**PERBEDAAN STATUS FUNGSIONAL SAAT MASUK DENGAN SAAT KELUAR PADA PASIEN STROKE ISKEMIK RUANG RAWAT NEOROLOGI RUMAH SAKIT STROKE NASIONAL BUKITTINGGI**

**TAHUN 2016**

**SKRIPSI**

****

**Oleh:**

**LILI ANDRIANI**

 **NIM: 14103084105054**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN**

**PERINTIS PADANG**

**TAHUN 2016**

**PERBEDAAN STATUS FUNGSIONAL SAAT MASUK DENGAN SAAT KELUAR PADA PASIEN STROKE ISKEMIK RUANG RAWAT NEOROLOGI RUMAH SAKIT STROKE NASIONAL BUKITTINGGI TAHUN 2016**

**Penelitian Keperawatan Medikal Bedah**

**SKRIPSI**

***Diajukan sebagai***

***Salah Satu Syarat untuk Memperoleh Gelar***

***Sarjana Keperawatan***

****

**Oleh:**

**LILI ANDRIANI**

**NIM: 14103084105054**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN**

**PERINTIS PADANG**

**TAHUN 2016**

**PERNYATAAN PERSETUJUAN**

Judul Skripsi Perbedaan Status Fungsional Saat Masuk Dengan Saat Keluar Pada

Pasien Stroke Iskemik Ruang Rawat Neorologi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi Tahun 2016

Nama Lili Andriani

NIM 14103084105054

 Skripsi ini telah diperiksa, disetujui dan telah dipertahankan dihadapan Tim penguji Program Studi Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang pada tanggal 13 Maret 2016.

Bukittinggi, 13 Maret 2016

 Menyetujui Menyetujui

 Pembimbing I Pembimbing II

 **Ns. Ida Suryati, M.Kep Ns. Dia Resti DND, S.Kep**

 **NIK: 1420130047501027 NIK: 1420108028611071**

Mengetahui,

Ketua PSIK STIKes Perintis Padang

**Yaslina, M.Kep.Ns.Sp.Kep.Kom**

**NIK: 1420106037395017**

**PERNYATAAN PENGUJI**

Judul Skripsi Perbedaan Status Fungsional Saat Masuk Dengan Saat Keluar Pada

Pasien Stroke Iskemik Ruang Rawat Neorologi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi Tahun 2016

Nama Lili Andriani

NIM 14103084105054

 Skripsi ini telah diperiksa, disetujui dan telah dipertahankan dihadapan Tim penguji Program Studi Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang pada tanggal 13 Maret 2016.

Bukittinggi, 13 Maret 2016

Ketua

**Ns. Ida Suryati, M.Kep**

**NIK: 1420130047501027**

Anggota

 **Isna Ovari, S.Kp, M.Kep**

**NIK: 1420107027005034**

**DAFTAR RIWAYAT HIDUP**

1. **Identitas Diri**

Nama Lili Andriani

Tempat / tgl Lahir Minas / 28 Maret1973

Agama Islam

Alamat Jln. Tebing Jua No. 42 Padang Tarab Baso Kab. Agam Sumatera Barat

Jumlah Saudara 2 orang

Anak Ke 2 (dua)

1. **Identitas Orang Tua**

Nama Ayah Syamsir

Nama Ibu Elmawita

Alamat Jln. Tebing Jua No. 42 Padang Tarab Baso Kab.Agam Sumatera Barat.

1. **Riwayat Pendidikan**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N** | **Pendidikan** | **Tempat** | **Tahun** |
| 11 | TK YPIM Minas | Minas - Riau | 1979-1980 |
| 22 | SD N. No. 011 Minas | Minas - Riau | 1980-1986 |
| 33 | SMP N.Padang Tarab | Padang Tarab Baso Sumatera Barat | 1986-1989 |
| 44 | SMA N. Empat Angkat Candung | Biaro Kab. Agam Sumatera Barat | 1989- 1992 |
| 55 | AKPER Perintis Bukittinggi | Bukittinggi | 1993-1996 |
| 66 | STIKes Perintis Sumbar | Bukittinggi | 2014-2016 |

**PERNYATAN KEASLIAN PENELITIAN**

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : LILI ANDRIANI

Nim : 14103084105054

Judul Penelitian :Perbedaan Status Fungsional Saat Masuk Dengan Saat Keluar Pada Pasien Stroke Iskemik Ruang Rawat Neorologi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi Tahun 2016.

Dengan ini menyatakan bahwa hasil penelitian ini murni merupakan gagasan, rumusan dan hasil karya sendiri dan benar keasliannya. Apabila ternyata dikemudian hari merupakan hasil plagiat atau penjiplakan atas karya orang lain, maka saya bersedia bertanggung jawab sekaligus menerima sanksi berupa pencabutan gelar akademik yang telah saya peroleh.

Demikianlah pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tidak dipaksakan.

 Peneliti

 LILI ANDRIANI

 Nim: 14103084105054

**KATA PENGANTAR**

 Puji dan syukur kehadiran Allah SWT atas rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyusun dan menyelesaikan skripsi yang berjudul “Perbedaan Status Fungsional Saat Masuk Dengan Saat Keluar Pada Pasien Stroke Iskemik Ruang Rawat Inap Neorologi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi Tahun 2016”. Skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan tahap akademik pada program S-1 Keperawatan STIKes Perintis Padang.

 Dalam penyusunan skripsi ini, penulis mendapat bimbingan dan masukkan dari berbagai pihak. Untuk itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih tak terhingga pada:

1. Bapak Yendrizal Jafri, SKp. M. Biomed selaku Ketua STIKes Perintis Padang.
2. Ibu Yaslina, M.Kep. Ns. Sp.Kep. Kom., selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan STIKes Perintis Padang.
3. Ibu Ns. Ida Suryati,M.Kep selaku pembimbing I, dan Ibu Ns. Dia Resti DND,S.Kep selaku pembimbing II yang telah bersedia memberikan bimbingan, saran dan arahan pada penulis.
4. Dosen dan staff program studi keperawatan STIKes Perintis Padang yang telah memberikan bimbingan, bekal ilmu pengetahuan dan bantuan kepada peneliti dalam menyusun laporan penelitian ini.
5. Direktur RSSN Bukittinggi yang telah memberi rekomendasi dan izin kepada peneliti untuk mengambil data guna penelitian.
6. Para sahabat yang telah sama-sama berjuang dalam suka dan duka menjalani pendidikan ini.
7. Teristimewa buat suami, orang tua dan anak tercinta serta seluruh keluarga yang selalu memberikan doa dan dukungan yang tidak terhingga.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih banyak kekurangan, untuk itu penulis mengharapkan saran dan kritik yang bersifat membangun demi kesempurnaan skripsi ini.

Akhir kata penulis berharap skripsi ini bermanfaat khususnya bagi penulis sendiri dan pihak yang telah membacanya, serta penulis mendoakan semoga segala bantuan yang telah diberikan mendapatkan balasan dari Allah SWT, Amin.

 Bukittinggi, Maret 2016

 **Penulis**

**DAFTAR ISI**

**HALAMAN JUDUL**

**HALAMAN ORIGINAL**

**ABSTRAK**

**ABSTRACT**

**HALAMAN PERSETUJUAN PENGUJI** **& PEMBIMBING**

**DAFTAR RIWAYAT HIDUP**

**KATA PENGANTAR**.............................................................................................i

**DAFTAR ISI**.........................................................................................................iii

**DAFTAR SKEMA**.................................................................................................v

**DAFTAR TABEL**................................................................................................vi

**DAFTAR LAMPIRAN**........................................................................................vii

**BAB I PENDAHULUAN**

* 1. Latar Belakang.........................................................................................1
	2. Rumusan Masalah....................................................................................9
	3. Tujuan Penelitian.....................................................................................9
	4. Manfaat Penelitian.................................................................................10
	5. Ruang Lingkup..................................................................................... 11

**BAB II TINJAUAN TEORITIS**

2.1 Stroke ......................................................................................................12

* 1. Stoke Iskemik..........................................................................................14
	2. Status Fungsional ...................................................................................27
	3. Alat Ukur Status Fungsional ..................................................................38

2.5 Kerangka Teori .......................................................................................47

**BAB III KERANGKA KONSEP**

3.1Kerangka Konsep.....................................................................................48

* 1. Hipotesis .................................................................................................48
	2. Definisi Operasional................................................................................49

**BAB IV METODE PENELITIAN**

* 1. Desain dan Metode Penelitia................................................................52
	2. Tempat Penelitian dan Waktu Penelitian.............................................52
	3. Populasi dan Sampel............................................................................53
	4. Pengumpulan Data...............................................................................54
	5. Pengolahan dan Analisa Data...............................................................57
	6. Etika Penelitian....................................................................................60

**BAB V PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

5.1 Ganbaran lokasi penelitian...................................................................61

5.1 Penelitian..............................................................................................63

 5.2 Pembahasan..........................................................................................66

**BAB VI PENUTUP**

6.1 Kesimpulan..........................................................................................76

 6.2 Saran.....................................................................................................77

**DAFTAR PUSTAKA**

**LAMPIRAN**

**DAFTAR SKEMA**

Skema 2.5 Kerangka Teori...................................................................................47

Skema 3.1 Kerangka Konsep................................................................................48

**DAFTAR TABEL**

Tabel 3.4 Definisi Operasional.............................................................................49

Tabel 5.1 Status fungsional saat masuk.................................................................63

Tabel 5.2 Status fungsional saat keluar..................................................................64

Tabel 5.3 Perbedaan status fungsional saat masuk dan keluar..............................65

**DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 Jadwal Penelitian

Lampiran 2 Permohonan Menjadi Responden

Lampiran 3 Lembaran Informed Consent

Lampiran 4 Lembaran Barthel Indeks

Lampiran 5 Master Tabel

Lampiran 6 Lembar Konsul Pembimbing I & II

Lampiran 7 Lembar Konsul Penguji I & II

Lampiran 8 Surat izin penelitian dari Ka.Instalasi Diklit RSSN Bukittinggi

Lampiran 9 Surat telah selesai melakukan penelitian dari Direktur Keuangan dan ADUM RSSN Bukittinggi

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN STIKES PERINTIS PADANG**

SKRIPSI, MARET 2016

**LILI ANDRIANI**

14103084105054

**PERBEDAAN STATUS FUNGSIONAL SAAT MASUK DENGAN SAAT KELUAR PADA PASIEN STROKE ISKEMIK RUANG RAWAT NEUROLOGI RUMAH SAKIT STROKE NASIONAL BUKITTINGGI TAHUN 2016,**

 (vii + VI BAB + 78 halaman + 4 tabel + 9 lampiran)

**ABSTRAK**

Stroke merupakan penyakit gangguan fungsional yang terjadi secara mendadak disebabkan karena kurangnya atau terputusnya aliran darah yang mengalir ke otak yang mengakibatkan kecacatan bahkan sampai kematian. Status fungsional mengarah kepada kemampuan individu untuk menggunakan kapasitas fisik yang dimilikinya dalam melaksankan aktifitas fisik, perawatan diri, pemeliharaan diri sehingga dapat meningkatkan kesehatan individu. Tujuan penelitian ini adalah untuk melihat bagaimana perbedaan status fungsional saat masuk dengan saat keluar pada pasien stroke iskemik ruang rawat neurologi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi tahun 2016.

Metode penelitian adalah *Analitis observasional* dengan teknik *comparative study*. Sampel pada penelitian ini adalah pasien stroke iskemik dengan jumlah sampel 48 orang dengan cara pengambilan sampel *consecutive sampling.* Hasil analisis penelitian ini didapatkan nilai p-value= 0.000< 0,05 maka dapat disimpulkan ada perbedaan yang *significant* antara status fungsional saat masuk dengan saat keluar pada pasien stroke iskemik di ruang rawat inap neurologi RSSN Bukittinggi tahun 2016.Diharapkan penelitian ini dapat memberikan masukan bagi Instalasi RSSN Bukittinggi untuk menjadikan format Barthel Indeks sebagai acuan untuk melihat perkembangan tingkat ketergantungan pasien stroke iskemik saat masuk dangan saat keluar.

***Kata Kunci : Ketergantungan Pasien, Status Fungsional, Stroke.***

**Sumber Literatur: 24 kepustakaan (2003-2014)**

**STUDY OF NURSING STIKES PIONEERS PADANG**

Thesis, MARCH 2016

**LILI ANDRIANI**

**14103084105054**

**FUNCTIONAL STATUS DIFFERENCES WHILE ON DUTY WITH TIME OUT ISCHEMIC STROKE PATIENTS NEUROLOGY WARD HOSPITAL STROKE OF NATIONAL BUKITTINGGI YEAR 2016**

  (vii + CHAPTER VI + 78 pages + 4 table + 9 annex table)

**ABSTRACT**

Stroke is a disease of functional impairment that occurs suddenly due to a lack or a loss of blood flow to the brain which lead to disability or even death. Functional status leads to an individual's ability to use its physical capacity in implementing physical activity, self-care, self-preservation so that it can improve the health of individuals. The purpose of this study is to see how differences in functional status at the time of entry while out on patients with ischemic stroke neurology ward of the National Hospital Stroke Bukittinggi 2016.The research method is analytical observational comparative study techniques. Samples in this study are patients with ischemic stroke with a sample of 48 people by means of sampling consecutive sampling.The results of the analysis of this study, the p-value = 0.000 <0.05, it can be concluded that there are significant differences between the functional status at the time of entry while out on ischemic stroke patients in the inpatient neurology RSSN Bukittinggi in 2016.This research is expected to provide input for the Installation RSSN Bukittinggi to make the format Barthel index as a benchmark to see how the level of dependence of patients with ischemic stroke when the invitation when you sign out.

**Keywords: Addiction Patients, Fungsional Status, Stroke.**

**Source Literature: 24 literature (2003-2014)**

**BAB I**

**PENDAHULUAN**

**1.1 Latar Belakang**

Stroke merupakan penyakit gangguan fungsional yang terjadi secara mandadak disebabkan karena kurangnya atau terputusnya aliran darah yang mengalir ke otak akibat adanya gumpalan darah, endapan plak, atau karena pecahnya pembuluh darah akibat tekanan darah yang tinggi secara tiba-tiba ke otak*.* Hal ini yang mengakibatkan sel-sel otak mengalami kekurangan oksigen serta energi dan menyebabkan kerusakan otak permanen yang mengakibatkan kecacatan sampai kematian dini (Depkes RI,2013). *World Health Organization* (WHO) menyatakan stroke adalah tanda-tanda klinis yang berkembang cepat akibat gangguan fungsi otak fokal atau global, dengan gejala-gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih, dapat menyebabkan kematian, tanpa adanya penyebab lain selain gangguan vaskuler (Misbach dkk, 2011). Stroke diklasifikasikan menjadi Stroke Haemoragik dan Stroke Iskemik. Stroke Haemoragik adalah merupakan penyakit gangguan fungsional otak akut fokal maupun global akibat terhambatnya aliran darah ke otak yang disebabkan oleh perdarahan suatu arteri serebralis. Pembuluh darah yang mengalami penyumbatan, sehingga bagian otak yang seharusnya mendapat suplai darah dari cabang pembuluh darah tersebut akan terganggu karena tidak mendapat suplai oksigen sebagaimana mestinya disebut Stroke Iskemik (Alway dkk, 2012).

 Stroke Iskemik disebabkan oleh penyakit aterosklerotispada pembuluh darah yang mengedarkan darah ke otak. Faktor resiko terjadinya ateroslerotis adalah merokok, hipertensi, hiperlipidemia, fibrilasi atrium, penyakit jantung iskemik, penyakit katup jantung, obesitas, diit tidak sehat, dan kurang aktivitas (Gofir A, 2009)*.*

 *World Health Organization* (WHO) menyatakan penderita Stroke Iskemik yang meninggal di dunia adalah 7,2 juta jiwa (12,2 %), dan penyakit jantung 5,7 juta jiwa (9,7%). Insidens rate penyakit Stroke Iskemik untuk serangan pertama adalah 9 juta jiwa. Setiap tahun hampir 700.000 orang Amerika mengalami stroke, dan stroke mengakibatkan hampir 150.000 kematian. 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.Tercatat hampir setiap 45 detik terjadi kasus stroke, dan setiap 4 detik terjadi kematian akibat stroke.

 Stroke merupakan masalah kesehatan yang perlu mendapat perhatian khusus dan dapat menyerang siapa saja dan kapan saja, tanpa memandang ras, jenis kelamin, atau usia. Berdasarkan data terbaru riset kesehatan dasar tahun 2013 menyebutkan stroke menjadi penyebab utama kecacatan pada orang dewasa dan menjadi penyebab kematian nomor satu di Indonesia. Prevalensi stroke di Indonesia menjadi 12,1 per 1.000 penduduk. Angka ini naik dibandingkan Riskesdas 2007 yang sebesar 8,3 persen. Penyakit stroke sebanyak 57,9 persen telah terdiagnosis oleh tenaga kesehatan. Prevalensi kasus stroke tertinggi terdapat di Provinsi Sulawesi Utara (10,8%) dan terendah di Provinsi Papua (2,3%).

Sumatera Barat menempati urutan ke 10 terbanyak penderita stroke yaitu sebanyak 7,4 per 1000 penduduk setelah penyakit ketuaan/lansia, jantung, hipertensi, diabetes mellitus (Kementrian Kesehatan RI, 2013). Ini dipengaruhi budaya makan masyarakat Sumatera Barat banyak mengandung kolesterol dan lemak yang sangat tinggi. Makanan yang berlemak yang berasal dari santan kelapa dan jeroan yang mengakibatkan plasma darah lebih kental dan banyak mengandung lemak jenuh yang menyebabkan terjadinya gangguan fungsi syaraf.

Syaraf menjalankan beberapa fungsi yang menunjang kehidupan, syaraf bertugas sebagai fungsi perasa (syaraf sensorik), fungsi penggerak (syaraf motorik), fungsi otomi yang mengatur eliminasi (syaraf otonom) dan fungsi luhur (otak). Penelitian menunjukkan bahwa pelayanan stroke yang terorganisir dalam unit stroke akan menurunkan angka kematian, menurunkan angka kecacatan, dan memperbaiki status fungsional (Misbach dkk, 2011).

Status fungsional mengarah pada konsep multidimensi yang melihat karakteristik kemampuan individu untuk berperan penuh dalam memenuhi kebutuhan hidup, termasuk kebutuhan dasar, pemeliharaan kesehatan, serta kesejahteraan. Status fungsional merupakan suatu kemampuan individu untuk menggunakan kapasitas fisik yang dimilikinya untuk memenuhi kewajiban hidup meliputi kewajiban melaksanakan aktifitas fisik, perawatan diri, pemeliharaan diri sehingga dapat meningkatkan kesehatan individu (Wilkinson 2011 dalam Nuh huda, 2013).

Ketidakmampuan fisik merupakan suatu kondisi fisik, termasuk kehilangan anatomi atau kerusakan musculoskeletal, neorologi, respirasi, kardiovaskuler, akibat cidera, penyakit atau kelainan kongenital dan secara signifikan mengganggu dan membatasi setidaknya satu aktivitas kehidupan yang utama dari seseorang. Lebih dari 30% pasien stroke membutuhkan bantuan dalam aktivitas sehari-hari dan sekitar 15% membutuhkan bantuan di fasilitas pelayanan seperti rumah sakit dan pusat rehabilitasi (Ginsberg, 2008).

 Kemampuan aktivitas dasar sehari-hari pada pasien stroke meliputi kemampuan aktivitas dasar dalam transfer/pindah (tidur dan mobilisasi), menggunakan toilet (ke atau dari wc, menyiram, membersihkan, melepas/memakai celana), membersihkan diri (lap muka, menyisir rambut, menggosok gigi), mengontrol buang air besar, mengontrol buang air kecil, mandi, berpakaian, makan, naik dan turun tangga. Hilangnya fungsi ekstremitas atas yang persisten adalah hal yang sering terjadi pada pasien stroke yang kehilangan fungsi motorik yang substansial setelah stroke (Misbach dkk, 2011).

*Self care* (perawatan diri) pada pasien stroke iskemik bisa dilakukan dengansebuah pendekatan diarahkan untuk mengembalikan disfungsi ekstremitas atas yang di sebut dengan *constraint-induced movement therapy* yang melibatkan penggunaan paksa ekstremitas atas yang tidak terpengaruh (Gofir A, 2009). Misalnya pasien belajar untuk berpindah dari tempat tidur ke kursi roda untuk melakukan mobilisasi dilakukan dengan teknik satu tangan dengan menggunakan tangan yang tidak terpengaruh. Anjurkan pasien makan, minum, mandi atau kegiatan harian lain menggunakan tangan yang masih lemah dibawah pengawasan pengasuh. Dengan mengaktifkan tangan yang lemah akan memberikan stimulasi kepada sel-sel otak untuk berlatih kembali aktifitas yang di pelajari sebelumnya. Begitu juga dengan gangguan komunikasi anjurkan klien bicara secara berlahan, menggunakan anggota gerak atau dengan ekspresi wajah (Mulyatsih dkk, 2010).

 Gangguan fungsional pada penderita stroke berupa kelainan fungsional fisik sekaligus guncangan psikologis yang cukup barat. Keadaan ini akan menyebabkan keterbatasan atau kehilangan kemampuan untuk mengerjakan kegiatan hidup sehari-hari (disabiliti). Pada akhirnya gangguan fungsional dan disabiliti akan membatasi atau menghalangi penderita untuk berperan secara normal, baik sebagai pribadi, anggota keluarga maupun anggota masyarakat. Agar tidak terjadinya stroke berulang perlu pemeliraan diri (*self maitenance).*

*Self maintenance* (pemeliharaan diri) pada pasien stroke iskemik ditekankan kepada pasien dan keluarga dalam upaya meningkatkan kualitas hidup pasien stroke iskemik.Menurut Al Rasyid (2007) dalam manajemen stroke bahwa 80% stroke berulang dapat dicegah dengan kombinasi perubahan gaya hidup dan pengobatan. Modifikasi gaya hidup untuk pencegahan stroke berulang meliputi berhenti merokok, penurunan berat badan dan diit yang sehat, kurangi komsumsi alkohol dan aktifitas fisik. Keluarga sangat berperan dalam upaya-upaya tersebut sehingga sejak awal perawatan, keluarga diharapkan terlibat dalam penanganan pasien (Misbach, 2011).

Peran perawat yang paling penting dalam perencanaan pemeliharan kesehatan pasien adalah memberikan edukasi pada pasien dan keluarga. Materi edukasi meliputi cara meningkatkan percaya diri pasien, cara melatih pasien agar mandiri dalam melakukan aktivitas sehari-hari hingga pasien bisa bersosialisasi dengan lingkungannya, upaya mencegah timbulnya komplikasi, upaya mencegah terjadinya kecacatan menjadi seminimal mungkin serta hal-hal yang harus dilakukan pasien dan keluarga untuk mencegah terjadinya stroke berulang (Rasyid A, 2007).

 Melakukan pengukuran status fungsional pasien Stroke Iskemik saat masuk dan keluar penting dilakukan untuk mengetahui keberhasilan therapi yang diberikan terhadap perubahan status fungsional pasien Stroke Iskemik. Pengukuran ketidakmampuan ini mempergunakan alat ukur Barthel Indeks. Barthel Indeks diperkenalkan oleh Mahoney dan Barthel tahun 1965 untuk memeriksa status fungsional dan kemampuan pergerakan otot/ektremitas pada pasien penderita penyakit kronik di rumah sakit. Barhel Indeks ini direkomendasikan sebagai salah satu 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 yang mengalami keseimbangan, terutama pasien stroke (Rasyid A, 2007). Barthel Indeks ini mempunyai rentang nilai 0-100 dibagi menjadi 3 katagori gangguan dengan menggunakan nilai titik potong yaitu 0-50 gangguan berat, 51-75 gangguan sedang dan 76-100 gangguan ringan sampai tidak ada gangguan. Ketergantungan melaksanakan aktivitas sehari-hari didefinisikan dengan nilai Barthel Indeks < 50 (Saxena, Ng, Young, Fong dan Koh, 2006 dalam Yanti, 2014).

Hasil penelitian Marjoko *et.al* (2013) tentang analisis status fungsional pasien stroke di RSUD Arifin Achmad Pekanbaru didapatkan hasil bahwa sebagian besar status fungsional responden saat keluar adalah ketidakmampuan menengah dengan jumlah responden 36,7%. Hal ini terjadi karena gejala yang dapat muncul bisa bersifat semantara, lalu menghilang atau bisa juga menetap. Semua gejala tersebut tergantung bagian otak yang terganggu. Hasil penelitian Soemah (2014) tentang Pengaruh latihan ROM (*Range Of Motion*) terhadap peningkatan kemampuan motorik pasien menunjukan bahwa ada pengaruh dilakukannnya ROM pasif maupun aktif terhadap peningkatan kemampuan otot motorik pada pasien yang dirawat di rumah sakit.

 Beberapa penelitian yang lain yang dilakukan oleh Hadisaputra *et.al* (2013) tentang gambaran barthel indeks pada pasien stroke RSUD Arifin Achmad Riau. Dalam penelitiannya menunjukkan bahwa status fungsional pasien yang mengalami ketergantungan total dan berat mendominasi (37,15%, 22,86%), sedang 11,42%, ringan 25,71% dan 2,86% mandiri, hal ini dipengaruhi oleh bagian otak mana yang terkena lesi dan faktor eksternal lainnya umur, aktifitas fisik yang terlalu ekstrim, diabetes, merokok dan infeksi.

Ketergantungan pada pasien stroke ini dapat menyebabkan kelumpuhan motorik. Hal ini biasanya menyebabkan pasien stroke sulit untuk melakukan gerakan-gerakan tangan dan kaki dibagian otak yang terserang stroke sehingga pasien membutuhkan bantuan orang lain. Selain itu juga penurunan kemampuan dapat terjadi dikarenakan penurunan kesadaran serta daerah otak tertentu tidak dapat berfungsi yang disebabkan oleh terganggunya aliran darah ketempat tersebut atau pecahnya pembuluh darah pada tempat tersebut ( Rachmati dalam Marjoko 2013). Status fungsional Stroke Iskemik saat masuk dipengaruhi oleh umur, jenis stroke dan komplikasi (Junaidi dalam Marjoko 2013). Pemulihan fungsional masih dapat terus terjadi sampai batas-batas tertentu dalam 3-6 bulan pertama setelah stroke. Hal itulah yang menjadi fokus utama rehabilitasi medis, yaitu untuk mengembalikan kemandirian pasien mencapai kemampuan fungsional yang optimal (Iskandar, 2003).

Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi merupakan bagian dari sistem pelayanan kesehatan di Bukittinggi, selain melaksanakan pelayanan kesehatan *kuratif* dan *rehabilitatif* juga berperan melaksanakan kegiatan *promotif* dan *preventif* dibidang kesehatan. Pada tahun 2013 Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi telah merawat pasien stroke sebanyak 3087 orang dan tahun 2014 sebanyak 4280 orang (*Medical* *Record* RSSN, 2014). Sedangkan jumlah pasien stroke iskemik yang dirawat diruang rawat neurologi tahun 2013 sebanyak 1011 orang dan stroke haemoragik 698 orang dan tahun 2014 stroke iskemik sebanyak 1.095 orang dan stroke haemoragik sebanyak 761 orang. Disini tergambar pasien stroke iskemik lebih banyak dari pada pasien stroke haemoragik. Berdasarkan Clinikal Phatway RSSN Bukittinggi hari rawatan pasien stroke iskemik tujuh. Barthel Indeks diukur pada akhir minggu pertama perawatan rumah sakit untuk manajemen rehabilitasi seawal mungkin (Gofir A, 2009). Sedangkan untuk pasien stroke haemoragik baru bisa dilakukan 2-3 minggu setelah melewati fase akut (Misbach, 2011).

Dari studi pendahuluan yang dilakukan terhadap 5 orang pasien stroke iskemik didapatkan hasil bahwa 4 orang ada perbedaan nilai status fungsional pada pasien stroke iskemik saat masuk dan keluar dan 1 orang tidak ada perbedaan status fungsional saat masuk dan keluar, dimana 2 orang hasil nilai status fungsional lebih tinggi dari pada saat masuk dan 2 orang nilai status fungsional lebih rendah daripada saat masuk.

Berdasarkan fenomena diatas serta data yang didapat oleh peneliti bahwa pasien stroke iskemik lebih banyak dari pasien stroke haemoragik, lama hari rawatan pasien stroke iskemik lebih cepat dari pasien stroke haemoragik maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Perbedaan Status Fungsional Saat Masuk Dengan Saat keluar Pada Pasien Stroke Iskemik di Ruang Rawat Neurologi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi tahun 2016”.

* 1. **Rumusan Masalah**

Rumusan masalah dalam penelitian ini apakah ada perbedaan status fungsional saat masuk dengan saat keluar pada pasien stroke iskemik di ruang rawat neurologi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi tahun 2016.

* 1. **Tujuan Penelitian**
		1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui perbedaan status fungsional saat masuk dengan saat keluar pada pasien stroke iskemik di ruang rawat neurologi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi tahun 2016

* + 1. 1Tujuan Khusus
1. Diketahui distribusi frekwensi status fungsional saat masuk pada pasien stroke iskemik diruang rawat neurologi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi tahun 2016.
2. Diketahui distribusi frekwensi status fungsional saat keluar pada pasien stroke iskemik diruang neurologi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi tahun 2016.
3. Diketahui perbedaan status fungsional saat masuk dengan saat keluar pada pasien stroke iskemik di ruang rawat neurologi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi tahun 2016.
	1. **Manfaat Penelitian**
		1. Bagi Penulis

Mengembangkan kemampuan peneliti dalam menyusun suatu laporan penelitian, menambah wawasan peneliti tentang pasien stroke dan mengembangkan kemampuan peneliti dalam mengaplikasikan ilmu pengetahuan peneliti dalam bidang riset keperawatan. Sekaligus sebagai bekal untuk mengadakan penelitian lebih lanjut, dalam rangka mengembangkan ilmu keperawatan pada bidang yang penulis tekuni.

* + 1. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat dijadikan sumber masukan dalam bidang ilmu terkait, menambah wawasan terhadap penelitian terkait dengan status fungsional pasien stroke iskemik.

* + 1. Bagi Lahan

 Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai bahan masukan untuk meningkatkan dan mengembangkan derajat kesehatan pasien stroke iskemik yang dirawat di Rumah Sakit Stroke, terutama untuk rumah sakit yang secara tidak langsung juga dapat meningkatkan mutu pelayanan dan produktivitas kerja rumah sakit.

* 1. **Ruang Lingkup**

Penelitian ini akan dilakukan pada bulan November sampai Februari tahun 2016 di ruang rawat neurologi RSSN Bukittinggi. Penelitian ini membahas tentang perbedaan status fungsional saat masuk dengan saat keluar pada pasien stroke iskemik diruang rawat neurologi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi tahun 2016. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien stroke iskemik yang dirawat di ruang rawat neurologi RSSN Bukittinggi. Cara pengambilan sampel dilakukan dengan *consecutive sampling.* Alat pengumpulan data menggunakan format Barthel Indeks dan wawancara. Penelitian ini menggunakan metode penelitian *analitik* *observasi* dengan teknik *comparative* *study*.

 **BAB II**

**TINJAUAN TEORITIS**

**2.1 Stroke**

**2.1.1 Definisi Stroke**

 Stroke adalah suatu sindrom yang ditandai dengan gejala dan atau tanda klinis yang berkembang dengan cepat berupa gangguan fungsional otak fokal maupun global yang berlangsung lebih dari 24 jam ( kecuali ada intervensi bedah atau membawa kematian) yang tidak disebabkan oleh sebab lain selain vaskuler (Gofir A, 2009).

 Stroke adalah gangguan fungsional otak fokal maupun global akut dengan gejala dan tanda sesuai bagian otak yang terkena, yang sebelumnya tanpa peringatan dan yang dapat sembuh dengan sempurna, sembuh dengan cacat atau kematian akibat aliran darah ke otak karena perdarahan ataupun nonperdarahan (Misbach, 2011)

 Menurut WHO stroke didefinisikan sebagai gangguan fungsional otak yang terjadi secara mendadak dengan tanda dan gejala klinis baik fokal maupun global yang berlangsung lebih dari 24 jam, tanpa penyebab lain kecuali gangguan vaskuler. Jadi stroke merupakan defisit neurologis yang timbul semata-mata karena penyakit pembuluh darah otak bukan oleh penyebab lain.

**2.1.2 Penyebab Stroke**

Penyebab stroke yang paling sering adalah:

1. Penyumbatan pembuluh darah arteri akibat endapan darah (plak) pada dinding pembuluh darah yang menyebabkan terjadinya arterosklerosis.
2. Pecah pembuluh darah akibat kelemahan pada dinding pembuluh darah atau kelainan pada darah itu sendiri
3. Endapan pada dinding pembuluh darah yang terlepas (embolus) dan menyumbat pembuluh darah yang kecil

(Ginsberg, 2008).

 **2.1.3 Klasifikasi Stroke**

Berdasarkan etiologinya stroke dibagi menjadi :

1) Stroke haemoragik

Stroke pendarahan yaitu pendarahan yang tidak terkontrol di otak. Pendarahan tersebut dapat menggenangi dan membunuh sel-sel otak. Stroke pendarahan ini dibagi menjadi:

1. Pendarahan Intraserebral (PIS) yaitu terjadi pendarahan langsung kejaringan otak atau disebut juga dengan perdarahan parenkim otak.
2. Perdarahan Sub arakhnoid (PSA) yang terjadi perdarahan di ruangan sub-arachoid (antara arachoid dan piameter).

2) Stroke Iskemik

Merupakan jenis stroke karena terjadi penyumbatan aliran darah ke otak yang menyebabkan terjadinya iskemik dan sel-sel otak akan berhenti melakukan fungsinya secara sempurna. Penyebab adanya emboli, ateroskelosis atau oklusi trombotik (Gofir A, 2009).

 Berdasarkan dari aspek waktu prosesnya stroke di kelompokkan menjadi :

1*) Transient Ischemic Attack* (TIA), adalah suatu gangguan akut dari fungsi otak serebral yang gejalanya berlangsung kurang dari 24 jam dan sebabkan oleh trombus atau emboli.

2) *Reversible Ischemic Neurologic Deficit* (RIND), sama dengan TIA gejalanya hanya saja waktu berlangsungnya lebih lama, yaitu lebih dari 24 jam bahkan sampai 21 hari.

3) *Stroke in Evolution* atau *Progressing Stroke*, pada bentuk ini tanda/gejala neurologis fokal terus memburuk setelah 48 jam

4*) Completed Stroke* atau Stroke komplit, pada saat ini kelainan neurologis yang ada sifatnya sudah menetap, tidak berkembang lagi.

 (Gofir A, 2009).

**2.2 Stroke Iskemik**

**2.2.1 Pengertian Stroke Iskemik**

Stroke Iskemik adalah penyumbatan pembuluh darah ke otak, sumbatan ini dapat disebabkan oleh :

1. Stroke Trombotik

Terjadi karena adanya sumbatan pembuluh darah (aterosklerosis) dan bekuan darah bercampur lemak yang menempel pada dinding pembuluh darah.

1. Stroke Embolik

Terjadi karena tersumbatnya pembuluh darah otak oleh emboli, yaitu bekuan yang berasal dari trombus di jantung. Penyebabnya adalah Atrial Fibrilasi, MCI dan terpasang katup jantung buatan.

(Alway D, 2011).

**2.2.2 Faktor Resiko Stroke Iskemik**

 Faktor risiko adalah suatu situasi, kebiasaan, kondisi sosial atau lingkungan, kondisi fisiologis atau psikologis, kondisi intelektual, spiritual dan lainnya yang meningkatkan kerentanan individu terhadap penyakit. Faktor risiko stroke terdiri dari faktor risiko yang tidak bisa dimodifikasi dan bisa dimodifikasi, sebagai berikut :

1**. Faktor risiko yang tidak bisa dimodifikasi**

 1) Usia

Makin bertambah usia seseorang, makin meningkat risiko terkena stroke. Pertambahan usia menyebabkan penurunan fungsi sistem pembuluh darah. Setelah usia 55 tahun risiko stroke iskemik meningkat dua kali lipat tiap 10 tahun. Menurut Gofir (2009), setelah mencapai usia 50 tahun, setiap penambahan usia tiga tahun risiko stroke meningkat sebesar 11-20%. Risiko stroke tertinggi adalah pada usia lebih dari 65 tahun, tetapi hampir 25% dari semua stroke terjadi pada usia kurang dari 65 tahun, dan 4% terjadi pada usia antara 15 dan 40 tahun (Iskandar, 2003).

 2) Jenis kelamin

Laki-laki lebih beresiko dibandingkan wanita, dengan perbandingan 1,3:1, kecuali pada usia lanjut, resiko stroke pada laki-laki dan wanita hampir sama. Laki-laki beresiko terkena stroke iskemik, sedangkan wanita cenderung terkena stroke perdarahan subarakhnoid. Stroke pada wanita diduga akibat pemakaian obat kontrasepsi oral. Angka kematian stroke pada wanita dua kali lebih tinggi dari laki-laki ( Iskandar, 2003).

 3) Ras

Stroke, terutama stroke haemoragik lebih sering terjadi pada orang keturunan Afrika, Asia, Afro-Karibia, Maori dan Kepulauan Pasifik di banding keturunan Eropa. Orang Jepang dan Afrika-Amerika cenderung mengalami stroke perdarahan intrakranial, sedang orang kulit putih cenderung terkena stroke iskemik akibat sumbatan ekstra kranial. Di Amerika Serikat, orang African-American and Hispanic-American mempunyai insiden dan kematian stroke lebih tinggi, orang kulit hitam 38% lebih berisiko di banding kulit putih. Di Indonesia pada tahun 2007, stroke merupakan penyebab kematian tertinggi yaitu 15,4% dan penyebab utama kecacatan pada kelompok usia dewasa (Kementrian Kesehatan RI, 2010). Menurut penelitian yang dilakukan Yenni (2011), suku dan pendidikan merupakan faktor yang paling mempengaruhi kejadian stroke pada lansia hipertensi di Bukittinggi. Pada penelitian ini sebagian besar responden adalah lansia bersuku Minang. Yenni mengatakan bahwa perilaku masyarakat Minang suka makan makanan berlemak yang berasal dari santan, kelapa, lemak daging dan jeroan yang menyebabkan plasma darah menjadi kental sehingga lebih berisiko terkena stroke dibandingkan suku lain.

 4) Riwayat keluarga dan genetika

Gen berperan besar dalam beberapa faktor risiko stroke seperti hipertensi, penyakit jantung, diabetes dan kelainan pembuluh darah. Faktor genetis berperan besar dalam perdarahan subarakhnoid. Riwayat stroke dalam keluarga, terutama jika dua atau lebih anggota keluarga pernah mengalami stroke pada usia kurang dari 60 tahun, akan meningkatkan resiko stroke.

**2.Faktor resiko yang bisa dimodifikasi**

1. Hipertensi

Hipertensi adalah faktor risiko stroke utama dan pengobatan serta pengendaliannya dapat menurunkan risiko untuk terjadinya stroke (Misbach, 2011). Hipertensi dapat menyebabkan stroke iskemik maupun perdarahan, tetapi kejadian stroke perdarahan akibat hipertensi lebih banyak 80%. Pada pendarahan, hipertensi kronis di duga menyebabkan lipohialinosis parenkim pembuluh darah kecil. Hipertensi pada kasus iskemik terjadi karena adanya cidera (*injury*) pada sel endotel pembuluh darah yang kemudian berkembang menjadi plak aterosklerotik yang dapat mempersempit lumen pembuluh darah (Iskandar, 2003). Resiko stroke bertambah sebanding dengan beratnya hipertensi, dari hasil study Framingham, bila tekanan darah > 160/95 mmHg resiko stroke meningkat anrata 3,1 kali pada laki-laki dan 2,9 kali pada wanita. Rekomendasi Perdossi (2004) dalam tatalaksana hipertensi untuk menurunkan resiko stroke adalah sebagai berikut :

1. Mengupayakan tekanan darah sistolik < 140 mmHg, diastolik < 90 mmHg.
2. Modifikasi gaya hidup, kontrol berat badan, aktivitas fisik, hindari minuman alkohol dan diet mengandung natrium sedang (100 mmol/hari).
3. Bila setelah modifikasi gaya hidup tekanan darah masih tetap > 149/90 mmHg atau tekanan darah > 180/100 mmHg tambahkan obat anti hipertensi.
4. Diabetes Mellitus (DM)

Diabetes Mellitus dapat menyebabkan stroke iskemik karena terbentuknya plak aterosklerotik pada dinding pembuluh darah yang disebabkan ganngguan metabolismeglukosa sistemik. Kadar glukosa darah yang tinggi pada stroke akan memperbesar meluasnya area infark karena terbentuknya asam laktat akibat metabolisme glukosa yang dilakukan secara anaerob yang merusak jaringan otak. Hiperglikemia dapat menurunkan sintesis prostasiklin, meningkatkan pembentukan trombosis dan menyebabkan lisis protein pada dinding arteri (Iskandar, 2003). Tatalaksana diabetes sebagai faktor risiko stroke adalah mengontrol dan mengendalikan kadar gula darah dengan cara diet, obat anti diabetikum oral, insulin dan mengobati hipertensi bila pasien menderita hipertensi (Misbach, 2011).

1. Hiperkolesterolemia

Kadar kolesterol tidak boleh terlampau rendah, sebab akan menyebabkan lemahnya dinding endotelium arteri otak, sehingga mudah terjadi perdarahan intrkranial. Kolesterol total mencakup kolesterol LDL dan HDL, serta lemak lain didalam darah, kadarnya tidak boleh lebih dari 200. LDL yang juga kadang-kadang disebut juga kolesterol jahat sebaiknya kadarnya 130 mg/dl atau kurang. HDL disebut juga dengan kolesterol baik membantu tubuh membuang kelebihan kolesterol, kadar kolesterol HDL harus lebih dari 40 mg/dl (Misbach, 2011).

1. Merokok

Kebiasaan merokok kemungkinan untuk menderita stroke lebih besar, resiko meningkat sesuai dengan beratnya kebiasaan merokok. Merokok berefek pada proses pembentukan plak aterosklerotik, hematologik, dan reologik. Dimana karbon monoksida (CO) diyakini sebagai penyebab utama kerusakan vaskuler, terbentuknya aneurisma penyebab pendarahan subarachnoid sedangkan iskemik terjadi akibat perubahan pada arteri koratis ( Iskandar, 2003). Resiko stroke meningkat 2-3 kali pada perokok, efek rokok bisa bertahan 5-10 tahun. Bekas perokok kurang mendapat serangan stroke dibandingkan dengan yang masih merokok, walaupun lebih banyak terjadi serangan stroke (1,9 kali ) dibandingkan dengan orang yang tidak merokok. Perokok ringan yang telah berhenti merokok sangat kecil kemungkinan mendapat serangan stroke, sama dengan orang yang tidak merokok. Berhenti merokok mengurangi resiko stroke sebanyak 30% sampai dengan 40% (Misbach, 2011).

1. Fibrilasi Atrial

Atrial Fibrilasi merupakan gangguan irama yang banyak menyerang pria dewasa dan merupakan salah satu faktor resiko independen stroke. Kejadian stroke yang di dasari oleh AF sering diikuti dengan peningkatan morbiditas, mortalitas, dan penurunan kemampuan fungsi dari pada stroke penyebab yang lain (Misbach, 2011).

1. Obesitas

Obesitas abdomen adalah sebuah faktor resiko yang independen dan potensial untuk stroke iskemik. Sebuah penelitian kohors observasi proepektif terhadap 21.144 laki-laki Amerika Serikat yang difollow-up selama 12.5 tahun ( rerata) untuk kejadian 631 stroke iskemik menemukan bahwa BMI ( body mass index) > 30 kg/mm3 berhubungan dengan adjusted relativ risk (RR) stroke iskemik sebasar 2.0 (95% Cl:1.5 hingga 2.7) dibandingkan laki-laki dengan BMI < 30 kg/mm3 (Misbach, 2011).

1. Pemakaian alkohol

Alkohol telah diindentifikasi sebagai faktor resiko, namun mengkonsumsi alkohol ternyata mempunyai efek merugikan dan menguntungkan terhadap resiko stroke. Menurut Iskandar (2003), apabila minum sedikit alkohol (kurang dari 40 ml perhari) secara rutin setiap hari dapat mengurangi resiko stroke iskemik, karena dapat meningkatkan HDL (*High Density Lipid)* dalam darah, tetapi bila lebih dari 60 ml perhari akan meningkatkan tekanan darah sehingga menambah resiko stroke terutana stroke haemoragik (Misbach, 2011).

1. Migren.

Nyeri kepala mungkin adalah sebuah gejala dari penyakit serebrovaskuler dan faktor resiko untuk stroke. Pada stroke haemoragik nyeri kepala mungkin memunculkan tanda bahaya sebelum terjadinya perdarahan (Misbach, 2011)

1. Aktifitas fisik

Aktifitas fisik secara teratur dapat menurunkan tekanan darah dan gula darah, meningkatkan kadar kolesterol HDL dan menurunkan kolesterol LDL, menurunkan berat badan, mendorong berhentinya merokok. Pada studi proepektif terhadap 7735 pria Inggris yang berumur diantara 40-59 tahun menunjukan manfaat dari aktifitas fisik derajat sedang dapat menurunkan resiko terkana stroke secara bermakna.

1. Faktor diet

 Faktor diet dapat sebagai faktor risiko stroke, misalnya peningkatan komsumsi garam yang berhubungan dengan hipertensi, dan penurunan konsumsi garam akan menurunkan tekanan darah dan menurunkan mortalitas stroke. Komsumsi buah-buahan dan sayuran dapat menurunkan resiko terjadinya stroke melalui mekanisme antioksidan atau melalui kenaikan kadar kalium ( Misbach, 2011).

1. Terapi Hormon

 Terapi sulih hormon (*hormone replacement therapy* atau HRT) diberikan kepada wanita monopouse atau pascamonopouse untuk meningkatkan kekuatan tulang dan mengurangi resiko kanker kolerektum. Namun HRT bisa meningkatkan resiko stroke sekitar 33%, terutama stroke iskemik (Iskandar, 2003).

1. Riwayat Stroke Iskemik atau TIA

 Satu dari 100 orang dewasa akan mengalami paling sedikit 1 kali serangan iskemik sesaat (*Transient Iskemic Attack* atau TIA), dalam hidupnya. Sekitar sepersepuluh dari pasien ini akan mengalami stroke (biasanya stroke iskemik) dalam tiga bulan setelah serangan pertama, dan sekitar sepertiga akan terkena stroke dalam lima tahun setelah serangan pertama (Misbach, 2011).

1. Penggunaan obat-obatan

 Menurut Misbach (2004) Heroin, amfetamin, kokain, fensiklidin, mariyuana dan obat-obat adiktif lainnya dapat menyebabkan stroke akibat peradangan arteri dan vena, spasme (kejang) arteri di otak, disfungsi jantung, peningkatan pembekuan darah, atau peningkatan mendadak tekanan darah.

**2.2.3 Manifestasi Klinis.**

Manifestasi klinis stroke tergantung pada lokasi dan luas kerusakan yang terjadi. Manifestasi klinik stroke iskemik menurut Iskandar (2003) berdasarkan area otak yang dikenai yaitu:

* + - 1. Hemisfer dominan (kiri).

Gejalanya adalah arah pandangan ke arah kiri, penurunan lapangan pandang kanan, hemiparise kanan, kehilangan hemisensori kanan.

* + - 1. Hemisfer tidak dominan (kanan)

Gejalanya adalah arah pandang ke arah kanan, penurunan lapangan pandang kiri, hemiparise kiri, kehilangan hemisensori kiri.

* + - 1. Batang otak (brainstem)

Gejalanya adalah mual dan muntah, diplopia, disatria, disfagia, vertigo, tinitis, hemiparise atau kuadriplegia, kehilangan sensori di sebelah badan atau semua badan, penurunan kesadaran, cegukan, nafas tidak normal.

* + - 1. Otak kecil (serebellum)

Gejalanya adalah gaya berjalan ataxia, kaku leher.

**2.2.4 Patofisiologi Stroke Iskemik**

Stroke dibagi atas dua yaitu stroke haemoragik dan stroke iskemik. Stroke iskemik terjadi karena terhambatnya atau berkurangnya aliran darah ke otak akibat sumbatan darah seperti trombus atau emboli. Trombus umumnya terjadi karena berkembangnya aterosklerosis pada dinding pembuluh darah, sehingga arteri menjadi tersumbat, aliran darah ke area trombus menjadi berkurang. Kekurangan darah tersebut mengakibatkan otak tidak mendapat suplai oksigen yang memadai, sampai suatu saat oksigen yang diterima otak kurang dari 20 ml per 100 gram jaringan otak permenit (antara 10-20) maka aktifitas listrik neoron berhenti tetapi struktur sel masih baik, sehingga gejala klinis masih reversible, timbullah manifestasi defisit neorologis yang biasanya berupa hemiparesis/hemiplegi (kelemahan satu sisi tubuh), dysatria (bicara pelo), dispagia (gangguan menelan), hemihipestesi (kehilangan rasa peka sesisi tubuh), afasia (tidak bisa bicara), gangguan buang air besar dan buang air kecil. Penurunan aliran darah ini jika semakin parah dapat mengakibatkan jaringan otak mati yang sering disebut sebagai infark. Jadi infark otak timbul karena iskemik otak yang lama dan parah dengan perubahan fungsi dan struktur otak yang reversible ( Al Rasyid,2007).

**2.2.5 Komplikasi stroke**

 Pada klien stroke sering ditandai adanya kelemahan tubuh (hemiparise) yang biasanya hanya sebagian, mulut mencong, bicara pelo dan gangguan psikologis seperti depresi atau perubahan tingkah laku dan perubahan konsep diri. Sekitar 25-50% klien stroke mengalami depresi dan gangguan konsep diri setelah serangan stroke. Biasanya yang terkena pada klien stroke adalah bagian otak yang mengatur fungsi perasaan dan gerakan klien sehingga yang terlihat pada diri penderita stroke adalah kesulitan dalam melakukan gerakan akibat lumpuhnya tubuh sebagian dan gangguan suasana perasaan dan tingkah laku. Selain itu, bagian otak yang mengatur pusat perasaan yang terkena pada klien stroke juga disebapkan adanya ketidakmampuan klien dalam melakukan sesuatu yang biasanya dikerjakan sebelum terkena stroke.

Komplikasi stroke menurut Al Rasyid (2007) :

1. Komplikasi Neurologik : edema otak, kejang, tekanan tinggi intrakranial, infark berdarah, stroke iskhemik berulang, delirium akut, depresi.
2. Komplikasi Paru-paru : obstruksi jalan nafas, hipoventilasi, aspirasi, pneumonia.
3. Komplikasi Kardiovaskuler : miokard infark, aritmia, dekompensasio kordis, hipertensi, DVT, emboli paru
4. Komplikasi Nutrisi / GIT : ulkus, perdarahan lambung, konstipasi, dehidrasi, gangguan elektrolit, malnutrisi, hiperglikemia
5. Komplikasi Traktus Urinarius : inkontinensia, infeksi

**2.2.6 Prosedur Diagnostik.**

Diagnostik dini penting untuk penatalaksanaan stroke. Tujuan pemeriksaan penunjang adalah untuk mencari penyebab, mencegah dan mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat menyebabkan perburukan Sistem Syaraf Pusat (SSP). Pemeriksaan yang dilakukan adalah:

1. CT Scan, untuk membedakan stroke iskemik dan stroke pardarahan.
2. MRI, untuk memperlihatkan secara detail otak, medula spinalis dan anatomi vaskuler.
3. EKG, untuk mengetahui penyakit jantung, misalnya Atrial Fibrilasi, MCI (Myocard Infark).
4. Pemeriksaan laboratorium meliputi:
5. Pemeriksaan darah rutin meliputi : darah perifer lengkap, hitung platelet, INR, APTT, serum elektrolit, gula darah, CRP dan LED, fungsi ginjal dan hati.
6. Pemeriksaan khusus sesuai dengan indikasi meliputi : protein, CS AT III,Cardiolipin antibodies, homocystein, vasculitis-screening (ANA, Lupus AC, CSF)

 (Misbach, 2011).

 **2.2.7 Penatalaksanaan Stroke Iskemik**

 Pengobatan stroke akut menentukan kualitas hidup pasien dan bahkan mencegah kematian. Sehingga motto tatalaksana pasien stroke adalah “time is brain”. Oleh karena itu perawatan harus dilakukan di unit stroke. Selain sudah diakui kelebihannya oleh organisasi stroke internasional, perawatan di unit stroke dilakukan oleh multidisiplin yang terdiri dari dokter ahli saraf, perawat khusus stroke, fisioterapi, terapi wicara dan okupasi, serta ahli nutrisi. Prinsip manajemen stroke akut adalah ;

1. Diagnosis stroke yang cepat dan tepat.

2. Mengurangi meluasnya lesi otak.

3. Mencegah dan mengobati komplikasi stroke.

4. Mencegahserangan stroke ulang

5. Memaksimalkan kembali fungsi-fungsi neurologik

 (Misbach, 2011).

* 1. **Status Fungsional**

**2.3.1 Definisi Status Fungsional**

Status fungsional mengarah pada konsep multidimensi yang melihat karakteristik kemampuan individu untuk berperan penuh dalam memenuhi kebutuhan hidup, termasuk kebutuhan dasar, pemeliharaan kesehatan, serta kesejahteraan (Al Rasyid,2007). Menurut Wilkinson (2011) dalam Huda Nuh (2013) menjelaskan status fungsional merupakan suatu konsep mengenai kemampuan individu untuk melakukan aktifitas sehari-hari, self care ( perawatan diri) dan self maintenance (pemeliharaan diri). Berdasarkan definisi yang telah dijelaskan diatas dapat disimpulkan bahwa status fungsional merupakan suatu kemampuan individu untuk menggunakan kapasitas fisik yang dimilikinya untuk memenuhi kewajiban hidup meliputi kewajiban melaksanakan aktifitas fisik, perawatan diri, pemeliharaan dan kewajiban untuk dapat berinteraksi dengan orang lain, sehingga dapat meningkatkan kesehatan individu. Pada pesien stroke iskemik masalah yang timbul akibat stroke sangat bervariasi, tergantung pada lokasi lesi dan luasnya daerah otak yang mengalami kelainan, dapat berupa gangguan mobilisasi atau gangguan pergerakan, gangguan penglihatan, gangguan bicara, perubahan emosi, dan gejala lain sesuai lokasi otak yang mengalami infark (Misbach, 2011).

* + 1. **Faktor yang mempengaruhi status fungsional pasien stroke iskemik.**

 Ketergantungan status fungsional sering menjadi permasalahan pada pasien stroke. Faktor yang mempengaruhi status fungsional pada pasien stroke menurut Misbach (2011) antara lain jenis stroke, komplikasi penyakit, dan usia.

1. Jenis stroke

Kejadian stroke iskemik lebih sering di bandingkan dengan kejadian stroke haemoragik. Hal ini disebabkan pada pasien stroke iskemik terjadi proses aterosklerosis merupakan penyebab utama pada golongan umur dewasa yang lebih tua. Hal yang menyebabkan terjadinya aterosklerosis ini bisa di sebabkan karena hipertensi dan kadar kolesterol *Low Density Lipoprotein* (LDL) yang tinggi, apabila kadar LDL tinggi maka dapat meningkatkan kadar kolesterol dalam darah yang merupakan faktor resiko terjadinya stroke yang selanjutnya mendorong trombosis di pembuluh darah besar. Berbeda dengan stroke haemoragik yang terjadi akibat pembuluh darah yang menuju ke otak mengalami ke bocoran (perdarahan). Perdarahan ini di awali karena adanya tekanan yang tiba-tiba meningkat ke otak hingga pembuluh darah yang tersumbat tadi tidak dapat menahan tekanan akhirnya pecah dan menyebabkan perdarahan. Oleh karena itu jenis stroke iskemik lebih banyak dari pada stroke haemoragik (Lingga (2013) dalam Bibing (2014)).

1. Komplikasi

Menurut penelitian Harmsen *et al*.(2006) dalam Abdul Gofir (2009) Diabetes Melitus dan Hipertensi memiliki hubungan yang independen dengan peningkatan resiko stroke. Hiperglikemia setelah kejadian stroke telah dikaitkan dengan *outcame* yang buruk dan terutama berpengaruh pada penderita tanpa diabetes. Hiperglikemia akut diprediksi meningkatkan risiko kematian setelah stroke iskemik pada pendertia non diabetik dan memperburuk *outcame* fungsional pada penderita non diabetik yang bertahan hidup (Misbach, 2011).

Tekanan darah tinggi sangat mempengaruhi terjadinya stroke iskemik berhubungan dengan respon inflamasi yang dapat memperburuk *outcome* neurologis. Selain itu infark serebrum dapat terjadi setelah embolus di suatu arteri yang mengakibatkan pendarahan. Apabila embolus telah dilenyapkan dari arteri, dinding pembuluh darah bekas tempat oklusi akan mengalami perlemahan selama beberapa hari pertama setelah oklusi dan dapat mengalami perdarahan atau kebocoran jika hipertensi tidak dikendalikan dan dapat menyebabkan kerusakan lebih lanjut (Alway D dkk, 2012).

c. Usia

Toole (1990) telah mengklasifikasikan kelompok usia pada penderita stroke, yakni usia muda 35-40 tahun dan usia tua > 50 tahun. Usia tua akan semakin memperburuk status fungsional pasien stroke, sesuai dengan faktor resikonya. Stroke iskemik yang terjadi sebelum umur 40 tahun (dewasa muda) resiko kematiannya menjadi sangat rendah (2%), demikian pula resiko stroke ulang (Yamaguchi *etal.,* 1992). Hasil penelitian Huda dan Yatinde (2013) dalam Sherly dkk, 2014, mengatakan bahwa semakin tua pasien semakin berat tingkat ketergantungannya dalan melakukan aktifitas. Hal ini terjadi karena penurunan fungsi tubuh yang terjadi pada pasien karena umurnya sudah lansia dan mereka lebih cendrung pasrah dengan keadaannya karena mereka merasa sudah tua, sehingga dalam melakukan pemgobatan mereka cendrung tidak begitu aktif sehingga penyembuhan pun semakin lama dan tidak optimal.

* + 1. **Aktifitas Fisik pada Pasien Stroke Iskemik**

Stroke menyebabkan terjadinya gangguan fungsi syaraf yang disebabkan oleh sumbatan pada pembuluh darah di otak. Syaraf menjalankan beberapa fungsi yang menunjang kehidupan, syaraf bertugas sebagai fungsi perasa (syaraf sensorik), fungsi penggerak (syaraf motorik), fungsi otomi yang mengatur eliminasi (syaraf otonom) dan fungsi luhur (otak). Gangguan fungsi yang paling sering terjadi adalah gangguan fungsi motorik yang akan langsung kelihatan di bandingkan dengan gangguan fungsi syaraf laninnya. Gangguan motorik yang terjadi misalnya: kesulitan duduk, berdiri, berjalan, makan, mandi dan sering disertai dengan gangguan otonom sebagai pengatur fungsi berkemih dan defekasi.

Sepertiga dari stroke memiliki ketidak mampuan jangka panjang (*Departemen Of Healt London.* 2007). Ketidak mampuan jangka panjang yang dialami termasuk ketidak mampuan dalam melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari seperti mandi, berpakaian, menggunakan toilet dan berjalan. Pasien mungkin memerlukan bantuan untuk melaksanakan aktivitas tersebut secara mandiri karena pertimbangan usia dan penyakit. Lebih dari 30% pasien stroke membutuhkan bantuan dalam aktivitas sehari-hari dan sekitar 15% membutuhkan bantuan di fasilitas pelayanan seperti rumah sakit dan pusat rehabilitasi (Mutyatsih dkk, 2010).

Ketidakmampuan fisik merupakan suatu kondisi fisik, termasuk kehilangan anatomi atau kerusakan musculoskeletal, neorologi, respirasi, kardiovaskuler, akibat cidera, penyakit atau kelainan kongenital dan secara signifikan mengganggu dan membatasi setidaknya satu aktivitas kehidupan yang utama dari seseorang. Kemampuan aktivitas dasar sehari-hari pada pasien stroke meliputi kemampuan aktivitas dasar dalam transfer/pindah (tidur dan mobilisasi), menggunakan toilet (ke atau dari wc, menyiram, menyeka, melepas/memakai celana), membersihkan diri (lap muka, menyisir rambut, menggosok gigi), mengontrol buang air besar, mengontrol buang air kecil, mandi, berpakaian, makan, naik dan turun tangga (Mc Dowell& Newell dalam Murtutik dkk, 2010). Untuk mencegah terjadinya nyeri bahu dan kecacatan, lengan dan kaki yang mengalami kelemahan diatur posisinya dan diganjal dengan bantal. Posisi tangan supinasi, jari lebih tinggi dari siku dan siku lebih tinggi dari bahu. Mencegah terjadinya kekakuan sendi, dilakukan latihan pergerakan sendi (*Range Of Motion)* secara teratur 2 kali sehari, yang dimulai sejak awal perawatan pasien.

Apabila pasien telah mampu duduk berjuntai selama minimal 30 menit tanpa keluhan berarti, keesokan harinya pasien dapat dilatih duduk di kursi bersandar tegak atau kursi roda. Pertama kali pasien latihan duduk di kursi biasanya dilakukan oleh fisioterapis bersama perawat. Posisi duduk pasien harus diatur dengan benar. Punggung harus tegak, letakkan bantal di bawah lengan yang lemah. Pastikan tapak kaki menapak dilantai atau sandaran kaki kursi roda. Latihan duduk ini dapat meningkatkan rasa percaya diri, meningkatkan rasa nyaman pasien, mencegah injuri dan meningkatkan fungsi respirasi. Dalam hal ini perawat maupun keluarga harus dapat memotivasi dan memberikan semangat pada pasien untuk melakukan pergerakan, agar dapat melatih kemampuan fungsi tubuh (Misbach, 2011).

Makan dan menelan proses yang komplek yang melibatkan fungsi nervus kranialis yang terlibat adalah nervus V (nervus trigenimus) untuk membuka mulut, menutup mulut oleh nervus VII (nervus facial) dan sensasi mulut terhadap kualitas dan kuantitas bolus makanan , serta nervus V (nervus trigenimus) dan IX (nervus glasofaringeus) yang mengirim pesan ke pusat menelan. Biasanya pasien menunjukan gejala tersedak pada saat makan dan minum, keluar nasi dari hidung, pasien terlihat tidak mampu mengontrol keluarnya air liur dari mulut atau mengiler, memerlukan waktu yang lama untuk makan, dan tersisa makanan di mulut setelah makan. Selama di rumah sakit, pasien dengan gangguan menelan biasanya makan dan minum melalui selang lambung. Kadang pasien pulang ke rumah sudah tidak terpasang selang tetapi masih mengalami kelemahan pada otot-otot menelannya, sehingga masih memerlukan penanganan khusus (Mulyatsih dkk, 2010).

* + 1. **Perawatan Diri (*Self Care)* Pasien Stroke Iskemik.**

Perawatan diri pada pasien stroke iskemik fase akut harus istirahat di tempat tidur selama 48-72 jam pertama. Kepala tempat tidur ditinggikan 30 derajat. Posisi pasien dirubah miring kiri dan miring kanan setiap 2-3 jam.Bila kondisi pasien telah stabil, penatalaksanaan perawatan di tujukan untuk mempertahankan fungsi tubuh dan mencegah komplikasi. Rehabilitasi pasien harus dilakukan sedini mungkin. Untuk meningkatkan kepekaan pada tubuh penderita yang lumpuh, maka saat di rawat kamar pasien harus ditata sedemikian rupa sehingga kepekaan sensorik pasien dapat ditingkatkan dan pasien harus mendapatkan rangsangan yang maksimal pada sisi yang lumpuh sehingga segala kegiatan di kerjakan pada sisi yang lumpuh (Iskandar, 2003). Hilangnya fungsi ekstremitas atas yang persisten adalah hal yang sering terjadi pada pasien stroke yang kehilangan fungsi motorik yang substansial setelah stroke. Sebuah pendekatan diarahkan untuk mengembalikan disfungsi ekstremitas atas yang di sebut dengan *constraint-induced movement therapy* yang melibatkan penggunaan paksa ekstremitas atas yang tidak terpengaruh (Gofir A, 2009).

Pasien stroke iskemik untuk berpindah dari tempat tidur ke kursi roda untuk melakukan mobilisasi dan *self care* (perawatan diri) dilakukan dengan teknik satu tangan dengan menggunakan tangan yang tidak terpengaruh. Anjurkan pasien makan, minum, mandi atau kegiatan harian lain menggunakan tangan yang masih lemah dibawah pengawasan pengasuh. Dengan mengaktifkan tangan yang lemah akan memberikan stimulasi kepada sel-sel otak untuk berlatih kembali aktifitas yang di pelajari sebelumnya (Mulyatsih dkk, 2010).

Gangguan menelan merupakan salah satu masalah kesehatan akibat serangan stroke. Semua pasien stroke baru tidak boleh diberikan makan atau minum sebelum dipastikan bahwa pasien tidak mengalami gangguan menelan. Bila pasien kesadarannya baik tidak ada slim atau roncki, tidak ada riwayat tersedak atau tanda dan gejala gangguan menelan yang lain lakukan screening dengan memberikan minum air putih sekitar 50-100 ml. Bila pasien mampu minum air tersebut tanpa mengalami batuk atau tersedak, diet atau menu pasien dapat diberikan per oral sesuai order dokter. Bila terjadi batuk atau tersedak pasang selang lambung (NGT) sesuai ukuran, hingga dilakukan tes menelan oleh terapi bicara atau perawat yang terlatih. Tes manelan dilakukan sedini mungkin untuk menentukan pengaturan diet selanjutnya. *Self care* yang dilakukan bila kondisi pasien memungkinkan pasien harus duduk di kursi pada waktu makan dan minum. Bila terpaksa harus makan ditempat tidur, pasien harus di dudukan tegak 60-90 derajat. Ketika pasien menelan anjurkan pasien untuk menekuk leher dan kepala untuk mempermudah menutupnya jalan nafas ketika pasien menelan. Pergunakan sendok kecil dan tempatkan makanan pada sisi yang sehat. Anjurkan pasien menoleh ke sisi yang lemah saat manelan makanan. Jika pasien menggunakan NGT (selang yang dimasukkan ke lambung melalui hidung) selang ini harus diganti secara periodik ada yang setiap 7 hari paling lama 15 hari. Biasanya makanan cair dibagi atau diberikan dalam 6 kali sehari. Pasien akan dilatih makan peroral mulai dari makanan dengan konsisten lunak atau semipadat, selanjutnya bertahap ke bentuk yang lebih cair dan akhirnya semua makanan dan minuman diberi peroral (Rasyid A, 2007).

Gangguan inkontensia urine adalah pasien tidak dapat menahan berkemih, urine keluar tanpa disadari oleh pasien, dan frekwensi berkemih yang meningkat. *Self care* yang dilakukan apabila pasien afasia yang mengalami inkontinensia keluarga dianjurkan menyediakan bel atau penanda lain yang mudah terjangkau oleh pasien. Pada siang hari berikan pasien minum satu gelas setiap 2 jam dan hindari minum malam hari. Untuk mengantisipasi pasien agar tidak ngompol keluarga atau pengasuh dapat menawari pasien untuk berkemih secara teratur setiap dua atau tiga jam atau sesuai dengan pola buang air kecil pasien sebelumnya. Sebaiknya tersedia urinal yang mudah terjangkau oleh pasien. Bila pasien laki-laki dan belum mampu menggunakan urinal terutama malam hari bisa dipasang kondom kateter yang dihubungkan dengan selang ke kantong penampung urine atau *urine bag*.

 Pada pasien yang tidak mengalami gangguan fungsi luhur dan mampu bersikap kooperatif, pasien diajarkan untuk berlatih “*Kegel* *Exercise”.* Yaitu suatu latihan mengencangkan dan melemaskan otot panggul yang pada akhirnya meningkatkan kemampuan pasien dalam mengontrol buang air kecil atau berkemih. Latihan berkerut dan relaksasi dilakukan tiga kali sehari masing-masing 15 kali. Sekali berkerut 10 detik. Latihan sebaiknya dilakukan dalam berbagai posisi: duduk, berbaring, dan berdiri (Mulyatsih dkk, 2010).

 Masalah buang air besar pasien stroke bervariasi seperti konstipasi, diare, dan buang air basar tidak terasa. Masalah yang paling sering ditemukan adalah konstipasi. Banyak hal yang menyebabkan terjadinya konstipasi, antara lain tirah baring yang lama, kurang aktivitas fisik, kurang minum, dan efek samping obat. Self care yang bisa dilakukan menganjurkan pasien untuk bergerak aktif, minum air putih 2 liter atau 8 gelas perhari. Pada pasien yang mengalami konstipasi berulang dapat diberikan obat pencahar sesuai kondisi pasien (Mulyatsih dkk, 2010)

Berpakaian dan berhias juga merupakan salah satu perawatan diri yang perlu dilakukan pada pasien stroke. Penggunaan celana dan baju dapat dipakai dengan mengenakannya pada bagian ekstremitas yang sakit terlebih dahulu dan melepaskannya dari eksremitas yang sehat.

* + 1. **Pemeliharaan diri (self maintenance) pasien stroke iskemik.**

Pemeliharaan diri pada pasien stroke iskemik lebih tekankan kepada peran keluarga dalam upaya meningkatkan kualitas hidup pasien stroke iskemik. Agar dapat melakukan aktifitas sehari-hari, mampu meningkatkan fungsi kesehatan dan sehat secara utuh pasien stroke harus mengubah tingkah laku yang tidak sehat ke tingkah laku yang lebih sehat seperti berhenti merokok, penurunan berat badan dan diit yang sehat, kurangi komsumsi alkohol dan aktivitas fisik (Mulyatsih dkk, 2010.

1. Berhenti merokok

Berhenti merokok aktif akan mengurangi semua pajanan ke asap rokok (merokok pasif) adalah tindakan yang harus dilakukan penderita stroke. Semakin dini seseorang berhenti merokok, semakin besar manfaat kesehatan yang diperoleh. Berhenti merokok secara total sulit dilakukan maka berhenti secara bertahap boleh dilakukan. Dalam kondisi ini penderita membutuhkan terapi obat khusus dari dokter sebagai pengganti nikotin seperti permen karet, psikoterapi (termasuk hipnosis) dan lain-lain.

1. Menurunkan berat badan dan diet sehat

Cara menurunkan berat badan (BB) adalah dengan mengetahui kandungan lemak dalam makanan kita sehari-hari dan mengurangi jumlah lemak yang dikomsumsi. Makanan berlemak yang perlu diwaspadai oleh penderita stroke adalah seperti: kentang yang direndam dengan minyak daging panggang atau yang digoreng, olesan mentega pada roti, kulit daging, mayones, es krim dan lain-lain. Penderita stroke yang mempunyai kelebihan berat badan sebaiknya menghindari minum alkohol karena secara tidak langsung alkohol dapat menyebabkan kegemukan dengan menghambat pembakaran lemak didalam tubuh. Penderita stroke dengan kelebihan berat badan dianjurkan lebih banyak beraktivitas fisik dan olahraga, karena cara ini sangat efektif untuk menurunkan berat badan selain pengaturan diit.

1. Mengurangi komsumsi alkohol.

Bila seorang terbiasa mengkomsumsi alkohol terlalu banyak maka ia harus segera menghentikan kebiasaan itu baik secara bertahap atau berhenti sama sekali. Penderita ini juga di anjurkan tidak menyimpan alkohol di rumah dan menghindari situasi yang dapat melibatkan alkohol.

1. Aktifitas fisik.

 Aktifitas fisik yang teratur dapat mengurangi resiko stroke dan menurunkan resiko kematian. Namun banyak diantara mereka enggan melakukannya karena gejala sisa atau kecacatan yang mereka alami setelah terkena stroke. Hal ini dapat menyebabkan penurunan kondisi penderita dan meningkatkan resiko kekambuhan. Oleh karena itu, penderita harus memiliki rencana kegiatan individu, yang dikembangkan dalam konsultasi dengan petugas kesehatan seperti fisioterapi, sehingga dapat direncanakan aktifitas apa yang sesuai dan efektif untuk individu tersebut. Olahraga yang dianjurkan pada penderita stroke antara lain: berjalan, joging, berenang, berkebun dan naik sepeda. Bagi penderita yang tidak mampu melakukan aktifitas fisik maka dianjurkan untuk melakukan latihan dengan bantuan atau pengawasan orang yang sudah terlatih (Misbach, 2011).

Peran perawat yang paling penting dalam perencanaan pemeliharan kesehatan pasien adalah memberikan edukasi pada pasien dan keluarga. Materi edukasi meliputi cara meningkatkan percaya diri pasien, cara melatih pasien agar mandiri dalam melakukan aktivitas sehari-hari hingga pasien bisa bersosialisasi dengan lingkungannya, upaya mencegah timbulnya komplikasi, upaya mencegah terjadinya kecacatan menjadi seminimal mungkin serta hal-hal yang harus dilakukan pasien dan keluarga untuk mencegah terjadinya stroke berulang ( Liza, Fera 2012).

**2.4 Alat ukur status fungsional**

 Tahun 1980 Organisasi kesehatan dunia (*World Healt Organization)* membuat definisi *impairment, disability* dan *handicap.* Konsep dasar yang di pakai adalah suatu kenyataan bahwa perjalanan semua penyakit terdiri dari empat tingkatan yaitu patologi, impairment (gangguan), *disability* (keterbatasan) dan *handicap* (ketunaan). Dalam prakteknya seluruh tingkatan ini merupakan suatu kontinum dengan banyak daerah yang bersinggungan (overlapping) antara satu dengan yang lainnya.

*Impairment* adalah kehilangan atau abnormalitas fungsi atau struktur psikologis, fisiologis dan anatomis. *Disability* 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 ketidakmampuan 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. Bartel Indeks ini merupakan skala ukur yang mempunyai reliabilitas dan validitas yang tinggi, mudah dan cukup sensitif untuk mengukur perubahan fungsi serta keberhasilan rehabilitasi. Bartel Indeks ini merupakan skala yang dinilai berdasarkan observasi oleh tenaga kesehatan, dapat diambil dari catatan medis pasien, maupun pengamatan langsung. Barthel Indeks merupakan suatu instrumen pengkajian yang berfungsi mengukur kemandirian fungsional dalam hal perawatan diri dan mobilitas serta dapat juga di gunakan sebagai kriteria dalam menilai kemampuan fungsional bagi pasien-pasien yang mengalami keseimbangan, terutama pada pasien stroke. Barthel Indeks ini seharusnya diukur pada akhir minggu-minggu pertama perawatan rumah sakit untuk menajemen rehabilitasi seawal mungkin (Gofir A, 2009). Di Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi dari Clinikal Pathway lama perawatan pasien Stroke Iskemik tujuh hari.

 Teknik penilaian BI dengan mengukur tampilan pasien 10 kegiatan mendasar sehari-hari. Jenis penilaian ini dikelompokkan yang berhubungan dengan perawatan diri sendiri (makan, mandi, berpakaian, penggunaan kamar mandi sendiri, BAB, BAK, membersihkan diri {cuci muka, sisir rambut, sikat gigi}). Kelompok yang kedua yang berhubungan dengan mobilisasi (berubah sikap berbaring ke duduk, berpindah/berjalan, naik turun tangga (Misbach, 2011).

 Skor total antara 0 (ketergantungan total) sampai 100 (mandiri). Skort 0-20 menunjukan ketergantungan total, 25-40 menunjukan ketergantungan berat, 45-55 menunjukan ketergantungan sedang, 60-95 menunjukan ketergantungan ringan, dan 100 menunjukan kemandirian. Total skor mencerminkan beban keperawatan dan penerimaan sosial dari kegiatan tersebut. Hanya membutuhkan 2-10 menit untuk menyelesaikan penilaian menggunakan BI (lebih jika dinilai dengan pengamatan) (Rasyid A, 2007).

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

1. Makan

Makan dan menelan merupakan proses yang komplek yang melibatkan fungsi nervus kranialis. Beberapa nervus kranialis yang terlibat adalah nervus V (nervus trigenimus) untuk membuka mulut, menutup mulut oleh nervus VII (nervus facial) dan sensasi mulut terhadap kualitas dan kuantitas bolus makanan, serta nervus V (nervus trigenimus) dan IX (nervus glasofaringeus) yang mengirim pesan kepusat menelan (Ginsberg, 2008). Adanya kelumpuhan nervus V, VII, IX dan XII pada stroke menyebabkan pasien mengalami disfagia. Kemampuan untuk makan diberikan tiga aspek penilaian yaitu skort 0 tidak mampu makan sendiri apabila pasien tidak mampu secara total dan membutuhkan bantuan keseluruhan untuk melakukan seluruh aktivitas makan seperti penyiapan makanan, memegang sendok dan piring, dan menyuapi makanan kedalam mulut, dan pasien menggunakan NGT (nasogastrik tube). Skort 5 diberikan kepada pasien yang hanya membutuhkan beberapa bantuan dalam aktivitas makan, seperti penyiapan makanan, memegang piring, memotong makanan menjadi bagian-bagian kecil dan pasien dapat melakukan sebagian seperti menyuapi sendiri makanan kedalam mulut. Skort 10 diberikan kepada pasien yang secara keseluruhan mampu melakukan aktivitas makan secara mandiri, tidak membutuhkan bantuan (Misbach, 2011).

1. Mandi

Mandi merupakana komponen yang sangat penting dalam perawatan yang bertujuan untuk kebersihan diri. Mandi terdiri dari dua katagori penilaian yaitu skort 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 skort 5 diberikan pada pasien dengan kemampuan mandiri, yaitu mampu melakukan keseluruhan aktivitas mandi (Misbach, 2011).

1. Merawat Diri

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

1. 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 pilhan 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. Aktivitas berpakaian ada tiga katogori penilaian yaitu skort 0 dibeikan pada pasien yang tidak mampu secara keseluruhan dalam berpakaian, mengenakan, melepaskan pakaian, menggunakan tali sepatu, membuka dan menutup resleting, kancing, dan penyiapan pakaian. Skort 5 diberikan kepada pasien yang membutuhkan sebagian bantuan dalam berpakaian, seperti kesulitan mengenakan pakaian dibagian yang mengalami kelumpuhan namun sebagian lagi pasien mampu melakukannya. Skort 10 diberikan kepada pasien yang mampu secara mandiri melakukan seluruh aktivitas dalam berpakaian mulai dari penyiapan pakaian, sampai dengan menggunakan pakaian dan merapikannya sendiri (Misbach, 2011)

1. 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, pasen 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 eleminasi. Pengontrolan BAB mempunyai tiga katagori penilaian yaitu skort 0 inkontinensia yaitu tidak mampu mengendalikan fungsi pengeluaran feces dan flatus. Pasien yang menggunakan enema, pencahar dan menggunakan diaper juga diberikan skort 0. Pasien dengan kemampuan kadang-kadang atau yang bersifat insidental diberika skort 5, dan pasien yang dapat mengontrol pengeluaran atau kontinensia diberikan skort 10 (Misbach, 2011).

1. Buang Air kecil

Masalah perkemihan yang sering dialami setelah stroke adalah inkontinesia 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, 2011).

Terdapat tiga faktor yang mempengaruhi kemampuan berkemih pada stroke yaitu: perubahan fisiologis oleh karena stroke, perubahan neorofisiologi yang mempengaruhi fungsi berkemih, dan factor yang berhubungan dengan pengobatan, perawatan dan hospitalisasi. Mengontrol kandung kemih mempunyai tiga katagori penilaian antara lain skort 0 atau inkontinensia dan yang tidak mampu mengendalikan pengeluaran urine dan yang menggunakan kateter atau yang menggunakan diaper. Skort 5 diberikan pada pasien dengan kemampuan insidental, sementara skort 10 diberikan pada pasien yang kontinen , dapat mengontrol pengeluaran urine tanpa menggunakan kateter (Misbach, 2011).

1. Penggunaan Toilet

Orang lebih memilih untuk menggunakan toilet dalam memenuhi kebutuhan eliminasi, namun pasien yang mengalami keterbatasan dan ketidakmampuan akan mengalami kesulitan menggunakan toilet. Pasien membutuhkan adaptasi dan harus diberikan dorongan serta dukungan untuk meningkatkan kesejahteraan psikologis mereka. Katagori penilaian dalam penggunaan toilet meliputi tidak mampu yang diberika 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 membersihan 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).

1. 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 katagori penilaian yaitu skort 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 skort 15 ( Misbach, 2011).

1. 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-skeletal dan sistim persyarafan. Adanya gangguan yang melibatkan sistem neoromuskuler seperti pada penderita stroke dapat mengakibatkan hambatan dalam melakukan mobilitas. Aktivitas pergerakan atau mobilisasi dalam batas yang telah ditentukan memiliki empat katagori panilaian, yaitu skort 0 yang tidak mampu melakukan mobilisasi atau < 5 meter. Skort 5 jika pasien mampu mandiri mobilisasi > 5 meter dan pasien menggunakan kursi roda. Skort 10 jika pasien mampu berjalan dengan bantuan verbal atau fisik satu orang < 5 meter, dan skort 15 pada pasien yang mampu mobilisasi berjalan mandiri tanpa bantuan orang lain > 5 meter atau pasien yang mampu berjalan sendiri dengan tongkat.

1. Menggunakan Tangga

Kelemahan fisik yang dialami pasien stroke menyebabkan ke tidak mampuan 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 katagori penilaian yaitu skort 0 jika pasien tidak mampu secara total dalam menaiki dan menuruni tangga, skort 5 jika pasien mampu menuruni dan menaiki tangga dengan bantuan orang secara verbal atau fisik atau dengan menggunakan tongkat atau berpegangan. Skort 10 jika pasien mampu secara mandiri tanpa bantuan apapun dalam menuruni dan menaiki tangga (Misbach, 2011).

* 1. **Kerangka Teori**

**STROKE**

**Stroke iskemik**

**Status fungsional :**

**-Perawatan diri**

**-Pemeliharaan diri**

**-Aktifitas fisik**

**Gangguan aktifitas fisik :**

**-Berubah sikap dari berbaring ke duduk**

**-Berpindah / berjalan**

**-Memakai baju**

**-Naik / turun tangga**

**-Mandi**

**-Penggunaan toilet**

**Defisit neurologis**

**Iskemik otak**

**Peningkatan TIK**

**Obstruksi cairan darah ke otak**

**Emboli**

**Stroke haemoragik**

**Trombosit**

**Suplay darah & O2**

**ke otak menurun**

**Gangguan fungsi motorik**

**Kehilangan tonus / kontrol fasial**

**Gangguan menelan**

**Kelemahan anggota gerak**

**Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi :**

**-makan**

**-minum**

**Gangguan eliminasi :**

**-Defekasi**

**-Berkemih**

 **Indeks**

 **Barthel**

**Sumber: Ginsberg Lionel.Lecture Notes Neurologi.**

**BAB III**

**KERANGKA KONSEP**

**3.1 Kerangka Konsep**

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui perbedaan status fungsional saat masuk dengan saat keluar pada pasien stroke Iskemik di ruang rawat neurologi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi tahun 2016. Adapun variable yang dibahas dalam penelitian ini adalah seperti yang tertera pada kerangka konsep di bawah ini.

**Gambar 3.1. Kerangka Konsep**

 **Variabel Independen** **Variabel Dependen**

Status fungsional

Pasien yang dirawat :

* Saat masuk
* Saat keluar

**3.2 Hipotesis**

Ha: Ada perbedaan status fungsional saat masuk dengan saat keluar pada pasien stroke iskemik di ruang rawat neurologi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi tahun 2016.

**3.3 Definisi operasional**

 **Tabel 3.3 Definisi Operasional**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No****1.** | **Variabel****Independen**Status Fungsional | **Definisi Operasional**Cara seseorang untuk beraktivitas, perawatan diri dan pemeliharaan diri | **Cara ukur**Observasi | **Alat** **ukur**Format Barthel indeks  | **Hasil ukur** 0 - 20 25 - 4045 - 5560 - 95100 | **Skala**interval |
| **2.** | **Dependen**Pasien saat masuk | Keadaan kondisi pasien saat pertama kali masuk ruang neorologi | Observasi | FormatBarthel Indeks | Skor 0-20ketergantungan totalSkort25-40ketergantungan beratSkort45-55ketergantungan sedangSkort60-95ketergantungan ringan Skort100Mandiri | Ordinal |
|  | Pasien saat keluar | Kondisi pasien saat akan keluar dari ruang rawat neorologi | Observasi | FormatBarthel Indeks | Skort0-20ketergantungan totalSkort25-40ketergantungan beratSkort45-55ketergantungan sedangSkort60-95ketergantungan ringanSkort 100Mandiri | Ordinal |

**BAB IV**

**METODE PENELITIAN**

**4.1 Desain dan Metode Penelitian**

Desain penelitian merupakan strategi untuk mendapatkan data yang dibutuhkan untuk keperluan pengujian hipotesis atau untuk menjawab pertanyaan penelitian dan sebagai alat untuk mengontrol variabel yang berpengaruh dalam penelitian. Hal ini akan memudahkan dalam menjawab pertanyaan penelitian dan mengantisipasi beberapa kesulitan yang mungkin timbul selama proses penelitian. Penelitian ini dilakukan penulis dengan menggunakan desain penelitian *analitis observasional* dengan teknik *comparative study* yaitu peneliti hanya membandingkan dan mengamati perbedaan antara status fungsional pasien stroke iskemik saat masuk dan keluar diruang rawat neorologi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi (Hidayat, 2008).

**4.2 Tempat Penelitian dan Waktu Penelitian**

4.2.1 Tempat Penelitian

Penelitian ini akan dilakukan di ruang Rawat Neorologi RSSN Bukittinggi. Alasan pemilihan lokasi karena Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi merupakan rumah sakit rujukan untuk penyakit stroke dan di rumah sakit ini tersedia sampel yang diperlukan peneliti dalam penelitian ini.

4.2.2 Waktu Penelitian

Penelitian ini akan dilakukan mulai bulan November tahun 2015 sampai Februari tahun 2016 (lampiran jadwal penelitian)

**4.3 Populasi dan Sampel.**

4.3.1 Populasi

Merupakan wilayah generalisasi yang terdiri atas objek atau subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk di pelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Hidayat, 2008). Pada penelitian ini yang akan menjadi populasi adalah pasien stroke iskemik yang dirawat di ruang rawat neorologi RSSN Bukittinggi. Pasien stroke iskhemik yang dirawat di ruang rawat neorologi tahun 2014 berjumlah 1095 orang. Rata-rata perbulannya 91 orang.

4.3.2 Sampel

Notoatmodjo (2005) mengatakan bahwa sampel adalah sebagian yang diambil dari keseluruhan objek yang akan diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi. Teknik pengambilan sampel adalah dengan teknik *non probability* jenis *Consecutive sampling* yaitu metode pemilihan dimana semua subyek yang memenuhi kriteria inklusi yang ditemui saat penelitian akan menjadi sampel dalam penelitian sampai jumlah subyek terpenuhi. Jumlah sampel yang ditentukan dengan rumus

*n =* $\frac{N}{1+N(d^{2})}$

Keterangan :

*n* : Besar sampel

*N* : Jumlah populasi

d : Tingkat kepercayaan/ ketepatan yang diinginkan (0,01)

 *n* ***=*** $\frac{N}{1+N(d^{2})}$

 *=* $\frac{91}{1+91(0,01)}$

 *=*$\frac{91}{1,91}$

 *=* 47,64

 Jumlah sampel pada penelitian ini adalah 48 orang.

**Kriteria inklusi:**

* Pasien stroke iskemik yang baru masuk dan lama rawat 1 minggu
* Pasien yang bersedia jadi responden

**Kriteria eksklusi:**

* Pasien yang tidak kooperatif
	1. **Pengumpulan Data**
		1. Instrumen Penelitian

Alat yang digunakan untuk melakukan pengumpulan data terdiri dari data umum pasien (umur, jenis kelamin, jenis stroke dan faktor resiko) dan format Barthel Indeks yang terdiri dari 10 komponen.

* + 1. Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian. Langkah-langkah dalam pengambilan data tergantung pada rancangan penelitian dan teknik instrumen yang digunakan (Nursalam. 2008).

Proses pengumpulan data dalam penelitian harus disusun secara sistimatis agar penelitian dapat berjalan dengan lancar sehingga tujuan tercapai. Prosedur penelitian yang dilakukan oleh peneliti antara lain:

1. Tahap Persiapan

Setelah mendapat persetujuan pembimbing peneliti mengurus surat permohonan izin penelitian dari Stikes Perintis Padang. Setelah itu, peneliti mengajukan surat penelitian kepada Direktur RS Stroke Nasional Bukittinggi. Setelah peneliti mendapat persetujuan dari direktur melalui bagian Diklat dan mendapat surat persetujuan penelitian. Selanjutnya peneliti mengajukan surat dari Diklat ke kepala instalasi Neorologi dan kepada kepala ruangan. Setelah mendapat persetujuan peneliti melakukan sosialisasi pada perawat di ruangan neorologi.

1. Tahap Pelaksanaan

 Peneliti melakukan pengecekan terhadap pasien yang akan dijadikan sampel. Saat pasien datang ke ruangan neorologi melalui UGD atau dari poli neorologi pasien diterima di pos perawat neorologi, lalu pasien diantar ke kamar pasien. Peneliti mengecek status pasien jika pasien sesuai dengan kriteria inklusi yaitu pasien dengan diagnosa Stroke Iskemik yang dapat dilihat dari diagnosa dokter dan hasil Ct Scan yang terlampir didalam status pasien. Lalu peneliti melakukan pengambilan data umum dan penilaian Barthel Indeks saat pasien masuk ruangan neorologi yang terdiri dari 10 komponen yaitu pengendalian defekasi, rangsangan berkemih, membersihkan diri, kemampuan menggunakan toilet/jamban, kemampuan makan, kemampuan berubah sikap dari berbaring ke duduk, berpindah atau berjalan, memakai baju, naik turun tangga dan kemampuan mandi pasien. Hasil penilaian Barthel Indeks di dokumentasikan ke format Barthei Indeks. Selanjutnya peneliti akan menilai kembali Barthel Indeks pasien saat pasien akan pulang atau setelah perawatan 1 minggu dirumah sakit dan hasil Barthel Indeks didokumentasikan ke format Barthel Indeks.

1. Tahap Akhir

Setelah proses pengumpulan data selesai, peneliti melakukan analisa dengan menggukan uji statistik yang sesuai dengan data. Selanjutnya diakhiri dengan penyusunan laporan hasil penelitian dan penyajian hasil penelitian.

**4.5 Pengolahan dan Analisa Data**

4.5.1 Cara Pengolahan Data

Tahap-tahap pengolahan data yang akan di lakukan adalah:

1. *Editing* (pengecekan data)

 Kegiatan ini dilakukan untuk memeriksa setiap format *barthel indeks* berkaitan dengan ada tidaknya kesalahan dalam pengisian *barthel indeks* dan kelengkapan format *bartei indeks* tersebut agar semua data valid untuk diolah. Pada saat edit semua *barthel indeks* diisi dengan lengkap oleh responden. Lembar observasi dan format wawancara juga sudah lengkap keseluruhannya sesuai dengan jumlah sampel pada penelitian ini.

 2. *Koding* (pemberian kode)

 Peneliti memberikan kode pada setiap data yang sudah terkumpul pada setiap pertanyaan dalam *barthel indeks* untuk memudahkan pengolahan data. Koding bertujuan untuk mempermudah pada saat analisis dan mempercepat pemasukan data yaitu pemberi kode.

3*. Cleaning*

Apabila semua data yang telah dimasukkan diperiksa kembali sesuai dengan kriteria dan yakin bahwa data yang telah masuk benar-benar bebas dari kesalahan yang kemudian dilakukan pembetulan atau koreksi.

 4. *Processing* (memproses)

Setelah data di koding maka langkah selanjutnya melakukan entri data dari kuesioner ka dalam program komputer berupa SPSS.

 5. *Tabulating*

Pada tahap ini peneliti menyusun nilai – nilai observasi dalam master tabel dan selanjutnya memasukkan data yang diperoleh ke dalam tabel distribusi frekuensi (Sastroasmono, 2006).

4.6.2 Analisa Data

1. Analisa Univariat

Analisa Univariat digunakan untuk memperoleh gambaran distribusi frekwensi (sebaran) dari masing-masing variabel penelitian yaitu status fungsional saat pasien masuk dengan status fungsional pasien saat keluar di ruang neorologi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi. Penyajian data disajikan dalam bentuk tabulasi distribusi frekwensi.

1. Analisa Bivariat

Analisis Bivariat digunakan untuk mengetahui perbedaan antara kedua variabel yang dapat dipergunakan sebagai tolak ukur untuk mengambil keputusan. Pada penelitian ini, uji bivariat dilakukan untuk mengetahui perbedaan nilai Barthel Indeks saat masuk dan keluar pada pasien stroke. Uji yang digunakan adalah Uji T Dependen (Paired T Test) yang digunakan apabila data kelompok yang dibandingkan saling ketergantungan (Priyatno, 2010). Sebagai contoh membandingkan antara nilai Barthel Indeks saat masuk dengan nilai Barthel Indeks saat keluar.

Rumus uji T-*test* adalah sebagai berikut:

T = X1 – X2

 Sp (1/n1) + (1/n2)

Keterangan:

T : T-*test*

X1 : nilai rata-rata kelompok sampel pertama

X2 : nilai rata-rata kelompok sampel kedua

Sp : standar deviasi populasi

n1 : jumlah sampel kelompok pertama

n2 : jumlah sampel kelompok kedua

(Notoatmodjo, 2005).

 Derajat kemaknaan yang digunakan pada uji ini adalah 0,05. Apabila dari uji statistik ini didapatkan nilai P < 0,05 maka dapat dikatakan ada perbedaan nilai Barthel Indeks saat masuk dan keluar pada pasien stroke iskemik di rumah sakit (Sopiyudin, 2012).

**4.6 Etika penelitian**

Etika penelitian merupakan suatu hal yang perlu di perhatikan dalam penelitian. Menurut Hidayat (2008) masalah etika yang harus diperhatikan antara lain sebagai berikut:

4.6.1 *Informed consent* (lembar prsetujuan)

Merupakan cara persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan*.* Lembar persetujuan ini diberikan kepada responden yang memenuhi kriteria inklusi. Jika responden setuju maka responden diminta untuk menanda tangani inform consent.

* + 1. *Anonimity* (Tanpa nama)

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

* + 1. *Princip Benefince*

*Princip Benefince* adalah menimbulkan kerjasama yang baik antara peneliti dan responden dan memberikan manfaat pada responden baik secara langsung maupun tidak langsung.

4.6.4 *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Kerahasian informasi responden di jamin peneliti dan hanya kelompok data tertentu yang diharapkan sebagai hasil peneliti (Hidayat, 2008).

4.6.5 *Justice*

*Juitice* adalah dimana selama penelitian responden harus diperhatikan ara baik sebelum dan sesudah penelitian.

**BAB V**

**HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

* 1. **Gambaran Lokasi Penelitian**

Rumah Sakit Stroke Nasional (RSSN) Bukittinggi yang berlokasi dijalan Jendral Sudirman Bukittinggi yang berdiri pada tahun 2005 berdasarkan SK Menkes RI No. 105/Menkes/SK/IV/2005. Pada tahun 2009 RSSN Bukittinggi menerapkan pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (PPK-BLU) berdasarkan SK No. 1002/Menkes/SK/II/2009.

RSSN Bukittinggi memiliki saran dan prasarana seluas 13.000 M2 tang terdiri dari rumah sakit, taman, area parkir roda dua dan roda empat. Untuk menunjang pelayanan rumah sakit tersedia 176 tempat tidur yang terdistribusi pada ruang kelas I, II, III dan ruangan VIP yang dilengkapi dengan peralatan medik dan keperawatan, peralatan penunjang medik, peralatan penunjang diagnostik serta peralatan non medik.

RSSN Bukittinggi memiliki 3 jenis pelayanan yaitu:

1. Instalasi Rawat Jalan

Jumlah poliklinik sebanyak 8 poliklinik yang meliputi: Poliklinik Syaraf/Neurologi, Poliklinik Penyakit Dalam, Poliklinik Mata, Poliklinik Kesehatan Anak, Poliklinik Gigi, Poliklinik Rehabilitasi Medik, Poliklinik Bedah Umum dan Bedah Syaraf, Poliklinik Kesehatan Jiwa/Psikiater dan Elektromedik.

1. Instalasi Rawat Inap
2. Instalasi Rawat Inap A yang terdiri atas Unit Stroke dan Non Stroke. Unit Stroke terdapat jumlah tempat tidur sebayak 26 tempat tidur dan HCU 3 tempat tidur. Unit Non Stroke memiliki 3 ruang rawat yaitu: ruangan penyakit dalam 18 tempat tidur, ruangan anak dan mata 17 tempat tidur.
3. Instalasi High Care Stroke RSSN Bukittinggi memiliki 7 tempat tidur yang ditempati oleh pasien yang mengalami penurunan kesadaran dan memerlukan perawatan intensif.
4. Instalasi Rawat Inap B terdiri dari 3 lantai yaitu Paviliun Merapi dan Paviliun Singggalang yang merupakan ruangan VIP dan Paviliun Sago yang merupaka kelas I dengan total jumlah tempat tidur sebanyak 39 tempat tidur.
5. Instalasi Bedah Sentral RSSN Bukittingggi memiliki 3 kamar operasi yang memberikan pelayanan selama 24 jam. Didalamnya terdapat RR serta memiliki fasilitas yang cukup memadai.
6. Instalasi Rawat Inap C terdiri dari 3 lantai dengan jumlah tempat tidur sebanyak 66 buah
7. Instalasi Rehabilitasi Medik

Merupakan salah satu pelayanan medis di RSSN Bukittinggi yang saat ini telah dilengkapi dengan berbagai peralatan canggih yang digunakan pasien untuk dapat mengembalikan secara bertahap ketidakmampuan fisik akibat stroke, penyakit pembuluh darah, jantung, paru, radang sendi, cidera tulang, otot maupun sendi. Jenis layanan pada Instalasi Rehabilitasi Medik antara lain: fisioterapi, Okupasi terapi,Speech terapi, Edukasi terapi.

**5.2 Hasil Penelitian dan Pembahasan**

Penelitian yang dilakukan mulai bulan Januari tahun 2016 sampai bulan Februari tahun 2016 terhadap 48 orang responden tentang Perbedaan status fungsional saat masuk dengan saat keluar pada pasien stroke iskemik ruang rawat Neurologi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi Tahun 2016, diperoleh data tentang responden sebagai berikut :

**5.2.1. Analisa Univariat**

**a) Status Fungsional Saat Masuk**

**Tabel 5.2**

**Distribusi Frekuensi status fungsional saat masuk pada pasien stroke iskemik ruang rawat Neurologi RSSN Tahun 2016**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Status Fungsional saat masuk**  | **N** | **%** |
| 1. | Nilai Berthel IndeksKetergantungan TotalKetergantungan BeratKetergantungan SedangKetergantungan RinganKetergantungan Mandiri | 0211890 | 0,043.837.518.80,0 |
|  | Jumlah | 48 | 100 |

Berdasarkan tabel 5.2 di atas dapat diketahui bahwa nilai status fungsional saat masuk pasien stroke iskemik diruang rawat Inap Neurologi RSSN Bukittinggi tahun 2016 paling banyak memiliki nilai Barthel Indeks ketergantungan berat sebanyak 21 responden (43,8.%), sedangkan untuk ketergantungan sedang sebanyak 18 responden (37,5%) dan ketergantungan ringan sebanyak 9 responden (18.8%).

**b). Status Fungsional Saat Keluar**

**Tabel 5.3**

**Distribusi Frekuensi Distribusi Frekuensi status fungsional saat keluar pada pasien stroke iskemik ruang rawat Neurologi RSSN**

**Tahun 2016**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Status fungsional saat keluar** | **N** | **%** |
| 1. | Nilai Barthel Indeks Ketergantungan TotalKetergantungan BeratKetergantungan SedangKetergantungan RinganMandiri | 0024177 | 0,00,050.035.414.6 |
|  | Jumlah | 48 | 100 |
|  |  |  |  |

Berdasarkan tabel 5.3 di atas dapat diketahui bahwa nilai status fungsional saat keluar pasien stroke iskemik di ruang rawat Inap Neurologi RSSN Bukittinggi tahun 2016 sebagian memiliki nilai Barthel Indeks ketergantungan sedang sebanyak 24 responden (50.0%), sedangkan yang ketergantungan ringan sebanyak 17 (35,4%) dan mandiri 7 responden (14.6%).

**5.2.2 Analisa Bivariat**

Pada penelitian ini peneliti menggunakan uji statistik T Dependen (Paired T Test) yang digunakan apabila data kelompok yang dibandingkan saling ketergantungan, peneliti ingin mengetahui perbedaan status fungsional saat masuk dengan saat keluar pasien stroke iskemik di ruang rawat neorologi RSSN Bukittinggi tahun 2016

**Tabel 5.4**

**Distribusi rata –rata Perbedaan status fungsional sat masuk dan saat keluar pada pasien stroke iskemik ruang rawat Neurologi RSSN Tahun 2016**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Variabel** | **Mean** | **SD** | **SE** | **p-value** | **N.** |
| 12 | Nilai Barthel Indeks Saat masukSaat keluar | 45.7564.06 | 11.29618.121 | 1.6312.615  | 0.000 | 48 |
|  |  | 18.313 | 13.491 | 1.947 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Berdasarkan tabel 5.4 di atas terlihat nilai mean pada saat masuk 45.75 dengan standar deviasi 11.296. Pada saat keluar nilai mean 64.06 dengan standar deviasi 18.121. Terlihat perbedaan nilai mean antara saat masuk dengan saat keluar sebanyak 18.313 dengan nilai standar deviasi yang didapati dari hasil uji Paired Sample Test sebanyak 13.491. Hasil uji Statistik didapatkan nilai p-value= 0.000< 0,05 bermakna maka dapat disimpulkan ada perbedaan yang significant antara status fungsional saat masuk dan saat keluar pada pasien stroke iskemik di ruang rawat Inap neurologi RSSN tahun 2016.

**B. Pembahasan**

**1. Status fungsional saat masuk**

Berdasarkan tabel 5.1 di atas dapat diketahui bahwa nilai status fungsional saat masuk pasien stroke iskemik di ruang rawat inap neurologi RSSN Bukittinggi tahun 2016 paling banyak memiliki nilai Barthel Indeks ketergantungan berat sebanyak 21 responden (43,8.%).

Menurut Wilkinson (2011) dalam Huda (2013) menjelaskan status fungsional merupakan suatu konsep mengenai kemampuan individu untuk melakukan aktifitas sehari-hari, self care (perawatan diri) dan self maintenance (pemeliharaan diri). Berdasarkan definisi yang telah dijelaskan diatas dapat disimpulkan bahwa status fungsional merupakan suatu kemampuan individu untuk menggunakan kapasitas fisik yang dimilikinya untuk memenuhi kewajiban hidup meliputi kewajiban melaksanakan aktifitas fisik, perawatan diri, pemeliharaan dan kewajiban untuk dapat berinteraksi dengan orang lain, sehingga dapat meningkatkan kesehatan individu. Pada pesien stroke iskemik masalah yang timbul akibat stroke sangat bervariasi, tergantung pada lokasi lesi dan luasnya daerah otak yang mengalami kelainan, dapat berupa gangguan mobilisasi atau gangguan pergerakan, gangguan penglihatan, gangguan bicara, perubahan emosi, dan gejala lain sesuai lokasi otak yang mengalami infark (Misbach, 2011)

Menurut Misbach (2011) faktor yang mempengaruhi status fungsional pada pasien stroke iskemik antara lain disebabkan karena faktor usia, komplikasi dan jenis stroke. Hasil penelitian Huda dan Yatinela (2013) Dalam Sherly 2014 mengatakan bahwa semakin tua pasien semakin berat tingkat ketergantungannya dalam melakukan aktivitas. Hal ini terjadi karena penurunan fungsi tubuh yang terjadi pada pasien karena umurnya sudah lansia dan merasakan lebih cendrung pasrah dengan keadaanya.

Menurut Marjoko (2013) mengatakan kejadian stroke iskemik lebih sering di bandingkan dengan kejadian stroke haemoragik. Hal ini disebabkan pada pasien stroke iskemik terjadi proses aterosklerosis merupakan penyebab utama pada golongan umur dewasa yang lebih tua. Hal yang menyebabkan terjadinya aterosklerosis ini bisa disebabkan karena hipertensi dan kadar kolesterol *Low Density Lipoprotein* (LDL) yang tinggi, apabila kadar LDL tinggi maka dapat meningkatkan kadar kolesterol dalam darah yang merupakan faktor resiko terjadinya stroke yang selanjutnya mendorong trombosis di pembuluh darah besar. Berbeda dengan stroke haemoragik yang terjadi akibat pembuluh darah yang menuju ke otak mengalami ke bocoran (perdarahan). Perdarahan ini di awali karena adanya tekanan yang tiba-tiba meningkat ke otak hingga pembuluh darah yang tersumbat tadi tidak dapat menahan tekanan akhirnya pecah dan menyebabkan perdarahan.

Menurut penelitian Harmsen *et al*.(2006) dalam Abdul Gofir (2009) Diabetes Melitus dan Hipertensi memiliki hubungan yang independen dengan peningkatan resiko stroke. Hiperglikemia setelah kejadian stroke telah dikaitkan dengan *outcame* yang buruk dan terutama berpengaruh pada penderita tanpa diabetes. Hiperglikemia akut diprediksi meningkatkan risiko kematian setelah stroke iskemik pada pendertia non diabetik dan memperburuk *outcame* fungsional pada penderita non diabetik yang bertahan hidup (Misbach, 2011). Tekanan darah tinggi sangat mempengaruhi terjadinya stroke iskemik berhubungan dengan respon inflamasi yang dapat memperburuk *outcome* neurologis. Jika hipertensi tidak dikendalikan dan dapat menyebabkan kerusakan lebih lanjut (Alway D dkk, 2012).

Asumsi peneliti bahwa pasien stroke iskemik yang dirawat diruang neurologi banyak memiliki ketergantungan berat. 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. Faktor usia dari penelitian diperoleh data usia tua > 5o tahun lebih banyak dari usia muda 35 -40 tahun, semakin tua pasien semakin berat tingkat ketergantungannya dalam melakukan aktivitas. Hal ini terjadi karena penurunan fungsi tubuh yang terjadi pada pasien karena umurnya sudah lansia dan merasakan lebih cendrung pasrah dengan keadaanya karena merasa sudah tua, sehingga dalam melakukan pengobatan mereka cendrung tidak begitu aktif sehingga penyembuhanpun semakin lama dan tidak optimal. Komplikasi dari penyakit stroke tersebut seperti DM, Hipertensi yang todak terkontrol, gaya hidup pasien yang tidak sehat seperti merokok, minum alkohol dan lain-lain yang akan memperberat kondisi pasien.

**2.Status fungsional saat keluar**

Berdasarkan tabel 5.2 di atas dapat diketahui bahwa nilai status fungsional saat keluar pasien stroke iskemik di ruang rawat Inap Neurologi RSSN Bukittinggi tahun 2016 sebagian memiliki Nilai Barthel Indeks ketergantungan sedang sebanyak 24 responden (50.0%)

Perawatan diri pada pasien stroke iskemik fase akut harus istirahat di tempat tidur selama 48-72 jam pertama. Kepala tempat tidur ditinggikan 30 derajat. Posisi pasien dirubah miring kiri dan miring kanan setiap 2-3 jam.Bila kondisi pasien telah stabil, penatalaksanaan perawatan di tujukan untuk mempertahankan fungsi tubuh dan mencegah komplikasi. Rehabilitasi pasien harus dilakukan sedini mungkin. Untuk meningkatkan kepekaan pada tubuh penderita yang lumpuh, maka saat di rawat kamar pasien harus ditata sedemikian rupa sehingga kepekaan sensorik pasien dapat ditingkatkan dan pasien harus mendapatkan rangsangan yang maksimal pada sisi yang lumpuh sehingga segala kegiatan di kerjakan pada sisi yang lumpuh (Iskandar, 2003). Hilangnya fungsi ekstremitas atas yang persisten adalah hal yang sering terjadi pada pasien stroke. Sebuah pendekatan diarahkan untuk mengembalikan disfungsi ekstremitas atas yang di sebut dengan *constraint-induced movement therapy* yang melibatkan penggunaan paksa ekstremitas atas yang tidak terpengaruh (Gofir A, 2009).

Untuk mencegah terjadinya nyeri bahu dan kecacatan, lengan dan kaki yang mengalami kelemahan diatur posisinya dan diganjal dengan bantal. Posisi tangan supinasi, jari lebih tinggi dari siku dan siku lebih tinggi dari bahu. Mencegah terjadinya kekakuan sendi, dilakukan latihan pergerakan sendi (*Range Of Motion)* secara teratur 2 kali sehari, yang dimulai sejak awal perawatan pasien. Anjurkan pasien makan, minum, mandi atau kegiatan harian lain menggunakan tangan yang masih lemah dibawah pengawasan pengasuh. Dengan mengaktifkan tangan yang lemah akan memberikan stimulasi kepada sel-sel otak untuk berlatih kembali aktifitas yang di pelajari sebelumnya (Mulyatsih dkk, 2010).

 Pemeliharaan diri pada pasien stroke iskemik lebih tekankan kepada peran keluarga dalam upaya meningkatkan kualitas hidup pasien stroke iskemik. Agar dapat melakukan aktifitas sehari-hari, mampu meningkatkan fungsi kesehatan dan sehat secara utuh pasien stroke harus mengubah tingkah laku yang tidak sehat ke tingkah laku yang lebih sehat seperti berhenti merokok. Berhenti merokok aktif akan mengurangi semua pajanan ke asap rokok (merokok pasif) adalah tindakan yang harus dilakukan penderita stroke. Semakin dini seseorang berhenti merokok, semakin besar manfaat kesehatan yang diperoleh. Penurunan berat badan dan diit yang sehat. Cara menurunkan berat badan (BB) adalah dengan mengetahui kandungan lemak dalam makanan kita sehari-hari dan mengurangi jumlah lemak yang dikomsumsi. Kurangi komsumsi alkohol, penderita stroke yang mempunyai kelebihan berat badan sebaiknya menghindari minum alkohol karena secara tidak langsung alkohol dapat menyebabkan kegemukan dengan menghambat pembakaran lemak didalam tubuh. Penderita stroke dengan kelebihan berat badan dianjurkan lebih banyak beraktivitas fisik dan olahraga, karena cara ini sangat efektif untuk menurunkan berat badan selain pengaturan diit (Mulyatsih dkk, 2010).

Ketergantungan sedang adalah suatu ketergantungan dimana pasien stroke mengalami ketergantungan dengan rentang nilai Barthel Indeknya 45-55. Dimana ketergantungan ini pasien hanya dapat melakukan aktivitas yang biasa saja seperti minum dan makan dan berpakaian dan belum lagi dapat melakukan aktivitas seperti pergi mandi kekamar mandi pergi ke WC dan melakukan hal hal yang membantu kebutuhan sendiri. Ketergantungan sedang ini masih juga membutuhkan bantuan dari keluarga karena pasien belum lagi mandiri dalam melakukan aktifitas

Menurut Al Rasyid (tahun 2007) Status fungsional Pasien stroke mengarah pada konsep multidimensi yang melihat karakteristik kemampuan individu untuk berperan penuh dalam memenuhi kebutuhan hidup, termasuk kebutuhan dasar, pemeliharaan kesehatan, serta kesejahteraan.

Asumsi peneliti bahwa status fungsional pasien stroke iskemik saat keluar mengalami perubahan dimana status fungsional berat menjadi sedang, sedang menjadi ringan dan ringan menjadi mandiri dikarenakan selama pasien dirawat di ruang neorologi lebih kurang satu minggu klien selain diberikan obat-obatan oleh dokter juga diberikan latihan fisik yang diawali dengan latihan pasif kemudian latihan aktif yang diajarkan oleh perawat dan ahli fisioterapi dengan latihan gerak sesuai dengan ROM (*range of motion*) secara teratur yang dilakukan dua kali sehari dan juga diberikan latihan bicara ( *Speach therapi*) serta makanan yang sesuai dengan keadaan pasien yang diberikan oleh ahli gizi. Memberikan edukasi pada pasien dan keluarga. Materi edukasi meliputi cara meningkatkan percaya diri pasien, cara melatih pasien agar mandiri dalam melakukan aktivitas sehari-hari hingga pasien bisa bersosialisasi dengan lingkungannya, upaya mencegah timbulnya komplikasi, upaya mencegah terjadinya kecacatan menjadi seminimal mungkin serta hal-hal yang harus dilakukan pasien dan keluarga untuk mencegah terjadinya stroke berulang.

**3.Perbedaan status fungsional saat masuk dengan saat keluar**

Berdasarkan tabel 5.3 di atas dapat diketahui bahwa rata rata nilai Barthel Indeks pasien stroke iskemik di ruang rawat inap Neurologi saat masuk dengan saat keluar adalah 18.313 dengan Standar Deviasi 13.497, dan p-value = 0.000.

Terlihat nilai mean perbedaan antara saat masuk 45,75 dan saat keluar 64,06 dengan Standar deviasi = 13.497 Hasil uji Statistik di dapatkan nilai p-value = 0.000 < 0,05 maka dapat disimpulkan ada perbedaan yang significant status fungsional saat masuk dengan saat keluar pada pasien stroke iskemik di ruang rawat inap neurologi RSSN Bukittinggi tahun 2016.

Perbedaan status fungsional saat masuk dan saat keluar terjadi peningkatan dari yang awalnya nilai masuk pada pasien dengan rata rata = 45,75 dan saat keluar nilai rata rata = 64,06 dan terjadi pergeseran kenaikan rata sehingga standar deviasi akan menurun pada nilai = 13.497.

Menurut Mc Dowell & Newell dalam Murtutik dkk (2010) ketidakmampuan fisik merupakan suatu kondisi fisik, termasuk kehilangan anatomi atau kerusakan musculoskeletal, neorologi, respirasi, kardiovaskuler, akibat cidera, penyakit atau kelainan kongenital dan secara signifikan mengganggu dan membatasi setidaknya satu aktivitas kehidupan yang utama dari seseorang. Kemampuan aktivitas dasar sehari-hari pada pasien stroke meliputi kemampuan aktivitas dasar dalam transfer/pindah (tidur dan mobilisasi), menggunakan toilet (ke atau dari wc, menyiram, menyeka, melepas/memakai celana), membersihkan diri (lap muka, menyisir rambut, menggosok gigi), mengontrol buang air besar, mengontrol buang air kecil, mandi, berpakaian, makan, naik dan turun tangga. Untuk mencegah terjadinya nyeri bahu dan kecacatan, lengan dan kaki yang mengalami kelemahan diatur posisinya dan diganjal dengan bantal. Posisi tangan supinasi, jari lebih tinggi dari siku dan siku lebih tinggi dari bahu. Mencegah terjadinya kekakuan sendi, dilakukan latihan pergerakan sendi (*Range Of Motion)* secara teratur 2 kali sehari, yang dimulai sejak awal perawatan pasien.

Hal ini juga didukung oleh pendapat Misbach (tahun 2011) bahwa apabila pasien telah mampu duduk berjuntai selama minimal 30 menit tanpa keluhan berarti, keesokan harinya pasien dapat dilatih duduk di kursi bersandar tegak atau kursi roda. Pertama kali pasien latihan duduk di kursi biasanya dilakukan oleh fisioterapis bersama perawat. Posisi duduk pasien harus diatur dengan benar. Punggung harus tegak, letakkan bantal di bawah lengan yang lemah. Pastikan tapak kaki menapak dilantai atau sandaran kaki kursi roda. Latihan duduk ini dapat meningkatkan rasa percaya diri, meningkatkan rasa nyaman pasien, mencegah injuri dan meningkatkan fungsi respirasi. Dalam hal ini perawat maupun keluarga harus dapat memotivasi dan memberikan semangat pada pasien untuk melakukan pergerakan, agar dapat melatih kemampuan fungsi tubuh.

Pendapat ini didukung oleh penelitian yang dilakukan di Inggris tentang pasien stroke memiliki ketidakmampuan jangka panjang (*Departemen Of Healt London.* 2007). Ketidakmampuan jangka panjang yang dialami termasuk ketidak mampuan dalam melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari seperti mandi, berpakaian, menggunakan toilet dan berjalan. Pasien mungkin memerlukan bantuan untuk melaksanakan aktivitas tersebut secara mandiri karena pertimbangan usia dan penyakit. Lebih dari 30% pasien stroke membutuhkan bantuan dalam aktivitas sehari-hari dan sekitar 15% membutuhkan bantuan di fasilitas pelayanan seperti rumah sakit dan pusat rehabilitasi

Asumsi peneliti adanya perbedaan status fungsional saat masuk dengan saat keluar pada pasien stroke iskemik di ruang rawat neorologi disebabkan karena setelah pasien dirawat di rumah sakit, pasien dan kelurga diberikan edukasi perencanaan pemeliharaan kesehatan pasien meliputi cara meningkatkan percaya diri pasien, cara melatih pasien dilakukan latihan pergerakan sendi (*Range Of Motion)* secara teratur dan latihan bicara diberikan 2 kali sehari yang dimulai sejak awal perawatan pasien setelah fase akut dengan tujuan agar pasien dapat melakukan aktivitas secara mandiri. Pasien yang dirawat di rumah sakit diperbolehkan pulang jika ada kemajuan dari status fungsional pasien yaitu dengan kriteria tingkat ketergantungan sedang dimana pasien stroke mengalami ketergantungan dengan nilai Barthel Indeks 45-55 dengan tingkat kesadaran komposmentis. Menurut Gofir, A (2009) Barthel Indeks diukur kembali pada akhir minggu pertama perawatan rumah sakit, begitu juga menurut Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi lama rawatan pasien stroke iskemik 7-8 hari. Tapi tidak menutup kemungkinan lebih hari rawatan karena semua tergantung pada lokasi lesi dan luasnya daerah batang otak yang mengalami kelainan. Semakin luas daerah batang otak yang kena tentu akan semakin lama hari rawatan. Tapi pengukuran Barthel Indeks tetap dilakukan pada akhir minggu pertama hari rawatan walaupun pasien belum di izinkan pulang. Semuanya dilakukan untuk mengetahui tingkat perkembangan status fungsional pasien apakah ada peningkatan atau sebaliknya.

Perubahan status fungsional ini juga tidak terlepas dari adanya kerja sama yang kuat antara unit stroke atau tim work neorologi yang terdiri dari dokter, perawat, fisioterapi, laboratorium dan ahli gizi, yang akan membantu pasien dan keluarga. Ilmu dan latihan yang telah diberikan oleh petugas rumah sakit diharapkan pasien dan keluarga termotivasi dan mulai mengerti tentang perawatan pasien stroke sehingga mampu beraktivitas yang akan mengurangi tingkat ketergantungan pada pasien stroke, mencegah timbulnya komplikasi, mencegah terjadinya kecacatan seminimal mungkin, mencegah stroke berulang seperti mengubah pola hidup yang tidak sehat menjadi sehat seperti berhenti merokok, penurunan berat badan dan diit yang sehat, hindari minuman yang beralkohol dan melakukan aktivitas fisik yang sehat seperti olah raga ringan ( jalan pagi, bersepeda dan lain-lain).

**BAB VI**

**PENUTUP**

* 1. **Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian pada 48 orang responden tentang perbedaan status fungsional saat masuk dengan saat keluar pada pasien stroke iskemik ruang rawat neurologi RSSN Bukittinggi Tahun 2016, dapat disimpulkan bahwa :

1. Paling banyak responden (43,8%) memiliki nilai status fungsional saat masuk pada ketergantungan berat di ruang rawat inap neurologi RSSN Bukittinggi tahun 2016.

 2. Sebagian responden ( 50.0 %) memiliki nilai status fungsional saat keluar pada ketergantungan sedang di ruang rawat inap neurologi RSSN Bukittinggi tahun 2016

 3. Ada perbedaan antara saat masuk 45,75 dan saat keluar 64,06 dengan Standar deviasi = 13.491 Hasil uji Statistik didapatkan nilai p-value= 0.000< 0,05 maka dapat disimpulkan ada Perbedaan yang *significant* antarastatus fungsional saat masuk dengan saat keluar pada pasien stroke iskemik di ruang rawat inap neurologi RSSN Bukitttinggi tahun 2016.

**6.2 Saran**

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dikemukakan diatas, maka ada beberapa saran yang hendak peneliti sampaikan, diantaranya :

1. Bagi Institusi Pendidikan.

Diharapkan kepada Institusi Pendidikan bahwa penelitian ini dapat dijadikan pedoman bagi adik-adik lainnya tentang keperawatan pasien dengan Stroke Iskemik dan lebih mengembangkan materi-materi yang terkait dengan proses status ketergantungan pasien saat masuk dan saat keluar pasien di ruang neurologi sehingga dapat dijadikan bekal bagi mahasiswa dan peneliti selanjutnya

 2. Bagi instansi pelayanan, diharapkan :

a. Untuk Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi lebih memperkenalkan atau mensosialisasikan Barthel Indeks kepada perawat melalui seminar, pelatihan atau workshop, karena Barthel Indeks bermanfaaat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan perawat khususnya dalam memberikan edukasi tentang latihan aktivitas fisik pasien dan modifikasi gaya hidup pasien stroke.

1. Untuk Bidang Keperawatan agar membentuk satu tim edukasi keperawatan untuk pelaksanaan Barthel Indeks, agar program Barthel Indeks dapat dilakukan lebih efektif, terstruktur dan terorganisir.
2. Untuk Kepala Ruangan untuk lebih memperhatikan apakah pelaksanaan Barthel Indeks sudah terlaksana dengan baik dengan cara melakukan pengecekan secara rutin untuk evaluasi dokumen Barthel Indeks. Serta diharapkan kepala ruangan dapat menghimbau seluruh perawat yang ada di ruang rawat pada saat melakukan latihan ROM agar melibatkan keluarga sehingga dapat mempercepat peningkatkan status fungsional pasien.
3. Untuk perawat diruang rawat neurologi bisa mempergunakan secara optimal format Barthel Indeks serta lebih bertanggung jawab dalam melakukan tindakan dalam pengisian format Barthek Indeks dan tidak lupa mendokumentasikan segala tindakan dan perkembangan pasien untuk dapat melihat perkembangan pasien stroke iskemik pada saat masuk dan saat keluar pada format yang telah disediakan didalam status pasien.

3**.** Bagi Peneliti selanjutnya

1. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut dengan jumlah sampel yang lebih banyak untuk meneliti Barthel Indeks dengan variabel yang berbeda.
2. Peneliti menyarankan judul penelitian selanjutnya, yaitu “ tentang analisis status fungsional pasien stroke terhadap kemandirian di rumah sakit”.

**DAFTAR PUSTAKA**

Alway, D & Walden, J. (2012). *Essensial Stroke untuk Layanan Primer*. Jakarta. Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Dahlan, Sopiyudin (2012). *Statistik Untuk Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta. Penerbit Salemba Medika.

Gofir, Abdul. (2009). *Manajemen Stroke Evidence Based Medicine.* Yogyakarta. Edisi I. Penerbit Pustaka Cendekia Press.

Ginsberg, Lionel.,(2008*). Lecture Notes Neurologi.* Jakarta. Edisi 8. Penerbit Erlangga.

Hadisaputra, A., Sukiandra, R.,& Endrian, R. (2013). *Gambaran Indeks Barthel Pada Pasien Stroke. P 4-6.*

Hidayat, Aziz.,(2008). Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data. Jakarta. Penerbit Salemba Medika.

Huda, N & Hardiyanti, R (2013). *Hubungan Status Fungsional Terhadap Tingkat Depresi Pada Pasien Stroke*, diakses tanggal 2 november 2015.*www.reseachgate.net/Status-Funsional-Terhadap-Tingkat-Depresi-Pasien-Stroke*

Iskandar, J (2003). *Pencegahan dan Pengobatan Stroke. Jakarta. Penerbit PT. Bhuana Ilmu Populer.*

Liza, Fera*.,(2012). Efektifitas Stroke Education Program (SEP) Terhadap Peran Family Caregiver Dalam Modifikasi Gaya Hidup Pasien Stroke.* *Disertasi tidak diterbitkan*. Depok: Program Pasca sarjana UI Depok.

Marjoko, B.R., Utomo, W. & Hasanah, D. (2013). *Analisis Status Fungsional Pasien Stroke Saat Keluar RSUD Arifin Achmad..* p 1-12.

 Murtutik, L & Wigatiningsih, H. (2010). *Hubungan Aktifitas Dasar Sehari-hari Pasien Stroke.* Vol.1(1), p 4-13.

Medical Record. (2014). Data RSSN Bukittinggi.

Misbach, Jusuf. (2011).*Stroke Aspek Diagnostik, Patofisiologi, Manajemen*. Jakarta. Penerbit Badan Penerbit FKUI.

Mulyatsih, E & Ahmad, A.(2010). *Petunjuk Perawatan Pasien Pasca Stroke*. Jakarta. Penerbit FKUI.

Notaadmojo,Soekidjo, 2005. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta. Rineka Cipta

Nursalam (2008).*Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian dan Ilmu Keperawatan: Pedoman Skripsi, Tesis dan Instrumen Penelitian Keperawatan.* Jakarta. Salemba Medika.

Priyatno, A (2010). *Pengelolaan dan Analisa Data Kesehatan.* Yogyakarta. Nuha Medika.

Rasyid, A & Soertidewi, L. (2007). *Manajemen Stroke Secara Komprehensif*. Jakarta. Penerbit FKUI

Riskesdas. (2013). *Riset Kesehatan Dasar*. Jakarta. Badan Pengembangan dan Penelitian Kesehatan Kementrian RI.

Suzanne et al. (2010). *Medical-Surgical Nursing.*

Sastroasmono, S & Ismail, S (2006). *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis.* Jakarta. CV Sagung Seto.

Sherly, F., Utomo,W.,& Dewi, A.(2014). *Status Fungsional Pasien Stroke, Vol 1(2). P 4-5*

 Uke Pemila *et.al* (2010), *Penurunan R*esiko *Kambuh dan Lama Rawatan pada Pasien Stroke Iskemik Melalui Rencana Pemulangan Terstuktur*, Vol 13(3), p 187-194.

Yanti, F.(2014). *Hubungan Serangan Stroke dengan Ketidak mampuan Fisik Pasien Stroke di ruanh Unit Stroke. Disertasi tidak diterbitkan.*Bukittinggi:Program SI Keperawatan.

**PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

 **(INFORMED CONSENT)**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

 Nama :

 Umur :

 Alamat :

 Menyatakan bahwa saya bersedia untuk turut berpartisipasi menjadi responden penelitian yang dilakukan oleh Mahasiswa Ilmu Keperawatan STIKES Sumatera Barat yang berjudul “ **Perbedaan Status Fungsional Saat Masuk Dengan Saat Keluar Pada Pasien Stroke Iskemik Ruang Rawat Neorologi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi Tahun 2016”.** Tanda tangan saya menunjukan saya sudah diberi informasidan memutuskan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

 Bukittinggi, Januari 2016

 Responden

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth,

Bapak/Ibu/Sdr/i Calon Responden

Di

 Tempat

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini, mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Stikes Perintis Sumatera Barat.

Nama : LILI ANDRIANI

NIM : 14103084105054

Bermaksud akan melakukan penelitian dengan judul “ **Perbedaan Status Fungsional Saat Masuk Dengan Saat Keluar Pada Pasien Stroke Ikemik Ruang Rawat Neurologi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi Tahun 2016**”.

Adapun tujuan penelitian ini untuk kepentingan pendidikan peneliti, dan segala informasi yang diberikan akan dijadikan kerahasiaannya dan peneliti bertanggung jawab apabila informasi yang diberikan akan merugikan bagi responden. Apabila Bapak/Ibu/Sdr/i menyetujui untuk menjadi responden, maka peneliti mohon kesediaan Bapak/Ibu/Sdr/i untuk menandatangani lembar persetujuan.

Bukittinggi, Januari 2016

 Peneliti

**JADWAL PENELITIAN**

“Perbedaan Status Fungsional Saat Masuk Dengan Saat Keluar Pada Pasien Stroke Iskemik Ruang Rawat Neorologi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi”

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Kegiatan | November 2015 | Desember 2015 | Januari 2016 | Februari 2016 | Maret 2016 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1 | Pengajuan judul |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Pembuatan proposal |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Ujian proposal |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Perbaikan Proposal |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Pengurusan ijin melakukan penelitian |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Pengumpulan data |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | Penyusunan laporan |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | Ujian hasil penelitian/skripsi |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | Penyerahan skripsi |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Barthel Indeks**

 Kode:

Nama :

Umur :

Jenis kelamin :

Jenis Stroke :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Fungsi | Skor | Keterangan | Nilai skor |
| Saat masuk RS | Saat pulang RS |
| Tgl Pemeriksaan | Tgl Pemeriksaan |
| ...../...../...... | ...../...../...... |
| 1 | Mengendalikan rangsang defekasi | 0 | Tak terkendali/tak teratur (perlu pencahar) |  |  |
| 5 | Kadang-kadang tak terkendali |  |  |
| 10 | Terkendali teratur |  |  |
| 2 | Mengendalikan rangsang berkemih | 0 | Tak terkendali/pakai kateter |  |  |
| 5 | Kadang-kadang tak terkendali (1x24 jam) |  |  |
| 10 | Mandiri |  |  |
| 3 | Membersihkan diri (cuci muka, sisir rambut,sikat gigi) | 0 | Butuh pertolongan orang lain |  |  |
| 5 | Mandiri  |  |  |
| 4 | Penggunaan jamban masuk dan keluar (melepaskan,memakai celana,membersihkan,menyiram) | 0 | Tergantung pertolongan orang lain |  |  |
| 5 | Perlu pertolongan pada beberapa kegiatan tetapi dapat mengerjakan sendiri kegiatan yang lain |  |  |
| 10 | Mandiri |  |  |
| 5 | Makan  | 0 | Tidak mampu |  |  |
| 5 | Perlu ditolong memotong makanan |  |  |
| 10 | Mandiri |  |  |
| 6 | Berubah sikap dari berbaring ke duduk | 0 | Tidak mampu |  |  |
| 5 | Perlu banyak bantuan untuk bisa duduk (2 orang) |  |  |
| 10 | Bantuan minimal 2 orang |  |  |
| 15 | Mandiri |  |  |
| 7 | Berpindah / berjalan | 0 | Tidak mampu |  |  |
| 5 | Bisa (pindah) dengan kursi roda |  |  |
| 10 | Berjalan dengan bantuan 1 orang |  |  |
| 15 | Mandiri |  |  |
| 8 | Memakai baju | 0 | Tergantung orang lain |  |  |
| 5 | Sebagian dibantu (misalnya mengancing baju) |  |  |
| 10 | Mandiri |  |  |
| 9 | Naik turun tangga | 0 | Tidak mampu |  |  |
| 5 | Butuh pertolongan |  |  |
| 10 | Mandiri |  |  |
| 10 | Mandi | 0 | Tergantung orang lain |  |  |
| 5 | Mandiri |  |  |
| **TOTAL SKOR** |  |  |

Keterangan : Skor 0-20 : Ketergantungan total

 Skor 25-40 : Ketergantungan berat

 Skor 45-55 Ketergantungansedang

 Skor 60-95 : Ketergantungaringan

 Skor 100 : Mandiri

|  |  |
| --- | --- |
| Master tabel |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Perbedaan status Fungsional Saat Masuk dan saat keluar Pada Pasien stroke Iskemik** |  |  |
|  | **Ruang Rawat Neurologi Rumah Sakit Stroke Nasional**  |  |  |  |
|  |  |  | **Tahun 2016** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Umur | Jenis.k | Saat Masuk | Pat Stroke | Saat keluar |
| status Fungsional  | Ruang neurologi | Statusfungsional |
| Nilai | berthel | Ket | kode | ket | rawatan | Nilai  | Berthel | ket | kode |
| 51 | L | 35 | 25-40 | KB | 2 | dirawat | ya | 50 | 45-55 | KS | 3 |
| 49 | L | 35 | 25-40 | KB | 2 | dirawat | ya | 45 | 45-55 | KS | 3 |
| 60 | L | 65 | 60-95 | KR | 4 | dirawat | ya | 100 | 100 | KM | 5 |
| 54 | L | 50 | 45-55 | KS | 3 | dirawat | ya | 80 | 60-95 | KR | 4 |
| 52 | L | 50 | 45-55 | KS | 3 | dirawat | ya | 50 | 45-55 | KS | 3 |
| 57 | L | 65 | 60-95 | KR | 4 | dirawat | ya | 100 | 100 | KM | 5 |
| 59 | L | 45 | 45-55 | KS | 3 | dirawat | ya | 65 | 60-95 | KR | 4 |
| 60 | L | 46 | 45-55 | KS | 3 | dirawat | ya | 70 | 60-95 | KR | 4 |
| 59 | P | 50 | 45-55 | KS | 3 | dirawat | ya | 80 | 60-95 | KR | 4 |
| 63 | L | 65 | 60-95 | KR | 4 | dirawat | ya | 100 | 100 | KM | 5 |
| 49 | L | 35 | 25-40 | KB | 2 | dirawat | ya | 70 | 60-95 | KR | 4 |
| 59 | L | 35 | 25-40 | KB | 2 | dirawat | ya | 70 | 60-95 | KR | 4 |
| 60 | L | 50 | 45-55 | KS | 3 | dirawat | ya | 50 | 45-55 | KS | 3 |
| 57 | L | 35 | 25-40 | KB | 2 | dirawat | ya | 50 | 45-55 | KS | 3 |
| 56 | L | 65 | 60-95 | KR | 4 | dirawat | ya | 100 | 100 | KM | 5 |
| 51 | L | 35 | 25-40 | KB | 2 | dirawat | ya | 45 | 45-55 | KS | 3 |
| 49 | L | 50 | 45-55 | KS | 3 | dirawat | ya | 50 | 45-55 | KS | 3 |
| 60 | L | 35 | 25-40 | KB | 2 | dirawat | ya | 50 | 45-55 | KS | 3 |
| 54 | P | 35 | 25-40 | KB | 2 | dirawat | ya | 70 | 60-95 | KR | 4 |
| 52 | L | 35 | 25-40 | KB | 2 | dirawat | ya | 70 | 60-95 | KR | 4 |
| 57 | L | 65 | 60-95 | KR | 4 | dirawat | ya | 100 | 100 | KM | 5 |
| 59 | L | 65 | 60-95 | KR | 4 | dirawat | ya | 65 | 60-95 | KR | 4 |
| 60 | L | 50 | 45-55 | KS | 3 | dirawat | ya | 55 | 45-55 | KS | 3 |
| 59 | L | 50 | 45-55 | KS | 3 | dirawat | ya | 70 | 60-95 | KR | 4 |
| 63 | L | 45 | 45-55 | KS | 3 | dirawat | ya | 50 | 45-55 | KS | 3 |
| 49 | L | 45 | 45-55 | KS | 3 | dirawat | ya | 50 | 45-55 | KS | 3 |
| 59 | L | 35 | 25-40 | KB | 2 | dirawat | ya | 70 | 60-95 | KR | 4 |
| 51 | L | 65 | 60-95 | KR | 4 | dirawat | ya | 100 | 100 | KM | 5 |
| 49 | L | 35 | 25-40 | KB | 2 | dirawat | ya | 50 | 45-55 | KS | 3 |
| 60 | L | 50 | 45-55 | KS | 3 | dirawat | ya | 70 | 60-95 | KR | 4 |
| 54 | L | 50 | 45-55 | KS | 3 | dirawat | ya | 50 | 45-55 | KS | 3 |
| 51 | L | 35 | 25-40 | KB | 2 | dirawat | ya | 50 | 45-55 | KS | 3 |
| 49 | L | 35 | 25-40 | KB | 2 | dirawat | ya | 50 | 45-55 | KS | 3 |
| 60 | L | 35 | 25-40 | KB | 2 | dirawat | ya | 50 | 45-55 | KS | 3 |
| 54 | L | 50 | 45-55 | KS | 3 | dirawat | ya | 70 | 60-95 | KR | 4 |
| 52 | L | 65 | 60-95 | KR | 4 | dirawat | ya | 65 | 60-95 | KR | 4 |
| 57 | L | 35 | 25-40 | KB | 2 | dirawat | ya | 50 | 45-55 | KS | 3 |
| 59 | L | 35 | 25-40 | KB | 2 | dirawat | ya | 50 | 45-55 | KS | 3 |
| 60 | L | 35 | 25-40 | KB | 2 | dirawat | ya | 70 | 60-95 | KR | 4 |
| 59 | L | 35 | 25-40 | KB | 2 | dirawat | ya | 45 | 45-55 | KS | 3 |
| 63 | P | 50 | 45-55 | KS | 3 | dirawat | ya | 45 | 45-55 | KS | 3 |
| 49 | L | 35 | 25-40 | KB | 2 | dirawat | ya | 50 | 45-55 | KS | 3 |
| 59 | L | 35 | 25-40 | KB | 2 | dirawat | ya | 50 | 45-55 | KS | 3 |
| 60 | L | 35 | 25-40 | KB | 2 | dirawat | ya | 70 | 60-95 | KR | 4 |
| 57 | L | 50 | 45-55 | KS | 3 | dirawat | ya | 45 | 45-55 | KS | 3 |
| 56 | L | 50 | 45-55 | KS | 3 | dirawat | ya | 50 | 45-55 | KS | 3 |
| 60 | L | 65 | 60-95 | KR | 4 | dirawat | ya | 100 | 100 | KM | 5 |
| 61 | L | 45 | 45-55 | KS | 3 | dirawat | ya | 70 | 60-95 | KR | 4 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ket: Indeks Barthel | Barthel |  |  |  |  |  |  | Bukittinggi Maret 2016 |  |
|  0-20 KT Ketergantungan Total = 1 |  |  |  |  | peneliti |  |  |  |
| 20-40 KB Ketergantungan Berat= 2 | etergantungan Berat = 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 45-55 KS Ketergantungan Sedang=3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 60-95 KR Ketergantungan Ringan=4 |  |  |  |  | (Lili andriani) |  |  |
| 100 KM Ketergantungan mandiri=5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |