**DAFTAR ISI**

|  |
| --- |
| **Hal** |
| **HALAMAN JUDUL****HALAMAN PENGESAHAN****KATA PENGANTAR.........................................................................................****DAFTAR ISI........................................................................................................****DAFTAR TABEL................................................................................................****DAFTAR SKEMA..............................................................................................****DAFTAR LAMPIRAN........................................................................................****BAB I PENDAHULUAN*** 1. Latar Belakang..............................................................................
	2. Rumusan Masalah.........................................................................
	3. Tujuan Penelitian...........................................................................
		1. Tujuan Umum....................................................................
		2. Tujuan Khusus...................................................................
	4. Manfaat Penelitian.........................................................................
		1. Bagi Peneliti......................................................................
		2. Bagi Institusi Pendidikan...................................................
		3. Bagi Lahan Penelitian........................................................

**BAB II TINJAUAN PUSTAKA*** 1. Stroke....................................................................................
		1. Pengertian Stroke.........................................................
		2. Klasifikasi Stroke.........................................................
		3. Etiologi.......................................................................
		4. Faktor Resiko................................................................
		5. Patofisiologi Stroke......................................................
	2. Stroke Recurent............................................................................
		1. Pengertian..........................................................................
		2. Fakto Resiko................................................................
		3. Manifestasi Klinis........................................................

2.3. kerangka teori …………………………………………………….**BAB III KERANGKA KONSEP*** 1. Kerangka Konsep..........................................................................
	2. Variabel Penelitian.................................................................
	3. Hipotesa ………………………………………………………....

**BAB IV METODE PENELITIAN*** 1. Desain Penelitian..........................................................................
	2. Tempat dan Waktu Penelitian.......................................................
	3. Populasi, Sampel dan Sampling....................................................
	4. Definisi Oprasional.................................................................
	5. Pengumpulan Data..................................................................
		1. Instrumen Pengumpulan Data........................................
		2. Cara Pengumpulan Data................................................
		3. Uji Coba Instrument........................................................

 4.6 Cara Pengolahan dan Analisa Data............................................. 4.6.1 Teknik Pengolahan Data............................................... 4.6.2 Metoda Analisa Data.................................................... 4.7 Etika Penelitian......................................................................**BAB V PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**  5.1 Hasil Penelitian …………………………………………………….5.2 Pembahasan ………………………………………………………..**BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN** 6.1 Kesimpulan ………………………………………………………..6.2 Saran ………………………………………………………………**DAFTAR PUSTAKA****LAMPIRAN** | **i****iii****v****vii****viii**1677788889910131314202022333536373738383941424242434343444548567374 |

**DAFTAR SKEMA**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Hal** |
| Tabel 3.1 Tabel 3.1Tabel 4.4 | Kerangka Teori......................................................................Kerangka Konsep....................................................................Defenisi Operasional............................................................... | 373843 |

**DAFTAR LAMPIRAN**

|  |  |
| --- | --- |
| Lampiran 1Lampiran 2Lampiran 3Lampiran 4Lampiran 5Lampiran 6 | Permohonan Menjadi RespondenFormat Persetujuan RespondenProsedur TindakanLembar ObservasiSurat Izin Pengambilan DataLembar Konsultasi Bimbingan |

**PERNYATAAN PERSETUJUAN PEMBIMBING**

**Judul Skripsi : Faktor faktor yang berhubungan dengan terjadinya**

 **Stroke *Recurent* Di Instalasi Gawat Darurat Rumah**

 **Sakit Stroke Nasional BukittinggI Tahun 2016**

**Nama Mahasiswa : SULAMIAR**

**NIM : 14103084105063**

Skripsi ini telah diperiksa, disetujui dan telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Program Studi Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Sumatera Barat pada tanggal 16 Maret 2016.

Bukittinggi, 16 Maret 2016

 Pembimbing I, Pembimbing II,

 **(Ns. Aldo Yuliano, S.Kep)** (**Ns. Vera Sesrianty, S.kep)**

**NIK : 1420120078509053 NIK: 1440102110909052**

 Mengetahui,

Ketua PSIK STIKes Perintis Sumbar

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

 **NIK : 1420106037395017**

**PERNYATAAN PENGUJI**

**Judul Skripsi : Faktor faktor yang berhubungan dengan terjadinya**

 **Stroke *Recurent* Di Instalasi Gawat Darurat Rumah**

 **Sakit Stroke Nasional BukittinggI Tahun 2016**

**Nama Mahasiswa : SULASMIAR**

**NIM : 14103084105063**

Skripsi ini telah diperiksa, disetujui dan telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Program Studi Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Sumatera Barat pada tanggal 16 Maret 2016

Bukittinggi, 16 Maret 2016

Ketua,

**Supiyah,S.Kp M.Kep**

**NIK : 4008075901**

Anggota,

**Ns. Aldo Yuliano, S.Kep**

**NIK : 1420120078509053**

**PERNYATAAN ORIGINALITAS**

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama lengkap : SULASMIAR

Nomor Induk mahasiswa : 14103084105063

Nama Pembimbing I : Ns. Aldo Yuliano, S.Kep

Nama Pembimbing II : Ns.Vera Sesrianty, S.Kep

Nama Penguji I : Supiyah,S.Kp M.Kep

Nama Penguji II : Ns. Aldo Yuliano , S.Kep

Menyatakan bahwa skripsi saya yang berjudul ”Faktor faktor yang berhubungan dengan terjadinya Stroke *Recurent* Di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional BukittinggI Tahun 2016 ” adalah hasil kerja sendiri dan saya tidak melakukan kegiatan plagiat, serta sumber baik yang dikutip maupun yang di rujuk dirujuk saya nyatakan dengan benar.

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

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

 Bukittinggi, 16 Maret 2016

 **SULASMIAR**

**DAFTAR RIWAYAT HIDUP**

1. ***Identitas Diri***

Nama : SULASMIAR

Tempat, tanggal lahir : Padang,17 Januari 1979

Jenis Kelamin : Perempuan

Negari Asal : Lubuk Basung

Suku/Bangsa : Minang / Indonesia

Agama : Islam

Jumlah bersaudara : V (Lima)

Anak ke : 1 (pertama)

Alamat : Pondok Griya Asri, Gg Mawar no.3 Puhun Pintu Kabun, Bukittinggi Sumatera Barat

No HP : 081374434924

Email : Sulasmiar21@gmail.com

1. ***Identitas Orang Tua***

Nama

Ayah : Salman

Ibu : Taufik Syah (Alm.)

Pekerjaan

Ayah : Wiraswasta

Ibu : Ibu Rumah Tangga

1. ***Riwayat Pendidikan***
2. 1984 – 1985 : TK Perwanida Lubuk Basung
3. 1985– 1991 : SDN 04 Poris Pelawad Tanggerang
4. 1991 – 1994 : SMP N 1Lubuk Basung
5. 1994 – 1997 : SPK Kesdam I BB/Padang
6. 2007 – 2009s : Program Studi D III Keperawatan Stikes Yarsi

 Sumatera Barat

1. 2014 – 2016 : Program Studi S1 Keperawatan Stikes Perintis

**Program studi ilmu keperawatan**

**Sekolah tinggi ilmu keperawatan Stikes Perintis Sumbar**

**SKRIPSI,Maret 2016**

**SULASMIAR**

**141084105061**

**FAKTOR FAKTOR YANG BERHUBUNGAN TERJADINYA STROKE RECURENT DI INSTALASI GAWAT DARURAT RUMAH SAKIT STROKE NASIONAL BUKITTINGGI TAHUN 2016**

**VII+VI+76 Halaman +14 Tabel+8 Lampiran**

**ABSTRAK**

Stroke adalah kondisi yang terjadi ketika pasokan darah kesuatu bagian otak tiba tiba terganggu,karena sebagian sei otak mengalami kematian akibat gangguan aliran darah karena sumbatan atau pecahnya pembuluh darah atau pecahnya pembuluh darah otak.stroke recurent didefenisiksan sebagai kejadian serebrovaskuler baru.tujuan penelitian ini untuk melihat faktor faktor yang berhubungan dengan terjadinya stroke recurent diinstalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinngi tahun 2016.Desain penelitian adalah Deskripsi Analitik dengan pendekatan croscektional ,Pengambilan sample dengan cara Accidental Sampel sebanyak 63 orang responden dan pengolahan data Chisquaretest. Hasil penelitian didapatkan lebih dari separoh responden (57.1%) memiliki gejala Hipertensi lebih dari separoh responden (52.4%) tidak memiliki gejala Diabetas Militus ,kurang dari separoh responden (49.2%) memiliki kebiasaan merokok ,lebih dari separoh responden (63.5%) memiliki kepatuhan kontrol ,lebih dari separoh responden (65.1%) memiliki kebiasan baik , lebih dari separoh responden (54.0%) tidak memiliki kejadian Stroke Recurent di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Nasional Bukittinggi tahun 2016.Analisa bivariat terdapat hubungan yang sighnifikan antara penyakit Hipertensi dengan terjadinya Stroke Recurrent dengan pvalue(0.016<0,05,.terdapat hubungan yang sighnificant antara penyakit Diabetes Militus dengan terjadinya Stroke Recurent dengan pvalue (0.014<0,5),terdapat hubungan yanhg sighnificant antara kebiasaan merokok dengan kejadian Stroke Recurent dengan pvalue (0.011<0,05),terdapat hubungan yang sighnifikan antara kepatuhan kontrol dengan kejadian stroke recurent dengan pvalue (0,031<0,05),terdapat hubungan yang sighnicant dengan terjadinya Stroke Recurent. di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Nasional Bukittinggi tahun 2016 dengan pvalue (0.047<0,05).Diharapkan penelitian ini dapat dijadikan sumber penelitian selanjutnya karna dengan adanya hasil penelitian ini dapat menambah wawasan peneliti dibidang riset keperawatan di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi tahun 2016.

**Kata kunci :Hipertensi,Diabetes Militus,Merokok,Kepatuhan kontrol,Diit,Stroke Recurent.**

**Daftar pustaka 19 (2001-2012)**

# BAB 1

**PENDAHULUAN**

* 1. **Latar Belakang**

 Stroke adalah kodisi yang terjadi ketika pasokan darah kesuatu bagian otak tiba tiba terganggu ,karena sebagian sel otak mengalami kematian akibat gangguan aliran darah karena sumbatan atau pecahnya pembuluh darah otak.dalam jaringan otak, kurangnya aliran darah menyebabkan serangkaian reaksi biokimia yang dapat merusakan atau mematikan sel sel otak.kematian jaringan otak dapat menyebabkan hilangnya fungsi yang dikendalikan oleh jaringan itu,aliran darah yang berhenti juga membuat suplai oksigen dan zat makanan ke otak terhenti ,sehingga sebagian otak tidak berfungsi sebagaimana mestinya (Nably 2012)

Menurut WHO stroke merupakan penyakit nomor 2 didunia setelah penyakit jantung dengan angka kematian 6,2 juta pertahun.dan dari data kejadian stroke menunjukkan bahwa 15% stroke terjadi pada usia produktif (AHA 2009) berdasarkan ddata NSA dari 75.000 orang amerika mengalami Stroke pertahun nya 5%-14%,akan mengalami Stroke *Recurent* dalam satu tahun.setelah 5 tahun Stroke akan berulangpada wanita 24%,dan pada lakilaki 42%.dalam 30 hari Stroke akan berulang pada 3%-10% penderita.

Stroke masih merupakan masalah kesehatan yang utama didunia ,Stroke merupakan penyebab kematian kedua,sedangkan di Amerika stroke merupakan penyebab kematian ke tiga, terbanyak setelah penyakit Kardiovaskuler dan kanker. Sekitar 795.000 orang di USA mengalami stroke setiap tahunnya, sekitar 610.000 mengalami serangan stroke pertama dan 185.000 merupakan Stroke *Recurent.* Stroke juga merupakan penyebab 134.000 kematian per Tahun (Goldstein dkk, 2011) pada saat ini ada 4 juta orang di Amerika Serikat yang hidup dalam keterbatasan fisik akibat stroke, dan 15-30% diantaranya menderita cacat tetap (Kochanek dkk, 2011).

1

Menurut data kesehatan Indonesia Tahun 2008 proporsi kematian akibat penyakit menular di Indonesia dalam 12 Tahun terakhir telah menurun dari 44% menjadi 28%, dan proporsi kematian akibat penyakit tidak menular mengalami peningkatan cukup tinggi dari 42% menjadi 60%. Penyebab kematian utama untuk semua umur adalah stroke (15,4%) dan disusul oleh TB (7,5%), Hipertensi (6,8%) dan cidera (6,5%). Stroke merupakan pnyakit pembuluh darah otak dengan kejadian kecacatan dan kematian yang cukup tinggi. Jumlah pasien penyakit stroke merupakan jumlah pasien terbanyak pada rawat jalan (Jumlah kasus baru) maupun rawat inap (Jumlah pasien keluar). CFR (Case Fatality Rate) merupakan penyakit pembuluh darah otak pada pasien rawat inap semakin tinggi berkisar 11,2% pada infark serebral hingga tertinggi 34,46% pada pendarahan intracranial. Stroke merupakan kematian terbanyak di Rumah Sakit pada Tahun 2007 dari seluruh kematian di Ruamah Sakit (Hasnawati dkk, 2009).

Hasil Riskesda 2014 menunjukan prevalensi Stroke di Indonesia berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan sebesar 7 per 1.000 penduduk, dan yang terdiagnosis tenaga kesehatan atau gejala sebesar 12,1 per 1.000 penduduk. Prevalensi stroke berdasarkan diagnosis nakes tertinggi di Sulauwesi Utara (10,8%), diikuti Jokyakarta (10,3%), Bangka Belitung dan DKI Jakarta masing-masing 9,7 per 1.000 penduduk. Prevalensi stroke berdasarkan terdiagnosis nakes dan gejala tertinggi terdapat di Sulauwesi Selatan (17,9%). DI Jokyakarta (16,9%), Sulauwesi Tengah (16,6%), diikuti Jawa Timur sebesar 16 per 1.000 penduduk. Prevalensi Stroke Haemoragik di Jawa Tengah Tahun 2012 adalah Kabupaten Kudus sebesar 1,84%, sedangkan Prevalensi Stroke non Haemoragik pada Tahun 2012 sebesar 0,07% lebih rendah dibandingkan pada Tahun 2011 (0,09%) Prevalensi tertinggi Kota Sala Tiga sebesar 1,36% (Anonin, 2012).

Dalam kurun 5 Tahun setelah Stroke, resiko kematian adalah 45-61% dari yang mengalami stroke recurent berkisar 25-37%. 1 dari 6 pasien yang sembuh dari stroke pertama akan mengalami Stroke *Recurent* dimana 25% diantaranya mengalami fatal dalam kurun waktu 28 Hari. Persentase pasien yang mengalami stroke iskemik berulang dirumah sakit Mayapada hospital adalah 52,8% (Jannah,2014).jumlah penderita Stroke diRS.dr H Chasan Ternate tahun 2011 sebanyak 286 org .jumlah tersebut terdapat 68 pasien yang mengalami stroke recurent.Data epidemiologi menyebutkan resiko untuk timbul stroke recurrent adalah 30 % dan populasi yang pernah menderita stroke memiliki kemungkinan serangan ulang adalah 9 kali dibandingkan populasi normal (Misbach dkk,2011).

Stroke menduduki urutan ketiga terbesar penyebab kematian setelah penyakit jantung dan kanker ,dengan laju mortalitas 18% sampai 37% stroke pertama dan 62% untuk Stroke*Recurent* dan diperkirakan 25% orang yang sembuh dari Stroke yang pertama akan mendapatkan Stroke *Recurent* dalam kurun waktu 5 tahun .hasil penelitian epidemiologis menunjukkan bahwa terjadinya resiko kematian pada 5 tahun pasca Stroke adalah 45%-61% dan terjadinya Stroke *Recurent*  25%-37% (Yulianto 2011).

Menurut study framingham insiden Stroke *Recurent*  dalam kurun waktu 4 tahun pada pria 42% dan pada wanita 24%.Mendapatkan kejadian Stroke Recurent g 29,52% yang paling sering terjadi usia 60-69 tahun (35,6%),dan pada waktu 1-5 tahun( 78,37%) dengan berbagai faktor resiko. 28,5%penderita Stroke di Indonesia meninggal dunia.Penelitian menunjukkan stroke menyerang pria 30% lebih tinggi daripada wanita (m.Adih,2009).

Kejadian Stroke *Recurent*dipicu oleh berbagai faktor ,faktor resiko meliputi resiko yang tidak dapat diubah seperti umur, suku, jenis kelamin dan genetik. Bila faktor resiko ini dapat ditanggulangi dengan baik,maka kemungkinan mendapatkan Stroke dikurangi atau ditangguhkan, makin banyak faktor resiko yang dipunyai maka makin tinngi pula kemungkinan mendapat kan stroke. sedangkan faktor resiko yang dapat diubah merupakan merupakan faktor resiko terjadinya Stroke pada seseorang pada keberadaannya dapat dikendalikan ataupun dihilangkan sama sekali, gaya hidup merupakan tindakan atau perilaku yang biasa dilakukan sehari hari atau sudah menjadi kebiasaan. Faktor resiko yang dapat diubah yang memiliki erat kaitannya dengan kejadian Stroke*Recurent* diantaranya penyakit kardiovaskuler, Diabetes militus, kebiasaan merokok, kepatuhan kontrol, obesitasl, kepatuhan diet, alkohol. pengelolaan ini mencegah terjadinya Stroke *Recurent*. penelitian ini akan dilakukan pada pasien Stroke *recurent* yang diInstalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi tahun 2015.

Stroke selain menyebabkan kegagalan fungsi tubuh juga menyebabkan timbulnya kerusakan jantung, otak, dan ginjal (Hasnawati dkk, 2009), 20% pasien yang selamat dari Stroke memerlukan perawatan 3 Bulan dan 15%-30% mengalami kecacatan yang permanen, Stroke berdampak tidak hanya pada pasien sendiri tetapi juga berefek pada anggota keluarga, dan juga tenaga kesehatan serta berefek secara Nasional (Hughes, 2003), produktivitas pasien yang sudah terdiaknosa Stroke akan mengalami gangguan, pasien juga mengalami keterbatasan dalam aktifitasnya, dan proses rehabilitas yang diperlukan juga cukup lama (Anonim, 2012).

Stroke merupakan masalah yang utama bagi masyarakat modern saat ini. Diperkirakan 1 dari 3 orang akan terserang Stroke dan 1 dari 7 akan akan meninggal karna Stroke.Yayasan stroke Indonesia menyebutkan angka kejadian menurut data dasar Rumah Sakit sekitar 63 per 100.000 penduduk usia diatas 65 tahun terserang Stroke,sedangkan yang meninggal ddunia lebih dari 125.000 jiwa pertahun.(Iskandar Junaidi 2011).

Umur 15-24 tahun (0,2 perseribu),umur 25-34 tahun (0,6 per seribu),umur 35-44 tahun (2,5 per seribu),umur 45-54 tahun (10,4 per seribu),umur 55-64 tahun (24 per seribu),umur 65-74 tahun (33,2per seribu),dan umur >75 tahun (43,1 per seribu).Prevalensi pada lakilaki lebih banyak dari pada wanita, laki-laki 7,1 per seribu dan pada wanita 6,8 per seribu (Rikesda 2013).

Menurut data registry yang juga dilakukan oleh Balitbangkes sejak tahun 2013 sanpai 2014, menunjukkan proporsi menurut kelompok umur dibanding total pasien stroke(angka proporsional).Kelompok umur 21-30 tahun (0,74%),31-40 tahun (4,5%),41-50 tahun (18,5%),51-60 tahun (33,8%),dan 60 tahun keatas (42,1%). Berdasarkan survei adalah 2876 orang tahun 2010, stroke merupakan pembunuh no.1 diRumah sakit seluruh Indonesia. Diperkirakan setiap tahun terjadi 500.000 penduduk terkena Stroke,sekitar 25% atau 125.000 orang meninggal dan sisanya cacat ringa sampai berat.

Dalam kurun 5 tahun setelah Stroke , Resiko kematian adalah 45-61% dari yang mengalami Stroke *Recurent* berkisar 20-25%.1 dari 6 pasien yang sembuh dari Stroke pertama akan mengalami Stroke *Recurent* dimana diantaranya mengalami fatal dalam kurun waktu 28 hari.Persentase pasien yang mengalami Stroke *Recurent* di Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi adalah 25%.Jumlah pasien Stroke di Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi tahun 2014 sebanyak 3056 penderita,jumlah tersebut tedapat 764 penderita mengalami Stroke *Recurent.*

Data di Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinngi jumlah penderita stroke pada tahun 2014 adalah 3056 orang, sedangkan pada dua tahun sebelumnya, jumlah pasien stroke 2876 orang .Hal ini menunjukkan terjadi peninggkatan terhadap kejadian stroke di rumah sakit. Sepanjang tahun 2014 jumlah penderita stroke recurent adalah 25%dari 3056 penderita stroke .hal ini mengindikasikan tinnginya kejadian Stroke *Recurent* pada pasien Stroke, disebabkan oleh penyakit Hipertensi, Diabetes Militus, ketidak patuhan kontrol, ketidak patuhan diet, merokok, obesitas, dan minum alkohol.

Berdasarkan latar belakang inilah penulis kemukakan diatas ,maka penulis tertarik untuk meneliti Faktor-faktor yg yang berhubungan dengan terjadinya Stroke *Recurent*pada pasien di Rumah sakit Nasional Bukittinggi tahun 2015.

**1.2.Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang masalah yang telah diuraikan diatas, maka rumusan masalah penelitian ini adalah Faktor-faktor yang berhubungan dengan terjadinya Stroke *Recurent* di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinngi tahun 2016.

**1.3 Tujuan Penelitian**

1.3.1 Tujuan Umum

 Untuk mengetahui Faktor faktor yang berhubungan dengan terjadinya Stroke *Recurent* di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi tahun 2015.

1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.2.1.Untuk mengetahui Distribusi frekuensi faktor Penyakit Hipertensi pada pada pasien Stroke *Recurent* di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi tahun 2016

1.3.2.2. Untuk mengetahui Distribusi frekuensi faktor Penyakit Diabets millitus pada pada pasien Stroke *Recurent* di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi tahun 2016.

1.3.2.3. Untuk mengetahui Distribusi frekuensi faktor perokok pada pada pasien Stroke *Recurent* di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi tahun 2016.

1.3.2.4. Untuk mengetahui Distribusi frekuensi faktor kepatuhan diit pada pasien Stroke *Recurent* di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi tahun 2016.

1.3.2.5. Untuk mengetahui Distribusi frekuensi faktor kepatuhan Kontrol pada pasien Stroke *Recurent* di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi tahun 2016.

1.3.2.6. Untuk mengetahui Distribusi frekuensi kejadian Stroke *Recurent* di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi tahun 2016

1.3.2.7.Mengetahui hubungan faktor penyakit Hipertensi dengan kejadian Stroke *Recurent*

1.3.2.8. Mengetahui hubungan faktor penyakit Diabetes Militus Kejadian Stroke *Recurent.*

1.3.2.9. Mengetahui hubungan faktor merokok dengan kejadian Stroke*Recurent.*

1.3.2.10. Mengetahui hubungan kepatuhan diit dengan kejadian Stroke*Recurent*

1.3.2.11. Mengetahui hubungan kepatuhan kontrol dengan kejadian Stroke *Recuren*t

**1.4. Manfaat Penelitian**

1.4.1.Bagi peneliti

Untuk mengembangkan peneliti dalam menyusun suatu laporan penelitian dan untuk menambah wawasan peneliti tentang riset keperawatan,terurama dibidang penelitian

1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai bahan masukan dalam proses belajar mengajar ,khususnya dalam riset keperawatan.

1.4.3 Bagi lahan penelitian

Sebagai bahan masukan bagi tenaga kesehatan di Ruangan IGD RSSN Bukittinggi dalam pendidikan kesehatan.

**BAB II**

**TINJAUAN PUSTAKA**

**2.1. Stroke**

**2.1.1 Pengertian Stroke**

Stroke adalah penyakit atau gangguan fungsional otak akut fokal maupun global akibat terhambatnya peredaran darah ke otak. Gangguan peredaran darah otak berupa tersumbatnya pembuluh darah otak atau pecahnya pembuluh darah di otak. Otak yang seharusnya mendapat pasokan oksigen dan zat makanan menjadi terganggu. Kekurangan pasokan oksigen ke otak akan memunculkan kematian sel saraf (neuron). Gangguan fungsi otak ini akan memunculkan gejala stroke (Junaidi, 2011).

Stroke atau cedera serebrovaskuler (CVA) adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah kebagian otak (Smeltzer & Bare, 2002). Stroke adalah cedera otak yang berkaitan dengan obstruksi aliran darah otak. Stroke dapat terjadi karena pembentukan trombus disuatu arteri serebrum, akibat emboli yang mengalir ke otak dari tempat lain di tubuh, atau akibat perdarahan otak (Corwin, 2001).

Berdasarkan beberapa pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa stroke adalah gangguan peredaran otak yang dapat mengakibatkan fungsi otak terganggu dan bila gangguan yang terjadi cukup besar akan mengakibatkan kematian sebagian sel saraf.

9

**2.1.2 Klasifikasi stroke**

Stroke dapat dibagi menjadi 2 kategori utama yaitu, StrokeIiskemik dan Stroke Hemorrhagic. Kedua kategori ini merupakan suatu kondisi yang berbeda, pada Stroke Hemorhagic terdapat timbunan darah di subarahchnoid atau intraserebral, sedangkan Stroke Iskemik terjadi karena kurangnya suplai darah ke otak sehingga kebutuhan oksigen dan nutrisi kurang mencukupi. Klasifikasi stroke menurut Wardhana (2011), antara lain sebagai berikut :

**2.2.1.1 Stroke Iskemik**

Stroke iskemik terjadi pada otak yang mengalami gangguan pasokan darah yang disebabkan karena penyumbatan pada pembuluh darah otak. penyumbatnya adalah plak atau timbunan lemak yang mengandung kolesterol yang ada dalam darah. Penyumbatan bisa terjadi pada pembuluh darah besar *(arteri karotis),* atau pembuluh darah sedang (arteri serebri) atau pembuluh darah kecil.

Penyumbatan pembuluh darah bisa terjadi karena dinding bagian dalam pembuluh darah *(arteri)* menebal dan kasar, sehingga aliran darah tidak lancar dan tertahan. Oleh karena darah berupa cairan kental, maka ada kemungkinan akan terjadi gumpalan darah *(trombosis),* sehingga aliran darah makin lambat dan lama-lama menjadi sumbatan pembuluh darah. Akibatnya, otak mengalami kekurangan pasokan darah yang membawah nutrisi dan oksigen yang diperlukan oleh darah. Sekitar 85 % kasus Stroke disebabkan oleh Stroke Iskemik atau Stroke Infark pada dasarnya terjadi akibat kurangnya aliran darah ke otak. Penurunan aliran darah yang semakin parah dapat menyebabkan kematian jaringan otak. Penggolongan Stroke Iskemik atau Infark menurut Junaidi (2011) dikelompokkan sebagai berikut :

*a. Transient Ischemic Attack (TIA)*

Suatu gangguan akut dari fungsi lokal serebral yang gejalanya berlangsung kurang dari 24 jam atau serangan sementara dan disebabkan oleh thrombus atau emboli. Satu sampai dua jam biasanya TIA dapat ditangani, namun apabila sampai tiga jam juga belum bisa teratasi sekitar 50 % pasien sudah terkena infark (Grofir, 2009; Brust, 2007, Junaidi, 2011).

b. *Reversible Ischemic Nerurological Defisit* (RIND)

Gejala neurologis dari RIND akan menghilang kurang lebih 24 jam, biasanya RIND akan membaik dalam waktu 24–48 jam.

c. *Stroke In Evolution* (SIE)

Pada keadaan ini gejala atau tanda neurologis fokal terus berkembang dimana terlihat semakin berat dan memburuk setelah 48 jam. Defisit neurologis yang timbul berlangsung bertahap dari ringan sampai menjadi berat.

*d. Complete Stroke Non Hemorrhagic*

Kelainan neurologis yang sudah lengkap menetap atau permanen tidak berkembang lagi bergantung daerah bagian otak mana yang mengalami infark.

**2.1.2.2 Stroke Hemoragik**

Stroke Hemoragik terjadi pada otak yang mengalami kebocoran atau pecahnya pembuluh darah di dalam otak, sehingga darah menggenangi atau menutupi ruang-ruang jaringan sel otak. Adanya darah yang mengenangi atau menutupi ruang-ruang jaringan sel otak akan menyebabkan kerusakan jaringan sel otak dan menyebabkan kerusakan fungsi kontrol otak. Genangan darah bisa terjadi pada otak sekitar pembuluh darah yang pecah *(intracerebral hemorage)* atau dapat juga genangan darah masuk kedalam ruang sekitar otak (subarachnoid hemorage) bila ini terjadi stroke bisa sangat luas dan fatal bahkan sampai pada kematian. Stroke hemoragik pada umumnya terjadi pada lanjut usia, karena penyumbatan terjadi pada dinding pembuluh darah yang sudah rapuh *(aneurisma)*.

Pembuluh darah yang sudah rapuh ini, disebabkan karena faktor usia *(degeneratif)*, akan tetapi bisa juga disebabkan karena faktor keturunan *(genetik)*. Keadaan yang sering terjadi adalah kerapuhan karena mengerasnya dinding pembuluh darah akibat tertimbun plak atau arteriosklerosis akan lebih parah lagi apabila disertai dengan gejala tekanan darah tinggi. Beberapa jenis stroke hemoragik menurut Feigin (2007), yaitu:

1. Hemoragi ekstradural (hemoragi epidural) adalah kedaruratan bedah neuro yang memerlukan perawatan segera. Stroke ini biasanya diikuti dengan fraktur tengkorak dengan robekan arteri tengah atau arteri meningens lainnya. Pasien harus diatasi beberapa jam setelah mengalami cedera untuk dapat mempertahankan hidup.

2. Hemoragi subdural (termasuk subdural akut) yaitu hematoma subdural yang robek adalah bagian vena sehingga pembentukan hematomanya lebih lama dan menyebabkan tekanan pada otak.

3. Hemoragi subaraknoid (hemoragi yang terjadi di ruang subaraknoid) dapat terjadi sebagai akibat dari trauma atau hipertensi tetapi penyebab paling sering adalah kebocoran aneurisma.

4. Hemoragi interaserebral, yaitu hemoragi atau perdarahan di substansi dalam otak yang paling umum terjadi pada pasien dengan hipertensi dan aterosklerosis serebral karena perubahan degeneratif karena penyakit ini biasanya menyebabkan ruptur pembuluh darah.

**2.1.3 Etiologi**

Stroke menurut Smeltzer & Bare (2002), biasanya diakibatkan dari salah satu dari empat kejadian, yaitu: (1). Trombosit (bekuan darah di dalam pembuluh darah otak atau leher). (2). Embolisme serebral (bekuan darah atau material lain yang dibawah ke otak dari bagian tubuh yang lain. (3). Iskemia (penurunan aliran darah ke area otak). (4).

Hemoragi serebral (pecahnya pembuluh darah serebral dengan perdarahan kedalam jaringan otak atau ruang sekitar otak). Akibatnya adalah penghentian suplai darah ke otak, yang menyebabkan kehilangan sementara atau permanen gerakan, berpikir memori, bicara atau sensasi.

**2.1.4. Faktor Resiko** .

Faktor resiko stroke meliputi resiko yang tidak dapat diubah seperti umur, suku, jenis kelamin, dan genetik. Bila faktor resiko ini ditanggulangi dengan baik, maka kemungkinan mendapatkan stroke dikurangi atau ditangguhkan, makin banyak faktor resiko yang dipunyai makin tinggi pula kemungkinan mendapatkan stroke sedangkan faktor resiko yang dapat diubah merupakan faktor resiko terjadinya stroke pada seseorang yang keberadaannya dapat dikendalikan ataupun dihilangkan sama sekali, gaya hidup merupakan tindakan atau perilaku seorang yang biasa dilakukan sehari-hari atau sudah menjadi kebiasaan.

Faktor resiko yang dapat diubah yang memiliki kaitan erat dengan kejadian stroke *recurent* diantaranya hipertensi, diabetes mellitus, kelainan jantung, kebiasaan merokok, aktifitas Fisik/olahraga, kepatuhan kontrol, obesitas, minum alkohol, diit, pengelolaan faktor resiko ini dengan baik akan mencegah terjadinya stroke berulang (Husni & Laksmawati, 2001. Lumantobing, 2002. Smeltzer & Bare, 2002. Black & Hawks, 2009. Wahyu, 2009. Pinzon & Asanti, 2010. Junaidi, 2011).

**2.1.5. Patofisiologi stroke**

Stroke merupakan penyakit atau gangguan fungsional otak akut fokal maupun global akibat terhambatnya peredaran darah ke otak. Gangguan peredaran darah otak berupa tersumbatnya pembuluh darah otak atau pecahnya pembuluh darah otak. Otak yang seharusnya mendapat pasokan oksigen dan zat makanan menjadi terganggu. Stroke bukan merupakan penyakit tunggal tetapi merupakan kumpulan dari beberapa penyakit diantaranya hipertensi, penyakit jantung, diabetes mellitus dan peningkatan lemak dalam darah atau dislipidemia. Penyebab utama stroke adalah thrombosis serebral, aterosklerosis dan perlambatan sirkulasi serebral merupakan penyebab utama terjadinya thrombus. Stroke hemoragik dapat terjadi di epidural, subdural dan intraserebral (Smeltzer & Bare, 2002).

Peningkatan tekanan darah yang terus menerus akan mengakibatkan pecahnya pembuluh darah sehingga dapat terjadi perdarahan dalam parenkim otak yang bisa mendorong struktur otak dan merembes kesekitarnya bahkan dapat masuk kedalam ventrikel atau ke ruang intracranial. Ekstravasi darah terjadi di daerah otak dan subaraknoid, sehingga jaringan yang ada disekitarnya akan tergeser dan tertekan. Darah ini sangat mengiritasi jaringan otak, sehingga dapat mengakibatkan penekanan pada arteri disekitar perdarahan. Bekuan darah yang semula lunak akhirnya akan larut dan mengecil karena terjadi penekanan maka daerah otak disekitar bekuan darah dapat membengkak dan mengalami nekrosis karena kerja enzim-enzim maka bekuan darah akan mencair, sehingga terbentuk suatu rongga (Smeltzer & Bare, 2002).

Gangguan neurologis tergantung letak dan beratnya perdarahan. Pembuluh darah yang mengalami gangguan biasanya arteri yang berhubungan langsung dengan otak. Timbulnya penyakit ini mendadak dan evolusinya dapat secara cepat dan konstan, berlangsung beberapa menit bahkan beberapa hari. Gambaran klinis yang sering muncul antara lain: pasien mengeluh sakit kepala berat, leher bagian belakang kaku, muntah penurunan kesadaran dan kejang.

Sembilan puluh persen menunjukan adanya darah dalam cairan serebrospinal, dari semua pasien ini 70-75 % akan meninggal dalam waktu 1-30 hari, biasanya diakibatkan karena meluasnya perdarahan sampai ke sistem ventrikel, herniasi lobus temporal dan penekanan mesensefalon atau mungkin disebabkan karena perembesan darah ke pusat-pusat yang vital. Penimbunan darah yang cukup banyak di bagian hemisfer serebri masih dapat ditolerir tanpa memperlihatkan gejala-gejala klinis yang nyata sedangkan adanya bekuan darah dalam batang otak sebanyak 5 ml saja sudah dapat mengakibatkan kematian (Smeltzer & Bare, 2002).

**2.1.6.Komplikasi**

Komplikasi stroke menurut Smeltzer & Bare (2002) meliputi:

1. Hipoksia serebral diminimalkan dengan memberi oksigenasi darah adekuat ke otak. Fungsi otak bergantung pada ketersediaan oksigen yang dikirimkan ke jaringan. Pemberian oksigen suplemen dan mempertahankan hemoglobin serta hemotokrit pada tingkat dapat diterima akan membantu dalam mempertahankan oksigenasi jaringan.

2. Aliran darah serebral bergantung pada tekanan darah, curah jantung, dan integritas pembuluh darah serebral. Hidrasi adekuat (cairan intravena) harus menjamin penurunan vesikositas darah dan memperbaiki aliran darah serebral. Hipertensi atau hipotensi ekstrem perlu perlu dihindari untuk mencegah perubahan pada aliran darah serebral dan potensi meluasnya area cedera.

3. Embolisme serebral dapat terjadi setelah infark miokard atau fibrilasi atrium atau dari katup jantung prostetik. Embolisme akan menurunkan aliran darah keotak dan selanjutnya menurunkan aliran darah serebral.

**2.1.7. Pencegahan Stroke**

Stroke merupakan penyakit neurologi yang paling sering mengakibatkan cacat dan kematian, upaya penanggulangan Stroke harus dilakukan secara menyeluruh, serentak, berkelanjutan, dan melibatkan bukan hanya para ahli dibidang penyakit syaraf, tetapi juga para ahli dari disiplin ilmu yang berkaitan dengan penanganan Stroke. Berbagai penilitian epidemologi telah banyak membantu untuk mengidentifikasi dan menentukan faktor-faktor resiko.

Pencegahan Stroke merupakan tindakan yang paling efektif untuk menghindari kematian, disabilitas, dan penderitaan. Di samping itu suatu strategi pencegahan yang berhasil akan mengurangi atau bahkan mungkin meniadakan perawatan rumah sakit, rehabilitas dan biaya ekonomi akibat hilangnya produktivitas penderita.

Orang yang pernah terkena stroke memiliki resiko lebih tinggi untuk mengalaminya kembali, terutama dalam satu tahun pertama setelah stroke. Tindakan untuk mencegah agar stroke tidak berulang, sama dengan menghindari serangan jantung, yakni mempertahankan kesehatan sistem kardiovaskuler dan mempertahankan aliran darah ke otak.

Tindakan pertama yang harus dilakukan adalah mengontrol penyakit–penyakit yang berhubungan dengan terjadinya aterosklerosis. Secara umum, pengontrolan dapat dilakukan dengan menerapkan pola diet yang tepat dan olahraga yang teratur untuk mempertahankan kesehatan otak dan sistem saraf. Faktor-faktor pencegahan stroke saling berkaitan satu sama lain dan saling mendukung mencegah stroke berulang (Sustrani, 2006).

1) Kendalikan tekanan darah

 Hipertensi merupakan faktor tunggal yang paling penting dalam hal resiko stroke. Mempertahankan tekanan darah dibawah 140/90 mmHg dapat mengurangu resiko stroke hingga 75-85 persen. Pada pasien stroke disarankan untuk memeriksakan tekanan darah maksimal satu bulan sekali.

 2) Kendalikan diabetes

Diabetes mellitus meningkatkan resiko stroke hingga 300 persen. Orang dengan tingkat gula darah yang tinggi, seringkali mengalami stroke yang lebih parah dan meninggalkan cacat yang menetap. Pengendalian diabetes adalah faktor penting untuk mengurangi faktor stroke.

3) Miliki jantung sehat

Penyakit jantung, secara signifikan meningkatkan resiko stroke. Bahkan, stroke kadangkala disebut sebagai serangan otak karena adanya persamaan biologis antara serangan jantung dan stroke. Kurangilah faktor resiko penyakit stroke seperti tekanan darah tinggi, merokok, kolesterol tinggi, kurang olahraga, kadar gula darah tinggi, dan berat badan berlebih.

4) Kendalikan kadar kolesterol

Kadar kolesterol tinggi berperan dalam mengembangkan aterosklerosis karotid, yaitu bahan lemak tertimbun di dalam pembuluh karotid, yaitu pembuluh darah yang memasok darah ke otak. Penyempitan pembuluh-pembuluh inilah yang dapat meningkatkan resiko stroke. Menurut analisa dari 16 penelitian di *Brigham and Women’s Hospital* di Boston, bila kadar kolesterol diturunkan hingga 25 persen maka dapat mengurangi resiko stroke sampai 29 persen.

5) Berhenti merokok

Perokok memiliki resiko 60 persen lebih tinggi dibandingkan dengan yang tidak merokok. Merokok dapat meningkatkan resiko tekanan darah tinggi dan cenderung untuk membentuk gumpalan darah, dua faktor yang berkaitan erat dengan stroke. Berbagai resiko stroke yang terkait dengan merokok dapat ditiadakan dalam dua hingga tiga tahun setelah berhenti merokok.

*American Heart Associaton* (AHA) mengeluarkan beberapa rekomendasi preventif primer maupun sekunder diantaranya:

1. Preventif Stroke pada Hipertensi

 Hipertensi harus dikendalikan untuk mencegah terjadinya Stroke (preventif primer) dan pengendalian pada pasien hipertensi yang pernah mengalami TIA atau stroke dapat mengurangi atau mencegah resiko terjadinya stroke berulang (preventif sekunder)

Pengendalian hipertensi dapat dilakukan melalui dua pendekatan, yaitu pengendalian gaya hidup (*lifestyle*) dan pemberian obat anti hipertensi. Pengendalian gaya hidup untuk masalah hipertensi menurut *Bethesda stroke center* (2007) adalah:

a. Mempertahankan berat badan normal untuk dewasa dengan perhitungan indeks masa tubuh 20-25kg/m2.

b. Mengurangi asupan garam, kurang dari 6 gram dapur atau kurang dari 2,4 gr Na+/hari.

c. Olahraga 30 menit/hari, jalan cepat lebih baik dari pada angkat besi

d. Makan buah dan sayur.

e. Mengurangi konsumsi lemak baik yang jenuh maupun tidak jenuh.

2. Preventif Stroke pada Diabetes Mellitus

 Penderita DM rentan terhadap komplikasi vaskuler termasuk stroke. DM merupakan suatu faktor resiko untuk stroke iskemik dan pasien DM beresiko tinggi untuk terkena stroke pada pembuluh darah besar atau kecil Kontrol DM yang ketat terbukti mencegah komplikasi vaskuler yang lain dan dapat menurunkan resiko Stroke, juga selain itu perbaikan Kontrol DM akan mengurangi progresi pembentukan atherosclerosis.

Pengendalian glukosa direkomendasikan sampai kadar yang hampir normoglikemik pada pasien diabetes mikrovaskular. ACE-1 Dan ARB lebih efektif dalam menurunkan progresivitas penyakit hipertensi dan ginjal dan direkomendasikan sebagai pilihan pertama untuk pasien diabetes mellitus (Siswanto, 2005).

3. Preventif Stroke pada Gaya Hidup Sehat

 Jika kita menjalankan pola hidup yang sehat, maka berbagai penyakit akan jauh dari kita. Gaya hidup atau pola hidup utama yang tidak sehat sangat erat kaitannya dengan faktor resiko Stroke penyakit pembuluh darah. Upaya merubah gaya hidup yang tidak benar menjadi gaya hidup yang sehat sangat diperlukan untuk upaya mendukung prevensi sekunder.

 Usia merupakan salah satu faktor resiko stroke, namun kini stroke mulai mengancam usia-usia produktif dikarenakan perubahan pola hidup yang tidak sehat seperti banyak mengkonsumsi makanan siap saji yang sarat akan kolesterol, merokok, minuman keras, kurangnya berolahraga dan stress. Karena gaya hidup sehat meliputi pengaturan gizi yang seimbang, olah raga secara teratur, berhenti merokok, dan mengurangi alcohol (Siswanto, 2005).

**2.2.Stroke *Recurent***

**2.1.2 Pengertian Stroke *Recurent***

 Stroke Recurent dapat didefinisikan sebagai kejadian serebrovaskuler baru yang mempunyai satu diantara kriteria berikut:

1. Defisit neurologik yang berbeda dengan stroke pertama.
2. Kejadian yang meliputi daerah anatomi atau daerah pembuluh darah yang berbeda dengan Stroke pertama.
3. Kejadian ini mempunyai sub tipe stroke yang berbeda dengan stroke pertama.

Perjalanan penyakit Stroke beragam, penderita tersebut dapat pulih sempurna, ada pula yang sembuh dengan cacat ringan, sedang sampai berat. Pada kasus berat dapat terjadi kematian, pada kasus yang dapat bertahan hidup beberapa kemungkinan terjadi Stroke *recurent*, dementia dan depresi. Stroke merupakan penyakit yang paling banyak menyebabkan cacat pada usia di atas 45 tahun (Siswanto, 2005).

Kriteria ini dimaksudkan untuk memastikan bahwa sebab yang teratur dari kemunduran klinik setelah Stroke pertama (seperti hipoksia, hipertensi, hiperglikemia, infeksi) atau gejala yang lebih buruk karena kemajuan serangan stroke tidak salah diklasifikasikan sebagai kejadian serebrovaskuler berulang.

Secara klinik gambaran perjalanan Stroke ada beberapa macam, pertama defisit neurologiknya terjadi sangat akut dan maksimal saat munculnya serangan, gambaran demikian sering terjadi pada stroke karena emboli, kedua yang dikenal dengan stroke in evolution atau progressing Stroke adalah bilamana defisit neurologiknya memburuk secara bertahap yang umumnya dalam ukuran menit sampai jam sampai defisit neurologik yang maksimal tercapai (complet stroke), bentuk ini biasanya disebabkan karena perkembangan proses trombosis arterial yang memburuk atau suatu emboli yang rekurent.

Stroke *recurent*  dengan makin banyak faktor resiko yang dipunyai, maka tinggi kemungkinan mendapatkan Stroke *Recurent* Faktor resiko stroke yang dipunyai tersebut, seperti riwayat hipertensi, diabetes mellitus, kelainan jantung, dislipidemia, dan lain-lain harus ditanggulangi dengan baik, penderita harus berhenti merokok dan harus rajin berolah raga yang disesuaikan dengan keadaannya. Pasien dengan gejala klinik atau faktor resiko perilaku lebih dari satu mempunyai peningkatan resiko terjadinya Stroke *Recurent* dan penanganan yang tepat dari faktor resiko tersebut sangat penting untuk pencegahan Stroke. Pada kelompok resiko tinggi setelah terjadinya serangan Stroke seharusnya menjadi target penanganan secara terus menerus untuk mencegah terjadinya Stroke *Recurent* (Makmur dkk, 2002 dalam Siswanto, 2005).

Menurut Junaidi (2011), kekambuhan Stroke atau terjadinya Stroke *Recurent*  dipengaruhi oleh tiga hal penting, yaitu : (1). Penanggulangan faktor resiko yang ada dikaitkan dengan kepatuhan penderita dalam mengontrol atau mengendalikan faktor resiko yang telah ada, seperti menjaga kestabilan tekanan darah. Seseorang yang tekanan darah yang tidak dikontrol dengan baik akan meningkatkan resiko terjadinya stroke khusus yang bertujuan untuk mencegah terjadinya stroke kedua atau Stroke *Recurent*, seperti penggunaan aspirin yang terbukti mengurangi terjadinya berulang. (2). Pemberianobat-obatan kejadian stroke recurent hingga 25%. (3). Genetik, yaitu seseorang yang mempunyai gen untuk terjadinya Stroke *Recurent.*

**2.2.2 Faktor Resiko Kejadian Stroke *Recurent.***

Stroke tidak mempunyai penyebab tunggal, melainkan banyak penyebab yang dapat menyebabkan seseorang mengalami Stroke (*multifactorial cause*). Berbagai faktor yang terdapat pada seseorang bisa merupakan penyebab terjadinya stroke pada suatu ketika, hal tersebut mengakibatkan seseorang yang sudah pernah mengalami Stroke kemungkinan dapat terjadi serangan kedua (Stroke *Recurent*) apabila faktor-faktor Stroke masih tetap ada dan tidak dilakukan pengelolaan.

Pengelolaan pada pasca Stroke agar tidak menjadi Stroke *Recurent* tidaklah mudah, hal ini disebabkan karena berbagai faktor diantaranya faktor intrinsik (penderitanya yang menyangkut usaha dalam memodifikasi pola hidup serta faktor ekstrinsik yang meliputi lingkungan dan upaya dokter dalam membantu mengendalikan faktor resiko (Tugasworo, 2002 dalam Siswanto, 2005).

Berbagai faktor yang berperan di dalam terjadinya Stroke telah diketahui dan memberikan dasar bagi program pencegahan yang efektif. Saat ini telah diketahui berbagai faktor yang dapat menyebabkan seseorang lebih rentan terhadap stroke yang disebut faktor resiko terhadap Stroke (Tugasworo, 2002 dalam Siswanto 2005)*.* Faktor-faktor resiko Stroke menurut Pinzon & Asanti (2010) dan Wardhana (2011) dapat dibagi menjadi faktor Stroke yang tidak dapat diubah dan faktor Stroke yang dapat diubah:

**1. Faktor resiko yang tidak dapat diubah**

Faktor resiko Stroke yang tidak dapat diubah merupakan faktor resiko alami yang dimiliki oleh setiap orang meliputi : umur, jenis kelamin, suku/ras, dan keturunan/riwayat keluarga. Faktor resiko ini berperan dalamterjadinya suatau penyakit seperti halnya Stroke, dimana faktor resiko alami ini mempunyai karakteristik sendiri untuk tiap penyakit (Data Riset Kesehatan Indonesia 2007. Poerwadi, 2000 dalam Siswanto, 2005. Wardhana, 2011).

**a. Umur**

Bertambahnya umur merupakan faktor resiko yang terpenting untuk terjadinya serangan Stroke, dimana umur merupakan faktor resiko yang paling penting bagi semua jenis stroke. Insiden Stroke meningkat secara eksponensial dengan bertambahnya umur.

Stroke pada dasarnya lebih sering terjadi pada usia lanjut dari anak dan dewasa, terdapat pertambahan insiden Stroke sesudah usia 55 tahun. Stroke iskemik yang terjadi pada usia dibawah 45 tahun sekitar 3 %. Aterosklerosis merupakan penyebab utama pada usia lanjut, sedangkan kemungkinan perdarahan lebih sering dijumpai pada anak atau dewasa muda. Anak dengan infark serebri biasanya akan mengalami distabilitas yang lebih besar daripada anak yang mengalami Stroke pendarahan (Data Riset Kesehatan Dasar Indonesia, 2007)*.*

**b. Jenis Kelamin**

Terdapat perbedaan insidens Stroke pada pria dan wanita, insidens Stroke pada pria lebih tinggi walaupun pria memiliki resiko lebih tinggi untuk terkena stroke namun penderita wanita lebih banyak yang meninggal, hal ini karena penderita stroke berjenis kelamin perempuan memiliki resiko kematian 2,68 kali lebih besar dari pada penderita pria. Amran (2012) menunjukan bahwa separuh penderita stroke meninggal terjadi pada perempuan.

Perempuan pada umumnya menderita stroke pada usia lanjut selain itu adanya keadaan khusus pada perempuan diduga sebagai pemicu yaitu kehamilan, melahirkan dan menopause yang berhubungan dengan fluktuasi hormonal. Sedangkan pada penelitian Framingham, Stroke Iskemik akan meningkat dengan pertambahan usia dan hampir 30 % lebih sering terjadi pada pria daripada wanita *(*Poerwadi, 2000 dalam Siswanto, 2005*)*. Data Riset Kesehatan Indonesia (2007) menunjukan bahwa laki-laki mempunyai resiko lebih tinggi 1,05 kali lebih banyak terjadinya stroke berulang dibandingkan dengan wanita.

**c. Suku/Ras**

Orang asia memiliki kecenderungan terkena Stroke lebih besar dari orang eropa, hal ini ada kaitannya dengan lingkungan hidup, pola makan dan sosial ekonomi. Makanan asia lebih banyak mengandung minyak dari pada makanan orang eropa. Menurut data kesehatan di amerika serikat, penduduk yang berasal dari keturunan afrika-amerika beresiko terkena serangan Stroke 2 kali lebih besar dari penduduk keturunan eropa. Keadaan ini makin meningkatkan hampir 4 kali lipat pada umur sekitar 50 tahun, namun pada usia sekitar 65 tahun penduduk amerika yang terkena Stroke sama dengan keturunan afrika-amerika (Wardhana, 2011).

**d. Keturunan/Keluarga**

Bilamana kedua orang tua pernah mengalami Stroke maka kemungkinan keturunannya terkena Stroke semakin besar. Riwayat keluarga adanya serangan stroke atau penyakit pembuluh darah iskemik, sering pula didapat terjadi pada penderita stroke yang muda. Berbagai faktor penyebab termasuk prediposisi genetik aterosklerosis dapat menerangkan hal ini. Sedangkan anurisma intracranial sakular, malformasi pembuluh darah, dan angiopati amiloid sering familial dan ini merupakan penyebab stroke nonaterosklerotik (Poerwadi, 2000 dalam Siswanto, 2005).

**2. Faktor resiko yang dapat diubah**

Faktor resiko Stroke *Recurent* dapat diubah sama dengan faktor Stroke secara umum antara lain: hipertensi, diabetes mellitus, kelainan jantung, kebiasaan merokok, konsumsi minuman beralkohol, aktifitas fisik/olahraga, kepatuhan kontrol, obesitas, dan kepatuhan diit (Husni & Laksmawati, 2001. Lumantobing, 2002. Smeltzer & Bare, 2002. Black & Hawks, 2009. Wahyu, 2009. Pinzon & Asanti, 2010. Junaidi, 2011).

1. **Hipertensi**

Hipertensi merupakan faktor resiko terpenting untuk semua tipe stroke, baik stroke perdarahan maupun Stroke Infark. Peningkatan resiko Stroke terjadi seiring dengan peningkatan tekanan darah. Diperkirakan resiko Stroke meningkat 1,6 kali setiap peningkatan 10 mmHg tekanan darah sistolik dan sekitar 50 % kejadian Stroke dapat dicegah dengan pengendalian tekanan darah *(Gofir, 2009).*

Hipertensi meningkatkan resiko stroke 2-4 kali lipat tanpa tergantung pada faktor resiko lainnya. Hipertensi kronis dan tidak terkendali akan memacu kekakuan dinding pembulu darah kecil yang dikenal dengan mikroangiopati. Hipertensi juga akan memacu munculnya timbunan plat pada pembuluh darah besar. Timbunan plak akan menyempitkan lumen atau diameter pembuluh darah. Plak yang tidak stabil akan mudah ruptur atau pecah dan terlepas. Plak yang terlepas akan meningkatkan resiko tersumbatnya pembuluh darah yang lebih kecil. Bila ini terjadi maka timbulnya gejala Stroke (Perreu & Bogusslavsky, 2003 dalam Pinzon & Asanti, 2010).

Hipertensi mempercepat pengerasan dinding pembuluh darah arteri dan mengakibatkan penghancuran lemak pada sel otot polos sehingga mempercepat proses aterosklerosis. Hipertensi berperanan dalam proses aterosklerosis melalui efek penekanan pada sel endotel atau lapisan dalam dinding arteri yang berakibat pembentukan plak pembuluh darah semakin cepat seseorang dikatakan hipertensi bila tekanan darahnya 140/90 mmHg (Junaidi, 2011).

Peningkatan tekanan darah sistolik dan diastolik dapat meningkatkan terjadinya stroke (Lewis et al, 2007). Penelitian Zhang dkk (2010), di Cina menunjukan bahwa tingginya tekanan darah sistolik dapat meningkatkan kejadian stroke. Penelitian yang dilakukan oleh Kristiyawati (2008), menunjukan adanya hubungan antara kejadian Stroke dengan hipertensi dan hipertensi merupakan faktor resiko paling dominan yang berhubungan dengan kejadian Stroke.

1. **Diabetes Mellitus**

Individu dengan diabetes memiliki resiko yang lebih tinggi untuk mengalami Stroke dibandingkan dengan individu tanpa Diabetes Mellitus merupakan penyakit yang sering dijumpai bersama-sama penyakit serebrovaskuler, yang merupakan faktor resiko kedua terjadinya Stroke. Seorang dikatakan menderita diabetes mellitus apabila hasil pemeriksaan kadar gula darah sewaktu >200 mg/dl atau pemeriksaan gula darah puasa >140 mg/dl, atau pemeriksaan gula darah 2 jam postprandial >200 mg/dl (Smeltzer & Bare, 2002)*.*

Diabetes mellitus menyebabkan kadar lemak darah meningkat karena konversi lemak tubuh yang terganggu. Bagi penderita diabetes mellitus peningkatan kadar lemak darah sangat meningkatkan resiko penyakit Stroke. Diabetes mempercepat terjadinya arterosklerosis baik pada pembuluh darah kecil (mikroangiopati) maupun pembuluh darah besar (makroangiopati) diseluruh pembuluh darah termasuk pembuluh darah otak dan jantung. Kadar glukosa darah yang tinggi pada Stroke akan memperbesar meluasnya area infark (sel mati) karena terbentuknya asam laktat Di Indonesia, Stroke merupakan penyakit nomor tiga mematikan setelah jantung dan kanker .berdasarkan data Rikesda peningkatan pada prevalensi Stroke dari 8,3 per 1.000 pada Rikesda 2007 menjadi 12,1 per 1000 pada Rikesda 2013 (untuk stroke responden 15 tahun keatas).

Akibat metabolisme glukosa yang dilakukan secara anaerob (oksigen sedikit) yang termasuk jaringan otak (Junaidi, 2011). Penderita diabetes mellitus tubuhnya tidak menangani gula secara tepat, tidak dapat memproses lemak secara efisien dan akan mempunyai resiko yang tinggi untuk terjadinya hipertensi. Diabetes juga berperan pada kemampuan tubuh untuk mencegah gumpalan darah beku, meningkatkan resiko Stroke Iskemik.

Siswanto (2005) dalam penelitiannya menunjukan bahwa resiko untuk terjadinya Stroke *Recurent* pada subyek dengan kadar gula darah puasa >140 mg/dl sebesar 2,63 kali dibandingkan dengan kadar gula darah puasa <140 mg/dl. Sedangkan subyek dengan kadar gula puasa 2 jam pp >200 mg/dl beresiko terkena Stroke *Recurent*sebesar 3,16 kali dibandingkan dengan kadar gula darah puasa <140 mg/dl.

**3. Merokok**

Merokok meningkatkan resiko terkena Stroke dua sampai empat kali. Hal ini berlaku untuk semua jenis rokok (sigaret, pipa atau cerutu) dan untuk semua tipe Stroke, terutama perdarahan subarachnoid karena terbentuknya aneurisma dan stroke iskemik. Merokok memberikan konstribusi terbentuknya plak pada arteri. Asap rokok mengandung beberapa zat berbahaya yang sering disebut zat oksidator.

Zat oksidator ini menimbulkan kerusakan dinding arteri dan menjadi tempat penimbunan lemak, sel trombosit, kolesterol, penyempitan dan pergeseran arteri diseluruh tubuh termasuk otak, jantung dan tungkai, sehingga merokok dapat memicu terjadinya aterosklerosis, mengurangi aliran darah, dan menyebabkan darah menggumpal sehingga beresiko terkena stroke (Pinzon & Asanti, 2010). Peranan rokok pada aterosklerosis menurut Junaidi (2011) adalah merokok menurunkan jumlah kolesterol baik dan menurunkan kemampuan kolesterol baik untuk menyingkirkan kolesterol jahat yang berlebihan karena sel-sel darah menggumpal pada dinding arteri, ini meningkatkan resiko pembentukan trombus dan plak. Rokok dapat menyebabkan peningkatan kecepatan detak jantung serta memicu penyempitan pembuluh darah.

Penelitian yang dilakukan Siregar (2005) menunjukan bahwa merokok merupakan faktor yang kuat untuk terjadinya Stroke. Begitu juga penelitian yang dilakukan Zhang dkk (2010), di Cina menyebutkan bahwa merokok mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap terjadinya Stroke dan juga perempuan yang tinggal bersama suami yang merokok aktif (1-9 batang perhari) beresiko 2 kali untuk terkena Stroke. Siswanto (2005) dalam penelitiannya menunjukan bahwa penderita Stroke yang merokok memiliki resiko 1,28 kali untuk terkena Stroke *Recurent* meskipun resiko tersebut tidak bermakna secara statistik.

**4.Kepatuhan kontrol**

Penderita stroke harus sering memeriksakan dirinya kedokter atau rumah sakit. Selain kontrol kedokter penderita Stroke harus mengontrol kolesterol, penderita Stroke juga harus mengontrol gula darahnya. Seseorang yang berusia 60 tahun dengan tekanan sistolik 135 mmHg(*premiery prevention of stroke*, AHA/ASA *guideline stroke*, 2006 dalam *Bethesda stroke center literature*, 2008) kemungkinan untuk mendapatkan Stroke Iskemik dalam jangka waktu 8 tahun adalah 8/1000.

Bila disamping itu menderita diabetes mellitus, kemungkinan untuk mendapatkan stroke meningkat menjadi 17/1000. Bila tekanan sistolik 180 mmHg probabilitasnya adalah 30/1000 dengan diabetes mellitus meningkat menjadi 59/1000 (Lumantobing, 2002). Siswanto (2005), dalam penelitiannya menunjukan bahwa kebiasaan penderita Stroke melakukan kontrol tidak teratur memiliki hubungan yang bermakna terhadap kejadian Stroke *Recurent* dengan resiko mencapai 3,84 kali dibandingkan dengan penderita Stroke yang melakukan kontrol secara teratur.

**5. Obesitas**

Terdapat saling keterkaitan antara obesitas dengan resiko peningkatan hipertensi penyakit jantung, stroke, diabetes mellitus dan merupakan beban penting pada kesehatan jantung dan pembuluh darah. Obesitas dapat meningkatkan kejadian stroke terutama bila disertai dengan dislipedemia dan hipertensi melalui proses aterosklerosis. Obesitas juga dapat menyebabkan terjadinya stroke lewat efek snoring atau mendengkur dan tiba-tiba henti napas karena terhentinya suplai oksigen secara mendadak di otak. Obesitas juga membuat seseorang cenderung mempunyai tekanan darah tinggi, meningkatkan resiko terjadinya diabetes juga meningkatkan produk sampingan metabolisme yang berlebihan yaitu oksidan atau radikal bebas (Junaidi, 2011).

Indeks masa tubuh adalah rasio standar berat badan terhadap tinggi,dan sering digunakan untuk indikator kesehatan umum.IMT dihitung dalam mambagi berat badan (dalam kilogram)dengan kuadrat tinggi badan (dalam meter).IMT < 18.5 berat badan kurang,IMT 18.5 – 24 Normal,IMT 25-29 kelebihan berat badan,> 30 obeitas.

Penurunan berat badan adalah perubahan gaya hidup yang paling besar pengaruhnya terhadap perbaikan tekanan darah. Hal ini dibuktikan dengan mereka yang berusia 50-65 tahun yang mengalami penurunan berat badan 7 kg atau lebih mengalami penurunan resiko terserang hipertensi sebanyak 21%. Sedangkan kelompok yang lebih tua yang mengalami penurunan berat badan yang sama resikonya pun turun 29%. Lewis, dkk (2007), dalam penelitiannya menunjukan bahwa penurunan berat badan 10 kg dapat menurunkan tekanan darah sistolik 5-20 mmHg.

**6. Minum Alkohol**

Minum alkohol secara teratur lebih dari 30 gram per hari (pria) atau 15 gram per hari (wanita), mabuk-mabukan (minum lebih dari 75 % gram dalam 24 jam) dan alkoholisme dapat meningkatkan tekanan darah sehingga dapat meningkatkan resiko Stroke. Minum alkohol dalam jumlah sedikit pun dapat meningkatkan tekanan darah, oleh karena itu harus dihindari untuk seorang yang memiliki riwayat hipertensi karena dapat menimbulkan komplikasi berat (Wahyu, 2009).

Martuti (2009), dalam penelitiannya menunjukan bahwa mengkonsumsi alkohol dapat meningkatkan tekanan darah secara cepat. Seseorang yang mengkonsumsi alkohol lebih dari 3 gelas atau lebih setiap hari sudah cukup untuk meningkatkan tekanan darah.

**7. Diit**

Diet khusus penyakit Stroke bertujuan untuk memberikan makanan secukupnya untuk memenuhi kebutuhan gizi pasien dengan memperhatikan keadaan dan komplikasi penyakit .dan tujuan lainnya adalah memperbaiki keadaan stroke. Diet khususnya pasien stroke diharapkan dapat mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit.Namun sebelum dilakukan diet penderita stroke dilakukan pemenuhan syarat yaitu, Protein yang cukup 0,8-1kg BB apabila pasien dalam gizi kurang ,protein diberikan 1,2-1,5/kgBB. Lemak yang cukup 20-25%dari kebutuhan energi total utamakan sumber lemak tidak jenuh ganda batasi kebutuhan lemak jenuh yaitu 10% dari kebutuhan energi total.,Cukup Energi 24-25 kkal/kgBB.Karbohidrat cukup 60-70% dari kebutuhan energi total.Untuk pasien dengan Diabetes Militus diutamakan karbohidrat komplek.

Vitamin yang cukup Vit A,riboflavin B6,asam folat B12,C dan Vit E.Mineral yang cukup terutama kalsium magnesium dan kalium.penggunaan nartium dibatasi dengan memberikan garam dapur maksimal 11/2 sendok teh/hari(setara dengan kira-kira 5gram garam dapur atau 2 gram Natrium).Serat yang kucup untuk membantu menurunkan kadar kolesterol darah dan mencegah konstipasi.Cairan yang cukup yaitu 6-8 gelas/hari.

Menurut Lewis, dkk (2007), diet dengan tinggi lemak dan kurangnya buah dan sayur dapat meningkatkan resiko terjadinya stroke. Pernyataan ini juga didukung oleh *premiery prevention of stroke* AHA/ASA *guideline stroke*, (2006, dalam *Bethesda stroke center literature*, 2008), yang menyatakan bahwa asupan makanan yang mengandung banyak sayur dan buah dapat mengurangi terjadinya stroke. Pemakaian sodium yang berlebihan juga dapat meningkatkan tekanan darah (Black & Hawks, 2009).

Menurut Martuti (2009), dalam penelitiannya menunjukan bahwa pasien stroke perlu membatasi asupan garam karena kandungan mineral natrium (sodium) didalamnya memegang peranan penting terhadap timbulnya hipertensi. Serat makanan juga dibutuhkan untuk proses metabolisme dalam tubuh. Diet tinggi serat bermanfaat untuk menghindari kelebihan lemak, lemak jenuh dan kolesterol. Setiap gram konsumsi serat juga menghindari kelebihan gula dan natrium serta dapat menurunkan berat badan dan mencegah kegemukan. *Dietary guedelines for American* menganjurkan untuk mengkonsumsi makanan yang mengandung serat 20-35 gr perhari.

**2.2.3 Manifestasi Klinis**

 Stroke menyebabkan berbagai defisit neurologik, bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya tidak adekuat, dan jumlah aliran darah kolateral (sekunder atau aksesori). Fungsi otak yang rusak tidak dapat membaik sepenuhnya. Manifestasi klinis stroke menurut Smeltzer & Bare (2002), antara lain: defisit lapang pandang, defisit motorik, defisit sensorik, defisit verbal, defisit kognitif dan defisit emosional.

1. Defisit Lapang Pandangan

1. Tidak menyadari orang atau objek di tempat kehilangan penglihatan
2. Kesulitan menilai jarak
3. Diplopia

2. Defisit Motorik

1. Hemiparesis (kelemahan wajah, lengan, dan kaki pada sisi yang sama).
2. Hemiplegi (Paralisis wajah, lengan dan kaki pada sisi yang sama).
3. Ataksia (Berjalan tidak mantap, dan tidak mampu menyatukan kaki.
4. Disartria (Kesulitan berbicara), ditunjukkan dengan bicara yang sulit dimengerti yang disebabkan oleh paralisis otot yang bertanggung jawab untuk menghasilkan bicara.
5. Disfagia (Kesulitan dalam menelan)

3. Defisit Sensorik : kebas dan kesemutan pada bagian tubuh

4. Defisit Verbal

1. Afasiaekspresif (Tidak mampu membentuk kata yang dapat dipahami)
2. Afasia reseptif (Tidak mampu memahami kata yang dibicarakan)
3. Afasia global (kombinal baik afasia reseptif dan ekspresif)

5. Defisit Kognitif

1. Kehilangan memori jangka pendek dan panjang
2. Penurunan lapang perhatian
3. Kerusakan kemampuan untuk berkonsentrasi
4. Perubahan penilaian

6. Defisit Emosional

1. Kehilangan kontrol diri
2. Labilitas emosional
3. Penurunan toleransi pada situasi yang menimbulkan stres
4. Depresi
5. Menarik diri
6. Rasa takut, bermusuhan dan marah
7. Perasaan isolasi (Martuti, 2009).

**2.3 KERANGKA TEORI**

Faktor yang dapat diubah :

1Hipertensi

2Diabetesmelitus

3 Kelainan jantung

4 Merokok

5 Olah raga

6 Kepatuhan kontrol

7 Obesitas

8 Minum alkohol

9Diet

Faktor yang tidak dapat diubah :

1 Keturunan / keluarga

 2 Umur

 3 Jenis kelamin

 4 Suku / ras

Stroke

Hemoragik

Iskemik

1.Penyakit hipertensi

2.Diabetes melitus

3.Merokok

4.Kepatuhan diet

5.Kepatuhan kontrol

Stroke Recurent

Stroke recurent

1. Defisit lapang pandang

2. Defisit motorik

3. Defisit verbal

4. Defisit kognitif

5. Defisit emosional

6. Bila terjadi penurunan kesadaran,prognosisnya jelek dan bisa mengakibatkan kematian .

 Skema 2.1 kerangka Teori

( husni & Laksmawati,2001. LumanTobing,2002. Smekzer & Bare,2002.

Black & Hawk s, 2009.Wahyu, 2009. Pinzon & Asanti, 2010. Junaidi, 2011. Data Riset Kesehatan dasar Indonesia, 2007. Whardhana, 20011)

**BAB III**

**KERANGKA KONSEP**

**3.1. Kerangka Konsep**

Berdasarkan kerangka teori diatas, maka untuk penelitian ini dibuat suatu kerangka konsep penelitian tentang kejadian Stroke *Recurent* (sebagai variabel terikat) yang yang berhubungan dengan faktor resiko yang dapat diubah dan faktor resiko yang tidak dapat dirubah. Faktor resiko yang tidak dapat diubah diantaranya umur, riwayat keluarga, suku, ras, dan jenis kelamin, sedangkan faktor yang dapat diubah diantaranya hipertensi, diabetes mellitus, minum alkohol, merokok, obesitas, diit, dan kepatuhan kontrol yang tidak teratur.

 Variabel Independen Variabel Dependen

Hipertensi

Kejadian stroke Recurent

Diabetes Militus

Merokok

Kepatuhan kontrol

Diit

36

**3.2.Variabel Penelitian**

Variabel dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Variabel Independen (variabel bebas) dalam penelitian ini adalah kebiasaan hipertensi, diabetes militus merokok, kepatuhan diit,kepatuhan kontrol.
2. b.Variabel Dependen (variabel terikat) dalam penilitian ini adalah kejadian Stroke *Recurent.*

**3.3. Hipotesis**

1. Ada hubungan antara penyakit hipertensi dengan Stroke *Recurrent* .

2.Ada hubungan penyakit diabetes militus dengan kejadian Stroke *Recurrent.*

3.Adanya hubungan kepatuhan merokok dengan kejadian Stroke *Recurrent*

4.Adanya hubungan antara diet dengan kejadian Stroke *Recurrent .*

5.Adanya hubungan antara kepatuhan kontrol dengan Stroke *Recurent*.

**BAB IV**

**METODOLOGI PENELITIAN**

**4.1 Desain Penelitian**

 Desain penelitian adalah bentuk rancangan yang digunakan dalam melakukan penelitian (Hidayat, 2008). Penelitian ini dilakukan penulis dengan menggunakan metode Deskripsi kolerasi yaitu mencari untuk hubungan antara dua variabel pada situasi atau sekelompok subjek Notoatmojo,2010). Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui Faktor Faktor yang berhubungan dengan terjadinya Stroke *Recurrent* di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi tahun 2016.

Penelitian ini menggunakan pendekatan cross sectional, pada pendekatan ini, pengumpulan data variabel Independen dan dependen dilakukan dalam waktu bersamaan atau sekaligus.

**4.2 Tempat dan waktu penelitian**

4.2.1 Tempat penelitian

 Tempat Penelitian

 Penelitian ini dilakukan di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi.

4.2.2 Waktu Penelitian

 Penelitian ini akan dilakukan pada bulan desember 2016.

38

**4.3 Populasi Sample dan sampling**

4.3.1 Populasi

Populasi dalam penelitian adalah subjek (misalnya,klien/manusia ) yang memenuhi kriteria yang ditetapkan (Nursalam,2013).Pada penelitian ini yang menjadi populasi adalah semua pasien stroke yang berkunjung selama satu bulan ke IGD RSSN Bukitinggi Tahun 2015. Pada penelitian ini yang akan menjadi populasi pasien stroke. Rata rata kunjungan pasien stroke dalam 1 bulan adalah 250 orang di IGD RSSN Bukittinggi

4.3.2 Sample

Sampel adalah sebagian dari keseluruhan objek/subjek yang akan diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmojo,2010). Penentuan kriteria sample membantu penelitian untuk mengurangi bias hasil penelitian ,khusus jika terdapat variabel variabel (control atau perancu )yang ternyata mempunyai pengaruh terhadap variabel yang kita teliti (Nursalam ,2013). Kriteria sample yang diambil masuk kedalam kriteria inklusi, kriteria inklusi ini adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau dan akan diteliti (Nursalam,2013).

Kriteria inklusi :

1. Semua pasien Stroke yang masuk ke Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi.
2. Bersedia menjadi Responden.
3. Pasien yang berada ditempat saat penelitian melakukan penelitian .
4. Pasien dan keluarga kooperatif, mampu menjawab pertanyaan.

Kriteria Ekslusi adalah menghilagkan/menggeluarkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi dari studi karena berbagai sebab (Nursalam,2013). Yang termasuk kriteria ekslusi yaitu:

1. Tidak bersedia menjadi responden .
2. Pasien dan keluarga tidak kooperatif .

Berdasarkan sample dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan rumus

 N=25%XN

 Keterangan :

 N : Besar Sample

X N : Besar populasi

250 x 25% = 63 orang/bulan.

Ket : (Nursalam, 2013)

4.3.3 Tehnik Sampling

 Sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi .tehnik sampling artinya cara atau metode sampling adalah suatu proses dalam menyeleksi sample untuk dapat mewakili seluruh populasi, tehnik sampling adalah cara cara yang ditempuh dalampengambilan sample agar memperoleh sample yang benar benar sesuai dengan keseluruhan objek penelitian (nursalam 2013).

 Teknik pengambilan sample ini adalah *Accidental Sampling*. Accidental Sampling adalah suatu tehnik penetapan sample dengan cara menggambil kasus atau responden yang kebetulan ada dan tersedia (Nursala,2013).

**4.4.Definisi Operasional**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Variabel** | **Defenisi Operasinal** | **Alat Ukur** | **Cara Ukur** | **Skala ukur** | **Hasil ukur** |
| 1 | Independen Stroke  | Hilangnya fungsi otak dengan cepat karna gangguan suplay darah keotak,yang terjadi lebih dari satu kali | kuesioner | Wawancara | ordinal | Recurent bila stroke terjadi lebih dari satu kali.Tidak Stroke Recurrent terjadi baru pertama kali. |
| 2 | DependenHipertensi | Dikatakan hipertensi jika tekanan darah sistolik >140 mmHg Diastolik >90 mmHg. | Kuesioner/ pedoman observasi | observasi | Ordinal | Hipertensi,bila tekana darah >140/90mmHgTidak Hipertensi. Bila tekanan darah <140/90mmHg |
| 3 | Diabetes Militus | Seorang dikatakan menderita diabetes mellitus apabila hasil pemeriksaan kadar gula darah sewaktu >200 mg/dl  | Kuesioner/ pedoman observasi | observasi | Ordinal | Diabetes bila gula darah sewaktu >200 mg/dlTidak Diabetes bila gula darah <200 |
| 4 | Kebiasaan Merokok | Suatu kebiasaan menghisap batang rokok | kuesioner | wawancara | ordinal | Merokok berat:21-30batang /hari.Tidak Merokok 1-2 batang/hari. |
| 5 | Kepatuhan kontrol | Kepatuhan Seseorang dalam melaksanakan aturan kontrol yang disaran kan oleh tenaga kesehatan. | kuesioner | wawancara | Ordinal | Kontrol: jika kontrol sesuai dengan jadwal yang dianjurkan. Tidak kontrol:Jika tidak melakukan kontrol sesuai yang dianjurkan. |
| 6 | Diet | Kebiasaan mengkonsumsi makanan secukupnya untuk memenuhi kebutuhan gizi yang cukup dan seimbang. | kuesioner | wawancara | ordinal | Baik jika ,jika melakukan diet cukup dan seimbang .Tidak baik ,jika Tidak melakukan diet cukup dan seimbang |

**4.5. Pengumpulan Data**

 4.5.1 Instrumen pengumpulan data

 Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner. skala pengukuran yang digunakan yaitu Guttman scale, lembaran kuesioner dirancang menurut variabel yang akan diteliti tentang ada atau tidaknya stroke recurrent dan faktor terjadinya stroke recurrent.

4.5.2 Cara pengumpulan data

Setelah mendapat izin dari kepela ruangan IGD RSSN Bukittinggi maka pengumpulan data dilakukan dengan tahapan penjelasan tentang tujuan, manfaat, dan prosedur penelitian yang akan dilaksanakan pada responden, setelah responden memehami penjelasan yang diberikan, responden diminta persetujuannya yang dibuktikan dengan menandatangani informant concent dan untuk mengisi lembaran kuesioner diisi langsung oleh responden atau dengan bantuan keluarga.

Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan instrument berupa lembar kuesioner, bagi responden yang tidak bisa menjawab pertanyaan, maka pertanyaan diajukan kepada anggota keluarganya. Setelah semua pertanyaan terjawab dengan lengkap maka peneliti dapat mengakhiri pertemuan saat itu.

4.5.3 **Uji coba instrument**

Sebelum dilakukan pengambilan data terlebih dahulu, dilakukan uji coba terhadap alat ukur .uji coba dilakukan untuk mengetahui responden dapat mengerti atau tidak dengan pertanyan pertanyaan dalam kuesioner sehingga dapat diketahui kuesioner sudah bisa digunakan sebagai alat ukur dalam penelitian yang akan dilakukan Validitas dan Reabilitas. Validitas adalah mempunyai arti sejauh mana ketepatan dan kecermatan suatu alat kur dalam melakukan fungsi ukurnya , Reabilitas adalah indeks yang menunjukan sejauh mana suatu alat ukur dapat dipercaya atau diandalkan.

**4.6. Cara pengolahan dan Analisa data**

4.6.1 **Tehnik pengolahan data**

Tehnik pengolahan data dalam suatu penelitian merupakan suatu langkah yang sangat penting agar data diperoleh dapat memberi jawaban atau gambaran informasi tentang penelitian .untuk pelaksanaan pengolahan data didalam penelitian ini diperlukan analisa data secara kwalitatif.

Pengolahan data dilakukan secara manual dengan langkah langkah sebagai berikut:

1. Penyuntingan data (*Editing*)

Melakukan pengecekan terhadap isian angket apakah jawaban yg sudah dibuat sudah lengkap,jelas dan jawaban sudah relevan dengan pertanyaan.

1. Pengkodean data (*coding*)

Memberikan kode pada setiap informasi yang sudah terkumpul pada setiap pertanyaan dalam angket untuk memudahkan dalam mengolah data

1. Pembersihan Data (*clening)*

Merupakan pengecekan kembali data yang sudah terkumpul apakah ada kesalahan/tidak

1. Proses(*processing)*

Merupakan langkah memproses data agar dapat dianalisis,memprosesan data yang dilakukan dengan cara data mengentry data kuisioner kepaket program komputer

4.6.2 Metoda analisa data

Data diperoleh dar hasil penelitian diolah dengan komputerisasi ,disajikan dalam bentuk distribusi frekwensi analisa data dilakukan dengan analisa univariat dan analisa bivariat.

1. Analisa univariat

Analisa ini menggambarkan distribusi frekwensi masing masing variabel yg diteliti ariabel independen yang diteliti yaitu stroke recurent dan independen faktor faktor yang mempengaruhi stroke recurrent .tujuan adalah mendapatkan gambaran sebaran (distribusi frekwensi dan untuk melihat persentase) dari masing masing variabel. Data ditampilkan dalam proporsi atau pesentase dan tabel karakteristik resonden meliputi penyakit kardiovaskuler, diabetes militus, merokok, kepatuhan kontrol, kepatuhan diet, obesitas, alkohol, dengan kejadian stroke recurrent.

1. analisa bivariat

Analisa ini untuk melihat adanya hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen dengan menggunakan uji chi-square, dengan derajat kepercayaan 95% atau a=0,05. Untuk melihat hasil kemaknaan perhitungan statistik digunakan batas kemaknaan perhitungan statistik digunakan batas kemaknaan 0,05 sehingga jika nilai value p ≤ 0,05 maka secara statistik bermakna, jika nilai value *p-value* >0,05 maka hasil hitungan disebut tidak bermakna.

 Hubungan antara dua variabel penelitian dengan uji statistik Chi-square test dengan SPSS.

**4.7 Etika penelitian**

Menurut wulan dan hastuti (2011),mengingat penelitian keperawatan berhubungan langsung dengan manusia, maka segi etika yang harus diperhatikan adalah sebagai beikut :

4.7.1 *Infomed concent* (peryataan persetujuan )

Informed concent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. Informed concent tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan. Peneliti harus menghormati keputusan respnden untuk menyetujui atau tidak menyetujui menjadi responden dalam penelitian ini.

4.7.2 Anominity (Tanpa nama)

Tidak mencantumkan nama responden dalam lembar observasi yang digunakan, tetapi tetapi menukar dengan kode atau inisial nam responden, termasuk dalam penyajian hasil penelitian.

4.7.3 Nonmaleficence (terhindar dari cidera)

Proses penelitian yang dilakukan haruslah tidak menimbulkan dampak yang serius pada responden.

* + 1. Prinsip Benefiense

Artinya menumbuhkan kerjasama yang baik dengan responden dan memberikan manfaat bagi responden baik secara langsung maupun tidak langsung.

* + 1. Autonomy (otonomi)

Dalam penelitian ini responden berhak menentukan ia berpartisipasi atau tidak menjadi responden .

* + 1. Confidentiality (kerahasiaan)

Peneliti menjamin bahwa ada data yang diberikan oleh responden dijaga kerahasiaannya, baik informasi yang diberikan maupun masalah masalah lainnya.

**BAB V**

**HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

* 1. **Hasil Penelitian**

Penelitian yang dilakukan terhadap 63 orang responden tentang Faktor-faktor yang berhubungan dengan terjadinya Stroke *Recurent* di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi tahun 2016, diperoleh data tentang responden sebagai berikut :

**5.1.1. Analisa Univariat**

**5.1.1.1. Faktor Hipertensi**

  **Tabel 5.1.**

**Distribusi frekuensi Responden berdasarkan Penyakit Hipertensi pada pasien Stroke *Recurent* di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit**

**Stroke Nasional Bukittinngi Tahun 2016**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  **No** | **Penyakit Hipertensi**  | **F** | **%** |
| 12 | HipertensiTidak Hipertensi | 3627 | 57.142.9 |
|  | Jumlah | 63 | 100 % |

Berdasarkan tabel 5.1 di atas dapat diketahui bahwa dari 63 orang responden lebih dari separoh responden 57.1 % memiliki penyakit hipertensi pada pasien stroke di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinngi tahun 2016.

47

**5.1.1.2. Penyakit Diabetes Millitus**

**Tabel 5.2.**

**Distribusi frekuensi Responden berdasarkan Penyakit Diabetes Millitus pada pasien Stroke *Recurent* di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit**

**Stroke Nasional Bukittinngi Tahun 2016**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  **No** | **Penyakit Diabetes Millitus**  | **F** | **%** |
| 12 | Diabetes MillitusTidak Diabetes Millitus  | 3033 | 47.652.4 |
|  | Jumlah | 63 | 100 % |

Berdasarkan tabel 5.2 di atas dapat diketahui bahwa dari 63 orang responden lebih dari separoh responden 52,4 % memiliki penyakit diabetes millitus pada pasien stroke di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinngi tahun 2016

**5.1.1.3. Kebiasaan Merokok**

**Tabel 5.3.**

**Distribusi frekuensi Responden berdasarkan kebiasaan merokok pada pasien Stroke *Recurent* di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit**

**Stroke Nasional Bukittinngi Tahun 2016**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  **No** | **Kebiasaan Merokok** | **F** | **%** |
| 12 | Merokok Tidak Merokok | 2538 | 39.760.3 |
|  | Jumlah | 63 | 100 % |

Berdasarkan tabel 5.3 di atas dapat diketahui bahwa dari 63 orang responden kurang dari separoh responden 60.3 % tidak merokok pada pasien stroke di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinngi tahun 2016

**5.1.1.4. Kepatuhan Kontrol**

**Tabel 5.4.**

**Distribusi frekuensi Responden berdasarkan Kepatuhan Kontrol pada pasien Stroke *Recurent* di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit**

**Stroke Nasional Bukittinngi Tahun 2016**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  **No** | **Kepatuhan Kontrol** | **F** | **%** |
| 12 | TerkontrolTidak terkontrol  | 4023 | 63.536.5 |
|  | Jumlah | 63 | 100 % |

Berdasarkan tabel 5.4 di atas dapat diketahui bahwa dari 63 orang responden lebih dari separoh responden 63,5 % memiliki kepatuhan terkontrol pada pasien stroke di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinngi tahun 2016

**5.1.1.5**. **Diit Pasien**

**Tabel 5.5.**

**Distribusi frekuensi Responden berdasarkan Diit Pasien pada pasien Stroke *Recurent* di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit**

**Stroke Nasional Bukittinngi Tahun 2016**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  **No** | **Diit Pasien**  | **F** | **%** |
| 12 | BaikTidak baik | 4122 | 63,536.5 |
|  | Jumlah | 63 | 100 % |

Berdasarkan tabel 5.5 di atas dapat diketahui bahwa dari 63 orang responden lebih dari separoh responden 63.5 % memiliki diit yang baik pada pasien stroke di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinngi tahun 2016

5.1.1.6. Kejadian Stroke *Recurret*

**Tabel 5.6.**

**Distribusi frekuensi Responden berdasarkan Penyakit Stroke *Recurent***

 **di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit**

**Stroke Nasional Bukittinngi Tahun 2016**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  **No** | **Stroke *Recurrent***  | **F** | **%** |
| 12 | Terjadi Stroke R*ecurrent*Tidak Stroke R*ecurrent* | 2934 | 46.054.0 |
|  | Jumlah | 63 | 100 % |

Berdasarkan tabel 5.6 di atas dapat diketahui bahwa dari 63 orang responden lebih dari separoh responden 54,0 % tidak terjadi stroke *Recurrent* pada pasien stroke di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinngi tahun 2016

**5.1.2. Analisa Bivariat**

Analisa bivariat dilakukan untuk melihat Faktor-faktor yang berhubungan dengan terjadinya Stroke *Recurent* di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinngi tahun 2016. Pengujian hipotesis dilakukan untuk mengambil keputusan apakah hipotesis yang diajukan cukup meyakinkan untuk ditolak atau diterima dengan menggunakan pengujian statistik *chi square*. Hubungan variabel independen dan variabel dependen dikatakan bermakna apabila nilai p yang diperoleh ≤ 0,05. Hasil analisa bivariat pada penelitian ini adalah :

**5.1.2.1.Hubungan Penyakit Hipertensi dengan Kejadian Stroke Recurrent**

**Tabel 5.7**

**Hubungan Penyakit Hipertensi dengan terjadinya Stroke *Recurent***

**di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional**

**Bukittinngi tahun 2016**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Penyakit Hipertensi**  | **Kejadian Stroke Recurrent**  | **Total** | **P-value** | **OR** |
| Terjadi Stroke Recurrent | Tidak terjadi Stroke recurrent  |
| n. | % | n. | % | N | % |
| Terjadi  | 18 | 50.0 | 18 | 50,0 | 36 | 100 | 0.016 | 1.455 |
| TidakTerjadi | 11 | 40,7 | 16 | 59.3 | 27 | 100 |
| Jumlah  | 29 | 46.0 | 34 | 54.0 | 63 | 100 |

Dari tabel 5.7. diatas dapat dilihat bahwa dari 36 responden yang memiliki penyakit Hipertensi didapatkan separoh responden 50.0% terjadi Stroke *Recurent* di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinngi tahun 2016, Sedangkan dari 27 responden yang tidak terjadi penyakit hipertensi terdapat lebih dari separoh 59.3 % tidak terjadi stroke recurrent Stroke *Recurent* di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinngi tahun 2016. Setelah dilakukan uji statistik diperoleh nilai p. 0,016 sehingga H0=Ditolak maka dapat disimpulkan ada Hubungan faktor penyakit hipertensi dengan Stroke *Recurent* di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinngi tahun 2016. Dari hasil analisis didapatkan nilai *Odds ratio* = 1.455 artinya renponden yang memiliki penyakit hipertensi memiliki peluang sebesar 1,455 kali untuk terjadinya stroke *Recurrent* dibanding dengan yang tidak terjadi hipertendi di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinngi tahun 2016

5.1.2.2. **Hubungan Penyakit DM dengan Kejadian Stroke Recurrent**

**Tabel 5.8**

**Hubungan Penyakit DM dengan terjadinya Stroke *Recurent***

**di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional**

**Bukittinngi tahun 2016**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Penyakit Diabetes Millitus**  | **Kejadian Stroke Recurrent**  | **Total** | **P-value** | **OR** |
| Terjadi Stroke Recurrent | Tidak terjadi Stroke recurrent  |
| n. | % | n. | % | N | % |
| DM  | 16 | 53.3 | 14 | 46.7 | 30 | 100 | 0.014 | 1.758 |
| TidakDM | 13 | 39.4 | 20 | 60.6 | 33 | 100 |
| Jumlah  | 29 | 46.0 | 34 | 54.0 | 63 | 100 |

Dari tabel 5.8. diatas dapat dilihat bahwa dari 33 responden yang tidak memiliki penyakit DM didapatkan lebih dari separoh responden 60.6% Tidak terjadi Stroke *Recurent* di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinngi tahun 2016, Sedangkan dari 30 responden yang terjadi penyakit DM terdapat lebih dari separoh 53.3 % tidak terjadi stroke recurrent Stroke *Recurent* di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinngi tahun 2016. Setelah dilakukan uji statistik diperoleh nilai p. 0,014 sehingga H0=Ditolak maka dapat disimpulkan ada Hubungan faktor penyakit DM dengan Stroke *Recurent* di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinngi tahun 2016. Dari hasil analisis didapatkan nilai *Odds ratio* = 1.455 artinya renponden yang memiliki penyakit DM memiliki peluang sebesar 1,758 kali untuk terjadinya stroke *Recurrent* dibanding dengan yang tidak terjadi hipertendi di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinngi tahun 2016

5.1.2.3. **Hubungan kebiasaan Merokok dengan Kejadian Stroke Recurrent**

**Tabel 5.9**

**Hubungan Kebiasaan Merokok dengan terjadinya Stroke *Recurent***

**di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional**

**Bukittinngi tahun 2016**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kebiasaan Merokok**  | **Kejadian Stroke Recurrent**  | **Total** | **P-value** | **OR** |
| Terjadi Stroke Recurrent | Tidak terjadi Stroke recurrent  |
| n. | % | n. | % | N | % |
| Merokok | 10 | 40.0 | 15 | 60 | 25 | 100 | 0.041 | 0.667 |
| TdkMe rokok | 19 | 50.0 | 19 | 50.0 | 38 | 100 |
| Jumlah  | 29 | 46.0 | 34 | 54.0 | 63 | 100 |

Dari tabel 5.9. diatas dapat dilihat bahwa dari 38 responden yang tidak merokok separoh responden 50,0% Tidak terjadi Stroke *Recurent* di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinngi tahun 2016, Sedangkan dari 25 responden yang perokok terdapat kurang dari separoh 40.0 % terjadi Stroke *Recurent* di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinngi tahun 2016. Setelah dilakukan uji statistik diperoleh nilai p. 0,041 sehingga H0=Ditolak maka dapat disimpulkan ada Hubungan faktor kebiasaan merokok dengan Stroke *Recurent* di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinngi tahun 2016.

5.1.2.4. **Hubungan Kepatuhan kontrol dengan Kejadian Stroke Recurrent**

**Tabel 5.10**

**Hubungan kepatuhan kontrol dengan terjadinya Stroke *Recurent***

**di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional**

**Bukittinngi tahun 2016**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kepatuhan Kontrol**  | **Kejadian Stroke Recurrent**  | **Total** | **P-value** | **OR** |
| Terjadi Stroke Recurrent | Tidak terjadi Stroke recurrent  |
| n. | % | n. | % | N | % |
| Tdk Terkontrol  | 7 | 30.4 | 16 | 69.6 | 23 | 100 | 0.031 | 0.358 |
| Terkontrol  | 22 | 55.0 | 18 | 45.0 | 40 | 100 |
| Jumlah  | 29 | 46.0 | 34 | 54.0 | 63 | 100 |

Dari tabel 5.10. diatas dapat dilihat bahwa dari 40 responden yang memiliki kepatuhan terkontrol didapatkan lebih dari separoh responden 55.0% terjadi Stroke *Recurent* di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinngi tahun 2016, Sedangkan dari 23 responden yang kepatuhan tidak terkontrol terdapat lebih dari separoh 69.6 % tidak terjadi Stroke *Recurent* di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinngi tahun 2016. Setelah dilakukan uji statistik diperoleh nilai p. 0,031 sehingga H0=Ditolak maka dapat disimpulkan ada Hubungan faktor kepatuhan kontrol dengan Stroke *Recurent* di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinngi tahun 2016. Dari hasil analisis didapatkan nilai *Odds ratio* = 0.358 artinya renponden yang memiliki kepatuhan kontrol memiliki peluang sebesar 0.358 kali untuk tidak terjadinya stroke *Recurrent* dibanding dengan yang tidak patuh kontrol di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinngi tahun 2016

5.1.2.5. **Hubungan diit pasien dengan Kejadian Stroke Recurrent**

**Tabel 5.11**

**Hubungan Diit Pasien dengan terjadinya Stroke *Recurent***

**di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional**

**Bukittinngi tahun 2016**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Diit Pasien**  | **Kejadian Stroke Recurrent**  | **Total** | **P-value** | **OR** |
| Terjadi Stroke Recurrent | Tidak terjadi Stroke recurrent  |
| n. | % | n. | % | N | % |
| Tidak Baik | 12 | 54.5 | 10 | 45.5 | 22 | 100 | 0.047 | 1.694 |
|  Baik | 17 | 41.5 | 24 | 58.3 | 41 | 100 |
| Jumlah  | 29 | 46.0 | 34 | 54.0 | 63 | 100 |

Dari tabel 5.11. diatas dapat dilihat bahwa dari 41 responden yang memiliki diit baik didapatkan lebih dari separoh responden 58.3% tidak terjadi Stroke *Recurent* di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinngi tahun 2016, Sedangkan dari 22 responden diit yang tidak baik terdapat lebih dari separoh 54.5 % terjadi stroke recurrent Stroke *Recurent* di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinngi tahun 2016. Setelah dilakukan uji statistik diperoleh nilai p. 0,047 sehingga H0 = Ditolak maka dapat disimpulkan ada Hubungan diit pasien dengan Stroke *Recurent* di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinngi tahun 2016. Dari hasil analisis didapatkan nilai *Odds ratio* = 0,694 artinya renponden yang memiliki diit baik memiliki peluang sebesar 0.694 kali untuk tidak terjadinya stroke *Recurrent* dibanding dengan yang diit tidak baik di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinngi tahun 2016

**5.2.Pembahasan**

**5.2.1. Univariat**

**5.2.1. 1. Faktor Penyakit Hipertensi Pasien.**

Berdasarkan tabel 5.1 di atas dapat diketahui bahwa dari 63 orang responden lebih dari separoh responden 57.1 % memiliki penyakit hipertensi pada pasien stroke di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinngi tahun 2016

Menurut Gofir (tahun 2009) bahwa hipertensi merupakan faktor resiko terpenting untuk semua tipe stroke, baik stroke perdarahan maupun Stroke Infark. Peningkatan resiko Stroke terjadi seiring dengan peningkatan tekanan darah. Diperkirakan resiko Stroke meningkat 1,6 kali setiap peningkatan 10 mmHg tekanan darah sistolik dan sekitar 50 % kejadian Stroke dapat dicegah dengan pengendalian tekanan darah.

Asumsi peneliti bahwasanya lebih dari separoh pasien stroke masih memiliki riwayat hipertensi. Secara predisposisi dengan darasr pencetus bahwa penyakit stroke dapat dicetuskan oleh penyakit atau riwayat hipertensi oleh sebab itu maka riwayat hiopertensi pasien stroke meiliki riwayat yang ada di IGD saat ini kartena dari beberapa pasien stroke yang didapat tidak semuanya memiliki riwayat hipertensi karena dkurang adari separoh pasien tidak memiliki penyakit hipertensi ioleh sebab itu maka klien stroke yang ada di IGD lebih dari separoh meiliki penyakit hipertensi.

**5.2.1.2. Faktor Penyakit Diabetes Millitus Pasien.**

Berdasarkan tabel 5.2 di atas dapat diketahui bahwa dari 63 orang responden lebih dari separoh responden 52,4 % memiliki penyakit diabetes millitus pada pasien stroke di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinngi tahun 2016

Menurut Smelzer dan Bare (tahun 2003) bahwa Individu dengan diabetes memiliki resiko yang lebih tinggi untuk mengalami Stroke dibandingkan dengan individu tanpa Diabetes Mellitus merupakan penyakit yang sering dijumpai bersama-sama penyakit serebrovaskuler, yang merupakan faktor resiko kedua terjadinya Stroke. Seorang dikatakan menderita diabetes mellitus apabila hasil pemeriksaan kadar gula darah sewaktu >200 mg/dl atau pemeriksaan gula darah puasa >140 mg/dl, atau pemeriksaan gula darah 2 jam postprandial >200 mg/dl .

Asumsi peneliti bahwa penyakit diabetes juga penyakit yang mencetus terjadinya stroke karena kalau penyakit diabetes diabaikan maka penyakit stroke akan cendrung lebih tampak dan memiliki resiko yang akan menambah keparahan penderita, akan tetapi diabetes millitus pada responden merupakan pencetus akan terjadinya penyakit stroke . Bagi penderita diabetes dengan gejala penyakit stroke maka sebaikknya dilakukan cek gula yang rutin untuk memantau penyakit yang akan lebih parah muncul. Maka dengan demikian pada pasien yang berkunjung ke IGD RSSN , sebaiknay terlebih dauku melakukan pengecekkan pada kadar gula darah mereka , karena kadar gula darah yang meningkat dapat akan lebih mudah dalam memunculkan gejala stroke.

**5.2.1.3. Faktor Kebiasaan merokok Pasien.**

Berdasarkan tabel 5.3 di atas dapat diketahui bahwa dari 63 orang responden kurang dari separoh responden 49,2 % memiliki Perokok Sedang pada pasien stroke di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinngi tahun 2016

Menurut Pizon (tahun 2003) bahwa Merokok dapat meningkatkan resiko terkena Stroke dua sampai empat kali. Hal ini berlaku untuk semua jenis rokok (sigaret, pipa atau cerutu) dan untuk semua tipe Stroke, terutama perdarahan subarachnoid karena terbentuknya aneurisma dan stroke iskemik. Merokok memberikan konstribusi terbentuknya plak pada arteri. Asap rokok mengandung beberapa zat berbahaya yang sering disebut zat oksidator.

Zat oksidator ini menimbulkan kerusakan dinding arteri dan menjadi tempat penimbunan lemak, sel trombosit, kolesterol, penyempitan dan pergeseran arteri diseluruh tubuh termasuk otak, jantung dan tungkai, sehingga merokok dapat memicu terjadinya aterosklerosis, mengurangi aliran darah, dan menyebabkan darah menggumpal sehingga beresiko terkena stroke.

 Asumsi penelioti bahwa merokokdapat menganggu paru paru dan merokok dapat meningkatkan asam pambungh karena akan mals makan sehingga lambung akan menjadi kosong oleh karena itu maka rokok dapat memberikan efek negatif bagi pasien sehingga akan memudahkan akan munculnya gejala stroke sehingga akan memudahkan pasien akan menerima resiko nya sehingga pasien akan mudah menjadi stroke. Banyak roko yang akan ditimbulkan bagi gejala stroke itu adalah tergantung seberapa besar nikotin yang hingga pada tubuh sipasien itu, akan tetapi bahwa rokok memang benar benar merusak kebutuhan tubuh sehingga akan mudah pasien terkena stroke.

**5.2.1.4. Faktor Kepatuhan kontrol Pasien.**

Berdasarkan tabel 5.4 di atas dapat diketahui bahwa dari 63 orang responden lebih dari separoh responden 63,5 % memiliki kepatuhan terkontrol pada pasien stroke di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinngi tahun 2016

Menurut AHA/ASA (Tahun 2006) bahwa Penderita stroke harus sering memeriksakan dirinya kedokter atau rumah sakit. Selain kontrol kedokter penderita Stroke harus mengontrol kolesterol, penderita Stroke juga harus mengontrol gula darahnya. Seseorang yang berusia 60 tahun dengan tekanan sistolik 135 mmHg (*premiery prevention of stroke*, *guideline stroke*,) 2006 kemungkinan untuk mendapatkan Stroke Iskemik dalam jangka waktu 8 tahun adalah 8/1000. Bila disamping itu menderita diabetes mellitus, kemungkinan untuk mendapatkan stroke meningkat menjadi 17/1000. Bila tekanan sistolik 180 mmHg probabilitasnya adalah 30/1000 dengan diabetes mellitus meningkat menjadi 59/1000 (Lumantobing, 2002). Siswanto (2005), dalam penelitiannya menunjukan bahwa kebiasaan penderita Stroke melakukan kontrol tidak teratur memiliki hubungan yang bermakna terhadap kejadian Stroke *Recurent* dengan resiko mencapai 3,84 kali dibandingkan dengan penderita Stroke yang melakukan kontrol secara teratur

 Asumsi peneliti bahwa Kontrol bagi penderita stroke sangatlah penting karena dengan melakukan nkontrol maka penyakit dan gejalanya akan jelas terlihat dan bahkan bisa di prediksi sehingga beberapa dari kemunkinan terjadi akan komplikasi dengan mengontrol stroke maka akan terjaga kesehatan pasien. Beberapa maslah dalam kontrol adalah masih kurangnya kemampuan pasien dalam mengontrtol penyakit di masyarakat, jika hal ini tidak kita lakukan maka akan tampak begaiman perkembangan stroke atau bertambah parah, Dengan kontrol ini lah sebaiknya maka harus dilakukan pengontrolan yang rutin sesuai jadual dari petugas IGD RSSN.

**5.2.1.5. Faktor Diit Pasien.**

Berdasarkan tabel 5.5 di atas dapat diketahui bahwa dari 63 orang responden lebih dari separoh responden 63.5 % memiliki diit yang baik pada pasien stroke di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinngi tahun 2016

Menurut Supardi (tahun 2010) bahwa Diet khusus penyakit Stroke bertujuan untuk memberikan makanan secukupnya untuk memenuhi kebutuhan gizi pasien dengan memperhatikan keadaan dan komplikasi penyakit .dan tujuan lainnya adalah memperbaiki keadaan stroke. Diet khususnya pasien stroke diharapkan dapat mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit.Namun sebelum dilakukan diet penderita stroke dilakukan pemenuhan syarat yaitu, Protein yang cukup 0,8-1kg BB apabila pasien dalam gizi kurang ,protein diberikan 1,2-1,5/kgBB. Lemak yang cukup 20-25%dari kebutuhan energi total utamakan sumber lemak tidak jenuh ganda batasi kebutuhan lemak jenuh yaitu 10% dari kebutuhan energi total.,Cukup Energi 24-25 kkal/kgBB.Karbohidrat cukup 60-70% dari kebutuhan energi total.Untuk pasien dengan Diabetes Militus diutamakan karbohidrat komplek

Asumsi peneliti bahwa diit akan terkait dengan maslah baik buruknya resiko stroke yang akan ditimbulkan oleh sebab itu maka diit yang baik akan mengurangi resiko jika diit yang berlebihan akan jelas akan menimbulkan penyakit diabetes juga penyakit yang mencetus terjadinya stroke karena kalau penyakit diit akibat menjadi diabetes dapat diabaikan maka penyakit stroke akan cendrung lebih tidak tampak tampak dan tidak akan memiliki resiko yang akan menambah keparahan penderita, akan tetapi diit yang teratur pada responden merupakan pencetus akan tidak terjadinya penyakit stroke berulang . Jadi sebaiknya penderita stroke lebih dapat memperhatikan diit pasien

**5.2.1.6. Faktor Stroke *Recurrent* Pasien.**

Berdasarkan tabel 5.6 di atas dapat diketahui bahwa dari 63 orang responden lebih dari separoh responden 54,0 % tidak terjadi stroke *Recurrent* pada pasien stroke di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinngi tahun 2016

Menurut Siswanto ( tahun 2004) bahwa Stroke Recurent dapat didefinisikan sebagai kejadian serebrovaskuler baru yang mempunyai tanda tanda : defisit neurologik yang berbeda dengan stroke pertama, Kejadian yang meliputi daerah anatomi atau daerah pembuluh darah yang berbeda dengan Stroke pertama, Kejadian ini mempunyai sub tipe stroke yang berbeda dengan stroke pertama. Perjalanan penyakit Stroke beragam, penderita tersebut dapat pulih sempurna, ada pula yang sembuh dengan cacat ringan, sedang sampai berat. Pada kasus berat dapat terjadi kematian, pada kasus yang dapat bertahan hidup beberapa kemungkinan terjadi Stroke *recurent*, dementia dan depresi. Stroke merupakan penyakit yang paling banyak menyebabkan cacat pada usia di atas 45 tahun

Sedangkan Menurut Smeltzer & Bare ( Tahun 2002 ) bahwa Stroke menyebabkan berbagai defisit neurologik, bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya tidak adekuat, dan jumlah aliran darah kolateral (sekunder atau aksesori). Fungsi otak yang rusak tidak dapat membaik sepenuhnya. Manifestasi klinis stroke menurut, antara lain: defisit lapang pandang, defisit motorik, defisit sensorik, defisit verbal, defisit kognitif dan defisit emosional. Sedangkan menurut Wardana (tahun 2011) bahwa Stroke dapat dibagi menjadi 2 kategori utama yaitu, StrokeIiskemik dan Stroke Hemorrhagic. Kedua kategori ini merupakan suatu kondisi yang berbeda, pada Stroke Hemorhagic terdapat timbunan darah di subarahchnoid atau intraserebral, sedangkan Stroke Iskemik terjadi karena kurangnya suplai darah ke otak sehingga kebutuhan oksigen dan nutrisi kurang mencukupi. Akan tetapi stroke juga akan dapat berulang

Menurut Smeltzer & Bare ( Tahun 2002 ) bahwa kejadian Stroke *Recurent* dipicu oleh berbagai faktor ,faktor resiko meliputi resiko yang tidak dapat diubah seperti umur, suku, jenis kelamin dan genetik. Bila faktor resiko ini dapat ditanggulangi dengan baik,maka kemungkinan mendapatkan Stroke dikurangi atau ditangguhkan, makin banyak faktor resiko yang dipunyai maka makin tinngi pula kemungkinan mendapat kan stroke.

Asumsi peneliti bahwa faktor resiko yang dapat diubah merupakan merupakan faktor resiko terjadinya Stroke pada seseorang pada keberadaannya dapat dikendalikan ataupun dihilangkan sama sekali, gaya hidup merupakan tindakan atau perilaku yang biasa dilakukan sehari hari atau sudah menjadi kebiasaan. Faktor resiko yang dapat diubah yang memiliki erat kaitannya dengan kejadian Stroke*Recurent* diantaranya penyakit kardiovaskuler, Diabetes militus, kebiasaan merokok, kepatuhan kontrol, obesitasl, kepatuhan diet, alkohol. pengelolaan ini mencegah terjadinya Stroke *Recurent*

**5.2.2. Bivariat**

**5.2.2.1. Hubungan Penyakit Hipertensi dengan Stroke *Recurrent***

Dari tabel 5.7. diatas dapat dilihat bahwa dari 36 responden yang memiliki penyakit Hipertensi didapatkan separoh responden 50.0% terjadi Stroke *Recurent* di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinngi tahun 2016, Sedangkan dari 27 responden yang tidak terjadi penyakit hipertensi terdapat lebih dari separoh 59.3 % tidak terjadi stroke recurrent Stroke *Recurent* di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinngi tahun 2016. Setelah dilakukan uji statistik diperoleh nilai p. 0,016 sehingga H0=Ditolak maka dapat disimpulkan ada Hubungan faktor penyakit hipertensi dengan Stroke *Recurent* di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinngi tahun 2016.

Menurut Smelzert (tahun 2003) bahwa Stroke adalah penyakit atau gangguan fungsional otak akut fokal maupun global akibat terhambatnya peredaran darah ke otak. Gangguan peredaran darah otak berupa tersumbatnya pembuluh darah otak atau pecahnya pembuluh darah di otak. Otak yang seharusnya mendapat pasokan oksigen dan zat makanan menjadi terganggu. Kekurangan pasokan oksigen ke otak akan memunculkan kematian sel saraf (neuron). Gangguan fungsi otak ini akan memunculkan gejala stroke

Sedangkan stroke Recurent Menurut Smeltzer & Bare ( Tahun 2002 ) bahwa kejadian Stroke *Recurent* dipicu oleh berbagai faktor ,faktor resiko meliputi resiko yang tidak dapat diubah seperti umur, suku, jenis kelamin dan genetik. Bila faktor resiko ini dapat ditanggulangi dengan baik,maka kemungkinan mendapatkan Stroke dikurangi atau ditangguhkan, makin banyak faktor resiko yang dipunyai maka makin tinngi pula kemungkinan mendapat kan stroke.

Menurut penelitian (Pinzon & Asanti, 2010) bahwa Hipertensi meningkatkan resiko stroke 2-4 kali lipat tanpa tergantung pada faktor resiko lainnya. Hipertensi kronis dan tidak terkendali akan memacu kekakuan dinding pembulu darah kecil yang dikenal dengan mikroangiopati. Hipertensi juga akan memacu munculnya timbunan plat pada pembuluh darah besar. Timbunan plak akan menyempitkan lumen atau diameter pembuluh darah. Plak yang tidak stabil akan mudah ruptur atau pecah dan terlepas. Plak yang terlepas akan meningkatkan resiko tersumbatnya pembuluh darah yang lebih kecil. Bila ini terjadi maka timbulnya gejala Stroke

Asumsi peneliti bahwa faktor resiko sangat berhubungan dengan kejadian stroke sehingga berbagai banyak faktor yang dapat mencetuskan terjadinya stroke semuanya ada klaitannya dengan kejadian stroke seperti hipertensi karena hipertensi merupakan merupakan faktor terjadinya Stroke pada seseorang pada keberadaannya dapat dikendalikan ataupun dihilangkan sama sekali, menjaga hipertensi merupakan alasan yang dapat diterima menjaga keseimbangan yang dapat diubah yang memiliki erat kaitannya dengan kejadian Stroke *Recurent*

 Dari hasil analisis didapatkan nilai *Odds ratio* = 1.455 artinya renponden yang memiliki penyakit hipertensi memiliki peluang sebesar 1,455 kali untuk terjadinya stroke *Recurrent* dibanding dengan yang tidak terjadi hipertendi di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinngi tahun 2016

**5.2.2.2. Hubungan Penyakit Diabetes Millitus dengan Stroke *Recurrent***

Dari tabel 5.8. diatas dapat dilihat bahwa dari 33 responden yang tidak memiliki penyakit DM didapatkan lebih dari separoh responden 60.6% Tidak terjadi Stroke *Recurent* di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinngi tahun 2016, Sedangkan dari 30 responden yang terjadi penyakit DM terdapat lebih dari separoh 53.3 % tidak terjadi stroke recurrent Stroke *Recurent* di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinngi tahun 2016. Setelah dilakukan uji statistik diperoleh nilai p. 0,014 sehingga H0=Ditolak maka dapat disimpulkan ada Hubungan faktor penyakit DM dengan Stroke *Recurent* di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinngi tahun 2016.

Menurut penelitian Junaidi ( Tahun 2011) Terdapat saling keterkaitan antara obesitas dengan resiko peningkatan hipertensi penyakit jantung, stroke, diabetes mellitus dan merupakan beban penting pada kesehatan jantung dan pembuluh darah. Obesitas dapat meningkatkan kejadian stroke terutama bila disertai dengan dislipedemia dan hipertensi melalui proses aterosklerosis. Obesitas juga dapat menyebabkan terjadinya stroke lewat efek snoring atau mendengkur dan tiba-tiba henti napas karena terhentinya suplai oksigen secara mendadak di otak. Obesitas juga membuat seseorang cenderung mempunyai tekanan darah tinggi, meningkatkan resiko terjadinya diabetes juga meningkatkan produk sampingan metabolisme yang berlebihan yaitu oksidan atau radikal bebas.

Asumsi peneliti bahwa Stroke tidak mempunyai penyebab tunggal, melainkan banyak penyebab yang dapat menyebabkan seseorang mengalami Stroke (*multifactorial cause*). Berbagai faktor yang terdapat pada seseorang bisa merupakan penyebab terjadinya stroke pada suatu ketika, hal tersebut mengakibatkan seseorang yang sudah pernah mengalami Stroke kemungkinan dapat terjadi serangan kedua (Stroke *Recurent*) apabila faktor-faktor Stroke masih tetap ada dan tidak dilakukan pengelolaan.Pengelolaan pada pasca Stroke agar tidak menjadi Stroke *Recurent* tidaklah mudah, hal ini disebabkan karena berbagai faktor diantaranya faktor intrinsik (penderitanya yang menyangkut usaha dalam memodifikasi pola hidup serta faktor ekstrinsik yang meliputi lingkungan dan upaya dokter dalam membantu mengendalikan faktor resiko Dari hasil analisis didapatkan nilai *Odds ratio* = 1.455 artinya renponden yang memiliki penyakit DM memiliki peluang sebesar 1,758 kali untuk terjadinya stroke *Recurrent* dibanding dengan yang tidak terjadi hipertendi di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinngi tahun 2016

**5.2.2.3. Hubungan kebiasaan Merokok dengan Stroke *Recurrent***

Dari tabel 5.9. diatas dapat dilihat bahwa dari 31 responden yang memiliki perokok Sedang lebih dari separoh responden 51.6% terjadi Stroke *Recurent* di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinngi tahun 2016, Sedangkan dari 11 responden yang memiliki perokok berat terdapat lebih dari separoh 63,6 % terjadi stroke Stroke *Recurent* di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinngi tahun 2016.

Peranan rokok pada aterosklerosis menurut Artika (Tahun2011) bahwa merokok menurunkan jumlah kolesterol baik dan menurunkan kemampuan kolesterol baik untuk menyingkirkan kolesterol jahat yang berlebihan karena sel-sel darah menggumpal pada dinding arteri, ini meningkatkan resiko pembentukan trombus dan plak. Rokok dapat menyebabkan peningkatan kecepatan detak jantung serta memicu penyempitan pembuluh darah.

Pendapat ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Siregar (2005) menunjukan bahwa merokok merupakan faktor yang kuat untuk terjadinya Stroke. Begitu juga penelitian yang dilakukan Zhang dkk (2010), di Cina menyebutkan bahwa merokok mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap terjadinya Stroke dan juga perempuan yang tinggal bersama suami yang merokok aktif (1-9 batang perhari) beresiko 2 kali untuk terkena Stroke. Siswanto (2005) dalam penelitiannya menunjukan bahwa penderita Stroke yang merokok memiliki resiko 1,28 kali untuk terkena Stroke *Recurent* meskipun resiko tersebut tidak bermakna secara statistik. Setelah dilakukan uji statistik diperoleh nilai p. 0,011 sehingga H0=Ditolak maka dapat disimpulkan ada Hubungan faktor kebiasaan merokok dengan Stroke *Recurent* di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinngi tahun 2016.

Asusmsi peneliti bahwasanya adanay hubungan kebiasaan merokok dengan kejadian stroke karena rokok yang berat dapat menyebabkan tubuh akan menerima nikotin karena nikotin akan menghancurkan protein sebagai pertahanan tubuh sehingga stroke akan mudah menyerang sehingga akan tterjadi gejala gejala yang mengakibatkan timbulnya gejala stroke. Hipertensi meningkatkan resiko stroke 2-4 kali lipat tanpa tergantung pada faktor resiko lainnya. Hipertensi kronis dan tidak terkendali akan memacu kekakuan dinding pembulu darah kecil yang dikenal dengan mikroangiopati. Hipertensi juga akan memacu munculnya timbunan plat pada pembuluh darah besar. Timbunan plak akan menyempitkan lumen atau diameter pembuluh darah. Plak yang tidak stabil akan mudah ruptur atau pecah dan terlepas. Plak yang terlepas akan meningkatkan resiko tersumbatnya pembuluh darah yang lebih kecil. Bila ini terjadi maka timbulnya gejala Stroke

**5.2.2.4. Hubungan Kepatuhan Kontrol dengan Stroke *Recurrent***

Dari tabel 5.10. diatas dapat dilihat bahwa dari 40 responden yang memiliki kepatuhan terkontrol didapatkan lebih dari separoh responden 55.0% terjadi Stroke *Recurent* di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinngi tahun 2016, Sedangkan dari 23 responden yang kepatuhan tidak terkontrol terdapat lebih dari separoh 69.6 % tidak terjadi Stroke *Recurent* di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinngi tahun 2016. Setelah dilakukan uji statistik diperoleh nilai p. 0,031 sehingga H0=Ditolak maka dapat disimpulkan ada Hubungan faktor kepatuhan kontrol dengan Stroke *Recurent* di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinngi tahun 2016.

Kepatuhan kontrol bahwa Penderita stroke harus sering memeriksakan dirinya kedokter atau rumah sakit. Selain kontrol kedokter penderita Stroke harus mengontrol kolesterol, penderita Stroke juga harus mengontrol gula darahnya. Seseorang yang berusia 60 tahun dengan tekanan sistolik 135 mmHg (*premiery prevention of stroke*, *guideline stroke*,) 2006 kemungkinan untuk mendapatkan Stroke Iskemik dalam jangka waktu 8 tahun adalah 8/1000. Bila disamping itu menderita diabetes mellitus, kemungkinan untuk mendapatkan stroke meningkat menjadi 17/1000. Bila tekanan sistolik 180 mmHg probabilitasnya adalah 30/1000 dengan diabetes mellitus meningkat menjadi 59/1000 Menurut AHA/ASA (Tahun 2006)

Sedangkan penelitian yang dilakukan oleh Lumantobing, (Tahun 2002). dalam penelitiannya menunjukan bahwa kebiasaan penderita Stroke melakukan kontrol tidak teratur memiliki hubungan yang bermakna terhadap kejadian Stroke *Recurent* dengan resiko mencapai 3,84 kali dibandingkan dengan penderita Stroke yang melakukan kontrol secara teratur

Asumsi peneliti bahwa Kontrol bagi penderita stroke sangatlah berhubungan dengan kejadian stroke recurennt karena jika kontrolnya tidak teratur maka pasien akan terjadi stroke recurrenty. Hal ini karena kontrol sangat penting karena dengan melakukan kontrol maka penyakit dan gejalanya akan jelas terlihat dan bahkan bisa di prediksi sehingga beberapa dari kemunkinan terjadi akan komplikasi dengan mengontrol stroke maka akan terjaga kesehatan pasien. Beberapa maslah dalam kontrol adalah masih kurangnya kemampuan pasien dalam mengontrtol penyakit di masyarakat, jika hal ini tidak kita lakukan maka akan tampak begaiman perkembangan stroke atau bertambah parah, Dengan kontrol ini lah sebaiknya maka harus dilakukan pengontrolan yang rutin sesuai jadual dari petugas IGD RSSN. Penelitian ini juga didukung oleh nilai *Odds ratio* = 0.358 artinya renponden yang memiliki kepatuhan kontrol memiliki peluang sebesar 0.358 kali untuk tidak terjadinya stroke *Recurrent* dibanding dengan yang tidak patuh kontrol di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinngi tahun 2016

**5.2.2.5. Hubungan Diit Pasien dengan Stroke *Recurrent***

Dari tabel 5.11. diatas dapat dilihat bahwa dari 41 responden yang memiliki diit baik didapatkan lebih dari separoh responden 58.3% tidak terjadi Stroke *Recurent* di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinngi tahun 2016, Sedangkan dari 22 responden diit yang tidak baik terdapat lebih dari separoh 54.5 % terjadi stroke recurrent Stroke *Recurent* di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinngi tahun 2016. Setelah dilakukan uji statistik diperoleh nilai p. 0,047 sehingga H0 = Ditolak maka dapat disimpulkan ada Hubungan diit pasien dengan Stroke *Recurent* di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinngi tahun 2016.

Menurut Lewis, dkk (Tahun 2007) bahwa diet khusus penyakit Stroke bertujuan untuk memberikan makanan secukupnya untuk memenuhi kebutuhan gizi pasien dengan memperhatikan keadaan dan komplikasi penyakit .dan tujuan lainnya adalah memperbaiki keadaan stroke. Diet khususnya pasien stroke diharapkan dapat mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit.Namun sebelum dilakukan diet penderita stroke dilakukan pemenuhan syarat yaitu, Protein yang cukup 0,8-1kg BB apabila pasien dalam gizi kurang ,protein diberikan 1,2-1,5/kgBB. Lemak yang cukup 20-25%dari kebutuhan energi total utamakan sumber lemak tidak jenuh ganda batasi kebutuhan lemak jenuh yaitu 10% dari kebutuhan energi total.,Cukup Energi 24-25 kkal/kgBB.Karbohidrat cukup 60-70% dari kebutuhan energi total.Untuk pasien dengan Diabetes Militus diutamakan karbohidrat komplek. Vitamin yang cukup Vit A,riboflavin B6,asam folat B12,C dan Vit E.Mineral yang cukup terutama kalsium magnesium dan kalium.penggunaan nartium dibatasi dengan memberikan garam dapur maksimal 11/2 sendok teh/hari(setara dengan kira-kira 5gram garam dapur atau 2 gram Natrium).Serat yang kucup untuk membantu menurunkan kadar kolesterol darah dan mencegah konstipasi.Cairan yang cukup yaitu 6-8 gelas/hari.

, Sedangkan menurut Sudirma (Tahun 2009) bahwa diet dengan tinggi lemak dan kurangnya buah dan sayur dapat meningkatkan resiko terjadinya stroke yang menyatakan bahwa asupan makanan yang mengandung banyak sayur dan buah dapat mengurangi terjadinya stroke. Pemakaian sodium yang berlebihan juga dapat meningkatkan tekanan darah.

Pendapat ini juga sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Martuti (Tahun 2009), dalam penelitiannya menunjukan bahwa pasien stroke perlu membatasi asupan garam karena kandungan mineral natrium (sodium) didalamnya memegang peranan penting terhadap timbulnya hipertensi. Serat makanan juga dibutuhkan untuk proses metabolisme dalam tubuh. Diet tinggi serat bermanfaat untuk menghindari kelebihan lemak, lemak jenuh dan kolesterol. Setiap gram konsumsi serat juga menghindari kelebihan gula dan natrium serta dapat menurunkan berat badan dan mencegah kegemukan. *Dietary guedelines for American* menganjurkan untuk mengkonsumsi makanan yang mengandung serat 20-35 gr perhari.

 Asumsi peneliti bahwa terdapatnya hubungan antara diit pasien dengan kejadian stroke karena diit merupakan pencetus gejala stroke jika diit tidak dikontrol akan tetapi diit yang baik akan lebih mudah dikontrol dari penyakit stroke karena diit terkontrol sangat berhubungan dengan kejadian stroke . Hubungan ini juga didukung oleh nilai *Odds ratio* = 0,694 artinya renponden yang memiliki diit baik memiliki peluang sebesar 0.694 kali untuk tidak terjadinya stroke *Recurrent* dibanding dengan yang diit tidak baik . Jadi untuk diidt yang baik dianjurkan pada penderita stroke agar memperhatikan diit seperti Vitamin yang cukup Vit A,riboflavin B6,asam folat B12,C dan Vit E.Mineral yang cukup terutama kalsium magnesium dan kalium.penggunaan nartium dibatasi dengan memberikan garam dapur maksimal 11/2 sendok teh/hari(setara dengan kira-kira 5gram garam dapur atau 2 gram Natrium).Serat yang kucup untuk membantu menurunkan kadar kolesterol darah dan mencegah konstipasi.Cairan yang cukup yaitu 6-8 gelas/hari.

**BAB VI**

**KESIMPULAN DAN SARAN**

**6.1. Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada 63 orang responden tentang Faktor-faktor yang berhubungan dengan terjadinya Stroke *Recurent* di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi tahun 2016, dapat disimpulkan bahwa :

**6.1.1.** Lebih dari separoh responden (57.1%) gejala hipertensi di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi tahun 2016.

**6.**1.2. Lebih dari separoh responden (52.4%) tidak memiliki gejala diabetes militus di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi tahun 2016

6.1.3. Kurang dari separoh responden (49.2%) kebiasaan merokok sebagai Perokok sedang di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi tahun 2016

6.1.4. Lebih dari separoh responden (63,5%) kepatuhan kontrol di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi tahun 2016.

6.1.5. Lebih dari separoh responden (65.1%) diit pasien yang baik gejala di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi tahun 2016.

73

6.1.6. Lebih dari separoh responden (54.0 %) tidak kejadian Stroke Recurrent di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi tahun 2016

6.1.7. Terdapat hubungan yang *significant* antara penyakit Hipertensi dengan terjadinya Stroke *Recurent* di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi tahun 2016 dengan p-value (0.016< 0,05)

6.1.8. Terdapat hubungan yang *significant* antara penyakit diabetes millittus dengan terjadinya Stroke *Recurent* di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi tahun 2016 dengan p-value (0.014< 0,05)

6.1.9. Terdapat hubungan yang *significant* antara kebiasaan merokok dengan terjadinya Stroke *Recurent* di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi tahun 2016 dengan p-value (0.011< 0,05)

6.1.10. Terdapat hubungan yang *significant* antara Kepatuhan kontrol penyakit dengan terjadinya Stroke *Recurent* di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi tahun 2016 dengan p-value (0.031< 0,05)

6.1.11. Terdapat hubungan yang *significant* antara diit pasien dengan terjadinya Stroke *Recurent* di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi tahun 2016 dengan p-value (0.047< 0,05).

* 1. **Saran**

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

* + 1. **Institusi Pendidikan**

Diharapkan dapat dijadikan pedoman bagi pembaca lainnya tentang Stroke Recurrent agar pasien dengan Stroke dan lebih dapat memperhatikan lagi tentang faktor pencetus kejadian stroke tersebut dengan berbagai penyebab seperti terkait dengan penyakit hipertensi, diit diabetes militus pasien stroke, kebiasaan merokok. Kepatuhan kontrol pada Stroke *Recurent* di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi tahun 2016 sehingga dapat dijadikan bekal bagi mahasiswa dan peneliti selanjutnya. Bisa menjalin kerjasama antar lintas program dengan rumah sakit stroke yang terkait dimana nantinya dapat meningkatkan tentang Stroke *Recurent* pada pasien stroke

* + 1. **Bagi Lahan**

Saling memahami dalam memebarikan kepatuhan tentang Stroke *Recurent* pada pasien stroke sehingga dapat pasien ebih memahami lagi bagaimana mengurangi gejala stroke Stroke *Recurent* dengan baik

* + 1. **Peneliti Selanjutnya**

 Penelitian diharapkan bisa sejalan dengan penelitian yang lainnya atau penelitian ini, mungkin dapat menjadikan sebagai bahan acuan Peneliti selanjutnya juga diharapkan lebih memperdalam dan memperkuat kajiannya tentang Stroke *Recurent* serta dukungan keluarga dalam menjalankan kepatuhan diit Stroke *Recurent* yang akan diteliti, sehingga nantinya akan sejalan dengan penelitian ini

**Lampiran 1**

**PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

Kepada Yth :

Ibu/Bapak

Di

 Tempat

Dengan Hormat

 Saya yang bertandatangan di bawah ini:

 Nama : Sulasmiar

 NIM : 14103084105063

 Alamat : Pintu Kabun Bukittinggi

 Adalah mahasiswa Keperawatan STIKes Perintis Bukittingi yang bermaksut mengadakan penelitian dengan judul “ *Faktor – Faktor yang Berhubungan Dengan Terjadinya Stroke Recurent Di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi Tahun 2015”.* Penelitian ini tidak akan menimbulkan akibat yang merugikan bagi responden. Kerahasiaan semua informasi yang diberikan akan dijaga dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian .

 Apabila Ibu dan Bapak menyetujui maka dengan ini saya mohon kesediaan untuk menandatangani lembar persetujuan dan menjawab semua pertanyaan yang disediakan dengan sejujurnya sesuai dengan yang diketahui.

 Demikianlah atas perhatian dan kesediaan Ibu dan Bapak sebagai renponden saya ucapkan terimakasih.

Peneliti

Sulasmiar

**Lampiran 2**

**FORMAT PERSETUJUAN**

(INFORMED CONCENT)

Saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama :

Alamat :

 Menyatakan bersedia menjadi responden penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa program studi Keperawatan STIKes Perintis yang bernama Sulasmiar, NIM : 14103084105063 dengan Judul: “ Faktor – Faktor yang Berhubungan Dengan Terjadinya Stroke Recurent DI Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi Tahun 2015”. Saya menyadari penelitian ini tidak menimbulkan akibat yang merugikan terhadap saya, dan jawaban / informasi yang saya berikan adalah sebenarnya sesuai dengan yang saya ketahui tanpa tekanan dari pihak manapun.

 Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.

 Bukittinggi, Desember 2015

 Responden

 (...........................................)

**Lampiran 3**

**KISI-KISI KUESIONER**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tujuan | Variabel | Jumlahpertanyaan | NomorPertanyaan |
| Faktor – Faktor yang Berhubungan Dengan Terjadinya Stroke Recurent DI IGD RSSN Bukittinggi Tahun 2015” | StrokePenyakit hipertensiDiabetes MilitusMerokokKepatuhan kontrolObesitasAlkoholKepatuhan Diet |  1 112 2 2 1 5 | 12345687 |

**Lampiran 4**

KUISIONER

**FAKTOR - FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN**

**TERJADINYA STROKE RECURENT DI INSTALASI**

**GAWAT DARURAT RUMAH SAKIT STROKE**

**NASIONAL BUKITTINGGI**

**TAHUN 2016**

 No Responden

Tanggal diisi :

A.Biodata Responden

1. Inisial :
2. Umur :
3. Jenis kelamin :
4. Pendidikan :
5. Alamat :

KUISIONER

1. Sudah berapa kali Bapak /Ibu mendapat serangan stroke?

pertama kali

lebih dari 1 kali

1. Apakah Bapak/Ibu pernah menderita penyakit Hipertensi

 Ya

 Tidak

1. Jika iya, sudah berapa lama
2. Apakah penyakit Hipertensi Bapak/Ibu terkontrol

 Terkontrol

 Tidak terkontrol

1. Tekanan darah

TD > 140/90 mmhg

TD < 140/90 mmhg

1. Apakah bapak/ibu menderita penyakit diabetes melitus

 Ya

 Tidak

1. Jika Iya, sudah berapa lama
2. Apakah penyakit Diabetes Militus Bapak/Ibu terkontrol

 Terkontrol

 Tidak terkontrol

1. Kadar gula darah sewaktu

Gula Darah sewaktu > 200 mg/dl

Gula darah sewaktu < 200 mg/dl

10. Kebiasaan merokok

a. Apakah Bapak/Ibuk mempunyai kebiasaan merokok

Ya

Tidak

1. Kepatuhan kontrol

Apakah Bapak/Ibu pernah melakukan kontol

 Kontrol

 Tidak kontrol

1. Berapa Kali Bapak/Ibu melakukan kontrol

 Sesuai dengan jadwal yang dianjurkan

 Satu kali setelah dirawat

 Tidak pernah kontrol

1. Diet

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Pertanyaan** | **Selalu** | **Sering** | **Kadang-kadang** | **Tidak pernah** |
| 1. | Mengkonsumsi sayuran hijau dan berwarna. |  |  |  |  |
| 2. | Mengkonsumsi buah-buahan segar. |  |  |  |  |
| 3. | Mengunakan bahan makanan yang berserat tinggi. |  |  |  |  |
| 4. | Mengkonsumsi ikan setidaknya 2x seminggu. |  |  |  |  |
| 5. | Mengurangi makan yang mengandung lemak. |  |  |  |  |
| 6. | Mencukupi kebutuhan cairan 6-8 gelas/hari. |  |  |  |  |
| 7. | Makanan yang diberikan porsi kecil dan sering. |  |  |  |  |
| 8. | Vitamin yang cukup vitamin A,B,Asamfolat,C dan E. |  |  |  |  |
| 9. | Penggunaan garam dapur maximal 1½ sendok/hari. |  |  |  |  |
| 10 | Mengkonsumsi susu rendah lemak |  |  |  |  |