

**HUBUNGAN TINGKAT KEPARAHAN PASIEN STROKE DENGAN
DISABILITAS PADA PASIEN STROKE ISKEMIK DI RUANGAN
NEUROLOGI RSSN BUKITTINGGI
TAHUN 2017**

SKRIPSI



Disusun oleh:

ANGGI FIRNANDA
NIM. 1514201036

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
PERINTIS SUMATERA BARAT
TAHUN 2017**

**HUBUNGAN TINGKAT KEPARAHAN PASIEN STROKE DENGAN
DISABILITAS PADA PASIEN STROKE ISKEMIK DI RUANGAN
NEUROLOGI RSSN BUKITTINGGI
TAHUN 2017**

Penelitian Keperawatan Medikal Bedah

SKRIPSI

*Diajukan sebagai
Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar
Sarjana Keperawatan*



Disusun oleh:

ANGGI FIRNANDA
NIM.1514201036

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
PERINTIS SUMATERA BARAT
TAHUN 2017**

HALAMAN PERNYATAAN ORIGINALITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama Lengkap : Anggi Firnanda
Nomor Induk Mahasiswa : 1514201036
Pembimbing I : Ns. Lisa Mustika Sari, M.Kep
Pembimbing 2 : Ns. Dia Resti DND, M.Kep
Nama Penguji : Ns.Muhamad Arif, M. Kep
Nama Penguji II : Ns. Dia Resti DND, M.Kep

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dan merupakan hasil karya sendiri serta sumber baik yang di kutip maupun yang dirujuk saya nyatakan dengan benar.

Apabila suatu saat terbukti saya melakukan kegiatan plagiat, maka saya bersedia untuk dicabut gelar akademik yang telah diperoleh

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya

Bukittinggi, 26 April 2017

Anggi Firnanda
NIM : 1514201036

**PENDIDIKAN SARJANA KEPERAWATAN PROGRAM STUDI ILMU
KEPERAWATAN STIKES PERINTIS PADANG**

Skripsi, April 2017

Anggi Firnanda

**HUBUNGAN TINGKAT KEPARAHAN PASIEN STROKE DENGAN
DESABILITAS PADA PASIEN STROKE DI RSSN BUKITTINGGI TAHUN 2017
ix + VI BAB + 78 Halaman + 5 Tabel + 2 Skema + 7 Lampiran.**

ABSTRAK

Organisasi Stroke Dunia mencatat hampir 85% orang yang mempunyai faktor resiko dapat terhindar dari stroke bila menyadari dan mengatasi faktor resiko tersebut sejak dini. Badan kesehatan dunia memprediksi bahwa kematian akibat stroke akan meningkat seiring dengan kematian akibat penyakit jantung dan kanker kurang lebih 6 juta pada tahun 2010 menjadi 8 juta di tahun 2030 (Yastroki, 2012). Bukittinggi didapatkan angka kejadian stroke dari tahun ke tahun meningkat, kejadian stroke bulan Januari sampai Juni pada tahun 2016 sebanyak 3909. Pada bulan Januari tahun 2017 sebanyak 116 orang. Tujuan penelitian ini adalah Untuk mengetahui Hubungan tingkat keparahan pasien stroke dengan desabilitas pada pasien stroke di RSSN Bukittinggi tahun 2017. Metode penelitian ini menggunakan metode *deskriptif analitik* dengan desain pendekatan *corelation study*, kemudian data diolah dengan menggunakan uji *Chi Square*. Sampel dalam penelitian ini sebanyak 30 orang responden. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p\text{ value} = 0,021$ ($p < \alpha$) maka disimpulkan adanya hubungan antara tingkat keparahan pasien stroke dengan desabilitas pada pasien stroke di RSSN Bukittinggi tahun 2017. Saran dalam penelitian ini adalah Hasil penelitian ini dapat dimasukkan dalam SOP bagi perawat di RSSN Bukittinggi khususnya program pada ruang rawat neurologis. Memberikan Pendidikan kesehatan kepada pasien stroke dan terutama pada keluarga tentang perawatan pasien stroke dirumah.

Kata Kunci : Tingkat Keparahan Stroke, Disabilitas, Stroke
Daftar Bacaan : 17 (2000-2016)

STUDY OF NURSING STIKES PIONEERS PADANG

Skripsi , APRIL 2017

Anggi Firnanda

STROKE PATIENT RATE RELATIONSHIP WITH DESABILITY IN STROKE PATIENTS IN RSSN HEAD OF 2017

CHAPTER VI + ix + 78 pages + 2 Schema + 7 Appendix Table

ABSTRACT

The World Stroke Organization noted that almost 85% of people who have risk factors can avoid strokes if they are aware and 3 address these risk factors early on. The World Health Organization predicts that deaths from stroke will increase with deaths from heart disease and cancer by about 6 million in 2010 to 8 million by 2030 (Yastroki, 2012). Bukittinggi found the incidence of stroke from year to year increased, the incidence of stroke in January to June in 2016 as many as 3909. In January of 2017 as many as 116 people. The purpose of this study was to determine the relationship of severity of stroke patients with the desirability of stroke patients in RSSN Bukittinggi 2017. This research method used descriptive analytic method with corelation study approach design, then data is processed by using Chi Square test. The sample in this research were 30 respondents. The result of statistical test is $p \text{ value} = 0,021 (p < \alpha)$, it is concluded that there is correlation between the severity of stroke patient with the desensitization in stroke patient at RSSN Bukittinggi 2017. Suggestion in this research The result of this research can be included in SOP for nurse in RSSN Bukittinggi is particularly a program of neurological care. Provide health education to stroke patients and especially to families about the treatment of stroke patients at home.

Keywords: Severity of Stroke, Disability, Stroke

The reading list: 17 (2000-2016)

HALAMAN PERSETUJUAN

**HUBUNGAN TINGKAT KEPARAHAN PASIEN STROKE DENGAN
DISABILITAS PADA PASIEN STROKE ISKEMIK DI RUANGAN
NEUROLOGI RSSN BUKITTINGGI
TAHUN 2017**

Oleh :

ANGGI FIRNANDA

NIM : 1514121036

Skripsi penelitian ini telah di setujui untuk di seminarkan :

Bukittinggi, april 2017

Dosen Pembimbing

Pembimbing I

Pembimbing II

Ns. Lisa Mustika Sari, M.Kep
NIK: 1420114098511072

Ns. Dia Resti DND, M.Kep
NIK: 1420108028611071

Diketahui

Ketua Prodi PSIK Perintis Padang

Ns. Yaslina, M. Kep. Sp. Kom
NIK: 142010603739501

HALAMAN PENGESAHAN

**HUBUNGAN TINGKAT KEPARAHAN PASIEN STROKE DENGAN
DISABILITAS PADA PASIEN STROKE ISKEMIK DI RUANGAN
NEUROLOGI RSSN BUKITTINGGI
TAHUN 2017**

Telah diseminarkan dan dipertahankan dihadapan siding tim penguji

Pada
Hari/tanggal : Jum`at /28 April 2017
Jam : 10.00-11.00 wib

Oleh :

ANGGI FIRNANDA
NIM : 1514121036

Dan yang bersangkutan dinyatakan :

LULUS

TIM Penguji Skripsi:

Penguji I **Ns.Muhamad Arif, M. Kep**

Penguji II **Ns. Dia Resti DND, M.Kep**

Mengetahui

Ketua Prodi PSIK Perintis Padang

Ns. Yaslina, M. Kep. Sp. Kom
NIK: 142010603739501

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Identitas Pribadi

Nama : ANGGI FIRNANDA
Tempat / Tanggal Lahir : BUKITTINGGI , 08 APRIL 1993
Agama : Islam
Jumlah Bersaudara : 2 Orang
Anak Ke : 2 (Dua)
Alamat : Jln Pendidikan No 58 Bukittinggi
Kecamatan Aur Birugo Tigo Baleh

Identitas Orang Tua

Nama Orang Tua
Ayah : Arten
Ibu : Emi Suharnetti S,Pd

Riwayat Pendidikan

1. Tahun 1998 – 1999 : Tk Bhayangkari Bukittinggi
2. Tahun 1999 – 20006 : SD Islam Masyitah Bukittinggi
3. Tahun 2006 – 2009 : SMP N 2 Bukittinggi
4. Tahun 2009 – 2012 : SMA N 2 Bukittinggi
5. Tahun 2012 – 2015 : Program Studi DIII Keperawatan Stikes Perintis Padang
6. Tahun 2015-2017 : Program Studi S1 Keperawatan Stikes Perintis Padang Sampai Sekarang

KATA PENGANTAR



Puji syukur peneliti ucapkan kehadiran Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya, sehingga penyusunan skripsi ini dapat terselesaikan. Skripsi ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan tugas akhir Program S1 Keperawatan STIKes Perintis Padang tahun 2017 dengan judul penelitian **Hubungan tingkat keparahan pasien stroke dengan disabilitas pada pasien stroke iskemik di ruangan neurologi RSSN Bukittinggi tahun 2017.**

Selama penulisan skripsi ini, tidak terlepas dari dukungan berbagai pihak yang telah memberikan arahan dan masukan yang membangun, demi terselesaikannya penulisan skripsi ini. Oleh karena itu, peneliti mengucapkan terimakasih kepada :

1. Bapak Yendrizaral Jafri, S.Kp, M.Biomed selaku ketua Yayasan STIKes Perintis Padang
2. Ibuk Ns. Yaslina, S.Kep, M.Kep, Sp.Kom selaku Ketua Program studi ilmu keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang.
3. Ibuk Ns. Lisa Mustika Sari, S.Kep, M.Kep selaku pembimbing I yang telah banyak memberikan petunjuk, arahan yang sangat bermanfaat sehingga peneliti dapat meneruskan skripsi ini.
4. Ibuk Ns. Dia Resti DND, S.Kep, M.Kep selaku pembimbing II yang telah banyak memberikan petunjuk, arahan yang sangat bermanfaat sehingga peneliti dapat meneruskan skripsi ini.

5. Kepada seluruh staf RSSN yang ikut membantu dalam mendapatkan data, dan pendataan responden.
6. Bapak dan ibu staf pengajar di program studi ilmu keperawatan perintis Padang terutama perkuliahan riset keperawatan yang telah banyak memberikan ilmu serta bimbingan yang bermanfaat bagi penulis.
7. Teristimewa kepada ayahanda dan ibunda serta kakak, adik, dan seluruh keluarga yang telah banyak memberikan dorongan dan semangat kepada peneliti baik moril maupun material secara do'a restu dan kasih sayang yang tulus dalam menggapai cita-cita.

Peneliti menyadari bahwa dalam penulisan skripsi ini masih sangat sederhana dan jauh dari kesempurnaan, karena keterbatasan kemampuan peneliti. Untuk itu dengan segala kerendahan hati dan tangan terbuka, peneliti mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun dari pembaca. Harapan peneliti semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi semua pihak, baik bagi peneliti sendiri, maupun pembaca dikemudian hari.

Bukittinggi, April 2017

Peneliti

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN JUDUL	
HALAMAN PERNYATAAN	
ABSTRAK	
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	
KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	iii
DAFTAR TABEL.. ..	vii
DAFTAR GAMBAR.....	viii
DAFTAR LAMPIRAN	ix
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang Masalah.....	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian	6
1.3.1 Tujuan Umum.....	6
1.3.2 Tujuan Khusus.....	6
1.4 Manfaat Penelitian	6
1.4.1 Peneliti.....	6
1.4.2 Lahan Penelitian	7
1.4.3 Instasi Pendidikan.....	7
1.5 Ruang Lingkup Penelitian.....	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Stroke	8
2.1.1 Defenisi	8
2.1.2 Jenis Stroke	8
2.1.3 Penyebab Stroke.....	10
2.1.4 Faktor Resiko	11
2.1.6 Manifestasi Klinis	16
2.1.7 Batasan Diet	16

2.2	Tingkat Keparahan Stroke.....	18
2.2.1	Derajat Keparahan Stroke	18
2.2.2	<i>Outcome</i> Stroke	18
2.2.3	Faktor yang Mempengaruhi <i>Outcome</i> Stroke	19
2.2.4	Pemeriksaan Neurologis Pada Pasien Stroke	20
2.2.5	Perawatan Stroke.....	25
2.2.6	Lama Hari Rawat Pasien Stroke.....	28
2.3	Desabilitas	29
2.3.1	Defenisi Desabilitas.....	29
2.3.2	Barthel Indeks	42
2.4	Kerangka Teori.....	37

BAB III KERANGKA KONSEP

3.1	Kerangka Konsep	38
3.2	Defenisi Operasional	39
3.3	Hipotesis.....	40

BAB IV METODE PENELITIAN

4.1	Desain Penelitian.....	41
4.2	Tempat dan Waktu penelitian.....	41
4.3	Populasi, Sampel, dan Sampling	41
4.3.1	Populasi	41
4.3.2	Sampel.....	41
4.3.3	Sampling.....	43
4.4	Pengumpulan Data	43
4.4.1	Alat Pengumpulan Data	43
4.4.2	Prosedur Pengumpulan Data	43
4.5	Cara Pengolahan dan Analisa Data	43
4.5.1	Cara Pengolahan Data	43
4.5.2	Analisa Data	45
4.6	Etika Penelitian	46
4.6.1	Informed concent.....	46
4.6.2	Anonimity.....	47

4.6.3 Confidentiality.....	47
----------------------------	----

BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN

5.1 Hasil Penelitian	48
5.2 Analisa Univariat.....	48
5.3 Analisa Bivariat.....	50
5.4 Pembahasan.....	51

BAB VI PENUTUP

6.1 Kesimpulan.....	59
6.2 Saran.....	59

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

	No
Tabel 2.1 Parameter Penilaian NIHSS	21
Tabel 2.3 Instrument Pengkajian dengan Indeks Barthel.....	34
Tabel 5.2.1 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Keparahan Pasien Stroke Iskemik Di Ruang Neurologi RSSN Bukittinggi	49
Tabel 5.2.2 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Disabilitas Pada Pasien Stroke Iskemik Di Ruang Neurologi RSSN Bukittinggi	49
Tabel 5.3.1 Hubungan Tingkat Keparahan Pasien Stroke Dengan Disabilitas Pada Pasien Stroke Iskemik Di Ruang Neurologi RSSN Bukittinggi	50

DAFTAR GAMBAR

	No
2.1 Kerangka Teori.....	37
3.1 Kerangka Konsep.....	38

DAFTAR LAMPIRAN

Nomor Lampiran

Lampiran 1 : Permohonan Menjadi Responden

Lampiran 2 : Format Persetujuan Responden

Lampiran 3 : Lembar Observasi Penelitian NIHSS

Lampiran 4 : Lembar Observasi Indeks Barthel

Lampiran 5 : Gantchart (Jadwal Penelitian)

Lampiran 6 : Master Tabel

Lampiran 7 : Lembar Bimbingan

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Stroke merupakan kelainan fungsi otak yang timbul mendadak disebabkan terjadinya gangguan peredaran darah otak bisa terjadi pada siapa saja dan kapan saja (Muttaqin, 2008). Berdasarkan patologi anatomi dan penyebabnya, stroke dibagi menjadi dua yaitu iskemik dan hemoragik. Stroke iskemik timbul akibat trombosis atau embolisasi yang terjadi dan mengenai pembuluh darah otak yang menyebabkan obstruksi aliran darah otak yang mengenai satu atau lebih pembuluh darah otak. Stroke hemoragik diakibatkan pecahnya pembuluh darah jaringan otak sehingga menyebabkan perdarahan yang tidak terkontrol di otak.

Gejala stroke yang muncul sangat bergantung pada bagian otak yang terganggu, gejala kelemahan sampai kelumpuhan anggota gerak, bibir tidak simetris, bicara pelo atau tidak dapat berbicara (afasia), nyeri kepala, penurunan kesadaran, dan gangguan rasa (misalnya kebas di salah satu anggota gerak). Sedangkan stroke yang menyerang cerebellum akan memberikan gejala pusing berputar (vertigo) (Pinzon dan Laksmi, 2010).

Organisasi Stroke Dunia mencatat hampir 85% orang yang mempunyai faktor resiko dapat terhindar dari stroke bila menyadari dan mengatasi faktor resiko tersebut sejak dini. Badan kesehatan dunia memprediksi bahwa kematian akibat stroke akan meningkat seiring dengan kematian akibat penyakit jantung dan kanker kurang lebih 6 juta pada tahun 2010 menjadi 8 juta di tahun 2030 (Yastroki, 2012).

Prevalensi stroke di seluruh Dunia berjumlah 33 juta, dengan 16,9 juta orang mengalami stroke pertama. Di Amerika jumlah penderita stroke sekitar 795.000 orang pertahun (American Heart Association (AHA), 2014). Pada negara-negara ASIA Pasifik angka kejadian stroke pada orang dewasa diperkirakan 2,7% dari populasi (AHA, 2013). Berdasarkan data WHO (2015) setiap tahunnya terdapat 15 juta orang di seluruh dunia menderita stroke. Di Indonesia, menurut Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Balitbangkes) dilihat dari Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2015, terjadi peningkatan prevelensi (angka kejadian) stroke (dengan kriteria didiagnosis oleh tenaga kesehatan) dari 8,3 per 1000.

Di Sumatera Barat stroke menempati urutan ke 6 dari 33 propinsi dengan persentase 10,6% dengan jumlah penderita stroke 35.108 orang (Profil Dinas Kesehatan, 2015). Rumah Sakit Stroke Nasional (RSSN) Bukittinggi merupakan satu-satunya pusat stroke yang berada di Sumatera Barat yang merawat penderita stroke untuk memenuhi kebutuhan dasar. Penyakit stroke termasuk penyakit terbanyak yang ada diruang unit rawat stroke di RSSN Bukittinggi. Berdasarkan dari data di Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi didapatkan angka kejadian stroke dari tahun ke tahun meningkat, kejadian stroke pada tahun 2016 sebanyak 3909. Pada bulan Januari tahun 2017 sebanyak 116 orang (Medical Record RSSN Bukittinggi, Januari 2016).

Berdasarkan study pendahuluan yang dilakukan peneliti di RSSN Bukittinggi khususnya diruangan neurologi, terdapat disabilisas fisik pada pasien stroke. Lebih dari 30% pasien stroke membutuhkan bantuan dalam aktivitas sehari – hari. Dari 5 orang pasien disabilitas fisik didapatkan hasil 3 orang mengalami disabilitas total dengan skor = 15 dan 2 orang lainnya mengalami disabilitas berat dengan skor = 30. Dari hasil wawancara singkat yang dilakukan oleh peneliti dengan perawat yang bertanggung jawab atas pasien di ruangan, 5 orang pasien di RSSN Bukittinggi pada tanggal 23 Januari 2017 didapatkan bahwa 3 orang diantara pasien stroke dibawah tanggung jawab

perawat tersebut mengatakan dalam melakukan penilaian disabilitas pasiennya menggunakan Indeks Barthel. Pasien stroke mengatakan dalam melakukan penilaian tingkat derajat keparahan stroke pasiennya menggunakan NIHSS.

Pada banyak kasus biasanya pasien stroke datang ke rumah sakit dalam keadaan yang parah. Hasil penelitian Kumbuan dan Sekon (2014) mengungkapkan bahwa rata-rata pasien stroke masuk ke rumah sakit pada tingkat keparahan sedang. Penelitian lain yang dilakukan Sitanggang (2014) mendapatkan bahwa 68% pasien stroke fase akut rata-rata dalam tingkat keparahan berat. Menurut Soertidewi (2011) penilaian derajat keparahan saat masuk dan pulang pada pasien stroke sangat penting untuk menentukan perawatan yang tepat dan penilaian kemajuan stroke fase akut sehingga mengurangi dampak haluan yang buruk pada pasien stroke dan bisa memprediksi kondisi keluar pasien stroke.

Pasien pasca stroke mengalami ketergantungan dengan orang lain oleh karena keterbatasan motoriknya ditambah lagi dengan keadaan psikologisnya yang membuat pasien menjadi malas sehingga kurang responsif terhadap upaya rehabilitasi, bersifat mudah marah, dan menunjukkan perubahan perilaku atau kepribadian. Penanganan stroke sangat tergantung terhadap waktu karena pemberian terapi recombinant tissue plasminogen activator (r-tPA) yang cepat dapat memperbaiki keluaran klinis. Beberapa faktor yang mempengaruhi penanganan stroke selain onset stroke antara lain ketepatan penilaian kemungkinan stroke serta tingkat keparahannya oleh tenaga medis (Iguchi et al, 2011).

Keparahan dan prognosis stroke dipengaruhi banyak faktor resiko yang telah dijelaskan, seperti hipertensi, intoleransi glukosa, kolesterol serum, uric acid, umur, jenis kelamin, dan lain-lain (Thomas, Stephen & Colin, 2000). Berdasarkan penelitian Badrul, Harum & Rizky, 2013, menemukan bahwa

kadar gula darah acak mempunyai kolerasi dengan nilai NIHSS saat masuk dan perbaikan ($p = 0,024$ dan $p = 0,047$). Penelitian lain yang dilakukan oleh Pamela, Putri & Amin, 2008, menunjukkan semakin tinggi kadar LDL darah saat awal dirawat, semakin panjangnya lama perawatan pada pasien stroke iskemik yang pulang hidup.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Andriani (2016), tentang perbedaan status fungsional saat masuk dengan saat keluar pada pasien stroke iskemik ruang rawat neurologi RSSN Bukittinggi tahun 2016. Didapatkan hasil dengan nilai p value 0,000, maka dapat disimpulkan ada perbedaan yang signifikan antara status fungsional saat masuk dengan saat keluar pada pasien stroke iskemik ruang rawat neurologi RSSN Bukittinggi tahun 2016.

Berdasarkan penelitian yang juga dilakukan oleh Jojang (2016), tentang perbandingan NIHSS pada pasien stroke hemoragik dan non hemoragik yang rawat inap di bagian neurologi RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. Didapatkan hasil pemeriksaan NIHSS untuk derajat neurologis ringan penderita stroke hemoragik lebih banyak dari pada penderita stroke non hemoragik.

Tingkat keparahan stroke dapat diukur dengan nilai defisit neurologis dengan menggunakan instrumen *National institut of health stroke scale* (NIHSS). Berdasarkan beberapa penelitian, NIHSS lebih unggul dalam menilai derajat defisit neurologis dari pada alat ukur lain. Menurut Bushnell et al (2001), NIHSS lebih unggul dan lebih menyeluruh dalam menilai derajat defisit neurologis dibandingkan dengan CNS (*Canadian Neurological Scale*). Jensen et al (2006), pada konsensus National Stroke Association, menyebutkan bahwa penilaian derajat defisit neurologis stroke dengan berbagai tingkat validasinya, menganjurkan menggunakan NIHSS untuk pengukuran defisit neurologis stroke. Menurut Soertidewi (2011), NIHSS telah dilakukan

validasi oleh beberapa peneliti dan dikatakan mempunyai reabilitas tinggi dari para neurologi, dokter emergensi dan perawat mahir stroke.

Disabilitas merupakan kondisi yang menggambarkan adanya disfungsi atau berkurangnya suatu fungsi yang secara objektif dapat diukur atau dilihat, karena adanya kehilangan atau kelainan dari bagian tubuh atau organ seseorang (Mangunsong, 2009). Tingkat disabilitas fisik diukur berdasarkan kemampuan fungsional individu untuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari secara mandiri (Astuti WD dan Budijanto, 2009). Besaran disabilitas merupakan salah satu indikator status kesehatan sebagai dasar untuk menentukan prioritas di sektor kesehatan. Indikator disabilitas menjadi penting dengan makin meningkatnya umur harapan hidup bangsa Indonesia (Isfandari, 2009).

Penanganan penurunan fungsi tubuh yang dapat 3 berakibat pada disabilitas fisik, juga merupakan hal penting untuk menjaga dan meningkatkan kemampuan fungsional tubuh serta membantu pasien stroke untuk mandiri tanpa tergantung dengan orang lain. Stroke merupakan penyebab pertama disabilitas, penyebab kedua dari demensia, dan penyebab ketiga kematian di negara-negara berkembang setelah penyakit jantung koroner dan kanker (Fisher, 2011). Berdasarkan fenomena tersebut diatas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian yang berjudul “Hubungan tingkat keparahan pasien stroke dengan disabilitas pada pasien stroke iskemik di ruangan neurologi RSSN Bukittinggi tahun 2017”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan hasil wawancara singkat yang dilakukan oleh peneliti dengan perawat yang bertanggung jawab atas pasien diruangan, 5 orang pasien di RSSN Bukittinggi pada tanggal 23 Januari 2017 didapatkan bahwa 3 orang diantara pasien stroke dibawah tanggung jawab perawat tersebut mengatakan dalam melakukan disabilitas pasiennya menggunakan indeks barthel. Pasien stroke mengatakan dalam melakukan penilaian tingkat derajat keparahan

stroke pasiennya menggunakan NIHSS. Berdasarkan uraian diatas maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Hubungan tingkat keparahan pasien stroke dengan disabilitas pada pasien stroke iskemik di ruangan neurologi RSSN Bukittinggi tahun 2017”.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui Hubungan tingkat keparahan pasien stroke dengan disabilitas pada pasien stroke iskemik di ruangan neurologi RSSN Bukittinggi tahun 2017

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Diketahui distribusi frekuensi tingkat keparahan pasien stroke iskemik di ruangan neurologi RSSN Bukittinggi tahun 2017
- b. Diketahui distribusi frekuensi disabilitas pada pasien stroke iskemik di ruangan neurologi RSSN Bukittinggi tahun 2017.
- c. Mengetahui hubungan tingkat keparahan pasien stroke dengan disabilitas pada pasien stroke iskemik di ruangan neurologi RSSN Bukittinggi tahun 2017.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Peneliti

Dapat menerapkan ilmu penelitian yang telah dipelajari dan sebagai salah satu pemenuhan syarat memperoleh gelar sarjana keperawatan. Dan juga menambah wawasan penelitian dalam bidang ilmu yang diteliti dan juga dapat mengembangkan kemampuan peneliti dalam membuat karya tulis ilmiah.

1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan

Memberikan sumbangan pemikiran khususnya bagi program studi ilmu keperawatan STIKes Perintis Padang. Yang kiranya dapat berguna

sebagai informasi dan perbandingan atau juga pemahaman bagi peneliti lain, terutama yang berhubungan dengan pertolongan stroke.

1.4.3 Bagi Lahan

Sebagai bahan masukan atau informasi untuk petugas kesehatan, organisasi profesi atau instansi terkait dengan masalah penelitian ini, sehingga dapat menambah atau meningkatkan mutu pelayanan kesehatan khususnya terhadap pasien stroke

1.5 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian telah dilakukan untuk mengetahui Hubungan tingkat keparahan pasien stroke dengan disabilitas pada pasien stroke iskemik di ruangan neurologi RSSN Bukittinggi tahun 2017. Dimana variabel independen yang akan diteliti adalah tingkat keparahan pasien stroke iskemik. Variabel dependen adalah disabilitas pada pasien stroke iskemik di ruangan neurologi RSSN Bukittinggi tahun 2017. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh Pasien stroke iskemik yang dirawat di RSSN Bukittinggi sebanyak 116 orang pasien. Sampel dalam penelitian ini adalah sebanyak 30 orang responden. Penelitian ini telah dilakukan pada tanggal 16 Maret 2017 di RSSN Bukittinggi. Penelitian ini menggunakan metode penelitian *correlation study*. Tempat penelitian adalah di ruangan neurologi RSSN Bukittinggi. Instrumen yang dipakai untuk penelitian ini adalah dengan menggunakan kuesioner.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Stroke

2.1.1 Defenisi

Stroke atau gangguan peredaran darah otak (GPDO) merupakan penyakit neurologis yang sering dijumpai dan harus ditangani secara cepat dan tepat. Stroke merupakan penyakit yang paling sering menyebabkan cacat berupa kelumpuhan anggota gerak, gangguan bicara, proses berfikir, daya ingat dan bentuk kecacatan lainnya sebagai akibat gangguan fungsi otak (Muttaqin, 2011).

Stroke adalah cedera vaskular akut pada otak. Ini berarti bahwa stroke adalah suatu cedera mendadak dan berat pada pembuluh-pembuluh darah otak (Feigin, 2007).

Dari batasan dan pengertian tersebut, disimpulkan bahwa pada dasarnya stroke merupakan gangguan suplai darah ke otak yang mengakibatkan terganggunya fungsi otak.

2.1.2 Jenis Stroke

Menurut Muttaqin (2011), klasifikasi stroke menurut patologi dari serangan stroke dibagi atas 2 bagian :

a. **Stroke Hemoragik**

Merupakan pendarahan serebri dan mungkin juga pendarahan subarachnoid. Stroke ini di sebabkan oleh pecahnya pembuluh darah di otak pada daerah otak tertentu. Biasanya kejadiannya saat melakukan aktifitas atau saat aktif, namun bisa juga terjadi saat istirahat. Kesadaran klien umumnya menurun.

Stroke hemoragik adalah disfungsi neurologis yang akut dan disebabkan oleh perdarahan primer substansi otak yang terjadi secara spontan bukan karena trauma tetapi disebabkan pecahnya pembuluh arteri, vena, dan kapiler. Perdarahan otak dibagi 2 yaitu :

1) Perdarahan intra serebri

Pecahnya pembuluh darah terutama karena hipertensi mengakibatkan darah masuk ke dalam jaringan otak, membentuk massa yang menekan jaringan otak dan menimbulkan edema otak. Peningkatan TIK dapat terjadi dengan cepat yang mengakibatkan kematian mendadak karena herniasi otak. Perdarahan intra serebri yang disebabkan hipertensi sering dijumpai di daerah putamen, thalamus, pons, dan serebellum.

2) Perdarahan Sub Arachnoid

Pendarahan ini berasal dari pecahnya aneurisme yang berawal dari pembuluh darah sirkulasi willis dan cabang-cabangnya yang terdapat di luar perankim otak. Pecahnya arteri dan keluarnya ke ruang subarachnoid menyebabkan TIK meningkat mendadak, meregangnya struktur peka nyeri dan vasospasme pembuluh darah serebri yang berakibat disfungsi otak global (nyeri kepala, penurunan kesadaran) maupun fokal (hemiparise, gangguan sensorik, afasia , dan lainnya). Vasospasme ini sering kali terjadi 3-5 hari setelah timbulnya perdarahan, mencapai puncaknya hari ke 5 sampai hari ke 9, dan dapat menghilang setelah minggu ke 2 sampai minggu ke 5.

b. Stroke Non Hemoragik

Dapat berupa iskemia atau emboli dan thrombosis serebri, biasanya terjadi saat setelah lama beristirahat, baru bangun tidur atau di pagi hari. Tidak terjadi perdarahan namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat menimbulkan adema sekunder. Pada saat otak hipoksia, tubuh berusaha memenuhi O₂

melalui proses metabolik anaerob, yang dapat menimbulkan dilatasi pembuluh darah otak.

Klasifikasi stroke berdasarkan perjalanan penyakit atau stadiumnya dibagi menjadi :

- 1) TIA, merupakan neurologic local yang terjadi selama beberapa menit sampai beberapa jam saja. Gejala yang timbul akan hilang dengan spontan dan sempurna dalam waktu kurang dari 24 jam.
- 2) Stroke Involusi, merupakan stroke yang terjadi masih terus berkembang. Gangguan neurologis terlihat semakin berat dan bertambah buruk. Proses ini dapat terjadi 24 jam atau beberapa hari.
- 3) Stroke Komplit, Gangguan neurologis yang timbul sudah menetap atau permanen dan dapat diawali oleh serangan TIA berulang

2.1.3 Penyebab Stroke

a. Stroke Iskemik

Hampir 85% stroke disebabkan oleh:

- 1) Sumbatan oleh bekuan darah.
- 2) Penyempitan sebuah arteri atau beberapa arteri yang mengarah ke otak.
- 3) Embolus (kotoran) yang terlepas dari jantung atau arteri ekstrakrani (arteri yang berada di luar tengkorak) yang menyebabkan sumbatan di suatu atau beberapa arteri intrakrani (arteri yang ada di dalam tengkorak).
- 4) Pada orang berusia lebih dari 65 tahun, penyumbatan dapat disebabkan oleh aterosklerosis.
- 5) Gangguan darah.
- 6) Peradangan.
- 7) Infeksi.

b. Stroke hemoragik

Stroke hemoragik disebabkan oleh perdarahan ke dalam jaringan otak (disebut hemoragia intraserebrum atau hematoma intraserebrum) atau ke dalam ruang subaraknoid, yaitu ruang sempit antara permukaan otak dan lapisan jaringan yang menutupi otak (disebut hemoragia subaraknoid). Ini adalah jenis stroke yang mematikan, tetapi relatif hanya menyusun sebagian kecil dari stroke total: 10-15% untuk perdarahan intraserebrum dan sekitar 5% untuk perdarahan subaraknoid.

Perdarahan dari sebuah arteri intrakranium biasanya disebabkan oleh aneurisma (arteri yang melebar) yang pecah atau karena suatu penyakit.

Penyakit yang menyebabkan dinding arteri menipis dan rapuh adalah penyebab tersering perdarahan intraserebrum. Penyakit semacam ini adalah hipertensi atau angiopati amiloid (di mana terjadi pengendapan protein di dinding arteri-arteri kecil di otak). Pecahnya sebuah aneurisma merupakan penyebab tersering perdarahan subaraknoid, kadang satu-satunya gejala perdarahan subaraknoid adalah nyeri kepala, tetapi jika diabaikan gejala ini dapat berakibat fatal (Feigin, 2007).

2.1.4 Faktor Resiko Stroke

a. Hipertensi

Tekanan darah orang dewasa digolongkan sebagai normal jika tekanan darah sistolik (tekanan saat jantung berkontraksi) kurang dari 120 mmHg dan tekanan darah diastolik (tekanan saat jantung terisi darah) kurang dari 80 mmHg, berapa pun usia atau jenis kelamin mereka.

Tekanan darah tinggi disebut hipertensi. Meningkatnya risiko stroke dan penyakit kardiovaskular lain berawal pada tekanan 115/75 mmHg dan meningkat dua kali lipat setiap peningkatan 20/10 mmHg. Orang yang jelas menderita hipertensi (tekanan darah sistolik sama atau lebih

besar dari 140 mmHg atau tekanan darah diastolik sama atau lebih besar dari 90 mmHg) memiliki risiko stroke tujuh kali lebih besar dibandingkan dengan mereka yang tekanan darahnya normal atau rendah.

b. Penyakit jantung.

Orang yang mengidap masalah jantung, misalnya angina, fibrilasi atrium, gagal jantung, kelainan katup, katup buatan, dan cacat jantung bawaan, berisiko besar mengalami stroke.

c. Aterosklerosis.

Aterosklerosis (mengerasnya arteri) adalah salah satu penyebab utama stroke, terutama stroke iskemia dan TIA.

d. Kadar kolesterol yang tinggi.

Meskipun zat lemak (lipid) merupakan komponen integral dari tubuh, kadar lemak darah (terutama kolesterol dan trigliserida) yang tinggi meningkatkan risiko aterosklerosis dan penyakit jantung koroner.

e. Serangan iskemik sesaat.

Sekitar 1 dari 100 orang dewasa akan mengalami paling sedikit satu kali serangan iskemik sesaat (*transient ascheamic attack* atau TIA) seumur hidup mereka.

f. Diabetes.

Diabetes melitus adalah suatu penyakit umum yang mengenai sekitar 1 dari 30 orang dewasa. Namun, mengidap penyakit ini akan menggandakan kemungkinan terkena stroke, karena diabetes menimbulkan perubahan pada sistem vaskular (pembuluh darah dan jantung) serta mendorong terjadinya aterosklerosis.

g. Jenis kelamin dan penuaan.

Pria berusia kurang dari 65 tahun memiliki risiko terkena stroke iskemik atau perdarahan intraserebrum lebih tinggi sekitar 20% daripada wanita.

h. Riwayat keluarga dan genetika.

Kelainan turunan sangat jarang menjadi penyebab langsung stroke. Namun, gen memang berperan besar dalam beberapa faktor risiko stroke, misalnya hipertensi, penyakit jantung, diabetes, dan kelainan pembuluh darah.

i. Aneurisma intrakranium yang belum pecah.

Aneurisma adalah suatu bagian di dinding arteri yang melemah dan menonjol keluar.

j. Migrain.

Migrain adalah bentuk khusus nyeri yang didiagnosis harus ditegakkan oleh dokter. Migrain, terutama jika didahului oleh sensasi kilatan cahaya (aura), adalah faktor risiko stroke bagi pria dan wanita, terutama wanita berusia kurang dari 50 tahun yang juga merokok dan menggunakan kontrasepsi oral. Namun, risiko stroke untuk mengidap migrain berkurang seiring dengan penambahan usia.

k. Masalah medis lain.

Sejumlah kelainan medis lain dapat berperan sebagai faktor risiko stroke. Kelainan tersebut mencakup berbagai gangguan darah, seperti penyakit sel sabit (*sickle-cell disease*) dan kelainan pembekuan darah lain, serta adanya antibodi antifosfolipid. Penyakit-penyakit ini relatif jarang menyebabkan stroke dan umumnya dijumpai pada pasien berusia kurang dari 45 tahun.

l. Merokok.

Merokok meningkatkan risiko terkena stroke empat kali lipat. Hal ini berlaku bagi semua jenis rokok (sigaret, pipa, dan cerutu) dan untuk semua tipe stroke, terutama perdarahan subaraknoid dan stroke iskemik.

m. Makanan yang tidak sehat.

Makanan yang tidak sehat dan tidak seimbang (misalnya, makanan yang kaya lemak jenuh, atau garam dan kurang buah serta sayuran) adalah salah satu faktor risiko stroke yang paling signifikan.

n. Kelebihan alkohol.

Meskipun mengonsumsi alkohol dalam jumlah ringan (kurang dari 30 gram per hari dan kurang dari 15 gram untuk wanita) mengurangi risiko stroke (terutama stroke iskemik), minum alkohol secara teratur melebihi jumlah ini, mabuk-mabukan (minum 75 gram alkohol atau lebih dalam periode 24 jam), dan alkoholisme (kecanduan alkohol) meningkatkan tekanan darah sehingga meningkatkan risiko stroke (terutama stroke hemoragik) beberapa kali lipat.

o. Inaktivitas fisik.

Orang yang kurang aktif secara fisik (mereka yang berolahraga kurang dari tiga kali atau kurang perminggu, masing-masing selama 30 menit) memiliki hampir 50% peningkatan risiko terkena stroke dibandingkan dengan mereka yang aktif.

p. Mendengkur dan apnea tidur.

Mendengkur sendiri bukanlah suatu faktor risiko stroke, namun jika disertai oleh apnea tidur (periode tidak bernapas berkala yang berlangsung lebih dari sepuluh detik), mendengkur dapat meningkatkan risiko terkena stroke sewaktu tidur.

q. Kontrasepsi oral.

Sebagian besar kontrasepsi oral mengandung estrogen dan progesteron; kontrasepsi gabungan ini disebut kontrasepsi oral kombinasi, dan pil ini dapat meningkatkan tekanan darah serta menyebabkan darah lebih kental dan lebih mudah membentuk bekuan/gumpalan.

r. Terapi insulin hormon.

Terapi insulin hormon (*hormone replacement therapy* atau HRT) diberikan kepada beberapa wanita menopause atau pascamenopause untuk meningkatkan kekuatan tulang mereka serta untuk mengurangi risiko kanker kolorektum. Namun, terdapat bukti bahwa HRT (terutama kombinasi estrogen dan progesteron) meningkatkan risiko stroke yang aktif.

s. Kehamilan.

Stroke jarang terjadi pada wanita usia subur, meskipun kehamilan telah lama dikenal sebagai suatu faktor yang meningkatkan risiko stroke pada wanita muda.

t. Stres dan depresi.

Kadang-kadang pekerjaan, hubungan pribadi, keuangan, dan faktor-faktor lain menimbulkan stres psikologis, dan penyebabnya tidak dapat selalu dapat dihilangkan. Meskipun sebagian besar pakar stroke menganggap bahwa serangan stres yang timbul sekali-sekali bukan merupakan faktor risiko stroke, namun stres jangka panjang dapat menyebabkan peningkatan tekanan darah dan kadar kolesterol.

u. Narkoba.

Heroin, amfetamin, kokain, fensiklidin, mariyuana, dan obat-obat untuk kesenangan lainnya dapat menyebabkan stroke akibat peradangan arteri dan vena, spasme (kejang) arteri di otak, disfungsi jantung, peningkatan pembekuan darah, atau peningkatan mendadak tekanan darah.

v. Kelebihan berat badan.

Kelebihan berat badan meningkatkan risiko stroke sekitar 15% dengan meningkatkan hipertensi, penyakit jantung, diabetes tipe-II, dan aterosklerosis. Juga, terdapat bukti-bukti bahwa kekurangan berat badan dapat meningkatkan risiko terkena perdarahan subaraknoid.

w. Faktor risiko lain.

Suhu tubuh yang rendah pada musim dingin dapat meningkatkan risiko stroke dapat meningkat tekanan darah dan mempermudah pembekuan darah, terutama pada orang berusia lanjut dan orang dengan risiko stroke.

x. Juga, terdapat bukti bahwa infeksi virus dan bakteri, bersama dengan faktor risiko lain, dapat sedikit meningkatkan risiko timbulnya stroke dengan meningkatkan kemampuan darah untuk membeku (Feigin, 2007).

2.1.5 Manifestasi Klinis

- a. Hilangnya kekuatan (atau timbulnya gerakan canggung) di salah satu bagian tubuh, terutama di satu sisi, termasuk wajah, lengan, atau tungkai.
- b. Rasa baal (hilangnya sensasi) atau sensasi tak lazim lain di suatu bagian tubuh, terutama jika hanya di salah satu sisi.
- c. Hilangnya penhlihatan total atau parsial di salah satu sisi.
- d. Tidak mampu berbicara dengan benar atau memahami bahasa.
- e. Hilangnya keseimbangan, berdiri tak mantap, atau jatuh tanpa sebab.
- f. Serangan sementara jenis lain, seperti vertigo, pusing bergoyang, kesulitan menelan, kebingungan akut, atau gangguan daya ingat.
- g. Nyeri kepala yang terlalu parah, muncul mendadak, atau memiliki karakter tidak lazim, termasuk perubahan pola nyeri kepala yang tidak dapat diterangkan.
- h. Perubahan kesadaran yang tidak dapat dijelaskan atau kejang (Feigin, 2007).

2.1.6 Batasan diet

- a. Biji – bijian utuh.

Makan biji-bijian seperti jawawut, soba, oat dan jelai merupakan item makanan yang aman bagi para korban stroke. Biji-bijian ini membantu dalam menurunkan kadar kolesterol dalam tubuh, sehingga menurunkan risiko terkena stroke kedua. Seluruh biji-bijian mengandung serat makanan yang secara signifikan dapat mengurangi kolesterol, yang akan membantu dalam mengurangi risiko stroke. Biji-bijian seperti gandum dan barley dapat dibuat menjadi bubur dengan susu skim dan sedikit gula dan diberikan kepada pasien stroke. Sebagaimana orang memiliki tingkat energi yang rendah setelah stroke, mengonsumsi makanan lembut seperti bubur gandum utuh akan membantu dalam mendapatkan kembali kesehatan dan energi.

b. Batasi asupan sodium

Ketika menyusun diet untuk pasien stroke, tujuannya harus untuk mencegah stroke lain dan memulihkan tubuh mengembalikan kekuatannya yang hilang. Mempertahankan tekanan darah yang ideal adalah salah satu cara utama di mana Anda dapat mengurangi risiko stroke lain. Tekanan darah tinggi dapat dikontrol dengan membatasi asupan natrium dan makan makanan rendah natrium. Makanan olahan yang mengandung jumlah tinggi garam harus benar-benar dihindari. Diet korban stroke harus bebas dari garam sebanyak mungkin dan makanan dapat dibumbui dengan penggunaan rumput laut dan rempah segar dan kering sebagai gantinya.

c. Meningkatkan asupan buah dan sayuran.

Buah-buahan musiman dan sayuran segar harus dimasukkan dalam diet yang dirancang untuk korban stroke. Karena sebagian besar korban stroke mengalami kesulitan mengunyah dan menelan makanan padat, karena itu buah-buahan dan sayuran diproses menjadi bubur dapat diberikan. Jika pasien tidak suka buah-buahan dan sayuran dalam bentuk bubur, maka pilihan yang lebih baik adalah dengan membuat smoothies dengan buah-buahan musiman dan sup dengan sayuran. Makanan dapat dibumbui dengan rempah segar secukupnya untuk membuatnya lebih enak. Minimal lima porsi buah diperlukan untuk pulih dari stroke.

d. Batasi asupan lemak jenuh.

Lemak jenuh dalam makanan tinggi lemak dan daging merah meningkatkan tingkat kolesterol dalam tubuh. Hal ini menyebabkan pembentukan plak di pembuluh darah, yang menyebabkan penyempitan pembuluh darah yang menyebabkan penggumpalan darah. Hal ini dapat menyebabkan kejadian stroke kedua. Untuk menghindari kemungkinan seperti itu, korban stroke harus membatasi asupan lemak jenuh. Jumlah lemak jenuh tinggi dalam makanan olahan dan gorengan dan mereka harus benar-benar dihindari.

- e. Masukkan protein tanpa lemak.

Protein adalah komponen penting dari diet korban stroke yang mengarah ke pemulihan yang cepat. Potongan daging tanpa lemak dan daging putih harus dimasukkan ke dalam diet. Ikan yang mengandung asam lemak esensial omega 3 juga harus membentuk bagian dari diet pasien stroke. Dada ayam tanpa kulit adalah beberapa sumber terbaik dari protein dan mereka dapat disajikan dengan dikukus dan direbus untuk mengurangi kadar lemaknya (Ardianto, 2013).

2.2 Tingkat Keparahan dan *Outcome* Stroke

2.2.1 Derajat Keparahan Stroke

Pada banyak kasus biasanya pasien stroke datang ke rumah sakit dalam keadaan penurunan kesadaran sampai koma serta memiliki defisit fungsional yang berat. Penelitian Kembuan dan Sekeon (2014) mendapatkan gambaran bahwa pasien stroke yang dirawat di rumah sakit rata-rata memiliki tingkat keparahan sedang, dibuktikan dengan nilai NIHSS rata-rata sebesar 9,3. Penelitian lain yang dilakuakn Sitanggang (2014) mengatakan bahwa pasien stroke yang di rawat di rumah sakit rata-rata dengan tingkat keparahan berat sebanyak 68%, dimana rata-rata pasien mengalami defisit neurologi berat.

2.2.2 *Outcome* Stroke

Stroke merupakan penyebab utama kecacatan pada usia di atas 60 tahun, dan penyebab utama kelima pada orang berusia 15 sampai 59 tahun di dunia. Di Amerika stroke penyebab kematian nomor lima dan hampir 129.000 orang meninggal pertahun akibat stroke (American Heart Association, 2015). Pada tahun 2009 di Asia Fasifik angka kematian akibat stroke sekitar 3639 orang (AHA,2013). Pada negara di Asia Tenggara, berdasarkan data empiris stroke merupakan penyebab kematian utama kecuali Malaysia merupakan penyebab kematian kedua.(Hoy et al, 2013). Dari data Riskesdas (2013)

disabilitas fisik pada pasien stroke menunjukkan bahwa 70,9% terjadi dipertanian dan 71,8% terjadi dipedesaan.

Penelitian yang dilakukan Widiyanto (2009) mengungkapkan bahwa 80% penderita stroke mempunyai defisit neuromotor sehingga memberikan gejala kelumpuhan sebelah badan dengan tingkat kelemahan bervariasi dari yang lemah hingga berat, kehilangan sensibilitas, kegagalan sistem koordinasi, perubahan pola jalan, hingga terganggunya keseimbangan. Hal ini akan mempengaruhi kemampuannya untuk melakukan aktifitas hidup sehari-hari. Namun, dalam penelitian Sulaiman dan Arifiyanto (2014) mengungkapkan bahwa tingkat disabilitas pada pasien pasca stroke yang tertinggi adalah tingkat disabilitas ringan sebanyak 25,6% responden.

2.2.3 Faktor yang Mempengaruhi *Outcome* Stroke

Banyak faktor yang mempengaruhi luaran dan tingkatan perbaikan setelah mengalami stroke. Perbedaan demografi, status sosial ekonomi, jenis stroke, klinis neurologis, faktor-faktor risiko stroke dan penyakit penyerta (Samanci et al, 2004 dalam Adja, 2015). Diantara faktor-faktor tersebut adalah jenis kelamin, usia, kardiomegali, hipertensi, hiperglikemia, hiperkolesterolemia, TIA, jenis stroke, kadar D-dimer, gula darah, dan asam urat. Namun, masih menjadi perdebatan bahwa faktor-faktor tersebut berperan sebagai faktor risiko atau faktor protektif kejadian stroke (Agustina, 2011; Sulistyani & Purhadi, 2013; Sitepu, 2014).

Kadar glukosa darah acak normal menunjukkan perbaikan yang lebih baik dan cenderung memiliki hasil keluaran yang lebih baik. Namun, tidak memiliki hubungan dengan keluaran klinis stroke akut (Munir, 2007). Kadar D-dimer yang tinggi dan asam urat serta volume infark yang luas akan memperburuk keluaran keluaran stroke (Sitepu, 2014). Penelitian lain menunjukkan kadar gula darah kapiler, rerata tekanan darah sistolik > 149mmHg dan diastolik > 89mmHg tidak

berhubungan bermakna dengan keluaran buruk stroke iskemik akut dalam 90 hari (Hasibuan et al, 2014).

Faktor-faktor yang mempengaruhi outcome stroke juga akan mempengaruhi nilai pemeriksaan neurologik pada pasien stroke yang dapat di ukur dengan menggunakan skala *National Institutes of Health Stroke Scale* (NIHSS).

2.2.4 Pemeriksaan Neurologik pada Stroke

Pemeriksaan neurologik dalam penanganan kegawatdaruratan, termasuk kasus stroke, haruslah cepat, tepat dan menyeluruh. Hal ini dapat dilakukan dengan menggunakan skala atau sistem skoring yang formal seperti *National Institutes of Health Stroke Scale* (NIHSS).

National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) dikembangkan sebagai metode untuk mengukur kecacatan neurologis pada pasien dengan stroke iskemik akut yang terdaftar dalam uji klinis terapi reperfusi. Penggunaan skala dapat diandalkan untuk menggambarkan defisit neurologis, apakah skor diperoleh melalui pemeriksaan langsung pada pasien, secara tidak langsung melalui telemedicine, atau dilihat dari temuan klinis yang didokumentasikan dalam catatan medis. Sejak tahun 1996, penggunaan NIHSS telah menjadi standar penilaian neurologis untuk perawatan stroke iskemik di *US stroke centers* dan penggunaannya didukung oleh *Brain Attack Coalition guidelines* dalam *American Stroke Association (ASA) guidelines* untuk perawatan stroke iskemik akut dan *ASA nursing scientific statement* untuk perawatan stroke iskemik akut (Brandon,2012).

NIHSS dikembangkan oleh para peneliti dari Universitas Of Cincinnati Stroke Center yaitu Brott et al tahun 1989 dan Goldstein et al tahun 1989. NIHSS telah dipakai secara luas pada berbagai varian penilaian terapi stroke. Tahun 1994 dilakukan revisi oleh Lyden et al dan telah dilakukan validasi oleh beberapa peneliti seperti Goldstein tahun 1989, Brott tahun 1989, 1992 dan Haley tahun 1993, 1994.

NIHSS menurut beberapa peneliti tersebut mempunyai reabilitas tinggi dari berbagai kalangan antara lain para neurolog, dokter jaga dan perawat mahir stroke (Soertidewi, 2011).

Nilai NIHSS adalah antara 0-42. Terdiri dari 11 komponen, bila motorik lengan serta kaki kanan dan kiri dituliskan dalam satu nomor dan dipisahkan dengan penambahan nomor a dan b, tetapi akan menjadi 13 komponen apabila masing-masing motorik lengan dan tungkai kanan dan kiri diberi nomor terpisah. Adapun komponen-komponen yang dinilai berdasarkan *National Institute of Neurological Disorders and Stroke* (NINDS) (2003), sebagai berikut:

Berdasarkan NINDS (2003) pengukuran NIHSS dilakukan pada pasien stroke dilakukan saat pasien masuk Rumah sakit, dua jam setelah pemberian treatment, 24 jam pasca timbul gejala awal stroke, 7-10 hari dari gejala awal, 3 bulan dan sesuai kondisi. Skor keparahan stroke menurut Roxas J. R (2009) adalah total NIHSS 1-4 minor stroke, 5-15 moderat stroke, 16-20 moderat to severe stroke dan 30-42 severe stroke. Sedangkan NIHSS di terjemahkan dalam bahasa Indonesia yang di sadur dari RS Pusat Otak Nasional Jakarta sebagai berikut:

Tabel 2.2 Parameter penilaian NIHSS

No	Parameter Yang Dinilai	Skala	Skor
1a	Tingkat kesadaran	0 = Sadar penuh 1 = Somnolen 2 = Stupor 3 = Koma	
1b	Menjawab pertanyaan. Tanyakan bulan dan usia pasien. Yang dinilai adalah jawaban pertama, pemeriksa tidak	0 = Benar semua (2 Pertanyaan) 1 = 1 benar/ ETT/ disartria 2 = Salah semua/ afasia/ stupor/ koma	

	dikenankan membantu pasien dengan verbal atau non verbal		
1c	Mengikuti perintah. Berikan 2 perintah sederhana, membuka dan menutup mata, menggenggam tangan dan melepaskannya atau 2 perintah lain	0 = Mampu melakukan 2 perintah 1 = Mampu melakukan 1 perintah 2 = Tidak mampu melakukan perintah	
2	Gaze: Gerakan mata konyugat horizontal	0 = Normal 1 = Abnormal pada 1 mata 2 = Deviasi konyugat kuat atau paresis konyugat pada 2 mata	
3	Visual: Lapang pandang pada tes konfrontasi	0 = Tidak ada gangguan 1 = Kuadrianopsia 2 = Hemianopia total 3 = Hemianopia bilateral/ butakortikal	
4	Paresis Wajah Anjurkan pasien menyeringai atau mengangkat alis atau menutup mata	0 = Normal 1 = Paresis wajah ringan (lipatan nasolabial datar, senyum asimetris) 2 = Paresis wajah partial (paresis wajah bawah total atau hampir total) 3 = Paresis wajah total (paresis wajah sisi atau dua sisi)	
5	Motorik lengan. Anjurkan pasien mengangkat lengan hingga 45 ⁰ bila tidur	0 = Mampu mengangkat lengan minimal 10 detik 1 = Lengan terjatuh sebelum 10	

	berbaring atau 90 ⁰ bila posisi duduk. Bila pasien afasia berikan perintah menggunakan pantomime atau peragaan	detik 2 =Tidak mampu mengangkat secara penuh 90 ⁰ atau 45 ⁰ 3 =Tidak mampu mengangkat hanya bergeser 4 = Tidak ada gerakan	
		5 a Nilai lengan kiri	
		5 b Nilai lengan kanan	
6	Motorik tungkai . Anjurkan pasien tidur telentang dan mengangkat tungkai 30 ⁰	0 = Mampu mengangkat tungkai 30 ⁰ minimal 5 detik 1 = Tungkai jatuh ketempat tidur pada akhir detik ke 5 secara perlahan 2 =Tungkai terjatuh sebelum lima detik tetapi ada usaha melawan gravitasi 4 = Tidak ada gerakan	
		6 a Nilai tungkai kiri	
		6 b Nilai tungkai kanan	
7	Ataksia anggota badan. Menggunakan tes tunjuk jari hidung	0 = Tidak ada ataksia 1 =Ataksia pada satu ekstremitas 2 = Ataksia pada dua atau lebih ekstremitas	
8	Sensorik. Lakukan tes pada seluruh tubuh; tungkai lengan, badan dan wajah. Pasien afasia diberi nilai 1 Pasien stupor atau koma diberi nilai 2	0 = Normal 1= Gangguan sensori ringan hingga sedang. Ada gangguan sensori terhadap nyeri tetapi masih merasa 2= Bila disentuh gangguan	

		sensori berat atau total	
9	Kemampuan bahasa. Anjurkan pasien untuk menjelaskan suatu gambar atau membaca suatu tulisan. Bila pasien mengalami kebutaan, letakkan suatu benda di tangan pasien dan anjurkan untuk menjelaskan benda tersebut.	0 = Normal 1 = Afasia ringan hingga sedang 2 = Afasia berat 3 = Mute, afasia global, coma	
10	Disartria	0 = Normal 1 = Disartria ringan 2 = Disartria berat	
11	<i>Neglect</i> atau inatensi	0 = Tidak ada <i>neglect</i> 1 = Tidak ada atensi pada salah satu modalitas berikut; visual, tactile, auditory, spatial, atau personal inattention 2 = Tidak atensi pada lebih dari satu modalitas	
	TOTAL NILAI		

(Sumber: Rekam medik RS Pusat Otak Nasional Jakarta, 2015)

Jumlah penilaian setiap komponen dapat dikonversikan sebagai berikut:

1. Skor < 5 defisit neurologis ringan
2. Skor 6-14 defisit neurologis sedang
3. Skor 15-24 defisit neurologis berat
4. Skor > 25 defisit neurologis sangat berat

Setelah dilakukan penilaian tingkat keparahan stroke pada saat pasien masuk rumah sakit maka untuk tindak lanjutnya dilakukan atau diberikan perawatan sesuai dengan protap yang ada dirumah sakit tersebut.

2.2.5 Perawatan Stroke

Perhimpunan Dokter Spesialis Saraf Indonesia (PERDOSSI) tahun 2011 sudah membuat pedoman terapi terhadap stroke akut beberapa stadium yaitu: fase hiperakut, fase Akut dan fase sub akut.

a. Fase Hiperakut

Tindakan pada stadium ini dilakukan di Instalasi Rawat Darurat dan merupakan tindakan resusitasi serebrokardiopulmoner. Usaha neuroresusitasi lebih diutamakan agar kerusakan organ otak dibatasi sekecil mungkin disamping penyelamatan jiwa pasien. Sebaiknya pasien dilakukan pemberian oksigen 2 L/menit dan pemberian cairan kristaloid/koloid, hindari pemberian cairan dekstrosa atau saline dalam air. Pemeriksaan sistem koagulasi dan hemostasis serta pemeriksaan kimia darah dilakukan sebelum pasien dipindahkan ke Unit Stroke.

Pada stadium hiperakut pasien dilakukan pemeriksaan CT scan otak, elektrokardiografi, foto thoraks, darah perifer lengkap dan jumlah trombosit, protrombin time , APTT, glukosa darah, kimia darah termasuk elektrolit, jika hipoksia dapat dilakukan pemeriksaan analisa gas darah dan pemeriksaan CSF bila curiga kasus perdarahan sub arakhnoid. Tindakan suportif lain yang harus dilakukan di Instalasi Rawat Darurat adalah stimulasi dini terhadap penderita lebih ditujukan terhadap keadaan kognisi dan mental penderita serta memberikan penjelasan pada keluarga penderita agar keluarga tenang dalam menghadapi krisis yang menimpa penderita.

b. Fase Akut

Fase akut terhitung sejak pasien masuk rumah sakit sampai keadaan stabil, biasanya dalam 48-72 jam pertama. Selama fase ini tindakan keperawatan bertujuan untuk mempertahankan fungsi vital pasien dan memfasilitasi perbaikan neuron. Kualitas layanan yang diberikan sangat berpengaruh terhadap keberhasilan dalam mencegah terjadinya komplikasi dan kecatatan. Tindakan perawatan fase akut meliputi sebagai berikut (Mulyatsih, 2007):

- 1) Pertahankan jalan nafas, berikan oksigen, dan atur posisi pasien
- 2) Bersihkan lendir jalan nafas, lakukan suction bila perlu.
- 3) Monitor fungsi nafas, cek analisa gas darah, observasi gerakan dada.
- 4) Kaji tanda vital secara periodik sesuai kondisi pasien.
- 5) Kaji status neurologik secara periodik meliputi: GCS, Pupil, fungsi motorik dan sensorik, fungsi saraf kranial dan refleks.
- 6) Monitor keseimbangan cairan dan elektrolit.
- 7) Cek kembali hasil pemeriksaan penunjang yang lain.
- 8) Lakukan pencegahan kejang jika perlu.
- 9) Kaji kemampuan menelan pasien

c. Fase Pasca akut atau Sub akut

Tindakan pada stadium sub akut dapat berupa terapi kognitif, tingkah laku, menelan, bicara dan bladder training termasuk terapi fisik. Mengingat perjalanan penyakit yang cukup lama, dibutuhkan penatalaksanaan khusus pasca stroke dengan penatalaksanaan secara intensif di rumah sakit yang akan memberikan perbaikan berupa kemandirian penderita, mengerti, memahami dan melaksanakan program preventif primer dan sekunder (Setyopranoto, 2010)

Bila kondisi pasien telah stabil, penatalaksanaan perawatan di tujukan untuk mempertahankan fungsi tubuh dan mencegah komplikasi. Rehabilitasi pasien stroke harus dilakukan sedini mungkin. Pada fase

ini perawat harus mengkaji dan memonitor kemungkinan timbulnya peningkatan tekanan intrakranial yang disebabkan oleh edema, hematoma atau hidrosepalus. Praktek keperawatan pasien stroke pasca akut adalah:

- 1) Lakukan perawatan kebersihan badan secara rutin.
- 2) Monitor tanda vital, status neurologis, dan fungsi kognitif secara teratur.
- 3) Libatkan pasien dalam perawatan diri sesuai kemampuan pasien
- 4) Lakukan ROM pasif tiga sampai empat kali sehari
- 5) Lakukan perawatan kulit setiap empat jam, perhatikan adanya kemerahan atau iritasi.
- 6) Rubah posisi setiap dua jam, ganjal bantal pada lengan dan tungkai yang lemah
- 7) Tinggikan bagian kepala tempat tidur 30 derajat.
- 8) Perhatikan bersihan jalan nafas, bila pasien sadar anjurkan untuk latihan batuk efektif
- 9) Lakukan fisioterapi dada
- 10) Monitor fungsi bowel
- 11) Monitor keseimbangan cairan dan elektrolit
- 12) Lakukan bleder trening
- 13) Kaji kemampuan menelan pasien
- 14) Kaji fungsi bicara dan bahasa
- 15) Sesuaikan teknik berkomunikasi dengan kemampuan pasien
- 16) Evaluasi visus dan lapang pandang
- 17) Berikan perawatan mata bila perlu
- 18) Obsevasi bila ada komplikasi misalnya pnemonia, emboli paru, dll
- 19) Monitor dan identifikasi penyakit penyerta seperti DM, obesitas, hipertensi.

Kecepatan dan ketepatan dalam memberikan penanganan dan perawatan pasien stroke akan mempengaruhi penyembuhan dan lama hari rawat pasien stroke.

2.2.6 Lama Hari Rawat Pasien Stroke

Rata-rata lama hari rawat (LHR) pada pasien stroke berdasarkan penelitian Roza (2010) di RSCM Jakarta adalah 14.6 hari dengan rata-rata usia pasien yaitu 60.7 tahun. Rata-rata LHR didapatkan sedikit memanjang pada kelompok usia diatas 65 tahun yaitu 15.5 hari. Berdasarkan jenis stroke yang sesuai dengan clinical pathway rata-rata LHR paling singkat terdapat pada stroke iskemik non emboli tanpa penyulit yaitu 8.1 hari dan paling panjang pada stroke hemoragik kortikal dengan penyulit yaitu 25.8 hari. Jenis kelamin dan onset kedatangan pasien ke RS tidak mempengaruhi rata-rata LHR yaitu 14.6 hari. Subyek dengan nilai NIHSS awal kategori berat memiliki rata-rata LHR yang lebih panjang dibandingkan kategori ringan dan sedang yaitu 20.5 hari, 9.9 hari dan 14.9 hari. Subyek dengan 3 jenis penyakit penyerta memiliki rata-rata LHR yang lebih panjang dibandingkan subyek tanpa penyakit penyerta yaitu 18.1 hari dan 7.5 hari. Rata-rata LHR didapatkan lebih panjang pada subyek dengan hambatan teknis multiple dibandingkan dengan subyek tanpa hambatan teknis yaitu 17.1 hari dan 13.2 hari. Rata-rata LHR sebagian besar (64.9%) memanjang bila dibandingkan dengan rata-rata LHR menurut clinical pathway RSCM sesuai dengan jenis dan tipe stroke dimana rata-rata LHR berdsarakan clinical pathway selama 5-30 hari.

Penelitian lain yang dilakukan Lataima (2013) menunjukkan bahwa responden yang dirawat dengan komplikasi membutuhkan hari rawat yang lebih lama yaitu sebesar 87,5%, dibandingkan dengan responden tanpa komplikasi yaitu sebesar 29.6%. responden yang dirawat dengan koping diri yang kurang baik membutuhkan hari rawat lebih lama yaitusebesar 71.4%, dibandingkan dengan responden yang memiliki koping yang baik yaitu sebesar 31.8%, responden yang dirawat dengan dukungan keluarga yang kurang baik membutuhkan hari

rawat lebih lama yaitu sebesar 75.0%, dibandingkan dengan responden yang dirawat dengan dukungan keluarga yang baik yaitu sebesar 37%. Kesimpulan peneliti bahwa pasien stroke dengan komplikasi dan koping yang kurang baik serta tidak ditunjang oleh dukungan keluarga akan membutuhkan perawatan yang lebih lama.

Lama hari rawat pada pasien stroke di pengaruhi berbagai faktor, baik medis dan non medis. Dimana , semakin berat nilai NIHSS awal saat pasien masuk Rumah Sakit dan semakin banyak penyakit penyerta serta komplikasi yang terdapat pada pasien, rata-rata LHR akan semakin memanjang. Pemanjangan LHR juga didapatkan pada subyek dengan hambatan teknis multiple. Selain itu, pasien stroke dengan komplikasi dan koping yang kurangbaik serta tidak ditunjang oleh dukungan keluarga akan membutuhkan perawatan yang lebih lama.

2.3 Disabilitas

2.3.1 Defenisi Disabilitas

Disabilitas adalah hambatan atau ketidak mampuan akibat impairment untuk melakukan suatu aktivitas dalam rentang waktu tertentu yang biasanya waktu itu sudah cukup bagi yang normal untuk melakukan aktivitas tersebut. Pengukuran ketidak mampuan ini mempergunakan alat ukur barthel indeks.

2.3.2 Barthel Indexs

Barthel indeks diperkenalkan oleh Mahoney dan Barthel untuk memeriksa status fungsional dan kemampuan pergerakan otot/ekstremitas pada pasien penderita penyakit kronik di rumah sakit. Barthel indeks ini merupakan skala ukur yang mempunyai reabilitas dan validitas yang tinggi, mudah dan cukup sensitif untuk mengukur perubahan fungsi serta keberhasilan rehabilitasi. Barter indeks ini merupakan skala yang dinilai berdasarkan observasi oleh tenaga kesehatan, dapat diambil dari catatan medis pasien,

maupun pengamatan langsung. Barter indeks merupakan suatu instrumen pengkajian yang berfungsi mengukur kemandirian fungsional dalam hal perawatan diri dan mobilitas serta dapat juga digunakan sebagai kriteria dalam menilai kemampuan fungsional bagi pasien-pasien yang mengalami keseimbangan, terutama pada pasien stroke. Barter indeks ini seharusnya diukur pada akhir minggu-minggu pertama perawatan rumah sakit untuk manajemen seawal mungkin (Gofir A, 2009). Indeks Barthel merupakan suatu instrument pengkajian yang berfungsi mengukur kemandirian fungsional dalam hal perawatan diri dan mobilitas serta dapat juga digunakan sebagai kriteria dalam menilai kemampuan fungsional bagi pasien-pasien yang mengalami gangguan keseimbangan.

Barter indeks terdiri dari 10 aktivitas yaitu, makan, mandi, buang air kecil, penggunaan toilet, berpindah, mobilitas dan menggunakan tangga. Aktivitas tersebut dapat dilihat sebagai berikut:

a. Makan

Makan dan menelan merupakan proses yang kompleks yang melibatkan fungsi nervus kranialis. Beberapa nervus kranialis yang terlibat adalah nervus V (nervus trigeminus) untuk membuka mulut, menutup mulut oleh nervus VII (nervus facialis) dan sensasi mulut terhadap kualitas dan kuantitas bolus makanan, serta nervus V (nervus trigeminus) dan IX (nervus glusofaringeus) yang mengirim pesan kepusat menelan (Ginsberg, 2008).

b. Mandi

Mandi merupakan komponen yang sangat penting dalam perawatan yang bertujuan untuk kebersihan diri. Mandi terdiri dari dua kategori penilaian yaitu skor 0 diberikan kepada pasien yang secara total tidak bisa mandi sendiri, membutuhkan keseluruhan bantuan seperti melepaskan baju, menggunakan sabun, shower puff, mencuci rambut, tidak mampu memegang gayung, tidak mampu mengguyur air ke badan, tidak mampu menggosok dan membersihkan badan. Sementara

skor 5 diberikan pada pasien dengan kemampuan mandiri, yaitu mampu melakukan keseluruhan aktivitas mandi (Misbach, 2011 dalam Andriani, 2016).

c. Merawat diri

Merawat diri terdiri dari dua kategori penilaian yaitu skor 0 diberikan pada pasien yang membutuhkan bantuan dalam melakukan perawatan diri seperti mencuci tangan, membasuh wajah, menyisir rambut, menggosok gigi dan mencukur. Skor 5 diberikan pada pasien yang mampu secara mandiri tanpa bantuan dalam melakukan perawatan diri (Misbach, 2011 dalam Andriani, 2016).

d. Berpakaian

Berpakaian memungkinkan pasien untuk mempertahankan konsep diri dan harga diri selain memberi perlindungan. Perawat dapat membantu pasien dalam berpakaian dengan mendorong pasien untuk menentukan pilihan dan membantu pasien ketika tidak dapat melakukannya sendiri. Ketidakmampuan berpakaian dengan benar sering kali terjadi pada lesi hemisfer kanan yang menyebabkan masalah visiospasial berhubungan dengan orientasi terhadap bagian tubuh atau pakaian.

e. Buang air besar

Masalah buang air besar yang sering dialami akibat stroke adalah pasien yang tidak menyadari kebutuhan untuk defekasi, inkontinensia dan konstipasi. Stroke menyebabkan perubahan eliminasi buang air besar karena berbagai perubahan yang terjadi setelah stroke yaitu penurunan mobilitas, intake cairan yang kurang, pasien tergantung pada orang lain untuk ke toilet, penurunan atau tidak adanya sensasi yang dibutuhkan untuk defekasi, gangguan kognitif dan penggunaan obat-obatan yang dapat mempengaruhi fungsi eliminasi. Pengontrolan BAB mempunyai tiga kategori penilaian yaitu skor 0 inkontinensia yaitu tidak mampu mengendalikan fungsi pengeluaran feses dan flatus. Pasien yang menggunakan enema, pencahar dan menggunakan diaper juga diberikan skor 0. Pasien dengan kemampuan kadang-kadang atau

yang bersifat insidental diberikan skort 5, dan pasien yang dapat mengontrol pengeluaran atau kontinensia diberikan skort 10 (Misbach, 2011 dalam Andriani, 2016).

f. Buang air kecil

Masalah perkemihan yang sering dialami setelah stroke adalah inkontinensia urin yaitu ke tidak mampuan untuk mengontrol pengeluaran urine, sebagian besar pasien mengalami inkontinensia segera setelah mengalami stroke dan banyak pasien dapat mengontrol kembali pengeluaran urine setelah 8 minggu (Misbach). Terdapat tiga faktor yang mempengaruhi kemampuan berkemih pada stroke yaitu: perubahan fisiologis oleh karena stroke, perubahan neorofisiologis yang mempengaruhi fungsi berkemih, dan faktor yang berhubungan dengan pengobatan, perawatan dan hospitalisasi. Mengontrol kandung kemih mempunyai tiga kategori penilaian antara lain skort 0 atau inkontinensia dan yang tidak mampu mengendalikan pengeluaran urine dan yang menggunakan kateter atau yang menggunakan diaper. Skor 5 diberikan pada pasien dengan kemampuan insidental, sementara skor 10 dfiberikan pada pasien yang kontinen, dapat mengontrol pengeluaran urine tanpa menggunakan kateter (Misbach, 2011 dalam Andriani, 2016).

g. Penggunaan toilet

Orang lebih memilih untuk menggunakan toilet dalam memenuhi kebutuhan eliminasi, namun pasien yang mengalami keterbatasan dan ketidak mampuan akan mengalami mengalami kesulitan dalam menggunakan toilet. Pasien membutuhkan adaptasi dan harus diberikan dorongan serta dukungan untuk meningkatkan kesejahteraan psikologi mereka. Kategori penilaian dalam menggunakan toilet meliputi tidak mampu diberikan skort 0 yaitu pasien yang membutuhkan bantuan total dalam menggunakan toilet meliputi melepas dan menggunakan celana, pakaian dalam, menyiram wc, membersihkan area genitalia, berjalan ke toilet, beranjak ke atau dari kloset. Skort 5 diberikan pada

pasien yang hanya sebagian membutuhkan bantuan seperti membersihkan area genitalia, sebagian aktivitas lain dalam penggunaan toilet mampu dilakukan. Skort 10 diberikan pada pasien dengan kemampuan mandiri dalam penggunaan toilet tanpa bantuan (Misbach, 2011 dalam Andriani, 2016).

h. Berpindah

Pasien yang mengalami kelemahan akan mengalami kesulitan untuk duduk dan berpindah sehingga membutuhkan bantuan. Pada saat bangkit dari duduk membutuhkan kekuatan yang lebih besar dibandingkan saat akan duduk. Pasien yang lemah membutuhkan bantuan dan penggunaan sabuk sangat berguna pada kondisi ini. Aktivitas ini bertujuan untuk mempertahankan status fungsional dan keselamatan pasien. Berpindah dari berbaring ke duduk memiliki empat kategori penilaian yaitu skor 0 pada pasien yang tidak mampu karena tidak memiliki keseimbangan, skort 5 pada pasien yang membutuhkan banyak bantuan lebih dari satu orang, skort 10 diberikan jika pasien hanya membutuhkan sedikit bantuan baik verbal maupun fisik, sedangkan pasien yang dapat berpindah secara mandiri tanpa bantuan diberikan skor 15 (Misbach, 2011 dalam Andriani, 2016).

i. Mobilitas

Mobilitas adalah kemampuan untuk melakukan aktivitas dengan pergerakan yang bebas termasuk berjalan, berlari, duduk, berdiri, dan melakukan aktivitas sehari-hari. Mobilitas diatur oleh koordinasi antara system musculo skletal dan sistem persarafan. Adanya gangguan yang melibatkan sistem neuromuskuler seperti pada penderita stroke dapat mengakibatkan hambatan dalam melakukan mobilitas. Aktivitas pergerakan atau mobilisasi dalam batas yang telah ditentukan memiliki empat kategori penilaian, yaitu skor 0 yang tidak mampu melakukan mobilisasi atau < 5 meter, askort 5 jika pasien mampu mandiri mobilisasi > 5 meter dan pasien menggunakan kursi roda. Skor 10 jika pasien mampu berjalan dengan bantuan verbal atau

fisik satu orang < 5 meter, dan skor 15 pada pasien yang mampu mobilisasi berjalan mandiri tanpa bantuan orang lain > 5 meter atau pasien yang mampu berjalan sendiri dengan tongkat.

j. Menggunakan tangga

Kelemahan fisik yang dialami pasien stroke menyebabkan ketidakmampuan dalam mobilitas fisik, termasuk menggunakan tangga, penggunaan tangga meliputi naik tangga dan turun tangga. Pada saat naik atau turun tangga hal ini membutuhkan waktu, keseimbangan dan kekuatan. Kemampuan pasien untuk mobilisasi termasuk menggunakan tangga merupakan hal yang perlu diperhatikan pada saat rehabilitasi naik turun tangga memiliki tiga kategori penilaian yaitu: skor 0 jika pasien tidak mampu menuruni atau menaiki tangga dengan bantuan orang secara verbal atau fisik atau dengan menggunakan tongkat atau pegangan. Skor 10 jika pasien mampu secara mandiri tanpa bantuan apapun dalam menuruni dan menaiki tangga (Misbach, 2011 dalam Andriani, 2016).

Tabel 2.3 Instrument Pengkajian dengan Indeks Barthel.

No.	Item yang Dinilai	Skala	Skor
1.	Makan (<i>Feeding</i>)	= Tidak mampu	0
		= Butuh bantuan memotong, mengoles mentega dll.	5
		= Mandiri	10
2.	Mandi (<i>Bathing</i>)	Tergantung orang lain	0
		Mandiri	5
3.	Perawatan diri (<i>Grooming</i>)	Membutuhkan bantuan orang lain	0
		Mandiri dalam perawatan muka, rambut,	5

		gigi, dan bercukur		
4.	Berpakaian (<i>Dressing</i>)	Tergantung orang lain	0	
		Sebagian dibantu (misal mengancing baju)	5	
		Mandiri	10	
5.	Buang air kecil (<i>Bowel</i>)	Inkontinensia atau pakai kateter dan tidak terkontrol	0	
		Kadang Inkontinensia (maks, 1x24 jam)	5	
		Kontinensia (teratur untuk lebih dari 7 hari)	10	
6.	Buang air besar (<i>Bladder</i>)	Inkontinensia (tidak teratur atau perlu enema)	0	
		Kadang Inkontensia (sekali seminggu)	5	
		Kontinensia (teratur)	10	
7.	Penggunaan toilet		0	
		Tergantung bantuan orang lain		
		Membutuhkan bantuan, tapi dapat melakukan beberapa hal sendiri	5	
		Mandiri	10	
8.	Berubah sikap dari berbaring ke duduk	Tidak mampu	0	
		Butuh bantuan untuk bisa duduk (2 orang)	5	
		Bantuan kecil (1 orang)	10	
		Mandiri	15	
9.	Mobilitas	Immobile (tidak mampu)	0	
		Menggunakan kursi roda	5	

		Berjalan dengan bantuan satu orang	10	
		Mandiri (meskipun menggunakan alat bantu seperti, tongkat)	15	
10.	Naik turun tangga	Tidak mampu	0	
		Membutuhkan bantuan (alat bantu)	5	
		Mandiri	10	

Interpretasi hasil :

100 : Mandiri

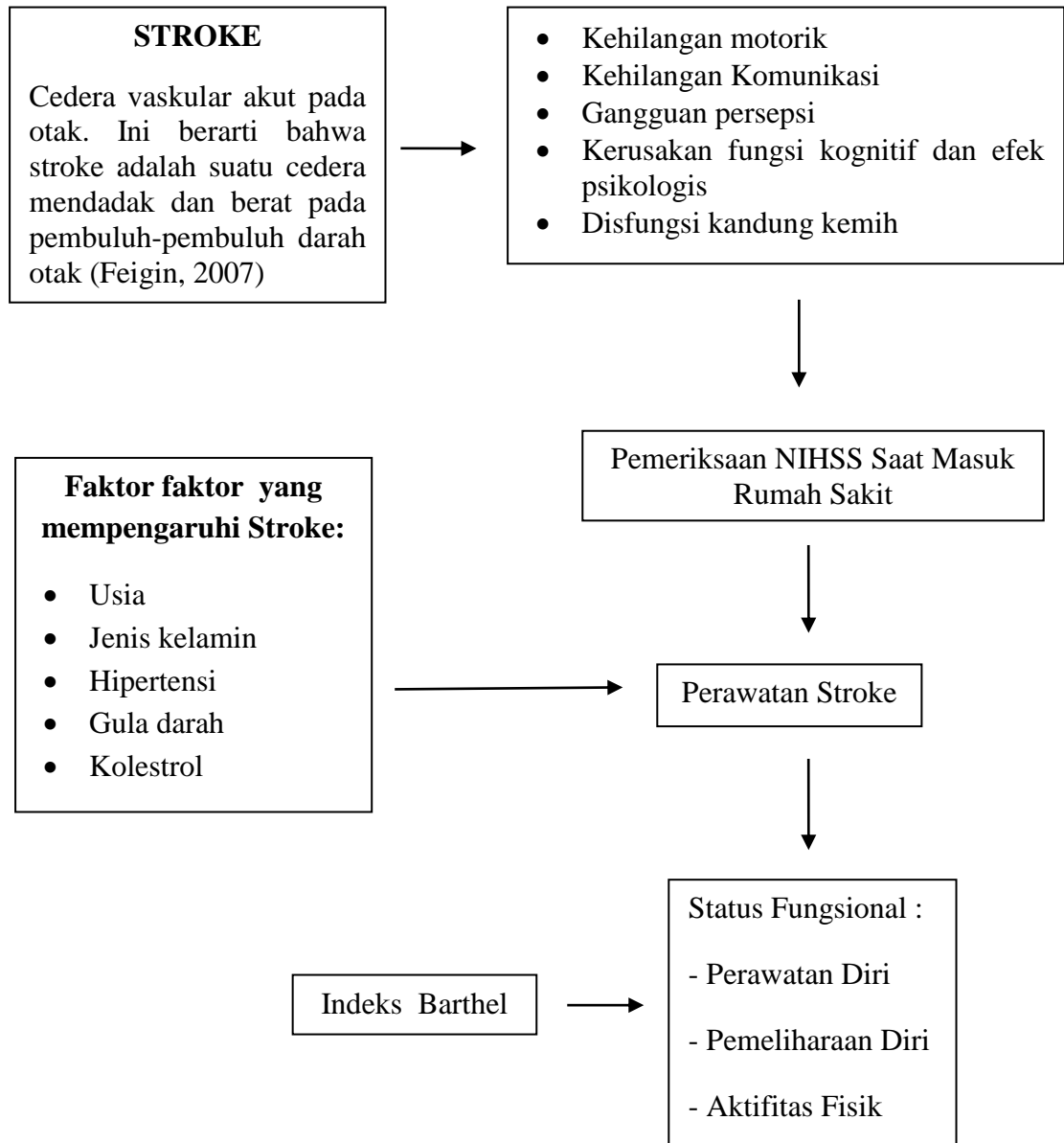
60-95 : Ketergantungan Ringan

45-55 : Ketergantungan Sedang

25-40 : Ketergantungan Berat

0-20 : Ketergantungan Total

2.4 Kerangka Teori



Gambar 2.1

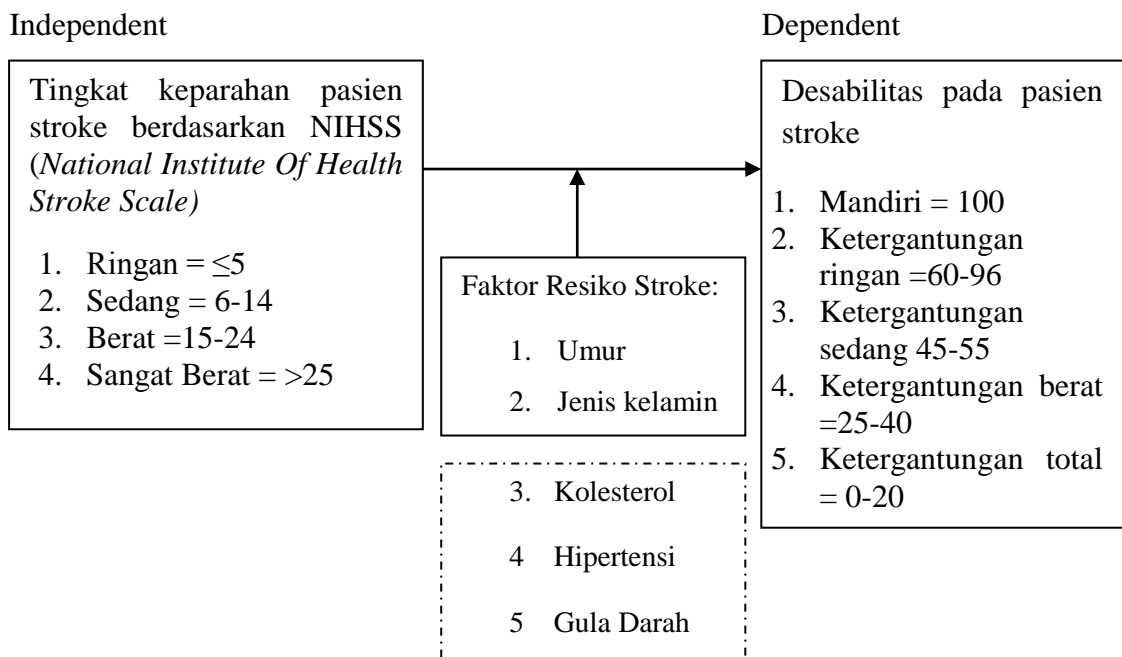
Sumber: Junaidi, 2011, Smeltzer, Bare. 2002, NINDS, 2003; Rs. PON,2015, Agustina, 2011; Sulistyani & Purhadi, 2013; Sitepu, 2014, Perdosis, 2011; Mulyatsih, 2007.

BAB III

KERANGKA KONSEP

3.1 Kerangka Konsep

Kerangka konsep merupakan suatu hubungan atau kaitan antara konsep satu terhadap konsep yang lainnya dari masalah yang diteliti. Kerangka konsep ini gunanya untuk menghubungkan atau menjelaskan secara panjang lebar tentang suatu topik yang akan dibahas dari konsep ilmu/teori yang dipakai sebagai landasan penelitian (Setiyadi, 2007). Pada penelitian ini yang menghubungkan tingkat keparahan pasien stroke dengan disabilitas pada pasien stroke di ruangan neurologi RSSN Bukittinggi tahun 2017. Maka dapat dibuat kerangka konsep sebagai berikut.



Gambar 3.1 Kerangka konsep

3.2 Definisi Operasional

Definisi operasional merupakan penjelasan dari variabel penelitian dan istilah yang akan digunakan dalam suatu penelitian secara operasional (Setiyadi, 2007).

Tabel 3.2 Defenisi Operasional

No	Variabel	Defenisi Operasional	Alat Ukur	Skala Ukur	Hasil Ukur
1	Independent Tingkat Keparahan Stroke berdasarkan NIHSS	Merupakan gambaran kondisi keparahan pasien stroke diberikan tindakan perawatan	Lembar NIHSS	Ordinal	1. ringan= ≤ 5 2. sedang= 6-14 3. berat= 15-24 4. sangat berat = > 25
2	Dependent disabilitas pada pasien stroke	Suatu hambatan atau ketidakmampuan akibat impairment untuk melakukan suatu aktivitas dalam rentang waktu tertentu	Indeks Barthel	Ordinal	1. Mandiri = 100 2. Ketergantungan ringan = 60-96 3. Ketergantungan sedang = 45-55 4. Ketergantungan berat = 25-40 5. Ketergantungan total = 0-20

3.3 Hipotesis

Setelah melalui pembuktian dari hasil penelitian, maka hipotesa dalam penelitian ini adalah:

Ha: Ada hubungan tingkat keparahan pasien stroke dengan disabilitas pada pasien stroke iskemik di ruangan neurologi RSSN Bukittinggi tahun 2017

BAB IV

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Desain Penelitian adalah keseluruhan dari perencanaan untuk menjawab pertanyaan penelitian dan mengidentifikasi berupa kesulitan yang mungkin timbul selama proses penelitian (Nursalam, 2011). Penelitian ini menggunakan desain *deskriptif* dan metode *corelatif study* yaitu mengetahui hubungan tingkat keparahan pasien stroke dengan disabilitas pada pasien stroke iskemik di ruangan neurologi RSSN Bukittinggi tahun 2017.

4.2 Tempat dan Waktu penelitian

Penelitian ini telah dilakukan pada tanggal 8 Maret 2017 di RSSN Bukittinggi tahun 2017.

4.3 Populasi, Sampel, dan Sampling

4.3.1 Populasi adalah

Populasi keseluruhan objek penelitian atau objek yang akan di teliti (Notoatmodjo, 2005). Populasi dalam penelitian adalah subjek (manusia, klien) yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2011). Populasi dalam penelitian ini adalah 116 orang pasien stroke yang ada di RSSN Bukittinggi tahun 2017.

4.3.2 Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi yang akan diteliti atau sebagian jumlah dari karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Saryono, 2008). Sampel terdiri dari bagian populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subjek penelitian melalui sampling.

Besarnya sampel dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan rumus slovin:

$$\text{Rumus : } n = \frac{N}{1 + N (d^2)}$$

Keterangan :

n = Besar sampel yang dibutuhkan

N = Ukuran populasi

d = derajat presisi yang diinginkan yaitu 5% (0.05)

Sehingga diperoleh :

$$n = \frac{116}{1 + 116 (0,05^2)}$$

$$n = \frac{116}{3,9}$$

$$n = 29,743$$

$$n = 30 \text{ orang.}$$

Adapun kriteria dalam pemilihan sampel yaitu:

Kriteria inklusi

- a. Pasien yang di rawat
- b. Pasien yang baru masuk
- c. Pasien yang terserang penyakit stroke iskemik
- d. Pasien yang bersedia menjadi responden

Kriteria Eksklusi

- a. Pasien yang tidak kooperatif

4.3.3 Sampling

Sampling adalah proses penyeleksian porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi (Nursalam, 2011). Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini *purposive sampling*. Teknik *purposive sampling* adalah sesuatu teknik penetapan sampel dengan cara memilih sampel di antara populasi sesuai dengan yang di kehendaki peneliti (Nursalam, 2011).

4.4 Pengumpulan Data

4.4.1 Alat Pengumpulan Data

Observasi adalah suatu prosedur yang berencana, yang Antara lain meliputi melihat, mendengar, dan mencatat sejumlah dan taraf aktivitas tertentu atau situasi tertentu yang ada hubungannya dengan masalah yang diteliti. Jadi dalam melakukan observasi bukan hanya mengunjungi, melihat, atau menonton saja, tetapi disertai keaktifan jiwa atau perhatian khusus dan melakukan pencatatan (Notoatmodjo, 2010).

4.4.2 Prosedur Pengumpulan Data

Adapun prosedur yang digunakan untuk pengumpulan data pada penelitian ini yang dilakukan pada Maret 2017 adalah:

- a. Peneliti meminta surat pengambilan data ke kampus STIKes Perintis Padang.
- b. Setelah itu peneliti mengajukan surat pengambilan data ke diklat RSSN Bukittinggi
- c. Setelah ada surat balasan dari diklat, maka peneliti melanjutkan menemui kepala ruangan rawat inap
- d. Setelah meminta izin pada kepala ruangan maka peneliti meminta data dan memilih responden sesuai criteria yang telah ditentukan
- e. Peneliti menemui langsung responden keruangan responden, sesuai data perawat yang didapat di Rumah Sakit dan sesuai dengan kriteria pemilihan sampel

- f. Peneliti menjelaskan maksud dan tujuan prosedur tindakan yang akan dilakukan kepada responden
- g. Peneliti meminta persetujuan responden dengan memberikan lembar *informed concen*
- h. Peneliti datang keruangan pasien pada jam yang telah disepakati dengan responden
- i. Melakukan pengisian identitas responden,
- j. Melakukan observasi mengukur tingkat keparahan pasien stroke berdasarkan lembar ukur NIHSS (*National Institute Of Health Stroke Scale*)
- k. Melakukan observasi mengukur tingkat disabilitas pasien stroke berdasarkan lembar ukur indeks barthel
- l. Melakukan analisa data

4.1 Cara Pengolahan dan Analisa Data

4.1.1 Cara Pengolahan Data

Lembaran format yang sudah dikumpulkan pada penelitian ini akan dianalisa, kemudian diolah dengan sistem computerisasi dengan tahapan sebagai berikut:

a. *Editing*

Setelah kuesioner selesai diisi, maka setiap lembar kuesioner dan observasi diperiksa apakah diisi dengan benar dan lengkap, kemudian apakah setiap item penelitian sudah diperoleh informasi.

b. *Coding*

Lembaran format yang telah dikumpulkan lalu diberi tanda, simbol atau kode, dan untuk nama hanya ditulis inisialnya saja. Untuk mempermudah kegiatan ini dilakukan oleh peneliti.

c. *Cleaning*

Apabila semua data dari setiap sumber data atau responden selesai dimasukkan, perlu dicek kembali untuk melihat kemungkinan adanya kesalahan kode, ketidaklengkapan, dan sebagainya, kemudian dilakukan pembetulan atau koreksi.

d. *Prosesing*

Pada tahap ini pengolahan data dilakukan secara komputerisasi. Di dalam proses ini dituntut ketelitian dari orang yang melakukan “*data entry*” ini. Apabila tidak maka akan terjadi bias, meskipun hanya memasukkan data saja.

e. *Tabulating*

Hasil pengolahan data dimasukkan kedalam tabel, yaitu membuat tabel data, sesuai dengan tujuan penelitian atau yang di inginkan peneliti (Notoatmodjo, 2010).

4.1.2 AnalisaData

a. *Univariat*

Analisa *univariat* bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian, yang disajikan dalam bentuk table distribusi frekuensi dan presentase (Notoatmodjo, 2010).

Variable tersebut menggunakan rumus sebagai berikut :

$$P = \frac{f}{n} \times 100\%$$

Keterangan :

P = Nilai persentase responden

f = Frekuensi atau jumlah yang benar

n = Jumlah responden

Untuk menentukan data yang dipakai dalam menghitung mean dengan cara menunjukkan semua nilai data dibagi dengan banyaknya data. Mean digunakan ketika data yang kita miliki memiliki sebaran normal atau mendekati normal .

Rumus :

$$Me = \frac{\sum . Xi}{N}$$

Keterangan :

Me = Rata-rata (mean)

$\sum Xi$ = Jumlah nilai X ke i sampai ke n

N = Jumlah individu

b. Bivariat

Analisa bivariat untuk melihat hubungan tingkat keparahan pasien stroke dengan disabilitas pada pasien stroke di RSSN Bukittinggi tahun 2017. Pengujian hipotesa untuk mengambil keputusan tentang apakah hipotesis yang diajukan cukup meyakinkan untuk ditolak atau diterima dengan menggunakan ujistatistik Chi-Square tes. Pada tingkat kepercayaan yang digunakan adalah 95% di katakan signifikan bila ($p < 0.05$)

4.2 Etika Penelitian

Dalam melakukan penelitian, peneliti mengajukan permohonan izin kepada responden untuk mendapatkan persetujuan penelitian. Setelah mendapatkan persetujuan barulah peneliti melakukan penelitian dengan menegakkan masalah etika. Menurut (Hidayat, 2007).

4.2.1 *InformedConcent*

Informed consent adalah bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. Informed consent tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan

untuk menjadi responden. Tujuan informed consent adalah agar subyek mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya. Jika subjek bersedia, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan. Jika responden tidak bersedia, maka peneliti harus menghormati hak pasien (Hidayat, 2007).

4.2.2 *Anonymity*

Anomity adalah masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan (Hidayat, 2007).

4.2.3 *Confidentiality*

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya sekelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset (Hidayat, 2007).

BAB V

HASIL PENELITIAN

5.1 Hasil Penelitian

Dari penelitian yang telah dilakukan pada responden sebanyak 30 orang responden dengan judul Hubungan tingkat keparahan pasien stroke dengan disabilitas pada pasien stroke iskemik di ruangan neurologi RSSN Bukittinggi tahun 2017. Penelitian ini telah dilakukan pada tanggal 8 sampai 15 Maret 2017. Pada penelitian ini 30 orang dijadikan sebagai subjek penelitian. Metode pengumpulan data yang digunakan adalah dengan membagikan kuesioner kepada responden lansia di RSSN Bukittinggi tahun 2017. Sesuai dengan kondisi responden pada saat itu tanpa pengaruh ataupun paksaan dari orang lain termasuk peneliti.

5.2 Analisa Univariat

Dari hasil penelitian yang peneliti dapat pada responden yang berjumlah sebanyak 30 orang responden, maka peneliti mendapatkan hasil univariat tentang Hubungan tingkat keparahan pasien stroke dengan disabilitas pada pasien stroke iskemik di ruangan neurologi RSSN Bukittinggi tahun 2017, sebagai berikut pada tabel dibawah ini.

5.2.1 Tingkat Keparahan Pasien Stroke

Tabel 5.2.1.
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Keparahan Pasien Stroke Iskemik Di Ruangan Neurologi RSSN Bukittinggi tahun 2017

Keparahan	Frekuensi	Persentase
Sedang	10	33,3
Berat	20	66,7
Total	30	100

Berdasarkan tabel 5.2.1 peneliti dapat menjelaskan sebagian besar 20 (66,7%) responden dengan tingkat keparahan pasien stroke berat. Selanjutnya tingkat keparahan pasien stroke sedang terdapat 10 (33,3 %) responden. Sementara tidak terdapat pasien yang tingkat keparahan strokenya tergolong ringan dan sangat berat.

5.2.2 Disabilitas Pada Pasien Stroke

Tabel 5.2.2
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Disabilitas Pada Pasien Stroke Iskemik Di Ruang Neurologi RSSN Bukittinggi tahun 2017

Ketertanggung	Frekuensi	Persentase
Ketertanggung Sedang	9	30
Ketertanggung Berat	10	33,3
Ketertanggung Total	11	36,7
Total	30	100

Berdasarkan tabel 5.2.2 peneliti dapat menjelaskan bahwa sebagian besar 11 (36,7%) responden dengan disabilitas pada pasien stroke ketertanggung total. Selanjutnya pasien stroke dengan tingkat disabilitas ketertanggung berat sebanyak 10 (33,3%) responden. Sementara terdapat pasien yang tingkat disabilitas pada pasien stroke ketertanggung ringan sebanyak 9 (30%) responden, dan tidak ada pasien yang ketertanggung ringan.

5.3 Analisa Bivariat

5.3.1 Hubungan Tingkat Keparahannya Pasien Stroke Dengan Disabilitas Pada Pasien Stroke

Tabel 5.3.1
Hubungan Tingkat Keparahannya Pasien Stroke Dengan Disabilitas Pada Pasien Stroke Iskemik Di Ruang Neurologi RSSN Bukittinggi Tahun 2017

Tingkat Keparahannya Pasien	Disabilitas Pada Pasien Stroke			Total	p value
	K. Sedang	K. Berat	K. Total		

Stroke									
Sedang	5	50%	5	50%	0	0%	10	100%	0,021
Berat	4	20%	6	30%	10	50%	20	100%	
Total	9	30%	10	33,3%	11	36,7%	30	100%	

Berdasarkan Tabel 5.3.1 menunjukkan hubungan tingkat keparahan pasien stroke dengan disabilitas pada pasien stroke, terdapat sebanyak 10 dari 30 orang responden dengan tingkat keparahan pasien stroke sedang, yang terdiri dari 5 (50%) orang responden dengan disabilitas ketergantungan sedang, 5 orang (50%) orang responden dengan disabilitas ketergantungan berat. Terdapat 20 dari 30 orang responden dengan tingkat keparahan pasien stroke berat, yang terdiri dari 4 (20%) orang responden dengan disabilitas ketergantungan sedang, 6 (30%) orang responden dengan disabilitas ketergantungan berat. 11 (50%) orang responden dengan disabilitas ketergantungan total. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p\text{ value} = 0,021$ ($p < \alpha$) maka disimpulkan adanya hubungan antara tingkat keparahan pasien stroke dengan disabilitas pada pasien stroke.

5.4 Pembahasan

5.4.1 Univariat

a. Tingkat Keparahan Pasien Stroke

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar 20 orang responden dengan tingkat keparahan pasien stroke berat. Selanjutnya tingkat keparahan pasien stroke sedang terdapat 10 orang responden. Sementara tidak terdapat pasien yang tingkat keparahan strokenya tergolong ringan dan sangat berat. Penelitian ini sesuai dengan penelitian Kembuan dan Sekeon (2014) mendapatkan gambaran bahwa pasien stroke yang dirawat di rumah sakit rata-rata memiliki tingkat keparahan sedang, dibuktikan dengan nilai NIHSS rata-rata sebesar 9,3%. Penelitian lain yang dilakukan Sitanggang

(2014) mengatakan bahwa pasien stroke yang di rawat di rumah sakit rata-rata dengan tingkat keparahan berat sebanyak 68%, dimana rata-rata pasien mengalami defisit neurologi berat.

Penelitian yang dilakukan Widiyanto (2009) mengungkapkan bahwa 80% penderita stroke mempunyai defisit neuromotor sehingga memberikan gejala kelumpuhan sebelah badan dengan tingkat kelemahan bervariasi dari yang lemah hingga berat, kehilangan sensibilitas, kegagalan sistem koordinasi, perubahan pola jalan, hingga terganggunya keseimbangan. Hal ini akan mempengaruhi kemampuannya untuk melakukan aktifitas hidup sehari-hari. Namun, dalam penelitian Sulaiman dan Arifiyanto (2014) mengungkapkan bahwa tingkat disabilitas pada pasien pasca stroke yang tertinggi adalah tingkat disabilitas ringan sebanyak 25,6% responden.

Pemeriksaan neurologik dalam penanganan kegawatdaruratan, termasuk kasus stroke, haruslah cepat, tepat dan menyeluruh. Hal ini dapat dilakukan dengan menggunakan skala atau sistem skoring yang formal seperti *National Institutes of Health Stroke Scale* (NIHSS). *National Institutes of Health Stroke Scale* (NIHSS) dikembangkan sebagai metode untuk mengukur kecacatan neurologis pada pasien dengan stroke iskemik akut yang terdaftar dalam uji klinis terapi reperfusi. Penggunaan skala dapat diandalkan untuk menggambarkan defisit neurologis, apakah skor diperoleh melalui pemeriksaan langsung pada pasien, secara tidak langsung melalui telemedicine, atau dilihat dari temuan klinis yang didokumentasikan dalam catatan medis. Sejak tahun 1996, penggunaan NIHSS telah menjadi standar penilaian neurologis untuk perawatan stroke iskemik di *US stroke centers* dan penggunaannya didukung oleh *Brain Attack Coalition guidelines* dalam *American Stroke Association (ASA)*

guidelines untuk perawatan stroke iskemik akut dan *ASA nursing scientific statement* untuk perawatan stroke iskemik akut (Brandon, 2012).

NIHSS dikembangkan oleh para peneliti dari Universitas Of Cincinnati Stroke Center yaitu Brott et al tahun 1989 dan Goldstein et al tahun 1989. NIHSS telah dipakai secara luas pada berbagai varian penilaian terapi stroke. Tahun 1994 dilakukan revisi oleh Lyden et al dan telah dilakukan validasi oleh beberapa peneliti seperti Goldstein tahun 1989, Brott tahun 1989, 1992 dan Haley tahun 1993, 1994. NIHSS menurut beberapa peneliti tersebut mempunyai reabilitas tinggi dari berbagai kalangan antara lain para neurolog, dokter jaga dan perawat mahir stroke (Soertidewi, 2011).

Nilai NIHSS adalah antara 0-42. Terdiri dari 11 komponen, bila motorik lengan serta kaki kanan dan kiri dituliskan dalam satu nomor dan dipisahkan dengan penambahan nomor a dan b, tetapi akan menjadi 13 komponen apabila masing-masing motorik lengan dan tungkai kanan dan kiri diberi nomor terpisah.

Pada penelitian ini peneliti berasumsi banyak responden pada saat masuk ke rumah sakit dengan kondisi yang sedang dan berat. Hal tersebut dapat disebabkan oleh berbagai hal baik faktor resiko stroke, ketidaktahuan keluarga tentang stroke sehingga terlambat di bawa ke pelayanan kesehatan. Hal tersebut berakibat semakin memburuknya kondisi responden. Selain itu penyakit penyerta juga mempengaruhi kondisi awal pasien.

b. Disabilitas Pada Pasien Stroke

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar 11 responden dengan disabilitas pada pasien stroke ketergantungan total. Selanjutnya pasien stroke dengan tingkat disabilitas ketergantungan berat sebanyak 10 responden. Sementara terdapat pasien yang tingkat disabilitas pada pasien stroke ketergantungan ringan sebanyak 9 orang responden, dan tidak ada pasien yang ketergantungan ringan.

Disabilitas adalah hambatan atau ketidak mampuan akibat impairment untuk melakukan suatu aktivitas dalam rentang waktu tertentu yang biasanya waktu itu sudah cukup bagi yang normal untuk melakukan aktivitas tersebut. Pengukuran ketidak mampuan ini mempergunakan alat ukur barthel indeks. Barthel indeks diperkenalkan oleh Mahoney dan Barthel untuk memeriksa status fungsional dan kemampuan pergerakan otot/ekstremitas pada pasien penderita penyakit kronik di rumah sakit. Barthel indeks ini merupakan skala ukur yang mempunyai reabilitas dan validitas yang tinggi, mudah dan cukup sensitif untuk mengukur perubahan fungsi serta keberhasilan rehabilitasi. Barter indeks ini merupakan skala yang dinilai berdasarkan observasi oleh tenaga kesehatan, dapat diambil dari catatan medis pasien, maupun pengamatan langsung. Barter indeks merupakan suatu instrumen pengkajian yang berfungsi mengukur kemandirian fungsional dalam hal perawatan diri dan mobilitas serta dapat juga digunakan sebagai kritiria dalam menilai kemampuan fungsional bagi pasien-pasien yang mengalami keseimbangan, terutama pada pasien stroke. Barter indeks ini seharusnya diukur pada akhir minggu-minggu pertama perawatan rumah sakit untuk manajemen seawal mungkin (Gofir A, 2009).

Indeks Barthel merupakan suatu instrument pengkajian yang berfungsi mengukur kemandirian fungsional dalam hal perawatan diri dan mobilitas serta dapat juga digunakan sebagai kriteria dalam menilai kemampuan fungsional bagi pasien-pasien yang mengalami gangguan keseimbangan. Barter indeks terdiri dari 10 aktivitas yaitu, makan, mandi, buang air kecil, penggunaan toilet, berpindah, mobilitas dan menggunakan tangga (Gofir A, 2009).

Pada penelitian ini peneliti berasumsi bahwa pasien stroke iskemik yang dirawat diruangan neurologi banyak memiliki ketergantungan berat dan total. Hal ini disebabkan karena kurangnya pengetahuan klien dan keluarga mengenai bagaimana cara perawatan pasien stroke dan bagaimana mempergunakan anggota gerak yang lemah tersebut, sehingga pasien dan keluarga tidak termotivasi untuk beraktifitas yang mengakibatkan kekakuan sendi pada pasien. Semakin tua pasien semakin berat tingkat ketergantungannya dalam melakukan aktivitas. Hal ini terjadi karena penurunan fungsi tubuh yang terjadi pada pasien karena umumnya sudah lansia dan merasakan lebih cenderung pasrah dengan keadaannya karena merasa sudah tua, sehingga dalam melakukan pengobatan mereka cenderung tidak begitu aktif. Sehingga penyembuhannya pun semakin lama dan tidak optimal.

5.4.2 Bivariat

a. Hubungan tingkat keparahan pasien stroke dengan disabilitas pasien stroke

Hasil penelitian menunjukkan bahwa hubungan antara tingkat keparahan pasien stroke dengan disabilitas pasien stroke. Hasil uji statistik diperoleh nilai p value = 0,021 ($p < \alpha$) maka disimpulkan adanya hubungan antara tingkat keparahan pasien stroke dengan disabilitas pasien stroke. Penelitian ini sama dengan penelitian Badrul,

Harum & Rizky, 2013, menemukan bahwa kadar gula darah acak mempunyai korelasi dengan nilai NIHSS saat masuk dan perbaikan ($p = 0,024$ dan $p = 0,047$). Penelitian lain yang dilakukan oleh Pamela, Putri & Amin, 2008, menunjukkan semakin tinggi kadar LDL darah saat awal dirawat, semakin panjangnya lama perawatan pada pasien stroke iskemik yang pulang hidup.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Andriani (2016), tentang perbedaan status fungsional saat masuk dengan saat keluar pada pasien stroke iskemik ruang rawat neurologi RSSN Bukittinggi tahun 2016. Didapatkan hasil dengan nilai p value 0,000, maka dapat disimpulkan ada perbedaan yang signifikan antara status fungsional saat masuk dengan saat keluar pada pasien stroke iskemik ruang rawat neurologi RSSN Bukittinggi tahun 2016.

Berdasarkan penelitian yang juga dilakukan oleh Jojang (2016), tentang perbandingan NIHSS pada pasien stroke hemoragik dan non hemoragik yang rawat inap di bagian neurologi RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. Didapatkan hasil pemeriksaan NIHSS untuk derajat neurologis ringan penderita stroke hemoragik lebih banyak dari pada penderita stroke non hemoragik.

Pemeriksaan neurologik dalam penanganan kegawatdaruratan, termasuk kasus stroke, haruslah cepat, tepat dan menyeluruh. Hal ini dapat dilakukan dengan menggunakan skala atau sistem skoring yang formal seperti *National Institutes of Health Stroke Scale* (NIHSS).

National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) dikembangkan sebagai metode untuk mengukur kecacatan neurologis pada pasien dengan stroke iskemik akut yang terdaftar dalam uji klinis terapi reperfusi. Penggunaan skala dapat diandalkan untuk menggambarkan defisit neurologis, apakah skor diperoleh melalui pemeriksaan langsung pada pasien, secara tidak langsung melalui telemedicine, atau dilihat dari temuan klinis yang didokumentasikan dalam catatan medis. Sejak tahun 1996, penggunaan NIHSS telah menjadi standar penilaian neurologis untuk perawatan stroke iskemik di *US stroke centers* dan penggunaannya didukung oleh *Brain Attack Coalition guidelines* dalam *American Stroke Association (ASA) guidelines* untuk perawatan stroke iskemik akut dan *ASA nursing scientific statement* untuk perawatan stroke iskemik akut (Brandon, 2012).

NIHSS dikembangkan oleh para peneliti dari Universitas Of Cincinnati Stroke Center yaitu Brott et al tahun 1989 dan Goldstein et al tahun 1989. NIHSS telah dipakai secara luas pada berbagai varian penilaian terapi stroke. Tahun 1994 dilakukan revisi oleh Lyden et al dan telah dilakukan validasi oleh beberapa peneliti seperti Goldstein tahun 1989, Brott tahun 1989, 1992 dan Haley tahun 1993, 1994. NIHSS menurut beberapa peneliti tersebut mempunyai reabilitas tinggi dari berbagai kalangan antara lain para neurolog, dokter jaga dan perawat mahir stroke (Soertidewi, 2011).

Nilai NIHSS adalah antara 0-42. Terdiri dari 11 komponen, bila motorik lengan serta kaki kanan dan kiri dituliskan dalam satu nomor dan dipisahkan dengan penambahan nomor a dan b, tetapi akan menjadi 13 komponen apabila masing-masing motorik lengan dan tungkai kanan dan kiri diberi nomor terpisah.

Disabilitas adalah hambatan atau ketidak mampuan akibat impairment untuk melakukan suatu aktivitas dalam rentang waktu tertentu yang biasanya waktu itu sudah cukup bagi yang normal untuk melakukan aktivitas tersebut. Pengukuran ketidak mampuan ini mempergunakan alat ukur barthel indeks. Barthel indeks diperkenalkan oleh Mahoney dan Barthel untuk memeriksa status fungsional dan kemampuan pergerakan otot/ekstremitas pada pasien penderita penyakit kronik di rumah sakit. Barthel indeks ini merupakan skala ukur yang mempunyai reabilitas dan validitas yang tinggi, mudah dan cukup sensitif untuk mengukur perubahan fungsi serta keberhasilan rehabilitasi. Barter indeks ini merupakan skala yang dinilai berdasarkan observasi oleh tenaga kesehatan, dapat diambil dari catatan medis pasien, maupun pengamatan langsung. Barter indeks merupakan suatu instrumen pengkajian yang berfungsi mengukur kemandirian fungsional dalam hal perawatan diri dan mobilitas serta dapat juga digunakan sebagai kritiria dalam menilai kemampuan fungsional bagi pasien-pasien yang mengalami keseimbangan, terutama pada pasien stroke. Barter indeks ini seharusnya diukur pada akhir minggu-minggu pertama perawatan rumah sakit untuk manajemen seawal mungkin (Gofir A, 2009).

Indeks Barthel merupakan suatu instrument pengkajian yang berfungsi mengukur kemandirian fungsional dalam hal perawatan diri dan mobilitas serta dapat juga digunakan sebagai kriteria dalam menilai kemampuan fungsional bagi pasien-pasien yang mengalami gangguan keseimbangan. Barter indeks terdiri dari 10 aktivitas yaitu, makan, mandi, buang air kecil, penggunaan toilet, berpindah, mobilitas dan menggunakan tangga (Gofir A, 2009).

Pada penelitian ini peneliti berasumsi bahwa tingkat keparahan pasien stroke berhubungan dengan disabilitas pasien stroke. Hal ini ditandai pada saat masuk ke rumah sakit pasien stroke banyak dengan kondisi tingkat keparahan stroke sedang dan berat. Hal tersebut dapat disebabkan oleh berbagai faktor, baik faktor resiko stroke, ketidaktahuan keluarga tentang stroke sehingga terlambat di bawa ke pelayanan kesehatan, berakibat semakin memburuknya kondisi responden. Semakin buruknya kondisi pasien stroke maka disabilitas pada pasien stroke memiliki ketergantungan berat dan total. Hal ini disebabkan karena kurangnya pengetahuan klien dan keluarga mengenai bagaimana cara perawatan pasien stroke dan bagaimana mempergunakan anggota gerak yang lemah tersebut, sehingga pasien dan keluarga tidak termotivasi untuk beraktifitas yang mengakibatkan kekakuan sendi pada pasien. Semakin tua pasien semakin berat tingkat ketergantungannya dalam melakukan aktivitas.

BAB VI

PENUTUP

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan terhadap 30 orang pasien stroke iskemik yang di rawat di ruang neurologi RSSN Bukittinggi tahun 2017, maka dapat disimpulkan sebagai berikut :

- 6.1.1** Hasil penelitian menunjukkan bahwa bahwa sebagian besar 11 (36,7%) responden dengan disabilitas pada pasien stroke ketergantungan total. Selanjutnya pasien stroke dengan tingkat disabilitas ketergantungan berat sebanyak 10 (33,3%) responden. Sementara terdapat pasien yang tingkat disabilitas pada pasien stroke ketergantungan ringan sebanyak 9 (30%) responden, dan tidak ada pasien yang ketergantungan ringan.
- 6.1.2** Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar 20 (66,7%) responden dengan tingkat keparahan pasien stroke berat. Selanjutnya tingkat keparahan pasien stroke sedang terdapat 10 (33,3 %) responden. Sementara tidak terdapat pasien yang tingkat keparahan strokenya tergolong ringan dan sangat berat
- 6.1.3** Adanya hubungan antara tingkat keparahan pasien stroke dengan disabilitas pada pasien stroke iskemik di ruangan neurologi RSSN Bukittinggi tahun 2017 dengan p value 0,021.

6.2 Saran

6.2.1 Bagi institusi pendidikan

Hasil penelitian ini dapat dijadikan masukan bagi peserta didik untuk mengetahui tingkat keparahan pasien stroke dengan disabilitas pada pasien stroke, sebagai informasi terbaru untuk dijadikan masukan tambahan dalam pendidikan.

6.2.2 Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini dapat dimasukkan dalam SOP bagi perawat di RSSN Bukittinggi khususnya program pada ruang rawat neurologis. Memberikan Pendidikan kesehatan kepada pasien stroke dan terutama pada keluarga tentang perawatan pasien stroke dirumah.

6.2.3 Bagi Peneliti

Dapat menerapkan ilmu penelitian yang telah dipelajari dan sebagai salah satu pemenuhan syarat memperoleh gelar sarjana keperawatan. Dan juga menambah wawasan penelitian dalam bidang ilmu yang diteliti dan juga dapat mengembangkan kemampuan peneliti dalam membuat karya tulis ilmiah.

6.2.4 Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan bagi peneliti selanjutnya dapat melakukan penelitian tentang tingkat keparahan stroke dengan disabilitas pada pasien stroke dengan sampel yang lebih banyak, tempat penelitian yang berbeda.

DAFTAR PUSTAKA

- Andriani, Lili. 2016. *Perbedaan Status Fungsional Saat Masuk Dengan Saat Keluar Pada Pasien Stroke Iskemik Ruang Rawat NeurologiRSSN Bukittinggi*. STIKes perintis Padang
- Brunner & Suddarth. 2002. *Buku Ajar : Keperawatan Medikal Bedah Vol 2*, Jakarta : EGC
- Dr. Junaidi, Iskandar.2011. *Stroke dan waspadai ancamannya*.Yogyakarta : C.V Andi Offset.
- Feigin, Valery, 2007. *Stroke*.jakarta : PT Bhuana Ilmu Populer.
- Ginsberg, Lionel. 2008. *Lecture Note Neurologi*. Jakarta: Erlangga.
- Gofir, Abdul. 2009. *Manajemen Stroke Evidence Based Medicine Edisi 1*. Yogyakarta : Cendikia Press.
- Hidayat, Alimul, A. 2007. *Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah*.Jakarta : Salemba Medika.
- Medical Record. 2017. *Data RSSN Bukittinggi*
- Misbach, Jusuf. 2011. *Stroke Aspek Diagnostik, Patofisiologi, Manajemen*. Jakarta : Badan FKUI.
- Muttaqin, Arif, 2011. *Pengantar Keperawatan dengan Gangguan System Persyarafan*, Jakarta : Salemba medika.
- Notoatmodjo S. 2005. *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta
- Notoadmojo, Soekijo, 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.

Nursalam, 2011. *Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan*, Jakarta : PT gramedia pustaka utama.

Nursalam, 2011. *Konsep Dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika.

Potter & Perry, 2005. *Fundamental Keperawata* Buku 1 edisi 7. Jakarta: Salemba Medika.

Sofianti, 2016. *Perbedaan Tingkat Keparahan Pasien Stroke Berdasarkan Nihss (National Institute Of Health Stroke Scale) Setelah Diberikan Perawatan Diruangan Rawat Inap C Rumah SakitStroke Nasional Bukittinggi*. Stikes Perintis Padang

Syamsudin, 2011. *Buku Ajar Farmakoterapi Kardiovaskular Dan Renal*, Jakarta : Salemba Medika.

Lampiran 1

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth: Calon Responden di RSSN

Kota Bukittinggi

Dengan Hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini adalah Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan STIKes Perintis Padang:

Nama : Anggi Firnanda

Nim : 1514201036

Akan mengadakan penelitian dengan judul **“Hubungan tingkat keparahan pasien stroke dengan disabilitas pada pasien stroke iskemik di ruangan neurologi RSSN Bukittinggi tahun 2017”**.

Penelitian ini tidak akan menimbulkan akibat yang merugikan bagi saudara sebagai responden. Kerahasiaan semua informasi yang diberikan akan dijaga dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.

Apabila saudara menyetujui, maka dengan ini saya mohon kesediaan untuk menandatangani lembar persetujuan (*informed consent*) dan melakukan tindakan yang saya berikan.

Demikian atas perhatiannya dan kesediaan saudara sebagai responden saya ucapkan terimakasih.

Peneliti

Anggi Firnanda

Lampiran 2

FORMAT PERSETUJUAN RESPONDEN

(INFORMED CONSENT)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

Setelah dijelaskan maksud dari peneliti, maka saya bersedia menjadi responden yang dilakukan oleh saudara Anggi Firnanda Mahasiswa Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan Perintis Padang yang akan mengadakan penelitian dengan judul **“Hubungan tingkat keparahan pasien stroke dengan disabilitas pada pasien stroke iskemik di ruangan neurologi RSSN Bukittinggi tahun 2017”**.

Demikian persetujuan ini saya tanda tangani dengan sesungguhnya sukarela tanpa paksaan siapapun agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Bukittinggi, Maret 2017

Responden

()

Lampiran 3

No. Responden

LEMBAR OBSERVASI PENELITIAN

HUBUNGAN TINGKAT KEPARAHAN PASIEN STROKE DENGAN DISABILITAS PADA PASIEN STROKE ISKEMIK

DI RSSN BUKITTINGGI

TAHUN 2017

Biodata Responden

Nama :

Umur :

Jenis Kelamin :

Alamat :

Pekerjaan :

Tinggal bersama siapa:

No Telepon/HP :

Parameter Penilaian NIHSS

No	Parameter Yang Dinilai	Skala	Skor
1a	Tingkat kesadaran	0 = Sadar penuh 1 = Somnolen 2 = Stupor 3 = Koma	
1b	Menjawab pertanyaan. Tanyakan bulan dan usia pasien. Yang dinilai adalah jawaban pertama, pemeriksa tidak dikenankan membantu pasien dengan verbal atau non verbal	0 = Benar semua (2 Pertanyaan) 1 = 1 benar/ ETT/ disartria 2 = Salah semua/ afasia/ stupor/ koma	
1c	Mengikuti perintah.	0 = Mampu melakukan 2	

	Berikan 2 perintah sederhana, membuka dan menutup mata, menggenggam tangan dan melepaskannya atau 2 perintah lain	perintah 1 = Mampu melakukan 1 perintah 2 = Tidak mampu melakukan perintah	
2	Gaze: Gerakan mata konyugat horizontal	0 = Normal 1 = Abnormal pada 1 mata 2 = Deviasi konyugat kuat atau paresis konyugat pada 2 mata	
3	Visual: Lapang pandang pada tes konfrontasi	0 = Tidak ada gangguan 1 = Kuadrianopsia 2 = Hemianopia total 3 = Hemianopia bilateral/ buta kortikal	
4	Paresis Wajah Anjurkan pasien menyeringai atau mengangkat alis atau menutup mata	0 = Normal 1 = Paresis wajah ringan (lipatan nasolabial datar, senyum asimetris) 2 = Paresis wajah partial (paresis wajah bawah total atau hampir total) 3 = Paresis wajah total (paresis wajah sisi atau dua sisi)	
5	Motorik lengan. Anjurkan pasien mengangkat lengan hingga 45 ⁰ bila tidur berbaring atau 90 ⁰ bila posisi duduk. Bila pasien afasia berikan perintah menggunakan pantomime atau peragaan	0 = Mampu mengangkat lengan minimal 10 detik 1 = Lengan terjatuh sebelum 10 detik 2 = Tidak mampu mengangkat secara penuh 90 ⁰ atau 45 ⁰ 3 = Tidak mampu mengangkat hanya bergeser 4 = Tidak ada gerakan	
		5 a Nilai lengan kiri	
		5 b Nilai lengan kanan	
6	Motorik tungkai . Anjurkan pasien tidur telentang dan mengangkat tungkai 30 ⁰	0 = Mampu mengangkat tungkai 30 ⁰ minimal 5 detik 1 = Tungkai jatuh ketempat tidur pada akhir detik ke 5 secara perlahan 2 = Tungkai terjatuh sebelum lima detik tetapi ada usaha melawan gravitasi 4 = Tidak ada gerakan	
		6 a Nilai tungkai kiri	
		6 b Nilai tungkai kanan	
7	Ataksia anggota badan. Menggunakan tes tunjuk jari	0 = Tidak ada ataksia 1 = Ataksia pada satu ekstremitas	

	hidung	2 = Ataksia pada dua atau lebih ekstremitas	
8	Sensorik. Lakukan tes pada seluruh tubuh; tungkai lengan, badan dan wajah. Pasi�n afasia diberi nilai 1 Pasi�n stupor atau koma diberi nilai 2	0 = Normal 1= Gangguan sensori ringan hingga sedang. Ada gangguan sensori terhadap nyeri tetapi masih merasa 2= Bila disentuh gangguan sensori berat atau total	
9	Kemampuan bahasa. Anjurkan pasi�n untuk menjelaskan suatu gambar atau membaca suatu tulisan. Bila pasi�n mengalami kebutaan, letakkan suatu benda di tangan pasi�n dan anjurkan untuk menjelaskan benda tersebut.	0 = Normal 1 = Afasia ringan hingga sedang 2 = Afasia berat 3 = Mute, afasia global, coma	
10	Disartria	0 = Normal 1 = Disartria ringan 2 = Disartria berat	
11	<i>Neglect</i> atau inatensi	0 = Tidak ada <i>neglect</i> 1 = Tidak ada atensi pada salah satu modalitas berikut; visual, tactile, auditory, spatial, atau personal inattention 2 = Tidak atensi pada lebih dari satu modalitas	
	TOTAL NILAI		

Jumlah penilaian setiap komponen dapat dikonversikan sebagai berikut:

1. Skor ≤ 5 defisit neurologis ringan
2. Skor 6-14 defisit neurologis sedang
3. Skor 15-24 defisit neurologis berat
4. Skor > 25 defisit neurologis sangat berat

Lampiran 4

No. Responden

--

LEMBAR OBSERVASI PENELITIAN

**HUBUNGAN TINGKAT KEPARAHAN PASIEN STROKE DENGAN
DISABILITAS PADA PASIEN STROKE ISKEMIK**

DI RSSN BUKITTINGGI

TAHUN 2017

Identitas Responden

Nama responden :

Umur :

Instrument Pengkajian dengan Indeks Barthel

No.	Item yang Dinilai	Skala	Skor
1.	Makan (<i>Feeding</i>)	= Tidak mampu	0
		= Butuh bantuan memotong, mengoles mentega dll.	5
		= Mandiri	10
2.	Mandi (<i>Bathing</i>)	Tergantung orang lain	0
		Mandiri	5
3.	Perawatan diri (<i>Grooming</i>)	Membutuhkan bantuan orang lain	0
		Mandiri dalam perawatan muka, rambut, gigi, dan bercukur	5
4.	Berpakaian (<i>Dressing</i>)	Tergantung orang lain	0
		Sebagian dibantu (misal mengancing baju)	5 10

		Mandiri		
5.	Buang air kecil (<i>Bowel</i>)	Inkontinensia atau pakai kateter dan tidak terkontrol	0	
		Kadang Inkontinensia (maks, 1x24 jam)	5	
		Kontinensia (teratur untuk lebih dari 7 hari)	10	
6.	Buang air besar (<i>Bladder</i>)	Inkontinensia (tidak teratur atau perlu enema)	0	
		Kadang Inkontensia (sekali seminggu)	5	
		Kontinensia (teratur)	10	
7.	Penggunaan toilet	Tergantung bantuan orang lain	0	
		Membutuhkan bantuan, tapi dapat melakukan beberapa hal sendiri	5	
		Mandiri	10	
8.	Berubah sikap dari berbaring ke duduk	Tidak mampu	0	
		Butuh bantuan untuk bisa duduk (2 orang)	5	
		Bantuan kecil (1 orang)	10	
		Mandiri	15	
9.	Mobilitas	Immobile (tidak mampu)	0	
		Menggunakan kursi roda	5	
		Berjalan dengan bantuan satu orang	10	
		Mandiri (meskipun menggunakan alat bantu seperti, tongkat)	15	
10.	Naik turun tangga	Tidak mampu	0	
		Membutuhkan bantuan (alat bantu)	5	
		Mandiri	10	

Interpretasi hasil :

100 : Mandiri

60-95 : Ketergantungan Ringan

45-55 : Ketergantungan Sedang

25-40 : Ketergantungan Berat

0-20 : Ketergantungan Total

MASTER TABEL
HUBUNGAN TINGKAT KEPARAHAN PASIEN STROKE DENGAN DISABILITAS PADA PASIEN STROKE ISKEMIK
DI RUANGAN NEUROLOGI RSSN BUKITTINGGI TAHUN 2017

No	Nama	Umur	JK	NIHSS														JML	KTG	Indeks Barthel										JML	KTG	
				p1a	p1b	p1c	p2	p3	p4	p5a	p5b	p6a	p6b	p7	p8	p9	p10			p11	p1	p2	p3	p4	p5	p6	p7	p8	p9			p10
1	Ny. B	63	P	0	0	1	1	1	2	0	4	0	4	1	1	2	1	2	20	3	0	0	0	0	0	5	0	5	5	0	15	5
2	Ny. w	40	p	1	1	2	0	0	1	3	0	3	0	1	1	2	2	1	18	3	10	5	5	0	10	5	10	0	5	5	55	3
3	Ny. Z	55	P	2	2	1	0	0	2	1	0	1	0	0	2	2	2	0	15	3	0	0	0	0	5	5	0	5	5	0	20	5
4	Tn. S	72	L	1	1	2	3	2	1	0	1	0	1	0	0	2	2	1	16	3	10	0	0	0	0	0	0	0	5	5	20	5
5	Ny. S	83	P	1	1	1	0	1	1	2	1	2	1	0	0	0	0	0	11	2	10	0	5	0	0	5	5	0	10	0	35	4
6	Ny. H	80	P	0	0	1	0	0	1	0	2	0	2	0	0	0	0	0	6	2	5	0	0	5	5	5	5	10	10	5	50	3
7	Ny. D	47	P	0	0	0	0	0	3	4	0	4	0	0	0	1	1	0	13	2	10	5	5	0	0	5	5	0	5	0	35	4
8	Tn. S	62	L	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	8	2	5	5	5	0	10	10	5	0	5	5	50	3	
9	Tn. H	48	L	1	1	1	2	0	2	0	3	0	3	1	1	1	1	18	3	0	0	0	0	0	0	5	0	15	0	20	5	
10	Tn. A	55	L	1	1	1	2	0	2	0	4	0	4	0	1	1	1	19	3	5	0	0	0	0	5	5	5	10	5	40	4	
11	Tn. M	73	L	0	0	1	1	1	1	0	4	0	4	1	1	2	1	2	19	3	5	0	0	5	5	5	5	10	10	5	50	3
12	Tn. O	58	L	2	1	2	0	0	1	3	0	3	0	0	1	2	2	1	18	3	0	0	0	5	0	5	5	0	5	0	20	5
13	Tn. T	61	L	2	2	1	0	0	2	1	0	1	0	0	2	2	2	0	15	3	10	0	0	5	0	5	5	0	5	10	40	4
14	Tn. S	63	L	1	1	2	3	2	1	0	1	0	1	0	0	2	1	1	16	3	0	0	5	10	5	5	5	0	10	0	40	4
15	Tn. M	72	L	1	1	2	0	1	1	2	1	2	4	0	0	0	0	0	15	3	0	0	0	5	5	5	0	0	0	15	5	
16	Ny. H	64	P	2	0	1	0	0	1	0	2	0	2	0	0	0	0	8	2	0	0	0	0	0	5	0	5	5	0	15	5	
17	Ny. R	69	P	0	0	2	0	0	3	4	0	4	0	0	0	1	1	2	17	3	5	0	0	5	5	5	5	10	10	5	50	3
18	Tn. S	85	L	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	9	2	10	0	0	5	0	5	5	0	5	10	40	4	
19	Tn. H	43	L	0	1	1	2	0	2	0	3	0	3	1	0	1	1	1	16	3	0	0	0	0	0	5	0	5	10	0	20	5
20	Ny. N	80	P	0	1	1	3	0	2	0	4	0	4	0	1	1	2	20	3	0	0	0	0	0	5	0	5	5	0	15	5	
21	NY. E	55	P	1	0	1	1	1	2	0	4	0	4	1	1	2	1	2	21	3	0	0	0	0	5	0	5	5	10	25	4	
22	Ny. Y	76	P	2	1	2	0	0	1	3	0	3	0	1	1	2	2	1	19	3	0	0	0	0	5	0	5	5	5	20	5	
23	Ny. R	61	P	2	2	1	0	0	2	1	0	1	0	0	2	2	2	0	15	3	0	5	0	0	0	0	0	5	5	0	15	5
24	Tn. L	70	L	2	1	2	3	2	1	0	1	0	1	0	0	2	1	1	17	3	0	0	5	5	0	5	5	10	10	5	45	3
25	Tn. M	82	L	0	1	1	0	1	1	2	1	2	1	0	0	0	0	10	2	10	0	0	5	0	5	5	0	5	10	40	4	
26	Tn. R	49	L	1	0	1	0	0	1	0	2	0	2	0	0	0	0	7	2	0	5	5	5	0	10	0	15	10	0	50	3	
27	Tn. P	79	L	0	0	0	0	0	3	4	0	4	0	0	0	1	1	0	13	2	5	0	5	0	0	5	0	10	10	10	45	3
28	Tn. Q	50	L	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	8	2	0	5	0	0	0	0	10	0	10	10	0	35	4
29	Tn. A	70	L	2	1	1	2	0	2	0	3	0	3	1	1	1	1	19	3	0	0	0	0	5	5	5	5	10	5	35	4	
30	Tn. A	43	L	1	0	2	2	0	2	0	4	0	4	0	1	1	1	19	3	0	5	5	0	0	10	0	15	15	0	50	3	

Keterangan KTG NIHSS :

Skor ≤ 5 : Defisit neurologi ringan = 1
 Skor 6-14 : Defisit neurologi sedang = 2
 Skor 15-24 : Defisit neurologi berat = 3
 Skor ≥ 25 : Defisit neurologi sangat berat = 4

Keterangan:

JK = Jenis Kelamin
 JML = Jumlah
 KTG = Kategori
 NIHSS = NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH STROKE SCALE

Keterangan KTG Indeks Bart

Skor 100 : Mandiri = 1
 Skor60-96 : Ringan = 2
 Skor45-55 : Sedang = 3
 Skor25-40 : Berat = 4
 Skor 0-20 : Total = 5

CROSSTABS

```

/TABLES=NIHSS BY INDEKSBARTHEL
/FORMAT=AVALUE TABLES
/STATISTICS=CHISQ RISK
/CELLS=COUNT ROW COLUMN
/COUNT ROUND CELL.
    
```

Crosstabs

Notes

	Output Created	12-Mar-2017 14:59:49
	Comments	
Input	Data	D:\SKRIPSI TAHUN 2017 OK\PROPOSAL ANGGI\SPSS\ANGGI.sav
	Active Dataset	DataSet0
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	30
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics for each table are based on all the cases with valid data in the specified range(s) for all variables in each table.
	Syntax	CROSSTABS /TABLES=NIHSS BY INDEKSBARTHEL /FORMAT=AVALUE TABLES /STATISTICS=CHISQ RISK /CELLS=COUNT ROW COLUMN /COUNT ROUND CELL.
Resources	Processor Time	0:00:00.016
	Elapsed Time	0:00:00.016
	Dimensions Requested	2
	Cells Available	174762

[DataSet0] D:\SKRIPSI TAHUN 2017 OK\PROPOSAL ANGGI\SPSS\ANGGI.sav

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
PENGUKURAN NIHSS * PENGUKURAN INDEKS BARTEL	30	100.0%	0	.0%	30	100.0%

PENGUKURAN NIHSS * PENGUKURAN INDEKS BARTEL Crosstabulation

			PENGUKURAN INDEKS BARTEL	
			SEDANG	BERAT
PENGUKURAN NIHSS	SEDANG	Count	5	5
		% within PENGUKURAN NIHSS	50.0%	50.0%
		% within PENGUKURAN INDEKS BARTEL	55.6%	45.5%
	BERAT	Count	4	6
		% within PENGUKURAN NIHSS	20.0%	30.0%
		% within PENGUKURAN INDEKS BARTEL	44.4%	54.5%
Total		Count	9	11
		% within PENGUKURAN NIHSS	30.0%	36.7%
		% within PENGUKURAN INDEKS BARTEL	100.0%	100.0%

PENGUKURAN NIHSS * PENGUKURAN INDEKS BARTEL Crosstabulation

			PENGUKURAN INDEKS BARTEL	
			TOTAL	Total
PENGUKURAN NIHSS	SEDANG	Count	0	10
		% within PENGUKURAN NIHSS	.0%	100.0%
		% within PENGUKURAN INDEKS BARTEL	.0%	33.3%
	BERAT	Count	10	20
		% within PENGUKURAN NIHSS	50.0%	100.0%
		% within PENGUKURAN INDEKS BARTEL	100.0%	66.7%
Total		Count	10	30
		% within PENGUKURAN NIHSS	33.3%	100.0%
		% within PENGUKURAN INDEKS BARTEL	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7.727 ^a	2	.021
Likelihood Ratio	10.667	2	.005
N of Valid Cases	30		

a. 3 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.00.

Risk Estimate

	Value
Odds Ratio for PENGUKURAN NIHSS (SEDANG / BERAT)	^a

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

HUBUNGAN TINGKAT KEPARAHAN PASIEN STROKE DENGAN DISABILITAS PADA PASIEN STROKE DI RSSN BUKITTINGGI TAHUN 2017

Anggi Firnanda^{*)}, Ns. Lisa Mustika, S.Kep, M.Kep^{*)} Ns. Dia Resti DND, S.Kep, M.Kep^{*)}

^{*)} Mahasiswa Program Studi Sarjana Keperawatan STIKes Perintis,

Email : anggifirnanda123@gmail.com

^{**)} Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan STIKes Perintis,

Email : icha_mustika09@yahoo.co.id

Email :diaresty@yahoo.com

ABSTRACT

The World Stroke Organization noted that almost 85% of people who have risk factors can avoid strokes if they are aware and 3 address these risk factors early on. The World Health Organization predicts that deaths from stroke will increase with deaths from heart disease and cancer by about 6 million in 2010 to 8 million by 2030 (Yastroki, 2012). Bukittinggi found the incidence of stroke from year to year increased, the incidence of stroke in January to June in 2016 as many as 3909. In January of 2017 as many as 116 people. The purpose of this study was to determine the relationship of severity of stroke patients with the desirability of stroke patients in RSSN Bukittinggi 2017. This research method used descriptive analytic method with correlation study approach design, then data is processed by using Chi Square test. The sample in this research were 30 respondents. The result of statistical test is p value = 0,021 ($p < \alpha$), it is concluded that there is correlation between the severity of stroke patient with the desensitization in stroke patient at RSSN Bukittinggi 2017. Suggestion in this research The result of this research can be included in SOP for nurse in RSSN Bukittinggi is particularly a program of neurological care. Provide health education to stroke patients and especially to families about the treatment of stroke patients at home.

Keywords: *Severity of Stroke, Disability, Stroke*

PENDAHULUAN

Stroke merupakan kelainan fungsi otak yang timbul mendadak disebabkan terjadinya

gangguan peredaran darah otak bisa terjadi pada siapa saja dan kapan saja (Muttaqin, 2008). Berdasarkan patologi anatomi dan

penyebabnya, stroke dibagi menjadi dua yaitu iskemik dan hemoragik. Stroke iskemik timbul akibat trombosis atau embolisasi yang terjadi dan mengenai pembuluh darah otak yang menyebabkan obstruksi aliran darah otak yang mengenai satu atau lebih pembuluh darah otak. Stroke hemoragik diakibatkan pecahnya pembuluh darah jaringan otak sehingga menyebabkan perdarahan yang tidak terkontrol di otak.

Prevalensi stroke di seluruh Dunia berjumlah 33 juta, dengan 16,9 juta orang mengalami stroke pertama. Di Amerika jumlah penderita stroke sekitar 795.000 orang pertahun (American Heart Association (AHA), 2014).

Pada negara-negara ASIA Pasifik angka kejadian stroke pada orang dewasa diperkirakan 2,7% dari populasi (AHA, 2013). Berdasarkan data WHO (2015) setiap tahunnya terdapat 15 juta orang di seluruh dunia menderita stroke. Di Indonesia, menurut Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Balitbangkes) dilihat dari Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2015, terjadi peningkatan

prevelensi (angka kejadian) stroke (dengan kriteria didiagnosis oleh tenaga kesehatan) dari 8,3 per 1000.

Di Sumatera Barat stroke menempati urutan ke 6 dari 33 propinsi dengan persentase 10,6% dengan jumlah penderita stroke 35.108 orang (Profil Dinas Kesehatan, 2015). Rumah Sakit Stroke Nasional (RSSN) Bukittinggi merupakan satu-satunya pusat stroke yang berada di Sumatera Barat yang merawat penderita stroke untuk memenuhi kebutuhan dasar. Penyakit stroke termasuk panyakit terbanyak yang ada diruang unit rawat stroke di RSSN Bukittinggi.

Berdasarkan dari data di Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi didapatkan angka kejadian stroke dari tahun ke tahun meningkat, kejadian stroke bulan Januari sampai Juni pada tahun 2016 sebanyak 3909. Pada bulan Januari tahun 2017 sebanyak 116 orang (Medical Record RSSN Bukittinggi, Januari 2016).

Berdasarkan study pendahuluan yang dilakukan peneliti di RSSN Bukittinggi khususnya diruangan neurologi, terdapat

disabilitas fisik pada pasien stroke, dari Disabilitas fisik pada pasien stroke, dari Disabilitas fisik derajat berat sampai derajat sedang. Dari hasil wawancara singkat yang dilakukan oleh peneliti dengan perawat yang bertanggung jawab atas pasien di ruangan, 5 orang pasien di RSSN Bukittinggi pada tanggal 23 Januari 2017 didapatkan bahwa 3 orang diantara pasien stroke dibawah tanggung jawab perawat tersebut mengatakan dalam melakukan penilaian derajat keparahan disabilitas pasiennya menggunakan Indeks barthel. Sedangkan 2 orang pasien stroke mengatakan dalam melakukan penilaian derajat keparahan disabilitas pasiennya menggunakan NIHSS. Pada banyak kasus biasanya pasien stroke datang kerumah sakit dalam keadaan yang parah. Hasil penelitian kembuan dan sekou (2014) mengungkapkan bahwa rata-rata pasien stroke masuk kerumah sakit pada tingkat keparahan sedang. Penelitian lain yang dilakukan Sitanggang (2014) mendapatkan bahwa 68% pasien stroke fase akut rata-rata dalam tingkat keparahan berat.

Menurut Soertidewi (2011) penilaian derajat keparahan saat masuk dan pulang pada pasien stroke sangat penting untuk menentukan perawatan yang tepat dan penilaian kemajuan stroke fase akut sehingga mengurangi dampak haluran yang buruk pada pasien stroke dan bisa memprediksi kondisi keluar pasien stroke.

Pasien pasca stroke mengalami ketergantungan dengan orang lain oleh karena keterbatasan motoriknya ditambah lagi dengan keadaan psikologisnya yang membuat pasien menjadi malas sehingga kurang responsif terhadap upaya rehabilitasi, bersifat mudah marah, dan menunjukkan perubahan perilaku atau kepribadian. Penanganan stroke sangat tergantung terhadap waktu karena pemberian terapi recombinant tissue plasminogen activator (r-t PA) yang cepat dapat memperbaiki keluaran klinis. Beberapa faktor yang mempengaruhi penanganan stroke selain onset stroke antara lain ketepatan penilaian kemungkinan stroke serta tingkat keparahannya oleh tenaga medis (Iguchi et al, 2011).

Keparahan dan prognosis stroke dipengaruhi banyak faktor resiko yang telah dijelaskan, seperti hipertensi, intoleransi glucosa, kolesterol serum, uric acid, umur, jenis kelamin, dan lain-lain (Thomas, Stephen & Colin, 2000). Berdasarkan penelitian Badrul Harum & Rizky, 2013, menemukan bahwa kadar gula darah acak mempunyai kolerasi dengan nilai NIHSS saat masuk dan perbaikan ($p = 0,024$ dan $p = 0,047$). Penelitian lain yang dilakukan oleh Pamela, Putri & Amin, 2008, menunjukkan semakin tinggi kadar LDL darah saat awal dirawat, semakin panjangnya lama perawatan pada pasien stroke iskemik yang pulang hidup. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Andriani (2016), tentang perbedaan status fungsional saat masuk dengan saat keluar pada pasien stroke iskemik ruang rawat neurologi RSSN Bukittinggi tahun 2016. Didapatkan hasil dengan nilai p value 0,000, maka dapat disimpulkan ada perbedaan yang signifikan antara status fungsional saat masuk dengan saat keluar pada pasien stroke

iskemik ruang rawat neurologi RSSN Bukittinggi tahun 2016.

Disabilitas merupakan kondisi yang menggambarkan adanya disfungsi atau berkurangnya suatu fungsi yang secara objektif dapat diukur atau dilihat, karena adanya kehilangan atau kelainan dari bagian tubuh atau organ seseorang (Mangunsong, 2009). Tingkat disabilitas fisik diukur berdasarkan kemampuan fungsional individu untuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari secara mandiri (Astuti WD dan Budijanto, 2009). Besaran disabilitas merupakan salah satu indikator status kesehatan sebagai dasar untuk menentukan prioritas di sektor kesehatan. Indikator disabilitas menjadi penting dengan makin meningkatnya umur harapan hidup bangsa Indonesia (Isfandari, 2009).

Tujuan penelitian ini adalah Untuk mengetahui Hubungan tingkat keparahan pasien stroke dengan Disabilitas pada pasien stroke di RSSN Bukittinggi tahun 201

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan desain *deskriptif* dan metode *corelatif study* yaitu mengetahui hubungan tingkat keparahan pasien stroke dengan Disabilitas pada pasien stroke di RSSN Bukittinggi tahun 2017. Tempat penelitian ini dilakukan di di RSSN Bukittinggi tahun 2017. Penelitian ini telah dilakukan pada tanggal 8 Maret 2017 di RSSN Bukittinggi.

Populasi dalam penelitian ini adalah 116 orang pasien stroke yang ada di RSSN Bukittinggi. Sampel dalam penelitian ini adalah 30 orang responden. Teknik yang digunakan dalam penentuan sampel untuk penelitian ini *purposive sampling*. Alat yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan: kuesioner dan angket.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

a. Tingkat Keparahan Pasien Stroke

Tabel 5.2.1.
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Keparahan Pasien Stroke Iskemik Di Ruang Neurologi RSSN Bukittinggi tahun 2017

Keparahan	Frekuensi	Persentase
Sedang	10	33,3
Berat	20	66,7
Total	30	100

Berdasarkan tabel 5.2.1 peneliti dapat menjelaskan sebagian besar 20 (66,7%) responden dengan tingkat keparahan pasien stroke berat. Sedangkan terdapat 10 (33,3%) responden dengan tingkat keparahan pasien stroke sedang. Sementara tidak terdapat pasien dengan tingkat keparahan pasien stroke ringan dan sangat berat.

b. Disabilitas Pada Pasien Stroke

Tabel 5.2.2
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Disabilitas Pada Pasien Stroke Iskemik Di Ruang Neurologi RSSN Bukittinggi tahun 2017

Ketergantungan	Frekuensi	Persentase
Ketergantungan Sedang	9	30
Ketergantungan Berat	10	33,3
Ketergantungan Total	11	36,7
Total	30	100

Berdasarkan tabel 5.2.2 peneliti dapat menjelaskan bahwa sebagian besar 11 (36,7%) responden dengan tingkat disabilitas pada pasien stroke ketergantungan total. Sedangkan terdapat 10 (33,3%) responden dengan tingkat disabilitas pada pasien stroke ketergantungan berat. Sementara terdapat 9 (30%) responden dengan tingkat disabilitas pada pasien stroke ketergantungan ringan. Tidak ada pasien yang ketergantungan ringan.

c. Hubungan Tingkat Keparahan Pasien Stroke Dengan Disabilitas Pada Pasien Stroke

Tabel 5.3.1
Hubungan Tingkat Keparahan Pasien Stroke Dengan Disabilitas Pada Pasien Stroke Iskemik Di Ruang Neurologi di RSSN Bukittinggi Tahun 2017

Tingkat Keparahan Pasien Stroke	Disabilitas Pada Pasien Stroke						Total	p value
	K. Sedang		K. Berat		K. Total			
Sedang	5	50%	5	50%	0	0%	10	100%
Berat	4	20%	6	30%	10	50%	20	100%
Total	9	30%	10	33,3%	11	36,7%	30	100%

Berdasarkan Tabel 5.3.1 menunjukkan hubungan tingkat keparahan pasien stroke dengan disabilitas pada pasien stroke, terdapat sebanyak 10 dari 30 orang responden dengan tingkat keparahan pasien stroke sedang, yang terdiri dari 5 (50%) orang responden dengan disabilitas ketergantungan sedang, 5 orang (50%) orang responden dengan disabilitas ketergantungan berat. Terdapat 20 dari 30 orang responden dengan tingkat keparahan pasien stroke berat, yang terdiri dari 4 (20%) orang responden dengan disabilitas ketergantungan sedang, 6 (30%) orang responden dengan disabilitas ketergantungan berat. 11 (50%) orang responden dengan disabilitas ketergantungan total. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p\text{ value} = 0,021$ ($p < \alpha$) maka disimpulkan adanya hubungan antara tingkat keparahan pasien stroke dengan disabilitas pada pasien stroke.

PEMBAHASAN

a. Tingkat Keparahan Stroke

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar 20 orang responden dengan tingkat keparahan pasien stroke berat. Selanjutnya tingkat keparahan pasien stroke sedang terdapat 10 orang responden. Sementara tidak terdapat pasien yang tingkat keparahan strokenya tergolong ringan dan sangat berat. Penelitian ini sesuai dengan penelitian Kembuan dan Sekeon (2014) mendapatkan gambaran bahwa pasien stroke yang dirawat di rumah sakit rata-rata memiliki tingkat keparahan sedang, dibuktikan dengan nilai NIHSS rata-rata sebesar 9,3. Penelitian lain yang dilakuakn Sitanggang (2014) mengatakan bahwa pasien stroke yang di rawat di rumah sakit rata-rata dengan tingkat keparahan berat sebanyak 68%, dimana rata-rata pasien mengalami defisit neurologi berat.

Pada penelitian ini peneliti berasumsi banyak responden pada saat masuk ke rumah sakit dengan kondisi yang sedang dan berat. Hal tersebut dapat disebabkan oleh berbagai hal

baik faktor resiko stroke, ketidaktahuan keluarga tentang stroke sehingga terlambat di bawa ke pelayanan kesehatan. Hal tersebut berakibat semakin memburuknya kondisi responden. Selain itu penyakit penyerta juga mempengaruhi kondisi awal pasien.

b. Disabilitas Pada Pasien Stroke

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar 11 orang responden dengan Disabilitas pada pasien stroke ketergantungan berat. Selanjutnya pasien stroke dengan tingkat Disabilitas ketergantungan total sebanyak 10 orang responden. Sementara terdapat pasien yang tingkat Disabilitas pada pasien stroke ketergantungan ringan sebanyak 9 orang responden, dan tidak ada pasien yang ketergantungan ringan.

Pada penelitian ini peneliti berasumsi bahwa pasien stroke iskemik yang dirawat diruangan neurologi banyak memiliki ketergantungan berat dan total. Hal ini disebabkan karena kurangnya pengetahuan klien dan keluarga mengenai bagaimana cara perawatan pasien stroke dan bagaimana

mempergunakan anggota gerak yang lemah tersebut, sehingga pasien dan keluarga tidak termotivasi untuk beraktifitas yang mengakibatkan kekakuan sendi pada pasien. Semakin tua pasien semakin berat tingkat ketergantungannya dalam melakukan aktivitas. Hal ini terjadi karena penurunan fungsi tubuh yang terjadi pada pasien karena umumnya sudah lansia dan merasakan lebih cenderung pasrah dengan keadaannya karena merasa sudah tua, sehingga dalam melakukan pengobatan mereka cenderung tidak begitu aktif. Sehingga penyembuhannya pun semakin lama dan tidak optimal.

c. **Hubungan tingkat keparahan pasien stroke dengan Disabilitas pasien stroke**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa hubungan antara tingkat keparahan pasien stroke dengan Disabilitas pasien stroke. Hasil uji statistik diperoleh nilai p value = 0,021 ($p < \alpha$) maka disimpulkan adanya hubungan antara tingkat keparahan pasien stroke dengan Disabilitas pasien stroke. Penelitian ini sama dengan penelitian Badrul, Harum & Rizky, 2013, menemukan bahwa

kadar gula darah acak mempunyai kolerasi dengan nilai NIHSS saat masuk dan perbaikan ($p = 0,024$ dan $p = 0,047$). Penelitian lain yang dilakukan oleh Pamela, Putri & Amin, 2008, menunjukkan semakin tinggi kadar LDL darah saat awal dirawat, semakin panjangnya lama perawatan pada pasien stroke iskemik yang pulang hidup.

Pada penelitian ini peneliti berasumsi bahwa tingkat keparahan pasien stroke berhubungan dengan disabilitas pasien stroke. Hal ini ditandai pada saat masuk ke rumah sakit pasien stroke banyak dengan kondisi tingkat keparahan stroke sedang dan berat. Hal tersebut dapat disebabkan oleh berbagai faktor, baik faktor resiko stroke, ketidaktahuan keluarga tentang stroke sehingga terlambat di bawa ke pelayanan kesehatan, berakibat semakin memburuknya kondisi responden. Semakin buruknya kondisi pasien stroke maka disabilitas pada pasien stroke memiliki ketergantungan berat dan total. Hal ini disebabkan karena kurangnya pengetahuan klien dan keluarga mengenai bagaimana cara perawatan pasien

stroke dan bagaimana mempergunakan anggota gerak yang lemah tersebut, sehingga pasien dan keluarga tidak termotivasi untuk beraktifitas yang mengakibatkan kekakuan sendi pada pasien. Semakin tua pasien semakin berat tingkat ketergantungannya dalam melakukan aktivitas.

KESIMPULAN

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar 11 orang responden dengan Disabilitas pada pasien stroke ketergantungan berat. Selanjutnya pasien stroke dengan tingkat Disabilitas ketergantungan total sebanyak 10 orang responden. Sementara terdapat pasien yang tingkat Disabilitas pada pasien stroke ketergantungan ringan sebanyak 9 orang responden, dan tidak ada pasien yang ketergantungan ringan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar 20 orang responden dengan tingkat keparahan pasien stroke berat. Selanjutnya tingkat keparahan pasien stroke sedang terdapat 10 orang

responden. Sementara tidak terdapat pasien yang tingkat keparahan strokenya tergolong ringan dan sangat berat. Adanya hubungan antara tingkat keparahan pasien stroke dengan Disabilitas pada pasien stroke di RSSN Bukittinggi tahun 2017 dengan p value 0,021.

DAFTAR PUSTAKA

- Andriani, Lili. 2016. *Perbedaan Status Fungsional Saat Masuk Dengan Saat Keluar Pada Pasien Stroke Iskemik Ruang Rawat Neurologi RSSN Bukittinggi*. STIKes Perintis Padang.
- Brunner & Suddarth. 2002. *Buku Ajar : Keperawatan Medikal Bedah Vol 2*, EGC. Jakarta.
- Dr. Junaidi, Iskandar. 2011. *Stroke dan Waspada Ancamannya*. Yogyakarta ; C.V Andi Offset.
- Feigin, Valery. 2007. *Stroke*. Penerbit: PT Bhuana Ilmu Populer.
- Ginsberg, Lionel. 2008. *Lecture Note Neurologi*. Jakarta. Erlangga.

- Gofir, Abdul. 2009. *Manajemen Stroke Evidence Based Medicine*. Yogyakarta, Edisi 1. Cendikia Press.
- Hidayat, Alimul, A. 2007. *Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah*. Salemba Medika. Jakarta
- Medical Record. 2017. *Data RSSN Bukittinggi*
- Misbach, Jusuf. 2011. *Stroke Aspek Diagnostik, Patofisiologi, Manajemen*. Jakarta. Badan penerbit FKUI.
- Muttaqin, Arif, 2011. *Pengantar Keperawatan dengan Gangguan System Persyarafan*, Jakarta. Salemba medika.
- Notoatmodjo S. 2005. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta
- Notoadmojo, Soekijo. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta. Jakarta
- Nursalam. 2011. *Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan*, Jakarta : PT gramedia pustaka utama.
- Nursalam. 2011. *Konsep Dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Salemba Medika. Jakarta.
- Potter & Perry. 2005. *Fundamental Keperawata Buku 1 edisi 7*. Jakarta: Salemba Medika.
- Sofiyanti. 2016. *Perbedaan Tingkat Keparahan Pasien Stroke Berdasarkan Nihss (National Institute Of Health Stroke Scale) Setelah Diberikan Perawatan Diruangan Rawat Inap C Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi*.
- Syamsudin. 2011. *Buku Ajar Farmakoterapi Kardiovaskular Dan Renal*, Salemba Medika. Jakarta.