**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN STROKE**

**PADA USIA PRODUKTIF DI RUANGAN RAWAT INAP STROKE**

**RUMAH SAKIT STROKE NASIONAL BUKITTINGGI**

**TAHUN 2015**

**SKRIPSI**



**Oleh :**

**SUSY WERY**

**NIM : 13103084105056**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS SUMATERA BARAT**

**TAHUN 2015**

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN STROKE**

**PADA USIA PRODUKTIF DI RUANGAN RAWAT INAP STROKE**

**RUMAH SAKIT STROKE NASIONAL BUKITTINGGI**

**TAHUN 2015**

**Penelitian Keperawatan Medikal Bedah**

**SKRIPSI**

***Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Dalam Menyelesaikan Pendidikan Sarjana Keperawatan STIKes Perintis Sumatera Barat***



**Oleh :**

**SUSY WERY**

**NIM : 13103084105056**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS SUMATERA BARAT**

**TAHUN 2015**

**NURSING SCIENCE PROGRAM**

**PERINTIS HEALTH SCIENCE HIGH SCHOOL WEST SUMATRA  
  
SCRIPTION, FEBRUARY 2015  
  
SUSY WERY  
  
Factors Associated With the Occurrence of Stroke in the Productive Age in the room Inpatient Stroke RSSN 2015**VII + 68 pages, 9 tables, 2 images, 9 attachments.

ABSTRACT

According to the WHO in 2008 declared that stroke is the world's second death after heart disease, with a mortality rate of 6.2 million people per year. the incidence of stroke in Bukittinggi in 2013 as many as 3228 people and 365 strokes productive age people with ischemic stroke prevalence of 71.2% of reproductive age and stroke haemoragik 10 patients of reproductive age with most diseases that preceded it as a precipitating factor is 4 client visits from medical records with hypertension and hyperlipidemia 3 with the client, the client 4 people smoke more than one pack per day. This study aims to determine the factors associated with the occurrence of stroke in the productive age in the room inpatient stroke RSSN Bukittinggi 2015.

***Descriptive analytic correlation*** method with ***kohort*** approach. The population is of childbearing age stroke patients treated in inpatient stroke room is 365 people. Samples numbered 78 people, taken by ***accidental sampling***. Processing and analysis of data is computerized.  
The results of the univariate analysis known hypertension 69.2% of respondents, 76.9% light smokers / non-smokers, 69.2% had abnormal lipid levels, and 79.5% of ischemic stroke. Known bivariate analysis of factors associated with the occurrence of stroke in the productive age is hypertension (p = 0.030 and OR = 4.029), smokers (p = 0.034) and hyperlipidemia (p = 0.030 and OR = 4.029).

It was concluded that the factors associated with the occurrence of stroke in the productive age are hypertension, smoking, hyperlipidemia. Therefore they are expected at the hospital in order to motivate the patient to perform maintenance / hypertension diet, avoiding smoking and controlling blood lipid levels.  
  
**Keywords : Hypertension, Smoker, Hyperlipidemia, Stroke Age Productive  
  
Reading List : 33 (1998 - 2013)**

**Program Studi Ilmu Keperawatan**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS SUMATERA BARAT**

**SKRIPSI, FEBRUARI 2015**

**SUSY WERY**

**Faktor – Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Stroke pada Usia Produktif di Ruangan Rawat Inap Stroke RSSN Bukittinggi Tahun 2015**

VII + 68 halaman, 9 tabel, 2 gambar, 9 lampiran

**ABSTRAK**

Menurut Word Healt Organisation pada tahun 2008, menyatakan bahwa stroke merupakan penyebab kematian nomor 2 di dunia setelah penyakit jantung, dengan angka kematian 6,2 juta orang pertahun. Kejadian stroke di RSSN Bukittinggi tahun 2013 sebanyak 3228 orang dan stroke pada usia produktif sebanyak 365 orang dengan prevalensi stroke iskemik usia produktif 71,2 % dan stroke haemoragik usia produktif sebanyak 28,3 %. Observasi lapangan terhadap pasien stroke iskemik dan stroke haemoragik usia produktif dengan 10 pasien kebanyakan penyakit yang mendahuluinya sebagai faktor pencetus adalah 4 orang pasien di lihat dari rekam medik dengan hipertensi dan 3 orang pasien dengan hiperlipidemia, 4 orang pasien perokok lebih dari satu bungkus perhari. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor – faktor yang berhubungan dengan kejadian stroke pada usia produktif di ruangan rawat inap stroke RSSN Bukittinggi tahun 2015.

Metode penelitian ***deskriptif analitik korelasi*** dengan pendekatan ***kohort.*** Populasi adalah pasien stroke usia produktif yang di rawat di ruangan rawat inap stroke adalah sebanyak 365 orang. Sampel berjumlah 78 orang, diambil secara ***accidental sampling***. Pengolahan dan analisa data dilakukan secara komputerisasi.

Hasil analisa univariat diketahui 69,2 % responden ada riwayat hipertensi, 76,9 % perokok ringan / tidak merokok, 69,2 % memiliki kadar lipid yang tidak normal, dan 79,5 % stroke iskemik. Analisa bivariat diketahui faktor yang berhubungan dengan kejadian stroke pada usia produktif adalah hipertensi ( p = 0,030 dan OR = 4,029 ), perokok ( p = 0,034 ) dan hiperlipidemia ( p = 0, 030 dan OR = 4,029 ).

Disimpulkan bahwa faktor – faktor yang berhubungan dengan kejadian stroke pada usia produktif adalah hipertensi, perokok dan hiperlipidemia. Oleh karena itu diharapkan pada pihak rumah sakit agar dapat memotivasi pasien untuk melakukan perawatan / diet hipertensi, menghindari kebiasaan merokok dan mengendalikan kadar lipid dalam darah.

**Kata Kunci : Hipertensi, Perokok, Hiperlipidemia, Stroke Usia Produktif**

**Daftar Bacaan :** **33 ( 1998 – 2013 )**

**HALAMAN PERNYATAAN ORIGINALITAS**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Susy Wery

Nim : 13103084105056

Nama Pembimbing I : Ns. Ida Suryati, M. Kep

Nama Pembimbing II : Ns. Anil Basya, S. Kep

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

Nama Penguji II : Ns. Ida Suryati, M. Kep

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dan merupakan hasil kerja sendiri serta semua sumber baik yang dikutip maupun yang dirujuk saya nyatakan dengan benar.

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

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar – benarnya.

Bukittinggi, Maret 2015

SUSY WERY

Nim. 13103084105056

**DAFTAR RIWAYAT HIDUP**

1. **IDENTITAS DIRI**

**Nama : SUSY WERY**

**Tempat/Tanggal Lahir : Bukittinggi / 07 Oktober 1970**

**Agama : Islam**

**Alamat : Jl. Bukit Apit No. 11/31**

**Bukittinggi**

**Jumlah Saudara : 8 ( delapan ) orang**

**Anak Ke : 7 ( tujuh )**

1. **IDENTITAS ORANG TUA**

**Ayah : Zubir Dt Mangkuto Sati ( Alm )**

**Ibu : Yuniar**

1. **RIWAYAT PENDIDIKAN**

**1976 : TK Kuntum Mekar Bukittinggi**

**1977 – 1983 : SD Fransiskus Bukittinggi**

**1984 – 1987 : SMP 2 Bukittinggi**

**1987 – 1990 : SMA N IV Koto**

**1990 – 1993 : AKPER Perintis Bukittinggi**

**2013 – 2015 : PSIK STIKes Perintis Sumatera Barat**

**KATA PENGANTAR**

Puji dan syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya, sehingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi ini yang berjudul **“Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Stroke Pada Usia Produktif Di Ruangan Rawat Inap Stroke RSSN Bukittinggi Tahun 2015”** yang dibuat sebagai salah satu syarat pemenuhan untuk mendapatkan gelar Sarjana Keperawatan pada Program Studi Ilmu Keperawatan STIKes Perintis Sumatera Barat.

Dalam penelitian ini peneliti telah banyak mendapat bantuan dari berbagai pihak, oleh karena itu peneliti menyampaikan ucapan terimakasih kepada yang terhormat :

1. Bapak Yendrizal Jafri, S. Kp, M. Biomed selaku Ketua STIKes Perintis Sumatera Barat.
2. Ibu Ns. Yaslina, S. Kep, Sp. Kom selaku Ka. Prodi Ilmu Keperawatan STIKes Perintis Sumatera Barat.
3. Ibu Ns. Ida Suryati, M. Kep selaku Pembimbing 1 yang telah meluangkan waktu dan pikiran dalam memberikan bimbingan dan saran kepada penulis sehingga penelitian ini dapat terselesaikan.
4. Bapak Ns. Anil Basya, S. Kep selaku Pembimbing II yang juga telah meluangkan waktu dan memberi pengarahan, saran serta dorongan sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitian ini.
5. Bapak Direktur Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi yang telah memberikan izin kepada peneliti untuk melakukan penelitian.
6. Kepada Tim Penguji Skripsi yang telah meluangkan waktu untuk memberikan pengarahan, kritik maupun saran demi kesempurnaan skripsi ini.

i

1. Seluruh staf dan dosen pengajar STIKes Perintis Sumatera Barat yang telah banyak memberikan ilmu kepada peneliti selama perkuliahan.
2. Suami, anak dan orang tua, keluarga besar tercinta yang selalu memberi dukungan, bantuan, motivasi dan do’a kepada peneliti dalam menyelesaikan pendidikan.
3. Teman-teman seperjuangan Program B STIKes Perintis Sumatera Barat yang selalu memberi motivasi dan semangat.
4. Semua pihak yang telah membantu penulis yang tidak dapat penulis ucapkan satu persatu.

Tidak ada yang sempurna di alam ini kecuali Allah SWT. Oleh karena itu peneliti tidak luput dari kesalahan dan kekhilafan, karena peneltian ini masih jauh dari kesempurnaan. Kritik dan saran yang bersifat membangun demi kesempurnaan peneltian ini sangat peneliti harapkan dari pembaca semuanya.

Akhirnya untuk semua yang telah diberikan, peneliti hanya bisa berdoa semoga budi baiknya dibalas oleh Allah SWT, amiiin.

Bukittinggi, Februari 2015

Peneliti

**ii**

**DAFTAR ISI**

**HALAMAN SAMPUL**

**HALAMAN JUDUL**

**PERNYATAAN ORIGINALITAS**

**ABSTRAK**

**HALAMAN SPESIFIKASI**

**HALAMAN PENGESAHAN**

**DAFTAR RIWAYAT HIDUP**

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

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

**DAFTAR TABEL …………………………………………………………………. vii**

**DAFTAR SKEMA …………………………………………………………………**viii

**DAFTAR LAMPIRAN ……………………………………………………**ix

**BAB I. PENDAHULUAN**

* 1. Latar Belakang ………………………………………………………… 1
  2. Rumusan Masalah …………………………………………………….. 6
  3. Tujuan Penelitian ……………………………………………………… 6

1.3.1 Tujuan Umum …………………………………………………… 6

1.3.2 Tujuan Khusus …………………………………………………… 6

1.4 Manfaat Penelitian …………………………………………………….. 7

1.4.1 Peneliti …………………………………………………………… 7

1.4.2 Institusi Pendidikan ……………………………………………… 7

**iii**

1.4.3 Lahan ……………………………………………………………. 7

1.5 Ruang Lingkup Penelitian …………………………………………….. 8

**BAB II TINJAUAN PUSTAKA**

* 1. Tinjauan Teoritis …………………………………………………… 9

2.1.1 Pengertian Stroke …………………………………………….. 9

2.1.2 Klasifikasi Stroke ……………………………………………. 10

2.1.3 Stroke Usia Produktif ………………………………………… 14

2.1.4 Faktor-faktor Resiko Penyebab Stroke ………………………. 15

2.1.5 Pathofisiologi ………………………………………………… 21

2.1.6 Tanda dan Gejala Stroke …………………………………….. 23

2.1.7 Dampak Stroke ………………………………………………. 24

2.1.8 Penatalaksanaan ……………………………………………… 26

2.2 Kerangka Teori …………………………………………………….. 28

**BAB III KERANGKA KONSEP**

* 1. Kerangka Konsep …………………………………………………… 30
  2. Defenisi Operasional ………………………………………………… 31

3.3 Hipotesis ……………………………………………………………. 32

**BAB IV METODE PENELITIAN**

4.1 Desain Penelitian …………………………………………………… 33

4.2 Tempat dan Waktu Penelitian ………………………………………. 33

4.2.1 Tempat Penelitian ……………………………………………. 33

4.2.2 Waktu Penelitian ……………………………………………… 33

4.3 Populasi, Sampel, dan Sampling …………………………………… 34

**iv**

4.3.1 Populasi ………………………………………………………. 34

4.3.2 Sampel …………………………………………………………34

4.3.3 Sampling ……………………………………………………….35

4.4 Pengumpulan Data …………………………………………………..36

4.4.1 Alat Pengumpulan Data ……………………………………….36

4.4.2 Prosedur Pengumpulan Data …………………………………..36

4.5 Cara Pengolahan dan Analisis Data ………………………………….37

4.5.1 Cara Pengolahan Data …………………………………………37

4.5.2 Analisis Data …………………………………………………..38

4.6 Etika Penelitian ………………………………………………………39

4.6.1 Prinsip Etika ……………………………………………………39

4.6.1.1 Anonimity ……………………………………………...39

4.6.1.2 Confidentiality …………………………………………39

4.6.1.3 Beneficiency …………………………………………...39

4.6.2 Informed Consent …………………………………………….. 40

**BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN**

5.1 Hasil Penelitian ……………………………………………………...41

5.2 Gambaran Umum Lokasi Penelitian …………………………………41

5.3 Karakteristik Responden …………………………………………….41

5.4 Analisa Univariat …………………………………………………….42

5.5 Analisa Bivariat ……………………………………………………..45

5.6 Pembahasan …………………………………………………………48

**v**

**BAB VI PENUTUP**

6.1 Kesimpulan ……………………………………………………………57

6.2 Saran …………………………………………………………………..58

**DAFTAR PUSTAKA**

**LAMPIRAN**

**vi**

**DAFTAR TABEL**

No. Tabel Halaman

3.2 Defenisi Operasional ……………………………………………………………30

5.1 Karakteristik Responden di Ruangan Rawat Inap Stroke RSSN Bukittinggi Tahun

2015 ……………………………………………………………………………..42

5.2 Distribusi Frekuensi Hipertensi pada pasien Stroke di Ruangan Rawat Inap Stroke

RSSN Bukittinggi Tahun 2015 ………………………………………………….43

5.3 Distribusi Frekuensi Perokok Pada Pasien Stroke di Ruangan Rawat Inap Stroke

Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi Tahun 2015 ………………………..43

5.4 Distribusi Frekuensi Hiperlipidemia pada Pasien Stroke di Ruangan Rawat Inap

Stroke Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi Tahun 2015 ………………..44

5.5 Distribusi Frekuensi Kejadian Stroke pada Pasien Stroke di Ruangan Rawat Inap

Stroke Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi Tahun 2015 ………………..44

5.6 Hubungan Hipertensi dengan Kejadian Stroke pada Usia Produktif di Ruangan

Rawat Inap Stroke Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi Tahun 2015 ……45

5.7 Hubungan Perokok dengan Kejadian Stroke pada Usia Produktif di Ruangan

Rawat Inap Stroke Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi Tahun 2015 ……46

5.8 Hubungan Hiperlipidemia dengan Kejadian Stroke pada Usia Produktif di

Ruangan Rawat Inap Stroke Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi Tahun

2015 ……………………………………………………………………………..47

**vii**

**DAFTAR SKEMA**

Gambar Halaman

Gambar 2.2 Kerangka Teori …………………………………………………………28

Gambar 3.1 Kerangka Konsep ………………………………………………………29

**viii**

**DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 Permohonan Menjadi Responden

Lampiran 2 Format Persetujuan

Lampiran 3 Lembar Dokumentasi

Lampiran 4 Data Responden

Lampiran 5 Jadwal Penelitian

Lampiran 6 Surat Izin Pengambilan Data dan Penelitian

Lampiran 7 Surat Balasan dari RSSN Bukittinggi

Lampiran 8 Master Tabel

Lampiran 9 Lembar Konsultasi

**ii**

**BAB I**

**PENDAHULUAN**

**1.1 Latar Belakang**

Stroke merupakan masalah kesehatan utama di negara maju maupun di negara berkembang. Stroke mengakibatkan penderitaan pada penderitanya, beban sosial ekonomi bagi keluarga penderita, masyarakat dan negara. Stroke dapat menyerang siapapun dan kapanpun, tanpa memandang usia. Stroke merupakan penyebab kematian kedua di dunia, bahkan di banyak rumah sakit stroke merupakan kematian nomor satu. Menurut Yayasan Stroke Indonesia (Yastroki, 2008) terdapat kecenderungan meningkatnya jumlah penyandang stroke di Indonesia dalam dasawarsa terakhir, kecenderungannya menyerang generasi muda yang masih produktif. Menurut Price & Wilson (2006) stroke merupakan gangguan sirkulasi serebral yang dapat timbul sekunder dari suatu proses patologi pada pembuluh darah serebral karena aterosklerosis (thrombosis), embolisme, hipertensi yang menimbulkan perdarahan intraserebral dan ruptur aneurisma sekular.

Stroke dibagi menjadi dua jenis yaitu stroke iskemik dan stroke haemoragik. Pada stroke iskemik, aliran darah keotak berhenti kurang dari 24 jam (William & Hopper, 2003), sedangkan stroke haemoragik terjadi apabila salah satu pembuluh darah di otak pecah yang mengenai jaringan otak disekitarnya sehingga menimbulkan kerusakan. Prevalensi penyebab serangan diketahui bahwa angka kejadian stroke iskemik lebih tinggi dari pada stroke haemoragik, yaitu sebanyak 80 % sampai 85 % dari seluruh kejadian stroke. Meskipun prevalensi kejadian stroke iskemik cukup tinggi, namun harapan hidup pada stroke iskemik lebih baik dari stroke haemoragik, stroke iskemik banyak meninggalkan gejala sisa. Pemulihan fungsi neuron pada stroke iskemik terjadi setelah 2 minggu serangan infark dan mencapai pemulihan sempurna pada minggu ke delapan.

Stroke dapat menimbulkan gangguan neurologik yang bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya tidak adekuat dan jumlah aliran darah kolateral (sekunder atau asesori). Manisfestasi klinik dari stroke diantaranya adalah kehilangan motorik, kehilangan komunikasi (*aphasia, disatria*), gangguan persepsi yaitu ketidakmampuan menginterprestasikan sensasi, gangguan fungsi kognitif dan efek psikologis dimana pasien menunjukkan gejala lapang perhatian terbatas, kesulitan dalam pemahaman, pelupa dan kurang motivasi sehingga pasien mengalami frustasi dalam perawatan penyembuhan (Smeltzer & Bare, 2008).

Menurut Word Healt Organisation (WHO) pada tahun 2008 menyatakan bahwa stroke merupakan penyebab kematian nomor 2 di dunia setelah penyakit jantung, dengan angka kematian 6,2 juta orang pertahun. Dan dari data kejadian stroke menunjukkan bahwa 15 % stroke terjadi pada usia produktif (AHA, 2009). Sebagai perbandingan prevalensi stroke di Amerika Serikat adalah 3,4 % per 100 ribu penduduk, di Singapura adalah 55 % per 100 ribu penduduk, serta klasifikasi yang tinggi terjadi pada stroke iskemik yaitu 73,5 % (Yastroki, 2008).

Stroke merupakan salah satu penyakit yang mematikan di Indonesia di samping penyakit jantung dan kanker. Bahkan menurut Perdossi tahun 2010, secara umum dapat dikatakan angka kejadian stroke adalah 200/100.000 penduduk. Peningkatan angka kejadian stroke di Indonesia diperkirakan berkaitan dengan semakin meningkatnya usia yang terserang stroke yaitu pada kelompok usia produktif dengan prevalensi sebanyak 11,8 % dan di tahun 2012 terjadi peningkatan angka kejadian stroke di usia produktif yaitu 15,4 % dan dari klasifikasi kejadian stroke 80 % adalah stroke iskemik dan 20 % karena stroke haemoragik (Yayasan Stroke Indonesia, 2013).

Di Sumatera Barat stroke menempati urutan ke 6 dari 33 propinsi dengan presentase 10,6 % dengan jumlah penderita stroke 35.108 orang. Dan stroke iskemik menunjukkan persentase 73,4 % dan stroke haemoragik 26 %. (Profil Dinas Kes, 2010). Penyebab stroke iskemik dan stroke haemoragik yang paling sering adalah hipertensi, hiperlipidemia, dan merokok.

Perokok merupakan faktor resiko yang potensial terhadap stroke iskemik dan perdarahan sub arachnoid. Kebiasaan merokok membawa zat – zat beracun yang dibawa oleh asap rokok kedalam paru, sehingga penyempitan pembuluh darah terjadi yang dapat menyebabkan kemungkinan stroke lebih besar. Resiko stroke meningkat 3 kali pada perokok dan efek rokok bisa bertahan 5 – 10 tahun (Junaidi, 2011).

Hipertensi merupakan faktor resiko utama terjadinya stroke iskemik, sering disebut sebagai sillent killer karena hipertensi meningkatkan resiko terjadinya stroke sebanyak 6 kali. Dikatakan hipertensi bila tekanan darah lebih besar dari 140 mmHg untuk sistole dan 90 mmHg untuk diastole. Semakin tinggi tekanan darah pasien semakin besar kemungkinan stroke, karena terjadinya kerusakan pada dinding pembuluh darah sehingga memudahkan terjadinya penyumbatan bahkan pecahnya pembuluh darah di otak (Junaidi, 2011).

Hiperlipidemia juga merupakan salah satu faktor resiko terjadinya stroke iskemik, yaitu menyebabkan obstruksi atau penyempitan pembuluh darah akibat kelainan metabolisme lipid yang ditandai dengan peningkatan maupun penurunan fraksi lipid dalam plasma. Kelainan fraksi lipid yang utama adalah kenaikan kadar kolesterol total, LDL, dan trigliserida, serta penurunan kadar HDL.

Penderita stroke iskemik mengalami peningkatan jumlah pada usia produktif, dimana penyebab stroke iskemik yang paling sering adalah hipertensi, hiperlipidemia dan merokok dan bila tidak dilakukan pencegahan maka akan berdampak kelumpuhan/hemiparese, gangguan komunikasi, gangguan emosional, gangguan indra rasa dan menurunkan tingkat produktifitas serta terganggunya sosial ekonomi keluarga (Yayasan Stroke Indonesia, 2009). Menurut penelitian yang dilakuakan oleh Kristiyanti (2011) dengan hasil yang didapatkan jumlah penderita stroke iskemik terbanyak berdasarkan jenis kelamin adalah laki-laki (79%) lebih beresiko terkena stroke daripada wanita.

Rumah Sakit Stroke Nasional (RSSN) Bukittinggi adalah merupakan rumah sakit rujukan stroke se Sumatera Barat dan Sumatera bagian Tengah. Dari data yang di dapat dari Medical Record (MR) tahun 2012 pasien yang dirawat dengan stroke sebanyak 2876 orang dan stroke usia produktif sebanyak 321 orang dengan prevalensi stroke iskemik usia produktif 67,7 % dan stroke haemoragik usia produktif sebanyak 32 % . Tahun 2013 dengan angka kejadian stroke 3228 orang dan stroke usia produktif sebanyak 365 orang dengan prevalensi stroke iskemik usia produktif 71,2 % dan stroke haemoragik usia produktif sebanyak 28,3 %. Kecendrungan peningkatan penyakit stroke pada usia produktif tampak sejalan dengan tingkat gizi berbagai makanan cepat saji, pola makan yang sangat berlemak dan kolesterol tinggi serta merokok. Sedangkan di kota Bukittinggi yang kita ketahui selalu didominasi dengan makanan yang sangat berlemak dan berkolesterol tinggi. Hal ini akan menyebabkan pergeseran usia penderita stroke dan yang dulu kita temui pada usia lanjut dan sekarang ditemui pada usia produktif.

Dari observasi lapangan yang peneliti lakukan pada bulan Oktober 2014 terhadap pasien stroke iskemik dan stroke haemoragik usia produktif dengan 10 pasien kebanyakan penyakit yang mendahuluinya sebagai faktor pencetus adalah 4 orang klien dilihat dari rekam medik dengan hipertensi dan 3 orang klien dengan hiperlipidemia, dengan wawancara 4 orang klien merokok lebih dari satu bungkus perhari. Berdasarkan fenomena diatas maka peneliti tertarik untuk mengangkat masalah penelitian ini tentang “Faktor – faktor yang berhubungan dengan kejadian stroke usia produktif di ruangan rawat inap stroke Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi tahun 2014”.

* 1. **Rumusan Masalah**

Stroke iskemik dan stroke haomoragik pada usia produktif mengalami peningkatan setiap tahun terutama pada stroke iskemik. Adapun faktor pencetusnya antara lain hipertensi, merokok dan hiperlipidemia. Dari hasil Medical Record RSSN Bukittinggi didapatkan data stroke pada usia produktif tahun 2012 sebanyak 321 orang dan tahun 2013 sebanyak 365 orang. Berdasarkan latar belakang diatas maka rumusan masalah pada penelitian ini adalah “Apakah faktor – faktor yang berhubungan dengan kejadian stroke pada usia produktif di ruangan rawat inap stroke Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi tahun 2014”.

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

Tujuan dari penelitian ini adalah diketahuinya faktor – faktor yang berhubungan dengan kejadian stroke pada usia produktif di ruangan rawat inap stroke RSSN Bukittinggi tahun 2014.

* + 1. **Tujuan Khusus**

1. Diketahui distribusi frekuensi hipertensi dengan kejadian stroke iskemik dan haemoragik usia produktif di ruangan rawat inap stroke RSSN Bukittinggi tahun 2014.
2. Diketahui distribusi frekuensi merokok dengan kejadian stroke iskemik dan haemoragik usia produktif di ruangan rawat inap stroke RSSN Bukittinggi tahun 2014.
3. Diketahui distribusi frekuensi hiperlipidemia dengan kejadian stroke iskemik dan haemoragik usia produktif di ruangan rawat inap stroke RSSN Bukittinggi tahun 2014.
4. Diketahui distribusi frekuensi kejadian stroke iskemik dan haemoragik pada usia produktif di ruangan rawat inap stroke RSSN Bukittinggi tahun 2014.
5. Diketahui hubungan hipertensi dengan kejadian stroke iskemik dan haemoragik pada usia produktif di ruangan rawat inap stroke RSSN Bikittinggi tahun 2014.
6. Diketahui hubungan merokok dengan kejadian stroke iskemik dan haemoragik pada usia produktif di ruangan rawat inap stroke RSSN Bukittinggi tahun 2014.
7. Diketahui hubungan hiperlipidemia dengan kejadian stroke iskemik dan haemoragik pada usia produktif di ruangan rawat inap stroke RSSN Bukittinggi tahun 2014.
   1. **Manfaat Penelitian**
      1. **Bagi Peneliti**

Penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan dan wawasan peneliti dalam menerapkan ilmu pengetahuan serta mengetahui faktor – faktor yang berhubungan dengan kejadian stroke iskemik dan haemoragik usia produktif .

* + 1. **Bagi Institusi Pendidikan**

Sebagai masukan bagi perkembangan ilmu pengetahuan di bidang keperawatan khususnya tentang faktor – faktor yang berhubungan dengan kejadian stroke iskemik dan haemoragik usia produktif serta sebagai referensi di perpustakaan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Sumbar dalam menambah wawasan dan pengalaman mahasiswa untuk melakukan penelitian selanjutnya.

* + 1. **Bagi Lahan**

Diharapkan dari penelitian ini dapat sebagai bahan masukan dan informasi tambahan tentang faktor – faktor yang berhubungan dengan kejadian stroke iskemik dan haemoragik usia produktif, serta sebagai dasar menentukan kebijakan dalam penatalaksanaan pada pasien stroke iskemik.

* 1. **Ruang Lingkup Penelitian**

Penelitian ini membahas tentang faktor – faktor yang berhubungan dengan kejadian stroke pada usia produktif di ruangan rawat inap stroke RSSN Bukittinggi tahun 2014. Variabel independen adalah faktor – faktor yang berhubungan dengan yang meliputi hipertensi, olah raga, hiperlipidemia, merokok, sedangkan variabel dependen adalah kejadian stroke pada usia produktif. Dalam penelitian ini yang akan menjadi populasi adalah semua klien stroke usia produktif di ruangan rawat inap stroke RSSN Bukittinggi. Sampel yang diambil dengan *accidental sampling* yaitu dengan mengambil responden saat penelitian berlangsung atau mengambil semua responden yang datang saat penelitian berlangsung. Alat ukur yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner. Penelitian ini direncanakan dilakukan pada bulan November 2014 s/d Januari 2015 di ruangan rawat inap stroke RSSN Bukittinggi.

**BAB II**

**TINJAUAN PUSTAKA**

**2.1 Tinjauan Teoritis**

**2.1.1 Pengertian Stroke**

Menurut Word Healt Organization (WHO) stroke merupakan penyakit yang terjadi akibat penyumbatan pada pembuluh darah otak atau pecahnya pembuluh darah di otak yang dapat terjadi secara mendadak ( dalam beberapa detik ) atau secara cepat ( dalam beberapa jam ) timbul gejala dan tanda yang sesuai dengan daerah fokal di otak yang terganggu.

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

Stroke adalah manifestasi klinis dari gangguan fungsi otak, baik fokal maupun menyeluruh (global) yang berlangsung cepat, dengan gejala-gejala yang berlangsung selama lebih dari 24 jam atau menyebabkan kematian tanpa adanya penyebab lain selain daripada gangguan vaskular (WHO, dalam Suryati, 2010).

Stroke adalah yang awal timbulnya mendadak, dengan gejala gangguan fungsi otak secara fokal atau global yang berlangsung 24 jam atau lebih yang dapat mengakibatkan kematian / kecacatan yang menetap lebih dari 24 jam tanpa penyebab lain kecuali gangguan pembuluh darah otak non traumatik ( Mansjoer, 2000 ).

Stroke adalah gangguan potensial yang fatal pada suplay darah bagian otak (Neil F Gordon, 2007 ).

Stroke adalah suatu serangan pada otak akibat gangguan pembuluh darah dalam mensuplay darah yang membawa oksigen dan glukosa untuk metabolisme sel – sel otak ( Soeharto, 2004 ).

Stroke adalah suatu penyakit deficit neurologi akut yang disebabkan oleh gangguan pembuluh darah otak yang terjadi secara mendadak dan menimbulkan gejala dan tanda yang sesuai dengan daerah otak yang terganggu ( Bustan, 2007 ).

Stroke adalah suatu kondisi yang terjadi ketika pasokan darah ke suatu bagian otak tiba – tiba terganggu. Dalam jaringan otak, kurangnya aliran darah menyebabkan serangkaian reaksi biokimia yang dapat merusak / mematikan sel – sel otak ( Wikipedia Indonesia,2008 ).

**2.1.2 Klasifikasi Stroke**

Stroke dapat di klasifikasikan berdasarkan beberapa kriteria ( Misbach, 2011) kriteria tersebut antara lain :

1. Berdasarkan patologi anatomi :
2. Stroke Iskemik

yaitu tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti. 80% stroke adalah stroke Iskemik

1. Transien Ischemic Attack ( TIA )

TIA disebut juga stroke ringan atau stroke kecil, yang merupakan faktor resiko utama terjadinya stroke iskemik. Gejala biasanya datang secara mendadak dan berlangsung selama 10 detik hingga 15 menit dan hilang dalam 24 jam ( Dr.Valery Feigin,PhD, 2007 ).

1. Trombosis Serebri

proses terbentuknya thrombus yang membuat penggumpalan,

terjadi karena abnormalitas dinding pembuluh darah, umumnya penyakit degeneratif, yang sering disebut dengan aterosklerosis.

1. Emboli Serebri

Tertutupnya pembuluh arteri oleh bekuan darah.

Embolus cenderung terjadi pada orang yang mengidap penyakit jantung, seperti : denyut jantung cepat dan tidak teratur, penyakit katub jantung, atrial fibrilasi.

Stroke iskemik dikenal dengan *stroke oklusif* dapat terjadi karena adanya sumbatan atau bekuan pada satu atau lebih arteri besar pada pembuluh darah diotak, sumbatan tersebut bisa krena bekuan (*thrombus*) yang terbentuk pada pembuluh darah diotak atau pada pembuluh organ distal, bekuan dapat terlepas kemudian terbawa melalui pembuluh darah arteri sampai ke otak sebagai embolus (Price & Wilson, 2006). Sedangkan penyebab *thrombus* dan  *embolus* dipengaruhi oleh beberapa penyakit vaskuler seperti arterosklerosis, arteritis, hiperkoagulasi dan lain – lain. Penyebab tersering terjadinya stroke embolik adalah embolus yang berasal dari pembuluh darah besar atau jantung, sementara arterosklerosis merupakan penyebab sebagian besar stroke trombotik. Stroke dapat menyebabkan berbagai gangguan neurologi, tergantung pada lokasi nyeri (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya kurang dan jumlah aliran darah kolateral. Gambaran klinik utama dikaitkan dengan insufisiensi aliran darah keotak dapat dihubungkan dengan tanda – tanda dan gejala – gejala dibawah ini (Black & Hawks, 2005) :

1. Vertebro basilaris (sirkulasi posterior, manisfestasi biasanya bilateral); kelemahan salah satu dari empat anggota gerak tubuh, peningkatan refleks tendon, ataksia, tanda babinski bilateral, tanda – tanda serebral, disfagia, disartria, sincope, stupor, koma, pusing, gangguan ingatan, gangguan penglihatan (*diplopia, nistagmus, ptosis, paralisis* gerakan satu mata), muka terasa baal.
2. Arteri karotis interna (sirkulasi posterior, maifestasi biasanya unilateral). Lokasi lesi yang paling sering biasanya pada bifurkasio arteri karotis komunis menjadi arteri karotis intrerna dan karotis eksterna. Dapat berbagai sindroma, polanya tergantung dari jumlah sikulasi kolateral; kebutaan monokular, disebabkan karena insufisiensi aliran darah arteri keretina, terasa baal pada ekstremitas atas dan mungkin juga menyerang wajah. Hal ini disebakan karena insufisiensi diantara arteri serebri anterior dengan serebri media. Kalau terjadi pada hemisfer yang dominan maka akan timbul gejala – gejala afasia ekspresif.
3. Arteri serebri anterior, gejala yang paling primer adalah kebingungan; rasa kontralateral lebih besar pada tungkai. Lengan bagian proksimal mungkin juga ikut terserang. Timbul gerakan volunter pada tungkai terganggu, gangguan sensori kontra lateral, dimensia, reflek mencengkram dan refleks patologis (*disfungsi lobus frontalis*), *arteri serebri posterior* (dalam lobus otak tengah atau talamus); (koma, hemiparesis kontralateral, *afasia visual* atau buta kata (*aleksia*), kelumpuhan saraf kranial ketiga – hemianopsia, koreo athetosis, arteri serebri media; mono paresis atau *hemiparesis kontralateral* (biasanya mengenai lengan), kadang – kadang hemianopsi kontalateral (kebutaan), afasia global (kalo hemisfer dominan yang terkena) gangguan semua fungsi yang ada hubungannya dengan percakapan dan komunikasi, disfagia.
4. Stroke Haemoragik

adalah stroke yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak. Hampir 70 % kasus stroke hemoragik terjadi pada penderita hipertensi.

1. Perdarahan Intra Serebral

pendarahan yang terjadi didalam jaringan otak.

1. Perdarahan sub arachnoid

pendarahan yang terjadi pada ruang subaraknoid (ruang sempit antara permukaan otak dan lapisan jaringan yang menutupi otak).

1. Berdasarkan stadium / pertimbangan waktu :
2. Serangan iskemik sepintas ( TIA )

Pada bentuk ini gejala neurologi yang timbul akibat gangguan peredaran darah di otak akan menghilang dalam waktu 24 jam.

1. Reversible Ischemic Neurologi Defisit ( RIND )

Gejala neurologi yang timbul akan menghilang dalam waktu lebih lama dari 24 jam, tetapi tidak lebih dari seminggu.

1. Progressing Stroke / Stroke In Evolution

Gejala neurologi yang makin lama makin berat.

1. Completed Stroke

Gejala klinis neurologi yang sudah menetap.

**2.1.3 Stroke usia produktif**

Sampai saat ini stroke masih merupakan masalah kesehatan yang serius. Stroke dengan serangan yang akut dapat menyebabkan kematian dalam waktu singkat. Selain itu stroke juga sebagai penyebab utama kecacatan fisik maupun mental pada usia produktif. Menurut Turner dan Helms (2002) usia produktif adalah dimana seseorang telah mencapai puncak dari semua karirnya, baik dalam pengembangan pribadi diri maupun perkembangan sosial, dan dimana batasan usia produktif yaitu usia 17 tahun sampai 54 tahun. Sedangkan menurut Hayslip dan Ponek tahun 1998 batasan usia produktif tersebut berkisar dari 17 tahun sampai 54 tahun. Di dalam Analisis Demografi (Ananta & Anwar, 2007), struktur umur penduduk dibedakan menjadi 3 yaitu :

1. Kelompok usia muda yaitu dibawah usia 15 tahun.
2. Kelompok usia produktif yaitu usia 15 tahun sampai dengan usia 54 tahun.
3. Kelompok usia tua yaitu usia lebih dari 55 tahun.

(Sumber : Badan Pusat Statistik (BPS), 2012)

Dulu penyakit stroke hanya menyerang kaum lanjut usia (lansia). Seiring dengan berjalannya waktu, kini ada kecenderungan bahwa stroke mengancam usia produktif bahkan di bawah usia 17 tahun. Penyakit stroke pun ternyata bisa menyerang siapa saja tanpa memandang jabatan ataupun tingkatan sosial ekonomi.

Umumnya stroke diderita oleh orang tua, karena proses penuaan menyebabkan pembuluh darah mengeras dan menyempit (arteriosclerosis) dan adanya lemak yang menyumbat pembuluh darah. Tapi beberapa kasus terakhir ini menunjukkan peningkatan kasus stroke yang terjadi di usia produktif. Dengan meningkatnya jumlah penderita stroke setiap tahun pada usia produktif, secara ekonomi akan memberikan pengaruh terhadap menurunnya produktifitas dan kemampuan ekonomi, mulai dari ekonomi tingkat keluarga sampai pengaruhnya terhadap beban ekonomi masyarakat dan bangsa (Jusuf Misbah, 2007). Apabila mortalitas dan cacat yang terjadi dapat diatasi maka penderita stroke pada usia produktif tersebut masih dapat meneruskan kariernya untuk mendapatkan penghasilan dalam menghidupi keluarganya, menyumbangkan pikiran dan darma baktinya kepada nusa dan bangsa. Dengan penanganan stroke yang baik, cepat dan tepat berarti dapat mengatasi berkurangnya sumber daya manusia yang potensial dalam masyarakat Indonesia (Lamsudin, 2000).

**2.1.4 Faktor – faktor resiko menyebabkan stroke** (Gofir, 2009)

a. Faktor yang dapat diubah :

1) Hipertensi

Hipertensi dapat menyebabkan stroke iskemik maupun stroke haemoragik, tetapi kejadian stroke haemoragik akibat hipertensi lebih banyak sekitar 80 %. Orang yang jelas menderita hipertensi memiliki resiko stroke tujuh kali lebih besar dibandingkan dengan mereka yang tekanan darahnya normal. Tekanan darah yang meningkat secara perlahan merusak dinding pembuluh darah dengan memperkeras arteri dan mendorong terbentuknya bekuan darah dan aneurisma. Penelitian memperlihatkan bahwa sekitar sepertiga hingga hamper separuh orang yang berusia 45 tahun (usia produktif) menderita hipertensi (Dr. Valery Feigin, PhD, 2007).

Menurut Brunner dan Suddarth tahun 2002 mengatakan bahwa hipertensi adalah dimana keadaan tekanan darah sistoliknya lebih dari 140 mmHg dan diastolik lebih dari 90 mmHg.

2) Diabetes Melitus

Diabetes mellitus dapat menyebabkan stroke iskemik karena terbentuknya aterosklerosis (timbunan zat lemak) pada dinding pembuluh darah yang disebabkan gangguan metabolism glukosa sistemik. Kadar gula darah yang tinggi pada stroke akan membesar luasnya area infark karena terbentuknya asam laktat akibat metabolism glukosa yang dilakukan secara anaerob yang merusak jaringan otak.

1. Transien Iskemik Attack (TIA)

Sekitar 1 dari 100 orang dewasa akan mengalami sedikit satu kali serangan iskemik sesaat seumur hidup mereka. Jika tidak diobati secara benar, sekitar sepersepuluh dari para pasien ini kemudian akan mengalami stroke (biasanya stroke iskemik) dalam 3 bulan setelah serangan pertama, dan sekitar sepertiga akan terkena stroke dalam 5 tahun setelah serangan pertama. Probabilitas terkena stroke meningkat sekitar satu setengah kali lipat untuk setiap penambahan usia sepuluh tahun dan lebih tinggi pada mereka yang semakin sering mengalami TIA (Dr. Valery Feigin,Ph D, 2007).

1. Hiperlipidemia

Hadirnya stroke pada usia produktif berhubungan dengan gaya hidup, seperti banyak menkomsumsi makanan yang enak, berlemak serta cendrung untuk malas bergerak. Hal ini dapat menyebabkan lemak dalam tubuh menumpuk . Kadar LDL yang tinggi dan HDL yang rendah serta kadar trigliserida plasma yang tinggi harus diwaspadai untuk terjadinya stroke ( Iskandar, 2004). Menurut karakteristiknya kadar cholesterol normal adalah kurang dari 200 mg/dl, kadar HDL normal lebih dari 40 mg/dl, kadar LDL normal kurang dari 100 mg/dl dan kadar Trigliserida normal kurang dari 150 mg/dl (Riskesdas, 2002).

1. Alkohol

Konsumsi alkohol mempunyai efek ganda atas resiko stroke, apabila minum sedikit alkohol (kurang dari 40 ml perhari) secara merata tiap hari akan mengurangi kejadian stroke iskemik dengan jalan meningkatkan kadar HDL dalam darah tetapi banyak alkohol yang lebih dari 60 ml perhari akan menambah resiko stroke (Iskandar, 2004).

1. Merokok

Merokok adalah penyebab nyata kejadian stroke yang lebih banyak terjadi pada usia produktif dibandingkan lebih tua. Risiko stroke akan menurun setelah berhenti merokok. Perlu diketahui bahwa merokok memicu produksi fibrinogen (faktor penggumpal darah) lebih banyak sehingga merangsang timbulnya aterosklerosis, mengurangi aliran darah, dan menyebabkan darah mudah menggumpal. Merokok juga meningkatkan pembentukan dan pertumbuhan aneurisma intra kranial.

Berbagai penelitian memperlihatkan bahwa resiko stroke adalah sekitar 20 % lebih tinggi pada wanita perokok daripada bagi pria perokok,bahkan perokok pasif meningkatkan kemungkinan terkena stroke hampir sebesar 80 %. Resiko terkena stroke setara dengan jumlah dan durasi merokok. Mereka yang mengisap 20 atau lebih batang rokok sehari memiliki resiko hamper 2 kali lipat dibandingkan dengan yang merokoknya lebih sedikit. Jadi dalam pencatatan riwayat merokok perlu diperhatikan apakah pasien merupakan seorang perokok aktif, perokok pasif atau bekas perokok. Menurut Mu’tadin (2002) tipe-tipe perokok antara lain :

1. Perokok berat adalah perokok yang mengkonsumsi rokok sangat sering yaitu lebih dari 20 batang per hari.
2. Perokok sedang adalah perokok yang mengkonsumsi rokok yaitu sekitar 10-20 batang perhari.
3. Perokok ringan adalah perokok yang mengkonsumsi rokok jarang yaitu sekitar kurang 10 batang per hari.
4. Gaya hidup ( mengkomsumsi makanan yang tidak sehat ).

Makanan adalah satu – satunya sumber energi kita, tetapi jenis makanan yang berbeda memiliki kandungan kalori yang berbeda. Jika seseorang mengkonsumsi kalori lebih banyak daripada yang mereka gunakan dalam aktifitas sehari – hari, kelebihan kalori tersebut akan diubah menjadi lemak, yang menumpuk di dalam tubuh. Pola makan yang menyebabkan terjadinya penyakit hipertensi karena pengkonsumsian makanan yang tidak sehat seperti jeroan, otak-otak, makanan dan minuman yang didalam kaleng (sarden, kornet). Hal ini dikarenakan makanan diatas tidak sesuai dengan kalori yang dibutuhkan dan mengandung banyak bahan pengawet (Muhammadun, 2010).

Gaya hidup dapat memicu terjadinya hipertensi. Ini dikarenakan gaya hidup menggambarkan pola prilaku sehari-hari yang mengarah pada upaya memelihara kondisi fisik, mental dan sosial yang meliputi kebiasaan tidur, mengkonsumsi makanan yang tidak sehat, bahkan minum-minuman beralkohol (Lisnawati, 2011).

1. Aktifitas fisik yang kurang

Orang yang kurang aktif secara fisik (kurang olah raga), memiliki hampir 50 % peningkatan resiko terkena stroke dibandingkan dengan mereka yang aktif. Inaktivitas fisik dapat menyebabkan masalah berat badan dan meningkatkan tekanan darah serta berkaitan dengan diabetes melitus, dan menyebabkan timbulnya aterosklerosis dini serta berbagai penyakit cardiovaskuler.

1. Kontrasepsi oral

Sebagian besar kontrasepsi oral mengandung estrogen dan progesteron, kontrasepsi gabungan ini disebut kotrasepsi oral kombinasi, dan pil ini dapat meningkatkan tekanan darah serta menyebabkan darah lebih kental dan lebih mudah membentuk bekuan / gumpalan (Dr. Valery Feigin,Ph D).

1. Faktor yang tidak dapat diubah
2. usia

Makin tua seseorang kejadian stroke semakin tinggi atau orang yang berusia diatas 50 tahun juga lebih beresiko mengalami stroke dibandingkan mereka yang berusia lebih muda (Iskandar, 2004 ).

1. Ras dan bangsa

Orang Afrika atau Negro lebih sering terkena stroke.

1. Jenis Kelamin

Dibandingkan dengan laki – laki, perempuan lebih beresiko terkena stroke

1. Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga yang mengalami stroke pada usia muda, maka yang bersangkutan beresiko tinggi pula terkena stroke.

**2.1.5 Pathofisiologi**

Menurut Siagian (2010), patofisiologi stroke dibedakan menjadi 2, yaitu:

1.    Patofisiologi stroke iskemik

Stroke iskemik terjadi karena adanya perubahan aliran darah di otak, dimana terjadi penurunan aliran darah signifikan. Sebagai akibat menurunnya aliran darah ke sebagian otak tertentu, maka akan terjadi serangkaian proses patologik pada daerah iskemik. Perubahan ini dimulai ditingkat seluler, berupa perubahan fungsi dan struktur sel yang diikuti dengan kerusakan pada fungsi utama serta integritas fisik dari susunan sel, selanjutnya akan berakhir dengan kematian neuron.

Proses patofisiologi pada cedera susunan saraf pusat akut sangat kompleks dan melibatkan permeabilitas patologis dari sawar otak, kegagalan energi, hilangnya homeostasis ion sel, asidosis, peningkatan kalsium ekstraseluler, eksitotoksisitas dan toksisitas yang diperantai oleh radikal bebas.

2.    Patofisiologi stroke hemoragik

Perdarahan intrakranial meliputi perdarahan parenkim otak dan perdarahan subarachnoid. Insidens perdarahan intrakranial kurang lebih 20% adalah stroke hemoragik, dimana masing-masing 10% adalah perdarahan subaraknoid dan perdarahan intraserebral. Perdarahan intraserebral biasanya timbul karena pecahnya mikroaneurisma akibat hipertensi maligna. Hal ini paling sering terjadi di daerah subkortikal, serebelum, dan batang otak. Hipertensi kronik menyebabkan pembuluh arteriola berdiameter 100-400 mikrometer mengalami perubahan patologi pada dinding pembuluh darah tersebut berupa lipohialinosis, nekrosis fibrinoid serta timbulnya aneurisma tipe bouchard. Pada kebanyakan pasien, peningkatan tekanan darah yang tiba-tiba menyebabkan rupturnya penetrating arteri yang kecil. Keluarnya darah dari pembuluh darah kecil membuat efek penekanan pada arteriole dan pembuluh darah kecil membuat efek penekanan pada arteriole dan pembuliuh kapiler yang akhirnya membuat pembuluh ini pecah juga. Hal ini mengakibatkan volume perdarahan semakin besar.

Elemen-elemen vasoaktif darah yang keluar serta kaskade iskemik akibat menurunnya tekanan perfusi, menyebabkan neuron-neuron di daerah yang terkena darah dan sekitarnya lebih tertekan lagi. Gejala neurologik timbul karena ekstravasasi darah ke jaringan otak yang menyebabkan nekrosis.

Perdarahan subarachnoid terjadi akibat pembuluh darah disekitar permukaan otak pecah, sehingga terjadi ekstravasasi darah ke ruang subarachnoid. Perdarahan subarachnoid umumnya disebabkan oleh rupturnya aneurisma sakular atau perdarahan dari arteriovenous malformation.

**2.1.6 Tanda dan gejala stroke**

Stroke dapat muncul kapan saja, di manapun dan pada siapa saja, baik saat seseorang sedang melakukan aktivitas maupun ketika sedang beristirahat, bahkan terkadang tanpa gejala penyerta sehingga kondisi sebelumnya benar-benar normal. Defisit neurologis fokal ditandai dengan gangguan fungsi bagian tubuh tertentu seperti wajah yang asimetris, artikulasi bicara menjadi cadel/ pelo, atau lengan dan tungkai menjadi lemah. Kelemahan pada lengan dan tungkai biasanya hanya menyerang satu sisi tubuh saja, kanan atau kiri, dan sangat jarang sekali terjadi pada kedua sisi tubuh secara bersamaan di waktu yang sama. Gangguan saraf ini terjadi akibat kerusakan setempat pada area ganglia basalis dimana terdapat serabut-serabut saraf motorik yang mengatur pergerakan otot di tubuh kita. Sedangkan defisit neurologis global terjadi karena adanya gangguan pada ARAS (Ascending Reticular Activating System), yang merupakan area otak yang mengatur kesadaran. Gangguan pada ARAS dapat berupa kerusakan setempat atau penekanan oleh bekuan darah/ kenaikan tekanan di dalam tengkorak (Gemari, 2008).

Memang progresivitas stroke tidak semua sama, tetapi paling tidak diketahui ada 5 gejala utama stroke (Yayasan Stroke Indonesia, 2012) :

a. Merasa lemah, tidak bertenaga, kesemutan atau mati rasa dibagian wajah, lengan, kaki terutama di satu sisi tubuh.

b. Penglihatan kabur / menghilang pada satu sisi mata atau keduanya secara mendadak.

c. Kesulitan berjalan, pusing, menghilangnya keseimbangan / koordinasi tubuh secara mendadak.

d. Tiba – tiba merasa sakit kepala hebat

e. Kesulitan untuk bicara, mengerti atau bingung secara tiba – tiba.

**2.1.7 Dampak Stroke**

Dampak stroke tergantung pada lokasi penyerangan stroke berada pada bagian mana di otak. Tetapi memang pasti ada perubahan - perubahan yg terjadi setelah seseorang mengaami stroke. Beberapa dampak seseorang yg mengalami stroke :

1. Kelumpuhan

Disebut hemiparese adalah cacat yg paling umum terjadi setelah seseorang mengalai stroke. Bila stroke menyerang otak kanan, kelumpuhan terjadi pada bagian kiri tubuh atau sebaliknya (saling silang), termasuk tenggorokan dan lidah. Jika dampaknya ringan biasanya bagian yg terkena hanya dirasakan tidak bertenaga ( hemiparese ). Jika kerusakan terjadi pada bagian bawah otak (cerebelum), maka kemampuan seseorang untuk mengkoordinasikan gerakan tubuhnya akan berkurang, sehingga akan berpengaruh pada kesulitan melakukan aktivitas yg berhubungan dengan kegiatannya sehari - hari, misalnya duduk, berjalan, mengambil sesuatu, atau bisa juga tidak bisa menelan dan tidak bisa minum.

1. Perubahan mental

Sebenarnya stroke tidak selalu mengakibatkan perubahan mental, dan beberapa perubahan biasanya bersifat sementara. Tetapi memang biasanya ada gangguan daya pikir, kesadaran, konsentrasi, kemampuan belajar dan fungsi intelektual, dimana semua hal tersebut dengan sendirinya akan mempengaruhi si penderita.

Beberapa kemampuan yg hilang dari seseorang yg mengalami stroke :

1. Agnosia

Kehilangan kemampuan mengenali orang atau benda

1. Anosonia

Tidak mengenali bagian tubuhnya sendiri

1. Ataksia

Kehilangan kemampuan untuk mengkoordinasikan gerakan dan ucapannya.

         4)  Apraksia

Tidak mampu melakukan suatu gerakan atau menyusun kalimat yg di

inginkannya.

5)   Distosi spasial

Tidak mampu mengukur jarak atau ruang yg ingin dijangkaunya.

1. Gangguan komunikasi

Paling tidak, seperempat dari pasien stroke mengalami gangguan komunikasi yg berhubungan dengan mendengar, berbicara, membaca dan menulis.

1. Dysathria

Melemahnya pengendalikan bahasa di otak yg berdampak pada komunikasi verbal maupun tulisan walau penderita memahaminya. Biasanya diakibatkan oleh kerusakan otak sebelah kiri.

1. Afasia

Kehilangan kemampuan untuk menyampaikan pikiran melalui kata - kata atau tulisan. Seringkali kata - kata yang terpikir dapat terucapkan, tetapi susunan tata bahasanya membingungkan.

1. Gangguan emosional

Pada uumnya pasien stroke tidak mampu mengerjakan sesuatu secara mandiri, maka sebagian besar penderita akan mengalami kesulitan dalam mengendalikan emosinya. Sering merasa sedih, gelisah, takut, marah atas kekurangannya. Maka dari itu keluarga, teman dan sahabatnya harus bisa selalu mengerti. Penderita bisa mengalami depresi, dengan tidak mau bergaul, sulit tidur, cepat lelah, lesu dan mudah tersinggung, bahkan dapat berakibat kematian akibat bunuh diri.

1. Kehilangan indra rasa

Penderita stroke bisa kehilangan kemampuan sensoris yaitu sentuh. Cacat sensoris dapat mengganggu kemampuan dalam mengenali benda yg dipegangnya.

**2.1.8 Penatalaksanaan**

Penderita yang baru saja mengalami stroke sebaiknya segera dibawa ke rumah sakit agar dapat diberikan penanganan yang optimal. Semakin cepat pertolongan diberikan, semakin baik hasil yang dicapai. Menurut Misbach (dalam Suryati, 2010), prognosis penderita sangat tergantung terutama kepada kecepatan pertolongan saat *therapeutic window* yang relatif sangat pendek (±3 jam), oleh karena itu pertolongan terpadu dan rasional secara cepat, tepat dan cermat akan menurunkan mortalitas dan morbiditas sehingga akan meningkatkan kualitas hidup penderita.

Adapun tujuan terapi pada fase akut, adalah:

a.    Mencegah agar stroke tidak berlanjut atau berulang.

b.    Melakukan upaya agar cacat dapat diatasi.

c.    Mencegah terjadinya komplikasi.

d.   Mencari dan mengobati penyakit lain yang dapat mempengaruhi

perjalanan penyakit.

e.    Membantu pemulihan penderita,misalnya melalui obat-obatan, terapi fisik

dan psikis.

f.     Mencegah terjadinya kematian

Penatalaksanaan stroke terdiri atas:

1. stroke iskemik

dibedakan pada fase akut dan fase pasca akut

1) Pada fase akut, sasaran pengobatan adalah untuk menyelamatkan neuron jangan sampai rusak dan agar proses patologik lainnya yang menyertai tidak mengganggu fungsi otak. Tindakan dan obat yang diberikan harus menjamin perfusi darah ke otak tetap cukup. Memantau jalan nafas, fungsi pernafasan dan sirkulasi serta penggunaan obat untuk memulihkan aliran darah dan metabolisme otak.

2)  Pada fase pasca akut, sasaran pengobatan dititik beratkan pada tindakan rehabilitasi penderita dengan fisioterapi. Terapi wicara dan psikoterapi serta pencegahan terulangnya stroke dengan jalan mengobati dan menghindari faktor resiko stroke.

b. Stroke Haemoragik

Penderita biasanya berada dalam keadaan koma, maka pengobatan dibagi dalam pengobatan umum dan pengobatan spesifik.

1)  Pengobatan umum, dengan memperhatikan jalan nafas dan pernafasan, menjaga tekanan darah, mencegah terjadinya edema otak, memperhatikan balance cairan serta memperhatikan fungsi ginjal dan pencernaan.

2) Pengobatan spesifik, dengan pengobatan kausal yaitu pengobatan terhadap perdarahandi otak dengan tujuan hemostasis, misalnya dengan menggunakan asam traneksamat. Untuk stroke hemoragik dengan perdarahan subaraknoidal, setelah lewat masa akut, dianjurkan angiografi untuk mencari lesi sumber perdarahan, bila ditemukan maka bisa dilakukan operasi bedah saraf.

**2.2 Kerangka Teori**

Berdasarkan kerangka teori dibawah ini peneliti ingin mengetahui Faktor- faktor yang berhubungan dengan kejadian stroke pada usia produktif di ruangan rawat inap stroke RSSN Bukittinggi tahun 2015.

**Gambar 2.2**

**Kerangka Teori**

**Faktor Pencetus Stroke**

**Merokok**

**Hiperlipidemia**

**Hipertensi**

Tar, CO, Nikotin

HDL + LDL

Trig

Merusak dinding pembuluh darah

Aterosklelerosis

Fibrinogen

Bekuan Darah

Pengerasan Arteri

Aterosklelerosis

Aliran Darah

Sumber : Utami, 2009 dan Perrev & Bogusslavsky, 2003 dalam Pinzon & Asanti 2010

**Stroke Iskemik Pada usia produktif**

**BAB III**

**KERANGKA KONSEP**

**3.1 Kerangka Konsep**

Kerangka konsep penelitian ini adalah kerangka hubungan antara konsep-konsep yang ingin diamati atau diukur melalui penelitian-penelitian yang akan dilakukan (Notoatmojo, 2012).

Pada penelitian ini kerangka konsep digunakan untuk melihat hubungan variabel independen dan variabel dependen. Adapun yang menjadi variabel independen yaitu variabel yang bebas atau variabel yang mempengaruhi yaitu hipertensi, merokok, hiperlipidemia dan olah raga. Sedangkan yang menjadi variabel dependen yaitu stroke iskemik usia produktif. Dari kerangka konsep diatas akan terlihat faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian stroke iskemik usia produktif.

**Gambar 3.1**

**Kerangka Konsep**

Variabel Independen Variabel Dependen

Faktor yang berhubungan dengan terjadinya Stroke :

* Hipertensi
* Merokok
* Hiperlipidemia

Klien Stroke Usia Produktif :

* Haemorhagik
* Iskhemik
* Diabetes Melitus
* Kontrasepsi oral
* Gaya hidup
* TIA
* Alkohol

Ket :

: Diteliti

: Tidak diteliti

**3.2 Defenisi Operasional**

Dari kerangka konsep di atas, defenisi operasional untuk variabel yang akan diteliti adalah sebagai berikut :

Tabel 3.2

Defenisi Operasional

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Variabel | Definisi Operasional | Cara Ukur | Alat Ukur | Skala Ukur | Hasil Ukur |
| **Independen** | | | | | | |
| 1  2  3 | Riwayat Hipertensi  Merokok  Hiperlipidemia | Klien yang pernah mengalami peningkatan tekanan darah diatas 140 mmhg sistolik dan diatas 100 mmhg diastolik  Pola hidup/ kebiasaan klien mengkonsumsi rokok setiap hari sebelum menderita penyakit.  Keadaan lemak tinggi di dalam tubuh | Wawancara  Wawancara langsung  Melihat status klien | Lembaran wawancara  Lembaran wawancara  Hasil laboratorium | Nominal  Ordinal  Ordinal | * Ada riwayat hipertensi * Tidak ada riwayat hipertensi * Berat (> 20 btg/ hr) * Sedang (10 – 20 btg/ hr) * Ringan (< dari 10 btg/ hr * Normal (≤ 200 mg/dl * Tidak normal (≥ 200 mg/dl |
| **Dependen** | | | | | | |
| 5 | Kejadian Stroke usia produktif | Klien yang berusia 17-54 tahun baik laki-laki maupun perempuan yang menderita stroke baik iskemik maupun haemoragik | Pemeriksaan diagnosa pada status pasien | Lembar observasi | Nominal | * Iskemik * Haemo –   ragik |

**3.3 Hipotesis**

Ha :

1. Ada hubungan antara hipertensi dengan kejadian stroke pada usia produktif di ruangan rawat inap stroke RSSN Bukittinggi tahun 2014.
2. Ada hubungan antara merokok dengan kejadian stroke pada usia produktif di ruangan rawat inap stroke RSSN Bukittinggi tahun 2014.
3. Ada hubungan antara hiperlipidemia dengan kejadian stroke pada usia produktif di ruangan rawat inap stroke RSSN Bukittinggi tahun 2014.

**BAB IV**

**METODE PENELITIAN**

* 1. **Desain Penelitian**

Desain penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah metoda penelitian deskriptif analitik korelasi, yang menelaah hubungan antara dua variabel dari sekelompok subjek dalam hal faktor – faktor yang berhubungan dengan kejadian stroke pada usia produktif di ruangan rawat inap stroke RSSN Bukittinggi tahun 2015. Penelitian ini menggunakan pendekatan *cross sectional*, dimana pengumpulan data variabel independen dan variabel dependen dilakukan secara bersamaan. (Notoadmodjo, 2012 : 86)

* 1. **Tempat dan Waktu Penelitian** 
     1. **Tempat Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di ruangan rawat inap Stroke RSSN Bukittinggi. Peneliti tertarik melakukan penelitian di RSSN Bukittinggi karena disamping penelitian ini belum pernah dilaksanakan di Rumah Sakit tersebut juga merupakan rumah sakit rujukan bagi penderita stroke serta angka kejadian stroke terus mengalami peningkatan, sehingga lebih memudahkan peneliti mengumpulkan data sekunder yang dibutuhkan serta melaksanakan penelitian ini.

* + 1. **Waktu Penelitian**

Peneliti rencana melakukan penelitian pada bulan Desember 2014 sampai dengan bulan Januari 2015.

* 1. **Populasi, Sampel dan Sampling**
     1. **Populasi**

Populasi adalah keseluruhan dari suatu variabel yang menyangkut masalah yang diteliti (Notoatmodjo, 2012). Populasi pada penelitian ini adalah seluruh pasien stroke usia produktif yang dirawat pada unit rawat inap stroke di RSSN Bukittinggi, menurut data medical record RSSN Bukittinggi dalam tahun 2013 jumlah pasien stroke usia produktif yang dirawat di ruang rawat inap stroke adalah sebanyak 365 orang.

* + 1. **Sampel**

Sampel adalah merupakan sebagian dari keseluruhan objek yang akan diteliti dan dianggap mewakili populasi (Notoatmojo, 2012). Sampel pada penelitian ini adalah seluruh pasien stroke usia produktif yang dirawat pada unit rawat inap Stroke RSSN Bukittinggi yang diteliti selama 1 (satu) bulan penelitian yaitu 32 orang. Rumus yang digunakan untuk menentukan jumlah sampel adalah dengan rumus :

n = N

\_\_\_\_\_\_

N (d) + 1

Keterangan :

n : Jumlah sampel yang dicari

N : Jumlah Populasi

d : Nilai presisi / tingkat kepercayaan 0,1

Sumber : Prof.Dr. Tukiran Taniredjo dan Hidayat Mustafidah, Ssi. M. Kom,

Agustus 2012

Jumlah sampel dalam penelitian ini adalah :

n : 365

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ = 78,49

365 (0,1) + 1

Jadi jumlah sampel dalam penelitian ini adalah 78 responden

Dengan kriteria sampel sebagai berikut :

Kriteria inklusi adalah kriteria yang merupakan persyaratan umum yang harus dipenuhi oleh subjek penelitian agar dapat diikutsertakan dalam penelitian. Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah :

1. Pasien yang dirawat di ruangan rawat inap stroke RSSN Bukittinggi dengan memiliki diagnosa stroke usia produktif
2. Bersedia menjadi responden dan kooperatif
3. Responden yang ada pada saat penelitian

Kriteria eksklusi adalah kriteria yang menyebabkan subjek memenuhi kriteria inklusi, tetapi tidak dapat diikutsertakan dalam penelitian . Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah :

1. Responden yang tidak bersedia diteliti
2. Responden yang tidak ada pada saat penelitian
3. Responden tidak menderita diabetes melitus, ginjal dan jantung.
   * 1. **Sampling**

Teknik sampling adalah suatu proses seleksi sampel yang digunakan pada penelitian dari populasi yang ada, sehingga jumlah sampel akan mewakili keseluruhan populasi yang ada (Aziz Alimul hidayat, 2007 : 72)

Penelitian ini menggunkan teknik *Accidental Sampling* yaitu responden yang kebetulan ada pada saat melakukan penelitian (Notoadmodjo, 2012 : 125) yaitu pasien stroke usia produktif yang dianggap memenuhi syarat untuk menjadi subjek penelitian.

* 1. **Pengumpulan Data**

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Notoadmodjo, 2012).

* + 1. **Alat Pengumpulan Data**

Instrumen penelitian adalah alat-alat yang akan digunakan untuk pengumpulan data (Notoatmojo, 2012). Instrumen merupakan alat bantu bagi peneliti dalam menggunakan metoda pengumpulan data. Alat pengumpulan data atau instrumen yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan lembar wawancara langsung untuk hipertensi dan merokok, serta lembar observasi status digunakan untuk hasil laboratorium pada hiperlipidemia serta guna melihat klien menderita penyakit stroke haemorhagik atau stroke iskhemik.

* + 1. **Prosedur Pengumpulan Data**

Data dikumpulkan oleh peneliti di ruang rawat inap stroke RSSN Bukittinggi. Setelah mendapat izin dari ruangan rawat inap peneliti memilih dan menetapkan responden sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi yang telah ditetapkan, meminta persetujuan responden untuk berpartisipasi dalam penelitian, setelah diberikan penjelasan mengenai penelitian, tujuan, hak dan kewajiban responden, memberikan kesempatan bertanya pada responden. Apabila responden telah mengerti, dan setuju maka diminta responden menandatangani *informed consent*, membuat kontrak waktu untuk melakukan wawancara terhadap hal yang berkaitan dengan penelitian. Mengisi lembar wawancara, lembar observasi dan mencatat semua data dilembar kerja. Data yang didapat diolah dan disajikan sesuai dengan rencana.

* 1. **Cara Pengolahan dan Analisis Data**
     1. **Cara Pengolahan Data**

Data yang telah dikumpulkan diolah dengan cara manual menggunakan tahap -tahap sebagai berikut :

1. Editing

Yaitu meneliti kembali apakah isian dalam lembar wawancara sudah lengkap dan diisi, pemeriksaan fisik dan observasi sudah akurat. Editing dilakukan ditempat mengumpulan data, sehingga jika ada kekurangan data dapat segera dikonfirmasi pada responden yang bersangkutan, dilakukan pemeriksaan fisik ulang atau observasi status.

1. Coding

Yaitu mengklasifikasikan jawaban-jawaban yang ada menurut jenisnya. Klasifikasi dilakukan dengan jalan menandai masing-masing jawaban dengan kode berupa angka, kemudian dimasukan dalam lembaran label kerja guna mempermudah dalam membaca.

1. Entry Data

Yaitu proses memasukan data kedalam kategori tertentu untuk dilakukan analisis data dengan penggunakan komputerisasi.

1. Cleanning

Yaitu mengecek kembali data yang sudah di entry apakah ada kesalahan atau tidak, membuang data yang sudah dipakai.

* + 1. **Analisis Data**

Analisis data merupakan tindakan mengolah data menjadi informasi yang bermanfaat untuk menjawab masalah riset (Notoatmodjo, 2012 : 180). Analisis data menjelaskan tentang metode statistik yang digunakan dalam menganalisis data hasil penelitian, termasuk didalamnya adalah perlu tidaknya penggunaan uji statistik. Analisis data dilakukan dengan menggunakan sistim komputerisasi. Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini antara lain :

1. **Analisis Deskriptif (Univariat)**

Analisis Deskriptif atau univariat adalah analisa yang dilakukan untuk menganalisa variabel yang ada secara deskriptif. Analisa ini digunakan untuk mendeskripsikan faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian stroke usia produktif diantaranya faktor hipertensi, hiperlipidemia, merokok dengan membuat tabel distribusi frekuensi.

1. **Analisa Analitik (Bivariat)**

Analisis bivariat dilakukan untuk melihat hubungan antara dua variabel dengan uji statistik *Chi-Square* melalui program komputerisasi dengan derajat kemaknaan (0,05). Hasil analisa *Chi-Square* dibandingkan dengan nilai p, dimana bila p ≤ 0,05 artinya statistik bermakna, sedangkan jika nilai p > 0,05 artinya secara statistik tidak bermakna.

Kesimpulan akhirnya apabila p ≤ 0,05 maka ada hubungan antara varibel independen dengan variabel dependen. Jika p > 0,05 maka tidak ada hubungan varibel independen dengan variabel dependen. (Notoatmodjo, 2012).

* 1. **Etika Penelitian**

Setelah mendapat izin atau pengantar dari pendidikan STIKes Perintis Sumbar, peneliti melaporkan pada Diklat RSSN Bukittinggi tentang penelitian yang akan dilaksanakan. Penelitian ini dimulai bulan Desember 2014 sampai dengan bulan Januari 2015. Setelah peneliti mendapat izin dari diklat kemudian peneliti meminta surat pengantar penelitian untuk ruangan rawat inap stroke. Setelah mendapatkan persetujuan dari ruang rawat inap stroke barulah peneliti melakukan penelitian dengan memperhatikan dan menjunjung tinggi etika penelitian, meliputi penerapan prinsip-prinsip utama etik dan *informed consent.*

* + 1. **Prinsip Etika**
       1. ***Anonimity* (tanpa nama)**

Untuk menjaga kerahasiaan peneliti tidak akan mencantumkan nama responden tetapi lembaran tersebut diberi kode. Informasi responden tidak hanya dirahasiakan tapi harus juga dihilangkan.

* + - 1. **C*onfidentiality* (Kerahasiaan)**

Kerahasiaan informasi responden dijamin peneliti dan hanya kelompok data tertentu yang diharapkan sebagai hasil penelitian.

* + - 1. ***Beneficiency* (bermanfaat)**

Responden menerima manfaat dari informasi yang diberikan mengenai faktor-faktor yang menyebabkan terjadinya stroke pada dirinya terutama pada usia yang lebih muda atau usia produktif.

* + 1. ***Informed Consent* (Format Persetujuan)**

Responden telah menerima penjelasan tentang penelitian, responden mampu untuk memahami informasi, memiliki kekuatan untuk memilih secara bebas, berpartisipasi secara sukarela atau memutuskan untuk tidak berpartisipasi dan tetap menghormati hak-hak responden.

DAFTAR PUSTAKA

Alimun, Hidayat, 2007. *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia*. Jakarta : Salemba Medika

Brunner & Suddart, 2001*. Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Volume 2. Jakarta : EGC

Bustan, M.N . 2007*. Epidemiologi Penyakit Tidak Menular*.

Badan Pusat Statistik (BPS). 2010*. Data Statistik Indonesia*.

<http://www.datastatistikindonesia.com/component/option> html

Dharma, Kelana Kusuma. 2011. *Metodologi Penelitian Keperawatan*.

Feigin, dkk, 1998. *Faktor Resiko Stroke*. Jakarta. PT Gramedia Pustaka Utama

Gallo & Hudak, Edisi 6*. Keperawatan Kritis Pendekatan Holistik*.

*Guidelline Stroke*, Perhimpunan Dokter Spesialis Saraf Indonesia (Perdossi, 2011).

Himpunan Peduli Stroke, 2010. *Kini Stroke Menyerang Usia Produktif*

Iskandar, Junaedi, 2012. *Stroke Waspadai Ancamannya*. Edisi I. Yogyakarta

Junaidi, 2004. Panduan *Praktis Pencegahan dan Pengobatan Stroke*. Jakarta. Bhuana Ilmu Populer

*Jurnal Ners*. Vol 7 No.2, Oktober 2012 : 111 – 119

Kemenkes. R I. 2012. *Standar Pelayanan Keperawatan Stroke*.

Manjoer, Arif. 2000*. Kapita Selekta Kedokteran*. EGC : Jakarta

Mardjono, Mahar. 2000*. Neurologi Klinis Dasar*.

Notoatmodjo, Soekidjo. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.

Nursalam. 2003. *Metode Penelitian*. Jakarta : EGC

Oman, Kathleen. S, Mc Lain, Jane Koziol, 2008*. Keperawatan Emergency*.

*Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta. Dep Kes. RI. 2009.

Riset Kesehatan Dasar, 2013.Departemen Kesehatan RI

Riyanto, Agus. September 2011. *Aplikasi Metodologi Penelitian Kesehatan*. Cetakan ke II.

Smeltzer & Bare, 2005. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Edisi 8. EGC : Jakarta

Stikes Perintis Sumbar. 2013. *Penulisan Proposal & Skripsi Program Studi Ilmu Keperawatan.* Bukittinggi Sumatera Barat.

*Stroke In Young Adult*

<http://stroke> ahajurnals.org/by guest on Oktober 23, 2014. By the American

Heart Association

Soeharto, Imam, 2002. *Kolesterol dan Lemak Jahat, Kolesterol dan Lemak Baik dan Proses Terjadinya*

Tambayong, Januari. 2000*. Patofisiologi Untuk Keperawatan*. Jakarta. EGC

Taniredja, Tukiran. Mustafidah, Hidayat. Agustus 2012*. Metodologi Penelitian*.

Utami, 2009. *Faktor Resiko Stroke*. Jakarta

WHO : *Data Statistik Kejadian Stroke*

http:/www.who.int/topics/stroke/en, Diakses November 2014

Wikipedia, 2010*. Hipertensi faktor terjadinya Stroke*

Yayasan Stroke Indonesia (Yastroki). 2011. *Kejadian Stroke Di Indonesia Beresiko Tinggi Timbulkan Kematian*

**KATA PENGANTAR**

Puji dan syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya, sehingga peneliti dapat menyelesaikan proposal ini yang berjudul **“Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Stroke Pada Usia Produktif Di Ruangan Rawat Inap Stroke RSSN Bukittinggi Tahun 2014”** yang dibuat sebagai salah satu syarat pemenuhan untuk mendapatkan gelar Sarjana Keperawatan pada Program Studi Ilmu Keperawatan STIKes Perintis Sumatera Barat.

Dalam penyusunan proposal ini peneliti telah banyak mendapat bantuan dari berbagai pihak, oleh karena itu peneliti menyampaikan ucapan terimakasih kepada yang terhormat :

1. Bapak Yendrizal Jafri, S. Kp, M. Biomed selaku Ketua STIKes Perintis Sumatera Barat.
2. Ibu Ns. Yaslina, S. Kep, Sp. Kom selaku Ka. Prodi Ilmu Keperawatan STIKes Perintis Sumatera Barat.
3. Ibu Ns. Ida Suryati, M. Kep selaku Pembimbing 1 yang telah meluangkan waktu dan pikiran dalam memberikan bimbingan dan saran kepada penulis sehingga Proposal ini dapat terselesaikan.
4. Bapak Ns. Anil Basya, S. Kep selaku Pembimbing II yang juga telah meluangkan waktu dan memberi pengarahan, saran serta dorongan sehingga penulis dapat menyelesaikan proposal ini.
5. Bapak Direktur Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi yang telah memberikan izin kepada peneliti untuk melakukan penelitian.
6. Seluruh staf dan dosen pengajar STIKes Perintis Sumatera Barat yang telah banyak memberikan ilmu kepada peneliti selama perkuliahan.
7. Suami, anak dan orang tua, keluarga besar tercinta yang selalu memberi dukungan, bantuan, motivasi dan doa kepada peneliti dalam menyelesaikan pendidikan.
8. Teman-teman seperjuangan Program B STIKes Perintis Sumatera Barat yang selalu memberi motivasi dan semangat.
9. Semua pihak yang telah membantu penulis yang tidak dapat penulis ucapkan satu persatu.

Tidak ada yang sempurna di alam ini kecuali Allah SWT. Oleh karena itu peneliti tidak luputndari kesalahan dan kekhilafan, karena proposal ini masih jauh dari kesempurnaan. Kritik dan saran yang bersifat membangun demi kesempurnaan proposal ini sangat peneliti harapkan dari pembaca semuanya.

Akhirnya untuk semua yang telah diberikan, peneliti hanya bisa berdoa semoga budi baiknya dibalas oleh Allah SWT, amiiin.

Bukittinggi, Desember 2014

Peneliti

**ii**

**DAFTAR ISI**

**HALAMAN JUDUL**

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

**DAFTAR ISI …………………………………………………………..**ii

**DAFTAR TABEL ……………………………………………………..**v

**DAFTAR SKEMA …………………………………………………….**vi

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

**BAB I. PENDAHULUAN**

* 1. Latar Belakang ………………………………………………………… 1
  2. Rumusan Masalah …………………………………………………….. 5

**iii**

* 1. Tujuan Penelitian ……………………………………………………… 6

1.3.1 Tujuan Umum …………………………………………………… 6

1.3.2 Tujuan Khusus …………………………………………………… 6

1.4 Manfaat Penelitian …………………………………………………….. 7

1.4.1 Peneliti …………………………………………………………… 7

1.4.2 Institusi Pendidikan ……………………………………………… 7

1.4.3 Lahan ……………………………………………………………. 7

1.5 Ruang Lingkup Penelitian ……………………………………………. 7

**BAB II TINJAUAN PUSTAKA**

* 1. Tinjauan Teoritis …………………………………………………… 9

2.1.1 Pengertian Stroke …………………………………………….. 9

2.1.2 Klasifikasi Stroke ……………………………………………. 10

2.1.3 Stroke Usia Produktif ………………………………………… 14

2.1.4 Faktor-faktor Resiko Penyebab Stroke ………………………. 15

2.1.5 Pathofisiologi ………………………………………………… 20

2.1.6 Tanda dan Gejala Stroke …………………………………….. 21

2.1.7 Dampak Stroke ………………………………………………. 22

2.1.8 Penatalaksanaan ……………………………………………… 25

2.2 Kerangka Teori …………………………………………………….. 27

**BAB III KERANGKA KONSEP**

* 1. Kerangka Konsep ………………………………………………….. 29
  2. Defenisi Operasional ……………………………………………… 30
  3. Hipotesis …………………………………………………………… 31

**BAB IV METODE PENELITIAN**

4.1 Desain Penelitian ………………………………………………….. 32

4.2 Tempat dan Waktu Penelitian …………………………………….. 32

4.2.1 Tempat Penelitian …………………………………………… 32

4.2.2 Waktu Penelitian ……………………………………………. 32

4.3 Populasi, Sampel, dan Sampling …………………………………. 33

4.3.1 Populasi ……………………………………………………… 33

4.3.2 Sampel ………………………………………………………. 33

4.3.3 Sampling …………………………………………………….. 34

4.4 Pengumpulan Data ………………………………………………… 35

4.4.1 Alat Pengumpulan Data …………………………………….. 35

**iv**

4.4.2 Prosedur Pengumpulan Data ………………………………… .35

4.5 Cara Pengolahan dan Analisis Data ………………………………… 36

4.5.1 Cara Pengolahan Data …………………………………………36

4.5.2 Analisis Data …………………………………………………..37

4.6 Etika Penelitian ………………………………………………………38

4.6.1 Prinsip Etika ………………………………………………….. 38

4.6.1.1 Anonimity ……………………………………………. 38

4.6.1.2 Confidentiality ………………………………………. 38

4.6.1.3 Beneficiency …………………………………………. 38

4.6.2 Informed Consent ……………………………………………. 39

**DAFTAR PUSTAKA**

**LAMPIRAN**

**v**

**DAFTAR TABEL**

**iv**

No. Tabel Halaman

3.2 Defenisi Operasional ……………………………………………………………30

**vi**

**DAFTAR SKEMA**

Gambar Halaman

Gambar 2.2 Kerangka Teori …………………………………………………………28

Gambar 3.1 Kerangka Konsep ………………………………………………………29

**vii**

**DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 Permohonan Menjadi Responden

Lampiran 2 Format Persetujuan (Informed Consent)

Lampiran 3 Lembar Observasi

Lampiran 4 Data Responden

Lampiran 5 Jadwal Penelitian

Lampiran 6 Surat Izin Pengambilan Data dan Penelitian

Lampiran 7 Surat Balasan dari RSSN Bukittinggi

Lampiran 8 Lembar Konsultasi

**viii**

**PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

**( INFORMED CONSENT )**

Saya yang bertandatangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

Menyatakan bersedia untuk turut berpartisipasi menjadi responden penelitian yang dilakukan oleh Mahasiswa S1 Keperawatan Program B STIKes Perintis Sumatera Barat yang berjudul **Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Stroke pada Usia Produktif di Ruangan Rawat Inap Stroke RSSN Bukittinggi tahun 2014.** Tandatangan saya menunjukkan saya sudah diberi informasi dan memutuskan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Bukittinggi, Desember 2014

Responden

( )

**PERMOHONAN PERSETUJUAN**

Lampiran 1

**MENJADI RESPONDEN**

Kepada

Yth. Calon Responden

Di Tempat

Dengan Hormat,

Saya yang bertandatangan dibawah ini adalah Mahasiswa Program Ilmu Keperawatan STIKes Perintis Sumatera Barat Program Non Reguler Semester III yang bermaksud akan melakukan penelitian :

Nama : SUSY WERY

NIM : 13103084105056

Akan mengadakan penelitian dengan judul “Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Stroke Pada Usia Produktif Di Ruangan Rawat Inap Stroke RSSN Bukittinggi Tahun 2014”.

Penelitian ini tidak akan menimbulkan akibat yang merugikan bagi responden, kerahasiaan informasi yang diberikan akan dijaga dan hanya digunakan untuk keperluan penelitian. Apabila Bapak/Ibu menyetujui maka dengan ini saya mohon kesediaannya untuk menandatangani lembar persetujuan dan menjawab pertanyaan yang diajukan.

Atas kesediaan dan kerjasama Bapak/Ibu saya ucapkan banyak terimakasih.

Bukittinggi, Desember 2014

(SUSY WERY)

**ii**