dalam melakukan pemenuhan Activity Daily Living (ADL) dalam hal melakukan kegiatan: kegiatan di tempat tidur, berjalan pada tempat yang datar, naik dan turun tangga, kegiatan dikamar kecil, berpakaian dan melepas baju, pengontrolan BAB, pengontrolan BAK, perawatan diri, mandi, makan, yang diukur dengan menggunakan Skala *Barthel*

Cara pengukuran:

- a. Nilai 100 dikatakan mandiri
- b. Nilai ≥ 50 dikatakan memerlukan bantuan minimal
- c. Nilai < 50 dikatakan memerlukan bantuan maksimal
- d. Nilai 0 dikatakan memerlukan bantuan total

F. Instrumen Penelitian

Untuk keperluan penelitian ini alat pengumpul data yang digunakan adalah data primer berupa wawancara dan observasi. Adapun instrumen penelitian yang digunakan adalah Skala Barthel.

G. Rencana Pengelolaan dan Analisa Data

Pengolahan data adalah suatu proses terhadap data dari penelitian mentah agar siap disajikan sebagai hasil yang berarti dan dapat ditarik kesimpulan yang baik. Sedangkan Analisis data adalah pengolahan dan penganalisan data melalui suatu perhitungan tertentu yang dapat dilakukan menggunakan tangan atau melalui proses komputerisasi (Notoatmojo, 2002).

Rencana pengolahan data terbagi atas tiga tahap yaitu, penyusunan data, klasifikasi data, dan analisis data. Penyusunan data dimaksudkan untuk memudahkan pengecekan dan penilaian data yang dibutuhkan oleh peneliti. Klasifikasi data adalah pengelompokan data didasarkan kategori yang dibuat berdasarkan pertimbangan peneliti (Notoatmodjo, 2002).

Data yang ada dimasukkan dalam program SPSS. Selanjutnya dilakukan analisis secara univariat. Analisis univariat untuk memperoleh karakteristik dari responden yang diteliti.

H. Masalah Etika

Penelitian ini dimulai dengan melakukan berbagai prosedur yang berhubungan dengan etika penelitian. Komisi Nasional Etik Penelitian Kesehatan (2005) menerangkan ada tiga prinsip yang harus dipegang teguh dalam melaksanakan suatu penelitian yaitu :

1. Respect for Person

Peneliti mempertimbangkan hak-hak subjek penelitian dengan memberikan kebebasan kepada subjek penelitian untuk berpartisipasi. Peneliti mempersiapkan formulir persetujuan subjek (*inform consent*) yang didalamnya mencakup maksud dan tujuan dari penelitian yang akan dilakukan. Jika calon responden bersedia untuk diteliti, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan tersebut. Bila calon responden menolak untuk diteliti, maka peneliti tidak boleh memaksa dan tetap menghormati hak-haknya.

Subjek penelitian yang menyetujui untuk menjadi responden akan mempunyai hak dan privasi dalam memberikan informasi. Oleh karena itu peneliti akan menyimpan dengan baik lembar kuesioner yang berisi informasi dari subjek penelitian.

2. *Beneficence & Non Malaficience*

Sebuah penelitian hendaknya memperoleh manfaat semaksimal mungkin bagi masyarakat pada umumnya, dan subjek penelitian pada khususnya. Peneliti juga akan berusaha meminimalkan dampak yang merugikan bagi subjek penelitian atau responden.

3. *Justice*

Prinsip keadilan perlu dijaga oleh peneliti dengan kejujuran, keterbukaan, dan kehati-hatian. Prinsip keadilan menjamin bahwa semua subjek penelitian memperoleh perlakuan dan keuntungan yang sama.

BAB V

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

Rancangan penelitian yang dipakai dalam penelitian ini adalah penelitian yang menggunakan metode kuantitatif non eksperimental dengan rancangan penelitian deskriptif kuantitatif menggunakan studi *time series* yaitu menekankan pada data penelitian berupa rentang waktu untuk mendapatkan gambaran tingkat kemandirian *Activity Daily Living (ADL)* pada pasien *Non-Haemorrhagic Stroke (NHS)* pada hari ketiga, kelima, dan kesembilan dan juga mengidentifikasi frekuensi serangan dengan tingkat kemandirian pada pasien *Non-Haemorrhagic Stroke (NHS)*.

Pengambilan sampel menggunakan *Non Probability Sampel* yaitu dengan menggunakan teknik *Consecutive Sampling*, pengambilan subjek dengan cara mengambil semua subyek yang datang dan memenuhi kriteria pemilihan sampai jumlah subjek yang diperlukan terpenuhi namun memiliki batas waktu. Penelitian ini mengambil sampel sebanyak 27 orang responden, yang terdiri dari 19 orang responden laki-laki dan 8 orang responden perempuan.

Waktu penelitian dilakukan selama 7 minggu mulai tanggal 17 Desember 2012 sampai dengan 31 Januari 2013. Setelah data terkumpul kemudian data diolah dan disajikan distribusi frekuensi dan presentase dari variabel yang diteliti. Untuk melihat bagaimana hasil penelitian tersebut selanjutnya akan disajikan distribusi frekuensi sesuai variabel yang diteliti secara berurut sebagai berikut:

1. Karakteristik demografi responden

Tabel 1 Karakteristik Responden Berdasarkan Umur, Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan, dan Riwayat Penyakit Pada Pasien Stroke Non Hemoragic di Rumah Sakit Wahidin Sudirohusodo (n = 27)

Karakteristik	f	% (persentasi)
Umur		
Remaja (14-18 tahun)	1	2,8
Dewasa Muda (18-40 tahun)	2	5,6
Dewasa Pertengahan (40-60 tahun)	14	38,9
Lansia (>60 tahun)	10	27,8
Jenis Kelamin		
Laki-Laki	19	52,8
Perempuan	8	22,2
Tingkat Pendidikan		
Tidak Tamat SD	3	8,3
SD	7	19,4
SMP	4	11,1
SMA	9	25,0
Perguruan Tinggi	4	11,1
Riwayat Penyakit		
Hipertensi	6	16,7
Jantung	8	22,2
Diabetes Melitus	3	8,3
Prostat	2	5,6
Usus Turun	2	5,6
Kolesterol	1	2,8
Vertigo	1	2,8
Asma	1	2,8
Komplikasi	3	8,3

Sumber: Data Primer 2012

Tabel 1 menunjukkan bahwa distribusi responden berdasarkan karakteristik demografi yang meliputi umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan riwayat penyakit pada pasien Stroke Non Hemoragic di Rumah Sakit Wahidin Sudirohusodo diperoleh gambaran bahwa sebagian besar responden pada kelompok usia dewasa pertengahan atau berada pada kisaran 40-60 tahun (38,9%). Jenis Kelamin menunjukkan bahwa responden paling banyak berjenis kelamin laki-laki yaitu sebanyak 19 orang (52,8%). Tingkat pendidikan menunjukkan rata-rata responden

memiliki tingkat pendidikan SMA sebanyak 9 orang (25%). Riwayat penyakit rata-rata responden memiliki penyakit jantung sebanyak 8 orang (22,2%).

2. Gambaran Distribusi Tingkat kemandirian *Activity Daily Living* (ADL)

Tabel 2 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Kemandirian *Activity Daily Living* (ADL) Pada Pasien Stroke Non Hemoragic Berdasarkan Skala Barthel di Rumah Sakit Wahidin Sudirohusodo (n = 27)

Tingkat Kemandirian	Hari III		Hari V		Hari IX	
	f	%	f	%	F	%
Mandiri (100)	0	0	1	2,8	6	16,7
Memerlukan Bantuan Minimal (≥ 50)	12	33,3	14	38,9	10	27,8
Memerlukan Bantuan Maksimal (<50)	8	22,2	4	11,1	10	27,8
Bantuan Total (0)	7	19,4	8	22,2	1	2,8
Jumlah	27	100	27	100	27	100

Sumber: Data Primer 2012

Tabel 2 menunjukkan hasil penelitian bahwa dari 27 responden yang diteliti, pada hari ketiga rata-rata responden memiliki tingkat kemandirian yang memerlukan bantuan minimal yaitu sebanyak 12 orang (33,3%), pada hari kelima sebagian besar responden memiliki tingkat kemandirian yang memerlukan bantuan minimal yaitu sebanyak 14 orang (38,9%) dan pada hari kesembilan rata-rata memiliki tingkat kemandirian yang memerlukan bantuan minimal dan maksimal yang masing-masing sebanyak 10 orang (27,8%).

3. Perbedaan Tingkat Kemandirian *Activity Daily Living* (ADL) hari ketiga dan kesembilan

Tabel 3 Distribusi Responden Berdasarkan Perbedaan Tingkat Kemandirian *Activity Daily Living* (ADL) hari ketiga dan kesembilan Pada Pasien Stroke Non Hemoragic Berdasarkan Skala Barthel di Rumah Sakit Wahidin Sudirohusodo (n = 27)

Variabel	Pada Hari Ketiga	Pada Hari Kesembilan	Perubahan	P
Tingkat Kemandirian Pasien	36,85 ($\pm 28,323$)	58,70 ($\pm 28,323$)	21,85	.000

Sumber: Data Primer 2012

Berdasarkan tabel 3 diatas diketahui bahwa nilai signifikansi pada hasil hitung ($0.000 < 0.05$), jadi dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan tingkat kemandirian pasien stroke non hemoragik pada hari ketiga dan hari kesembilan.

4. Rata-Rata Tingkat Kemandirian *Activity Daily Living* (ADL) hari ketiga, kelima, dan kesembilan

Tabel 4 Distribusi Responden Berdasarkan Rata-Rata Tingkat Kemandirian *Activity Daily Living* (ADL) hari ketiga, kelima dan kesembilan Pada Pasien Stroke Non Hemoragic Berdasarkan Skala Barthel di Rumah Sakit Wahidin Sudirohusodo

Variabel	Pada Hari Ketiga	Pada Hari Kelima	Pada Hari Kesembilan
Rata-Rata Tingkat Kemandirian	1,19	1,30	1,78

Sumber: Data Primer 2012

Berdasarkan tabel 4 diatas diketahui bahwa nilai rata-rata tingkat kemandirian *Activity Daily Living* (ADL) pada hari ketiga 1,19, kelima 1,30 dan kesembilan 1,78. Terdapat peningkatan rata-rata dari hari ketiga, kelima dan kesembilan.

5. Gambaran Distribusi Frekuensi Serangan

Tabel 5 Distribusi Responden Berdasarkan Frekuensi Serangan Pada Pasien Stroke Non Hemoragic Berdasarkan Skala Barthel di Rumah Sakit Wahidin Sudirohusodo (n = 27)

Frekuensi Serangan	f	%
1 Kali	11	30,6
2 Kali	14	38,9
3 Kali	2	5,6

Sumber: Data Primer 2012

Hasil penelitian yang disajikan pada tabel 5 menunjukkan dari 27 responden yang diteliti, rata-rata responden telah mengalami 2 kali serangan yaitu sebanyak 14 orang (38,9%)

6. Gambaran Frekuensi Serangan terhadap Tingkat Kemandirian

Tabel 6 Distribusi Responden Berdasarkan Frekuensi Serangan terhadap tingkat kemandirian *Activity Daily Living* (ADL) Pada Pasien Stroke *Non Hemoragic* Berdasarkan Skala *Barthel* di Rumah Sakit Wahidin Sudirohusodo (n = 27)

Tingkat Kemandirian	Frekuensi Serangan						Jumlah	
	1 kali		2 kali		3 kali		F	%
	F	%	f	%	f	%		
Bantuan Total	0	0	1	100	0	0	1	100
Memerlukan bantuan Maksimal	2	20,0	6	60,0	2	20,0	10	100
Memerlukan bantuan Minimal	5	50,0	5	50,0	0	0	10	100
Mandiri	4	66,7	2	33,3	0	0	6	100
Jumlah	11	40,7	14	51,9	2	7,4	27	100

Sumber: Data Primer 2012

Hasil penelitian yang disajikan pada tabel 6 menunjukkan dari 27 responden yang diteliti, responden dengan tingkat kemandirian bantuan total semuanya telah mengalami serangan kedua kalinya. Responden dengan tingkat kemandirian yang memerlukan bantuan maksimal paling banyak telah mengalami serangan dua kali yaitu sebanyak 6 orang (60%). Responden dengan tingkat kemandirian yang memerlukan bantuan minimal rata-rata merupakan serangan yang pertama dan kedua dengan jumlah masing-masing 5 orang (50%). Responden dengan tingkat kemandirian mandiri paling banyak serangan stroke yang dialami adalah serangan stroke yang pertama yaitu sebanyak 4 orang (66,7%).

B. Pembahasan

Kemandirian merupakan suatu kemampuan seseorang dalam melakukan aktivitas. Aktivitas sehari-hari yang perlu dinilai adalah kemampuan dasar dalam melakukan aktivitas perawatan diri sendiri yaitu makan-minum, mandi, berpakaian, berhias, menggunakan toilet, kontrol buang air kecil dan besar, berpindah tempat (transfer), mobilitas-jalan, dan menggunakan tangga.

Berdasarkan tingkat kemandirian Skala *Barthel*, pada hari ketiga terdapat 12 responden memerlukan bantuan minimal, 8 responden memerlukan bantuan maksimal, dan 7 responden yang memerlukan bantuan total. Pada hari ketiga sebagian besar responden telah memerlukan bantuan minimal, dimana responden dapat melakukan 10 komponen kegiatan di Skala *Barthel*, tetapi masih memerlukan bantuan.

Kegiatan-kegiatan yang dapat dilakukan tetapi masih memerlukan bantuan orang lain yaitu kegiatan di tempat tidur dan kegiatan makan. Untuk kegiatan di tempat tidur, dari 27 responden hanya 12 responden yang dapat melakukan kegiatan dengan bantuan orang lain, sedangkan untuk kegiatan makan dan minum dari 27 responden terdapat 14 responden yang masih memerlukan bantuan. Dilihat dari frekuensi serangan, rata-rata responden yang mampu melakukan kegiatan namun masih memerlukan bantuan yaitu yang mengalami stroke serangan pertama.

Kegiatan-kegiatan yang tidak dapat dilakukan pada hari ketiga meskipun dengan bantuan yaitu pada kegiatan berjalan pada tempat yang

datar, mengangkat kaki dan tangan, kegiatan dikamar kecil, BAB, BAK, kegiatan perawatan diri, mandi, berpakaian dan melepas baju. Penelitian ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Kwakkel, et al (2010), menunjukkan bahwa penilaian tingkat kemandirian kurang optimal dilakukan dalam waktu 72 jam pertama (hari ketiga) hal ini disebabkan karena adanya ketidakstabilan defisit neurologis. Keadaan pasien stroke memburuk selama 24 jam pertama sampai 48 jam setelah serangan yang diamati sekitar 25% dari semua responden.

Responden rata-rata mengalami kelumpuhan sebelah sehingga sulit melakukan kegiatan mengangkat kaki dan tangan. Hal sama terlihat pada kegiatan dikamar kecil seperti kegiatan BAK, BAB, mandi, dan perawatan diri. Untuk kegiatan berjalan pada tempat yang datar terdapat 15 responden tidak dapat melakukan kegiatan meskipun dengan bantuan. Berdasarkan data yang diperoleh, rata-rata responden tidak dapat melakukan kegiatan yang telah mengalami serangan stroke berulang.

Hal ini sesuai dengan penelitian oleh Tirtawati (2009), menyatakan bahwa pasien stroke dengan tingkat frekuensi serangan yang berulang, tidaklah dapat hidup mandiri, sebagian besar aktivitas kehidupannya memerlukan bantuan, bahkan sampai aktivitas kehidupan yang paling dasar sekalipun seperti makan, berkemih, dan mandi. Sehingga dalam hal ini, proses penanganan harus secepatnya dilakukan pada pasien yang mengalami stroke. Apabila penanganan yang diberikan terlambat, maka

akan memperburuk keadaan pasien yang berdampak pada tingkat kecatatan yang dapat mempengaruhi tingkat kemandirian.

Pada hari kelima, terdapat 1 responden dengan tingkat kemandirian mandiri, 14 responden memerlukan bantuan minimal, 4 responden memerlukan bantuan maksimal, dan 8 responden yang memerlukan bantuan total. Dari data diatas diperoleh bahwa, pada hari ketiga dan kelima tidak terlihat perubahan dari segi tingkat kemandirian, yaitu tetap berada pada tingkat memerlukan bantuan minimal. Namun terdapat perubahan jumlah angka skore dari Skala *Barthel* yaitu dari 12 responden pada hari ketiga dan 14 responden pada hari kelima.

Pada hari kelima sebagian besar kegiatan sudah mengalami peningkatan mandiri. Untuk kegiatan di tempat tidur terlihat peningkatan yang signifikan dari hari ketiga yaitu peningkatan dari 2 ke 6 responden. Kegiatan berjalan pada tempat yang datar terdapat peningkatan dari 3 ke 6 responden. Kegiatan berpakaian dan melepas baju terdapat peningkatan dari 2 ke 7 responden. Hal sama terlihat pada kegiatan perawatan diri, kegiatan dikamar kecil dan kegiatan makan-minum.

Dari data yang diperoleh terdapat beberapa kegiatan yang tidak mengalami peningkatan kemandirian (nilainya sama pada hari ketiga) yaitu pada kegiatan mengangkat kaki dan tangan, pengontrolan BAK dan BAB, dan mandi. Pada penelitian yang dilakukan oleh Harsono (2002), menyatakan bahwa proses pemulihan motorik terjadi secara perlahan, misalnya pada lengan gerakan pertama yang dapat kembali adalah

biasanya pada bahu, diikuti oleh siku, pergelangan tangan dan jari-jari beberapa usaha bergerak terjadi pada pola sinergi fleksor dengan fleksi bahu, siku pergelangan tangan dan jari-jari bersama satu unit.

Proses pemulihan tingkat kemandirian juga dapat dipengaruhi oleh umur seiring dengan berjalannya waktu. Pada penelitian ini ditemukan gambaran bahwa sebagian besar responden pada kelompok usia dewasa pertengahan atau berada pada kisaran 40-60 tahun. Hal ini didukung dengan hasil penelitian Lumbantobing (2001), menunjukkan bahwa semakin bertambahnya usia seseorang maka risiko terkena stroke non-haemoragik semakin tinggi.

Pada hari kelima terdapat satu responden yang berusia dewasa muda (18-40 tahun) yang memiliki tingkat kemandirian mandiri, hal ini sesuai teori bahwa pada pasien stroke yang berumur masih muda memungkinkan akan pulih sepenuhnya dari penyakit stroke yang paling berat sekalipun dan pada tingkatan usia menengah keatas yang terkena stroke kecacatan terjadi menetap dan hanya mengalami sedikit kemajuan dalam tingkat kemandirian (Smith. T, 2000)

Selain usia, motivasi dari pasien juga mempengaruhi perbaikan tingkat pemulihan karena bergantung pada upaya-upaya yang ada dalam diri sendiri pasien, dimana pasien harus berusaha memotivasi dirinya sendiri, untuk melakukan pengobatan, latihan-latihan gerak disertai semangat hidup yang tinggi seiring dengan rekomendasi dari bagian saraf RS Wahidin Sudirohusodo untuk dilakukan mobilisasi awal pada pasien

stroke sehingga mempercepat perbaikan sel-sel syaraf yang mengalami infark.

Peranan keluarga juga berpengaruh pada proses pemulihan aktivitas tingkat kemandirian pasien itu sendiri. Peranan keluarga dalam memberikan dukungan atau motivasi sangat besar dalam mempercepat proses pemulihan kesehatan pasien disebabkan karena keluarga terutama istri/suami dapat membantu dalam proses melakukan mobilisasi awal sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa mobilisasi awal juga dapat memperlambat sel-sel otak yang mengalami infark sehingga dapat terjadi perbaikan sel-sel otak (Rosiana, 2009).

Hasil penelitian terlihat berbeda pada hari kesembilan yaitu terdapat 10 responden yang memerlukan bantuan minimal dan maksimal, 6 responden dengan tingkat kemandirian mandiri (adanya perubahan tingkat jumlah responden pada hari ketiga dan kelima), sedangkan terdapat 1 responden yang memerlukan bantuan total. Hal ini dibuktikan oleh uji statistik yang dilakukan dengan menggunakan uji T berpasangan dengan nilai $p = 0,000$ bahwa terdapat perbedaan tingkat kemandirian pasien stroke non hemoragik pada hari ketiga dan hari kesembilan.

Pada hari kesembilan terdapat 1 responden yang tidak mengalami peningkatan dari hari kelima ke hari sembilan, dari hasil observasi kondisi responden mengalami penurunan yang awalnya hanya lumpuh sebagian menjadi lumpuh seluruhnya. Dilihat dari riwayat penyakit, responden memiliki riwayat stroke berulang dan riwayat penyakit jantung. Dari hasil

penelitian di Amerika, dari 16 responden yang mengalami serangan stroke berulang, rata-rata responden memiliki riwayat penyakit jantung sebanyak 8 orang. Hal ini membuktikan bahwa kurang lebih 3-4 % orang yang memiliki penyakit jantung akan mengalami resiko untuk terkena stroke berulang. (Ropert dan Brown, 2005).

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Kwakkel, et al (2010), yang menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan antara hari ketiga dan hari kesembilan. Pada hari kesembilan terdapat enam responden yang memiliki tingkat kemandirian mandiri pada kelompok laki-laki terlihat memiliki perbaikan tingkat kemandirian yang lebih baik, namun pengaruh jenis kelamin belum ada kesamaan dari pendapat dari beberapa penelitian

Berdasarkan penelitian ini menunjukkan bahwa angka kejadian stroke non-haemorrhagic paling banyak berjenis kelamin laki-laki hal ini didukung oleh hasil penelitian yang dilakukan oleh Aliah dan Widjaja (2002), menunjukkan bahwa angka kejadian stroke *Non Haemorrhagic Stroke* (NHS) pada laki-laki lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan. Jenis Kelamin laki-laki paling mudah terkena stroke, hal ini diakibatkan kerana lebih tingginya angka kejadian faktor risiko stroke misalnya saja hipertensi, dan kebiasaan merokok pada laki-laki.

Merokok dapat meningkatkan risiko stroke melalui efek terbentuknya trombus dan pembentukan aterosklerosis pada pembuluh darah (Burns, 2003), selain itu stroke pada wanita lebih rendah

dibandingkan pria diakibatkan adanya hormon estrogen yang dimiliki wanita sebelum menopause yang berfungsi sebagai proteksi pembuluh darah terhadap proses aterosklerosis yang merupakan penyebab tersering stroke trombus (Japardi, 2002).

C. KETERBATASAN PENELITIAN

1. Penelitian ini tidak terlepas dari keterbatasan. Keterbatasan yang ada pada penelitian ini yaitu pada saat pengambilan sampel karena kurangnya responden stroke non hemoragik.
2. Kelengkapan data yang kurang sehingga banyak informasi yang tidak dapat digali dari *medical record*.
3. Tidak dilakukan penelitian mengenai hubungan letak lesi terhadap tingkat kemandirian.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Hasil penelitian mengenai gambaran tingkat kemandirian *Activity daily Living* (ADL) pada pasien *Non Haemorrhagic Stroke* (NHS) berdasarkan Skala *Barthel* di RS Wahidin Sudiowisodo dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Terdapat perubahan peningkatan tingkat kemandirian pasien *Non Haemorrhagic Stroke* (NHS) dari hari ketiga, kelima, dan kesembilan yaitu berada pada tingkat kemandirian minimal dimana pasien mampu melakukan sebagian besar kegiatan namun sebagian kecil masih memerlukan bantuan orang lain. Aktivitas yang paling sulit dilakukan pada hari ketiga, kelima, dan kesembilan yaitu melakukan perawatan diri dan mandi.
2. Pasien *Non Haemorrhagic Stroke* (NHS) dengan serangan stroke berulang, pada umumnya (37,5%) adalah yang memerlukan bantuan total

B. Saran

1. Bagi kesehatan, agar lebih memperhatikan tingkat kebutuhan *Activity Daily living* (ADL) pasien sehingga memberikan mobilisasi sejak dini untuk mencegah terjadinya komplikasi seperti tirah baring sehingga dapat mempercepat proses pemulihan.

2. Bagi penderita stroke, agar pasien mampu melakukan kegiatan dasar sehari-hari sehingga dapat mencegah timbulnya frekuensi serangan dan tingkat kemandirian yang maksimal bisa diminimalkan.
3. Bagi peneliti lain , agar mengingat bahwa masih ada hal-hal lain yang dapat mempengaruhi tingkat kemandirian pasien stroke-hemoragik misalnya letak lesi dan juga melihat efek ROM atau *exercise* pada pasien stroke non hemoragik berdasarkan skala barthel
4. Bagi institusi pendidikan, diharapkan penelitian ini mampu memperkaya studi- studi mengenai stroke.

DAFTAR PUSTAKA

- Aliah, A. & Widjaja. 2007. *Gambaran Umum tentang Gangguan Peredaran Darah Otak (GDPO)*. Yogyakarta: Gajah Mada University.
- Anonim. Heart disease and stroke statistics. American Heart Association Update. Stroke. 2004: 430-38.
- AHA (American Heart Association/American Council on Stroke). 2006. *Guidelines for Prevention of Stroke in Patients with Ischemic Stroke or Transient Ischemic Attack*. Stroke 2006;37:577-617.
- Batticaca & B. Fransisca. 2008. *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Persyarafan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Brooker & Chris. 2008. *Ensiklopedia Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Burns DM. Epidemiology of smoking-induced cardiovascular disease. *Prog. Cardiovasc. Dis.*, 2003.46: 11- 29.
- Guyton A. C & Hall. 1995. *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran, edisi 7*. Jakarta: EGC.
- Gert. Kwakkel., M. Janne Veerbeek., Van Harmeling. Der Wel., Erwin Van. Wegen. Boudewijin & Kollen. 2010. *Diagnostic Accuracy of the Barthel Index for Measuring Activities of Daily Living Outcome After Ischemic Hemispheric Stroke : Does Early Poststroke Timing of Assessment Matter?*. Journal of American Heart Association, ISSN: 1524-4628.
- Hadinoto S, Setiawan. Soetedjo.2006. *Stroke Non Hemoragis. Dalam pengelolaan Mutakhir Stroke*. Semarang: Badan penerbit Universitas Diponegoro.
- Harsono. 2002. *Infark Otak. In: Neurologi Klinik*. Yogyakarta: Universitas Gajah Mada.
- Iskandar, Junaedi. 2006. *Stroke A-Z Pengenalan, Pencegahan, Pengobatan, Rehabilitasi Stroke serta Tanya Jawab Seputar Stroke*. Jakarta: PT. Buana Ilmu Populer.
- Iskandar, Japardi. 2002. *Patofisiologi Stroke Infark Akibat Tromboemboli*. USU: digital library
- Kowalak. P. Jennifer, William Welsh, & Brenna Mayer. 2003. *Buku Ajar patofisiologi*. Jakarta: EGC
- Kumar. 2007. *Buku Ajar patologi. Edisi 7 Volume 2*. Terjemahan B.U. Pendit. Jakarta: EGC
- Lipska, K., Sylaja, P.N., Sarma, P.S., Thankappan, K.R., Kutty, V.R., Vasana, R.S., et al. 2007. *Risk Factors for Acute Ischaemic Stroke in Young Adults in South India*. Journal of Neurology Neurosurgery Psychiatry, 78: 959-963.

- Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R and Collins R. 2002. *Age specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies*. Lancet,2002.360: 1903-1913.
- Lumbantobing, SM. (2001). *Stroke, Dalam: Neurogeriatri*. Jakarta: FK UI: Hardinoto S, setiawan, Soetedjo. (2006). *Stroke non-haemoragis. Dalam: pengelolaan Mutakhir stroke*. Semarang: Badan Penerbit Universitas Diponegoro
- Lionel, Ginsberg. 2007. *Lecture Notes Neurologi*. Jakarta: Erlangga
- Mokdad AH, Ford ES, Bowman BA, Dietz WH, Vinicor F, Bales VS and Marks JS. 2003. *Prevalence of obesity, diabetes, and obesity-related health risk factors*. JAMA, 289: 76-79
- Pinzom. Rizaldy & Asanti Laksmi. 2010. *AWAS STROKE, Pengertian, Gejala, Tindakan, Perawatan, dan Pencegahan*. Yogyakarta: Andi Offseto.
- Potter & Perry. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan*. Jakarta: EGC
- Price, Sylvia A. & Wilson, Lorraine. 2005. *Patofisiologi : Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit Edisi ke-6*. Jakarta: EGC.
- Pudjiastuti, S.S. 2003. *Fisioterapi Pada Lansia. Cetakan 1*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Pradasari, Rosiana. 2009. *Rehabilitasi Stroke pada Pelayanan Kesehatan Primer*. Jurnal Kedokteran Indonesia, Volume: 59,
- Roppert AH, Brown RH. 2005. *Cerebrovascular Diseases. In : Adam and Victor's Principles of Neurology. Eight edition*. New York : Mc Graw-Hill.
- Syahrul. 2009. *Stroke: Sindroma Metabolik dan Gangguan Genetik*. Jurnal Kedokteran Syiah Kuala. 2009; 3 : 123-130.
- Sudoyo, A.W., Setyohadi, B., Alwi, I., Simadibrata, M., Setiati, S. 2007. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam, Jilid III: Stroke dan Penatalaksanaannya* . Jakarta: Departemen Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Sugiarto, Andi. 2005. *Penilaian Keseimbangan Dengan Aktivitas Kehidupan Sehari-Hari Pada Lansia Dip Anti Werdha Pelkris Elim Semarang Dengan Menggunakan Berg Balance Scale Dan Indeks Barthel*. Semarang : Universitas Diponegoro.
- Smith. T. 2000. *Mengatasi stroke. Seri Kesehatan* . Yogyakarta: penerbit ANDI
- Smeltzer, Suzanne & Bare, Brenda. 2002. *Keperawatan Medical Bedah Edisi 8 Volume 1*. Jakarta: EGC.
- Setiabudi, Hardywinoto. 2005. *Panduan Gerontologi*. Jakarta : Gramedia.

- Vitriana. 2008. *Motor Learning In Stroke Motor Control Recovery*. Bandung: Universitas Padjajaran.
- World Health Organization. 2005. *The Atlas of Heart Disease and Stroke*. http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en/. (di akses Agustus, 2011)
- Waluyo, Srikandi. 2009. *100 Questions and Answers Stroke*. Jakarta: PT Elex Media Komputindo
- Wolf PA. Cerebrovascular risk. 2004..*Hypertension Primer: The Essentials of High Blood Pressure*. In: Izzo JLJ



LAMPIRAN-LAMPIRAN



Lampiran 1

NASKAH PENJELASAN UNTUK RESPONDEN

Assalamu Alaikum/Selamat pagi, nama saya Rizqiyah Hariyanti H, mahasiswa S1 Universitas Hasanuddin Program Studi Ilmu Keperawatan, melakukan penelitian tentang Analisis Gambaran Tingkat Kemandirian *Activity Daily Living* (ADL) pada Pasien *Non-Haemorrhagic Stroke* (NHS) Berdasarkan *Skala Barthel* di RS Wahidin Sudirohusodo. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi tingkat kemandirian *Activity Daily Living* (ADL) pada pasien *Non-Haemorrhagic Stroke* (NHS) dengan menggunakan Skala Barthel. Saya sangat berharap Bapak/Ibu bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian ini, dan bila bersedia diharapkan dapat memberikan persetujuan. Keikutsertaan Bapak/Ibu dalam penelitian ini bersifat sukarela tanpa paksaan, oleh karena itu Bapak/Ibu berhak untuk menolak atau mengundurkan diri tanpa hambatan secara psikologis. Penelitian ini tidak mengganggu pelayanan kesehatan yang Bapak/Ibu lakukan. Bahkan, menjadi salah satu keuntungan bagi Bapak/Ibu jika berpartisipasi pada penelitian ini yaitu akan membantu untuk mengidentifikasi tingkat kemandirian *Activity Daily Living* (ADL) pada Bapak/Ibu sehingga tingkat ketergantungan yang maksimal dapat diminimalkan.

Jika Bapak/Ibu setuju untuk berpartisipasi, maka saya akan melakukan observasi mengenai tingkat kemandirian Bapak/Ibu dengan menggunakan skala barthel. Saya akan melakukan observasi selama tiga hari yaitu hari ketiga, kelima, dan kesembilan. Sekali lagi saya ingatkan, bahwa keikutsertaan Bapak/Ibu bersifat sukarela tanpa paksaan dan hambatan psikologis, sehingga Bapak/Ibu berhak untuk mengundurkan diri atau menolak dalam penelitian ini, demikian pula jika terjadi hal-hal yang tidak memungkinkan misalnya rasa tidaknyaman maka peneliti akan memberikan pertolongan pertama pada pasien dan membawa pasien ke pelayanan kesehatan terdekat dan semua biaya ditanggung oleh peneliti, atau Bapak/Ibu merasa tidak bersedia lagi ikut serta maka Bapak/Ibu berhak mundur dalam penelitian ini. Bila Bapak/Ibu merasa masih ada yang belum jelas atau belum dimengerti, maka Bapak atau Ibu dapat menanyakan atau meminta penjelasan kepada saya : **Rizqiyah (085756991819)**

Data penelitian ini akan dikumpulkan dan disimpan tanpa menyebutkan nama Bapak/Ibu dalam file manual (tertulis) atau elektronik, dan diproses serta disajikan pada Seminar Hasil Penelitian dalam pembuatan Skripsi S1 Program

Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin. Jika Bapak/Ibu setuju diharapkan menandatangani Surat Persetujuan mengikuti Penelitian, atas kesediaan dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Identitas Peneliti

Peneliti Nama : Rizqiyah hariyanti H.
 Alamat : BTP BLOK B NO.356
 Telepon : 085756991819

Lampiran 2

FORMULIR PERSETUJUAN MENGIKUTI PENELITIAN SETELAH MENDAPAT PENJELASAN

Saya yang bertandatangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

Setelah mendengar/membaca dan mengerti penjelasan yang diberikan mengenai tujuan, manfaat apa yang akan diperoleh pada penelitian ini, menyatakan setuju untuk ikut dalam penelitian ini. Saya dengan ini menyetujui semua data saya yang dihasilkan pada penelitian ini disajikan dalam bentuk lisan maupun tulisan.

Saya mengerti bahwa dari semua hal yang dilakukan oleh Saudara Rizqiyah kepada Saya adalah melakukan pengukuran tingkat kemandirian Activity Daily Living (ADL) Meskipun akan ada resiko tidak nyaman, saya percaya hal tersebut sangat kecil dan jarang terjadi.

Saya tahu keikutsertaan saya ini bersifat sukarela tanpa paksaan dan hambatan psikologis, sehingga saya bisa menolak ikut atau mengundurkan diri dari penelitian ini. Saya memiliki kesempatan/hak untuk bertanya atau meminta penjelasan pada penelitian bila ada hal yang belum jelas.

Saya mengerti bahwa semua biaya yang dikeluarkan sehubungan dengan penelitian ini, akan ditanggung oleh peneliti.

	Nama	Tanda Tangan	Tgl/bulan/tahun
Responden
Saksi 1
Saksi 2

LEMBAR OBSERVASI

Judul Penelitian: “**Analisis Gambaran Tingkat Kemandirian Activity Daily Living (ADL) pada Pasien Non-Haemorrhagic Stroke (NHS) Berdasarkan Skala Barthel di RS Wahidin Sudirohusodo**”

Tanggal Penelitian :

No. Kode Responden :

Petunjuk :

Mohon dengan hormat bantuan dan kesediaan Bapak/Ibu/Sdr(i) untuk menjawab seluruh pertanyaan

DATA DEMOGRAFI

1. Nama Responden :

2. Umur :

3. Pendidikan :

- | | |
|--------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> | a. Tidak Tamat SD |
| <input type="checkbox"/> | b. SD |
| <input type="checkbox"/> | c. SMP |
| <input type="checkbox"/> | d. SMA |
| <input type="checkbox"/> | e. Perguruan Tinggi |

4. Jenis Kelamin : Laki-Laki Perempuan

5. Suku :

6. Agama :

7. Riwayat Penyakit :

8. Frekuensi Serangan :

Lampiran 3

SKALA BARTHEL

1. Kegiatan di tempat tidur

15	Pasien dapat melakukan kegiatan – kegiatan dibawah ini tanpa bantuan, yaitu: a. Berbaring di tempat tidur b. Bangkit dari tempat tidur c. Duduk di tempat tidur d. Turun dan naik di tempat tidur
10	melakukan kegiatan a, b, c, tanpa bantuan dan d dengan bantuan.
5	melakukan kegiatan a, b, c, dan d dengan bantuan.
0	Pasien tidak dapat melakukan kegiatan diatas.

2. Berjalan pada tempat yang datar

15	Pasien dapat mengambil posisi berdiri, kemudian jalan disekitar ruang perawatan
10	Pasien dapat mengambil posisi berdiri, kemudian jalan namun dengan menggunakan alat bantu, misalnya krukatau tongkat.
5	Pasien dapat melakukan kegiatan diatas dengan bantuan
0	Pasien tidak dapat melakukan kegiatan diatas meski dengan bantuan.

3. Mengangkat kaki dan tangan

10	Pasien dapat mengangkat kaki dan tangan tanpa bantuan.
5	Pasien dapat mengangkat kaki dan tangan dengan bantuan.
0	Pasien tidak dapat mengangkat kaki dan tangan meski dengan bantuan.

4. Kegiatan dikamar kecil

10	Pasien dapat melakukan kegiatan-kegiatan dibawah ini tanpa bantuan, yaitu: a. Melepas dan mengenakan kembali pakaian bawahnya b. Menggantung pakaian pada tempatnya c. Jongkok di kloset d. Dapat mengambil air dengan gayung dan membersihkan jalan kotorannya e. Berdiri kembali.
5	Pasien membutuhkan bantuan dalam menjalankan beberapa atau semua kegiatan diatas.
0	Pasien tidak dapat mengerjakan kegiatan diatas meskipun dengan bantuan.

5. Berpakaian dan melepas baju

10	Pasien dapat melakukan kegiatan-kegiatan dibawah ini tanpa bantuan yaitu: a. Memakai baju b. Mengancing dan membuka baju c. Melepas baju d. Memakai sepatu dan sandal.
5	Pasien dapat melakukan kegiatan tersebut dengan bantuan
0	Pasien tidak dapat melakukan kegiatan diatas meski dengan bantuan.

6. Pengontrolan BAB

10	Pasien dapat mengontrol BAB.
5	Kadang-kadang pasien tidak dapat menahan BAB.

0	Pasien tidak dapat menahan BAB.
---	---------------------------------

7. Pengontrolan BAK

10	Pasien dapat menahan BAK.
5	Kadang-kadang pasien tidak dapat menahan BAK.
0	Pasien tidak dapat menahan BAK.

8. Perawatan diri

5	Pasien dapat mengerjakan kegiatan-kegiatan dibawah ini tanpa bantuan, yaitu: <ul style="list-style-type: none"> a. Mencuci tangan dan muka b. Menyisir rambut c. Menyikat gigi d. Menggunakan makeup (wanita) jika diperlukan.
0	Pasien tidak dapat mengerjakan beberapa atau semua kegiatan diatas tanpa bantuan.

9. Mandi

5	Pasien dapat melakukan
0	Pasien tidak mampu melakukan

10. Makan

10	Pasien dapat melakukan kegiatan-kegiatan dibawah ini tanpa bantuan, yaitu: <ul style="list-style-type: none"> a. Menyuaap makanan, jika ditaruh dalam jangkauannya b. Mangambil sendok atau garpu bila diperlukan c. Menguyah dan menelan makanan.
5	Pasien dapat melakukan kegiatan a,b, dengan bantuan dan c

	tanpa bantuan.
0	Pasien tidak dapat mengerjakan kegiatan a,b,c dengan bantuan.

Untuk mengkategorikan kemandirian berdasarkan Skala Barthel adalah:

- e. Nilai 100 dikatakan mandiri, apabila dapat melakukan kegiatan dari 10 komponen Skala Barthel tanpa bantuan orang lain.
- f. Nilai ≥ 50 dikatakan memerlukan bantuan minimal, apabila dapat melakukan kegiatan dari 10 komponen Skala Barthel tetapi sebagian kecil masih perlu bantuan orang lain.
- g. Nilai < 50 dikatakan memerlukan bantuan maksimal, apabila hanya dapat melakukan kegiatan dari sebagian kecil komponen Skala Barthel dan sebagian besar perlu bantuan orang lain.
- h. Nilai 0 dikatakan memerlukan bantuan total apabila seluruh komponen Skala Barthel tidak dapat dilakukan meskipun dengan bantuan orang lain.

Lampiran 4

HASIL OUTPUT SPSS

1. Karakteristik Responden

Frequencies

Statistics

	Kategori Umur	Riwayat Pendidikan	Jenis Kelamin	Riwayat Penyakit
N Valid	27	27	27	27
Missing	9	9	9	9
Mean	3.22	3.15	1.30	3.78
Median	3.00	3.00	1.00	2.00
Mode	3	4	1	2
Std. Deviation	.751	1.292	.465	3.055
Skewness	-.988	-.181	.946	1.136
Std. Error of Skewness	.448	.448	.448	.448
Range	3	4	1	9
Minimum	1	1	1	1
Maximum	4	5	2	10
Sum	87	85	35	102

Frequency Table

Kategori Umur

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Remaja (14-18 tahun)	1	2.8	3.7	3.7
Dewasa Muda (18-40 tahun)	2	5.6	7.4	11.1
Dewasa pertengahan (40-60 tahun)	14	38.9	51.9	63.0

	Lansia (>60 tahun)	10	27.8	37.0	100.0
	Total	27	75.0	100.0	
Missing	System	9	25.0		
Total		36	100.0		

Riwayat Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Tamat SD	3	8.3	11.1	11.1
	SD	7	19.4	25.9	37.0
	SMP	4	11.1	14.8	51.9
	SMA	9	25.0	33.3	85.2
	Perguruan Tinggi	4	11.1	14.8	100.0
	Total	27	75.0	100.0	
Missing	System	9	25.0		
Total		36	100.0		

Jenis Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-Laki	19	52.8	70.4	70.4
	Perempuan	8	22.2	29.6	100.0
	Total	27	75.0	100.0	
Missing	System	9	25.0		
Total		36	100.0		

Riwayat Penyakit

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Hipertensi	6	16.7	22.2	22.2
	Penyakit Jantung	8	22.2	29.6	51.9
	Diabetes Melitus	3	8.3	11.1	63.0

	Prostat	2	5.6	7.4	70.4
	Usus Turun	2	5.6	7.4	77.8
	Kolesterol	1	2.8	3.7	81.5
	Vertigo	1	2.8	3.7	85.2
	Asma	1	2.8	3.7	88.9
	Komplikasi	3	8.3	11.1	100.0
	Total	27	75.0	100.0	
Missing	System	9	25.0		
	Total	36	100.0		

2. Tingkat Kemandirian Pasien Strok Non-Hemoragik pada hari Ketiga, Kelima, Kesembilan

Frequencies

Statistics

		Kategori Skala Barthel Hari Ketiga	Kategori Skala Barthel Hari Kelima	Kategori Skala Barthel Hari Kelima
N	Valid	27	27	27
	Missing	9	9	9
	Mean	1.19	1.30	1.78
	Median	1.00	2.00	2.00
	Mode	2	2	1 ^a
	Std. Deviation	.834	.953	.847
	Skewness	-.374	-.369	.051
	Std. Error of Skewness	.448	.448	.448
	Range	2	3	3
	Minimum	0	0	0
	Maximum	2	3	3
	Sum	32	35	48

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

Frequency Table

Kategori Skala Barthel Hari Ketiga

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Bantuan Total	7	19.4	25.9	25.9
	Maksimal (<50)	8	22.2	29.6	55.6
	Minimal (>=50)	12	33.3	44.4	100.0
	Total	27	75.0	100.0	
Missing	System	9	25.0		
	Total	36	100.0		

Kategori Skala Barthel Hari Kelima

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Bantuan Total	8	22.2	29.6	29.6
	Maksimal (<50)	4	11.1	14.8	44.4
	Minimal (>=50)	14	38.9	51.9	96.3
	Mandiri (100)	1	2.8	3.7	100.0
	Total	27	75.0	100.0	
Missing	System	9	25.0		
	Total	36	100.0		

Kategori Skala Barthel Hari Kaesembilan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Bantuan Total	1	2.8	3.7	3.7
	Maksimal (<50)	10	27.8	37.0	40.7
	Minimal (>=50)	10	27.8	37.0	77.8
	Mandiri (100)	6	16.7	22.2	100.0
	Total	27	75.0	100.0	
Missing	System	9	25.0		
	Total	36	100.0		

Paired Samples Test

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 Jumlah Skala Barthel Hari Ketiga - Jumlah Skala Barthel Hari Kelima	-21.852	14.287	2.750	-27.504	-16.200	-7.947	26	.000

3. Perbedaan Tingkat Kemandirian Pasien Strok Non-Hemoragik pada hari Ketiga dan Kesembilan

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 Jumlah Skala Barthel Hari Ketiga	36.85	27	28.323	5.451
Jumlah Skala Barthel Hari Kelima	58.70	27	31.641	6.089

Paired Samples Correlations

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 Jumlah Skala Barthel Hari Ketiga & Jumlah Skala Barthel Hari Kelima	27	.892	.000

**4. Frekuensi Serangan Pasien Stroke Non-Hemoragik
Statistics**

Frekuensi Serangan

N	Valid	27
	Missing	9
Mean		1.67
Median		2.00
Mode		2
Std. Deviation		.620
Skewness		.348
Std. Error of Skewness		.448
Range		2
Minimum		1
Maximum		3
Sum		45

Frekuensi Serangan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Kali	11	30.6	40.7	40.7
	2 Kali	14	38.9	51.9	92.6
	3 Kali	2	5.6	7.4	100.0
	Total	27	75.0	100.0	
Missing	System	9	25.0		
	Total	36	100.0		

5. Crosstabs Frekuensi Serangan Pasien Stroke Non-Hemoragik dengan tingkat kemandirian pada hari Kesembilan

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kategori Skala Barthel Hari kesembilan * Frekuensi Serangan	27	75.0%	9	25.0%	36	100.0%

Kategori Skala Barthel Hari Kesembilan * Frekuensi Serangan Crosstabulation

			Frekuensi Serangan			Total
			1 Kali	2 Kali	3 Kali	
Kategori Skala Barthel Hari Kesembilan	Bantuan Total	Count % within Kategori Skala Barthel Hari kesembilan	0 .0%	1 100.0%	0 .0%	1 100.0%
	Maksimal (<50)	Count % within Kategori Skala Barthel Hari kesembilan	2 20.0%	6 60.0%	2 20.0%	10 100.0%
	Minimal (>=50)	Count % within Kategori Skala Barthel Hari kesembilan	5 50.0%	5 50.0%	0 .0%	10 100.0%
	Mandiri (100)	Count % within Kategori Skala Barthel Hari kesembilan	4 66.7%	2 33.3%	0 .0%	6 100.0%
Total	Count % within Kategori Skala Barthel Hari kesembilan	11 40.7%	14 51.9%	2 7.4%	27 100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (1-sided)

			sided)		95% Confidence Interval		95% Confidence Interval		Sig.
					Lower Bound	Upper Bound	Lower Bound	Upper Bound	
Pearson Chi-Square	7.042 ^a	6	.317	.259 ^b	.094	.425			
Likelihood Ratio	8.049	6	.235	.222 ^b	.065	.379			
Fisher's Exact Test	6.832			.259 ^b	.094	.425			
Linear-by-Linear Association	5.014 ^c	1	.025	.074 ^b	.000	.173	.000	.173	.074 ^b
N of Valid Cases	27								

a. 10 cells (83,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,07.

b. Based on 27 sampled tables with starting seed 2000000.

c. The standardized statistic is -2,239.

Symmetric Measures

	Value	Approx. Sig.	Monte Carlo Sig.		
			Sig.	95% Confidence Interval	
				Lower Bound	Upper Bound
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.455	.317	.259 ^a	.094	.425
N of Valid Cases	27				

a. Based on 27 sampled tables with starting seed 2000000.

Risk Estimate

	Value
Odds Ratio for Kategori Skala Barthel Hari Kelima (Bantuan Total / Maksimal (<50))	^a

Risk Estimate

	Value
Odds Ratio for Kategori Skala Barthel Hari Kelima (Bantuan Total / Maksimal (<50))	^a

a. Risk Estimate statistics cannot be computed. They are only computed for a 2*2 table without empty cells.