

## **Analisis Status Fungsional Pasien Stroke Saat Keluar Ruang Merak II RSUD Arifin Achmad Pekanbaru**

Bibing Rahmano Marjoko<sup>1</sup>, Wasisto Utomo<sup>2</sup>, Oswati Hasanah<sup>3</sup>

Email: bibingrahmano@yahoo.com  
085364803813

### ***Abstract***

*The purpose of this research was to describe the functional status of stroke patients when leaving from hospital. A consecutive sampling technique was carried on 30 respondents, using simple descriptive sampling was conducted in Merak II ward of Arifin Achmad hospital Pekanbaru. The data collected by modified instruments of Barthel Indeks consisted of 11 items of assessment. The result showed that most repondents had very severe disability (30.0%), (10.0%) with severe disability, 36.7% had medium inability, 6.7% had mild disability, and only 16.7% was independent condition. Based on these result, it is suggested to the health institution to provide nursing care appropriately for post stroke patients to improve their condition when leaving the hospital or at home.*

*Keywords : Functional status stroke patients, Barthel indeks*

### **PENDAHULUAN**

Stroke adalah suatu keadaan yang timbul karena terjadi gangguan peredaran darah di otak yang menyebabkan terjadinya kematian jaringan otak sehingga mengakibatkan seseorang menderita kelumpuhan atau kematian (Batticaca, 2008).

Stroke merupakan penyakit yang paling sering menyebabkan cacat berupa kelumpuhan anggota gerak, gangguan bicara, proses berpikir, daya ingat, dan bentuk-bentuk kecacatan lain sebagai akibat gangguan fungsi otak (Muttaqin, 2008). Data WHO 2004 diperkirakan 15 juta orang diseluruh dunia menderita stroke. Dari jumlah tersebut, 5 juta meninggal dunia dan 5 juta yang tersisa cacat permanen, mereka menjadi beban bagi keluarga dan masyarakat.

Keadaan pasien pasca stroke dalam perjalanannya sangat beragam. Setelah menjalani perawatan dirumah sakit, ada 3 kemungkinan yang dialami oleh pasien stroke, yaitu: meninggal dunia, sembuh tanpa cacat, dan sembuh dengan kecacatan. Kematian akibat stroke ditemukan pada 10-

30% pasien yang dirawat dan 70-90% penderita yang hidup pasca stroke (Pinzon & Asanti, 2010). Sekitar 90% pasien stroke mengalami kecacatan atau kelumpuhan separuh badan. Kelumpuhan atau kelemahan ini seringkali masih dialami pasien sewaktu keluar dari rumah sakit (Mulyatsih & Ahmad, 2008).

Luaran pasien pasca stroke digambarkan dalam bentuk angka kematian dan status fungsional. Indikator hasil dari fase rehabilitasi adalah status fungsional yang perlu dinilai saat akan pulang berdasarkan kemampuan beraktivitas dengan harapan sebagai persiapan saat berada dirumah (Ropyanto, 2011).

Untuk memeriksa status fungsional dan kemampuan pergerakan pada pasien penderita stroke maka digunakan Barthel Indeks. Barthel Indeks ini merupakan skala ukur yang mempunyai reliabilitas dan validitas yang tinggi, mudah dan cukup sensitif untuk mengukur perubahan fungsi serta keberhasilan rehabilitasi (Rasyid & Soertidewi, 2007).

Penelitian terkait yang dilakukan oleh Pinzon, Asanti, Sugianto, dan Widyo

(2009), tentang “Status Fungsional pasien stroke non hemoragik pada saat keluar rumah sakit” yang dilakukan pada 399 pasien stroke yang terdiri dari 288 pasien stroke non hemoragik dan 111 pasien stroke hemoragik. Data analisis secara deskriptif dan analitik dengan menggunakan Barthel Indeks (nilai 0-100). Menunjukkan bahwa lebih dari sepertiga pasien mampu mandiri (nilai Barthel Indeks >70) pada saat keluar rumah sakit. Ada seperlima (21%) pasien dengan status fungsional yang rendah pada saat keluar rumah sakit. Pasien stroke usia muda dengan massa *follow up* 96 bulan menunjukkan bahwa 16,1% tetap tergantung. Sebanyak 55,6% pasien telah mampu bekerja kembali dalam waktu 96 bulan.

Berdasarkan data profil kesehatan Provinsi Riau (2010) pola penyakit kematian di rumah sakit tahun 2010 persentase terbanyak adalah penyakit stroke (81%) diikuti oleh hipertensi (67%), TB Paru BTA (+) (50%), penyakit neoplasma (50%), kecelakaan (37%), jantung (34%), BBLR (34%), asma (27%), asfiksia (24%) dan penyakit virus dengan gangguan defisiensi imun pada manusia (HIV) (16%). Dari data tersebut didapatkan bahwa, penyebab kematian tertinggi di Provinsi Riau adalah stroke.

Tingginya angka kejadian stroke pertama dan kejadian stroke ulang di Indonesia akan berdampak buruk pada produktifitas kehidupan masyarakat Indonesia. Luaran dari penyakit stroke digambarkan dalam bentuk angka kematian dan status fungsional pasca serangan stroke. Nilai status fungsional menunjukkan indikator keberhasilan fase rehabilitasi. Hal ini membuat peneliti tertarik untuk mengetahui status fungsional pasien stroke saat keluar dari rumah sakit sehingga dapat diketahui sejauh mana kemampuan beraktivitas setelah keluar dari rumah sakit dengan harapan sebagai persiapan saat berada dirumah. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui status fungsional pasien stroke saat keluar rumah sakit.

## METODOLOGI PENELITIAN

**Desain Penelitian:** Desain penelitian merupakan rencana penelitian yang disusun sehingga dapat memperoleh jawaban terhadap pertanyaan penelitian (Setiadi, 2007). Penelitian yang dilakukan adalah penelitian kuantitatif dengan desain penelitian deskriptif.

**Sampel:** Pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah menggunakan teknik *Consecutive Sampling* yaitu pemilihan sampel dengan menetapkan subjek yang memenuhi kriteria penelitian dimasukkan dalam penelitian sampai kurun waktu tertentu, sehingga jumlah klien yang diperlukan terpenuhi (Nursalam, 2003). Besar sampel yang digunakan yaitu sebesar 30 orang dan merupakan jumlah sampel minimum yang harus dipenuhi dalam penelitian kuantitatif (Burn & Grove, 2005).

**Instrumen:** Instrumen yang digunakan berupa lembar observasi pemeriksaan status fungsional dalam bentuk skala penilaian Barthel Indeks versi Wade & Collin yang telah di modifikasi.

**Prosedur:** Peneliti melakukan penelitian di ruang Merak II RSUD Arifin Achmad Pekanbaru. Peneliti melakukan pengecekan kriteria inklusi yang telah ditetapkan. Setelah mendapatkan responden yang sesuai dengan kriteria inklusi, peneliti kemudian menjelaskan tujuan dan prosedur penelitian kepada responden beserta keluarga. Peneliti kemudian melakukan observasi dengan melakukan pemeriksaan status fungsional responden. Pemeriksaan status fungsional responden akan dilakukan pada pagi hari dan siang hari. Setelah proses pengumpulan data selesai, peneliti selanjutnya melakukan analisa dengan menggunakan uji statistik yang sesuai dengan data. Selanjutnya diakhiri dengan penyusunan laporan hasil penelitian dan penyajian hasil penelitian.

## HASIL PENELITIAN

Tabel 1

*Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Pasien Stroke saat Pulang di Ruang Merak 2 RSUD Arifin Achmad (n= 30)*

No.	Jenis Kelamin	Jumlah	Persentase (%)
1.	Laki-Laki	6	20.0
2.	Perempuan	24	80.0
Total			

Berdasarkan tabel 1 diketahui bahwa mayoritas responden adalah perempuan yaitu sebanyak 80.0% dengan jumlah 24 orang.

Tabel 2

*Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Lama Perawatan Pasien Stroke Saat Pulang Ruang Merak 2 RSUD Arifin Achmad (n= 30)*

No.	Lama Perawatan	Jumlah	Persentase (%)
1.	< 6 Hari	12	40.0
2.	6-10 Hari	10	33.3
3.	11-15 Hari	7	23.3
4.	>25 Hari	1	3.3
Total		30	100.0

Berdasarkan tabel 2 diketahui bahwa berdasarkan lama perawatan yang terbanyak adalah < 6 hari 40.0% dengan jumlah 12 orang responden. Jika dibandingkan dengan lama rawat dengan rentang hari ke 6-15 diperoleh sebanyak 56.6% dengan jumlah 17 orang responden.

Tabel 3

*Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Stroke Yang Dialami Pasien Stroke Di Ruang Merak 2 RSUD Arifin Achmad (n= 30)*

No.	Jenis Stroke	Jumlah	Persentase (%)
1.	Stroke Hemoragik	10	33.3
2.	Stroke	20	66.7

Infark		
Total	30	100.0

Berdasarkan tabel 3 diketahui bahwa distribusi responden berdasarkan jenis stroke yang terbanyak adalah stroke infark 66.7% dengan jumlah 20 responden.

Tabel 4

*Distribusi Frekuensi Responden Menurut Umur Pasien Stroke Saat Pulang Ruang Merak 2 RSUD Arifin Achmad (n= 30)*

No.	Umur	Jumlah	Persentase (%)
1.	Dewasa (26-60 tahun)	22	73.3
2.	Lansia (> 60 tahun)	8	26.7
Total		30	100.0

Berdasarkan tabel 4 diketahui bahwa distribusi responden menurut umur yang terbanyak adalah dewasa (26-60 tahun) 73.3% dengan jumlah 22 responden.

Tabel 5

*Distribusi Frekuensi Status Fungsional Pasien Stroke Berdasarkan Aktifitas Defekasi Saat Keluar Ruang Merak 2 RSUD Arifin Achmad (n= 30)*

No.	Defekasi	Jumlah	Persentase (%)
1.	Inkontinensia Alvi	11	36.7
2.	Kadang Terjadi Inkontinensia	0	00.0
3.	Tidak Terjadi Inkontinensia	19	63.3
Total		30	100.0

Berdasarkan tabel 5 diketahui bahwa distribusi status fungsional responden berdasarkan aktifitas defekasi yang terbanyak adalah tidak terjadi inkontinensia 63.3% dengan jumlah 19 orang responden.

Tabel 6  
*Distribusi Frekuensi Status Fungsional Pasien Stroke Berdasarkan Aktifitas Miksi Saat Keluar Ruang Merak 2 RSUD Arifin Achmad (n= 30)*

No.	Miksi	Jumlah	Persentase (%)
1.	Inkontinensia Urine atau Menggunakan Kateter	13	43.3
2.	Kadang Terjadi Inkontinensia	1	3.3
3.	Tidak Terjadi Inkontinensia	16	53.3
Total		30	100.0

Berdasarkan tabel 6 diketahui bahwa distribusi status fungsional responden berdasarkan aktifitas miksi yang terbanyak adalah tidak terjadi inkontinensia 53.3% dengan jumlah 16 responden.

Tabel 7  
*Distribusi Frekuensi Status Fungsional Pasien Stroke Berdasarkan Aktifitas Kebersihan Diri Saat Keluar Ruang Merak 2 RSUD Arifin Achmad (n= 30)*

No.	Kebersihan Diri	Jumlah	Persentase (%)
1.	Memerlukan Bantuan	17	56.7
2.	Dapat Melakukan Sendiri	13	43.3
Total		30	100.0

Berdasarkan tabel 7 diketahui bahwa distribusi status fungsional responden berdasarkan aktifitas kebersihan diri yang terbanyak adalah memerlukan bantuan 56.7% dengan jumlah 17 responden.

Tabel 8  
*Distribusi Frekuensi Status Fungsional Pasien Stroke Berdasarkan Aktifitas Penggunaan Toilet Saat Keluar Ruang Merak 2 RSUD Arifin Achmad (n= 30)*

No.	Penggunaan Toilet	Jumlah	Persentase (%)
1.	Tidak Dapat Melakukan Sendiri	10	33.3
2.	Memerlukan Bantuan	15	50.0
3.	Mandiri	5	16.7
Total		30	100.0

Berdasarkan tabel 8 diketahui bahwa distribusi status fungsional responden berdasarkan aktifitas penggunaan toilet yang terbanyak adalah memerlukan bantuan 50.0% dengan jumlah 15 responden.

Tabel 9  
*Distribusi Frekuensi Status Fungsional Pasien Stroke Berdasarkan Aktifitas Makan Saat Keluar Ruang Merak 2 RSUD Arifin Achmad (n= 30)*

No.	Makan	Jumlah	Persentase (%)
1.	Tidak Dapat Melakukan Sendiri	7	23.3
2.	Memerlukan Bantuan Dalam Beberapa Hal	12	40.0
3.	Mandiri	11	36.7
Total		30	100.0

Berdasarkan tabel 9 diketahui bahwa distribusi status fungsional responden berdasarkan aktifitas makan yang terbanyak adalah memerlukan bantuan dalam beberapa hal 40.0% dengan jumlah 12 responden.

Tabel 10  
*Distribusi Frekuensi Status Fungsional Pasien Stroke Berdasarkan Aktifitas Transfer Saat Keluar Ruang Merak 2 RSUD Arifin Achmad (n= 30)*

No.	Transfer	Jumlah	Persentase (%)
1.	Tidak Dapat Melakukan, Tidak Ada Keseimbangan Duduk	6	20.0
2.	Perlu Bantuan	13	43.3

	Beberapa Orang, Dapat Duduk		
3.	Perlu Bantuan Minimal	6	20.0
4.	Mandiri	5	16.7
	Total	30	100.0

Berdasarkan tabel 10 diketahui bahwa distribusi status fungsional responden berdasarkan aktifitas transfer yang terbanyak adalah perlu bantuan beberapa orang, dapat duduk 43.3% dengan jumlah 13 responden.

Tabel 11

*Distribusi Frekuensi Status Fungsional Pasien Stroke Berdasarkan Aktifitas Mobilitas Saat Keluar Ruang Merak 2 RSUD Arifin Achmad (n= 30)*

No.	Mobilitas	Jumlah	Persentase (%)
1.	Immobile	4	13.3
2.	Memerlukan Kursi Roda	8	26.7
3.	Berjalan Dengan Bantuan	13	43.3
4.	Mandiri/Pakai Tongkat	5	16.7
	Total	30	100.0

Berdasarkan tabel 11 diketahui bahwa distribusi status fungsional responden berdasarkan aktifitas mobilitas yang terbanyak adalah berjalan dengan bantuan 43.3% dengan jumlah 13 responden.

Tabel 12

*Distribusi Frekuensi Status Fungsional Pasien Stroke Berdasarkan Aktifitas Berpakaian Saat Keluar Ruang Merak 2 RSUD Arifin Achmad (n= 30)*

No.	Berpakaian	Jumlah	Persentase (%)
1.	Tidak Dapat Melakukan Sendiri	13	43.3
2.	Memerlukan Bantuan Minimal	11	36.7

3.	Mandiri	6	20.0
	Total	30	100.0

Berdasarkan tabel 12 diketahui bahwa distribusi status fungsional responden berdasarkan aktifitas berpakaian yang terbanyak adalah tidak dapat melakukan sendiri 43.3% dengan jumlah 13 responden.

Tabel 13

*Distribusi Frekuensi Status Fungsional Pasien Stroke Berdasarkan Aktifitas Mandi Saat Keluar Ruang Merak 2 RSUD Arifin Achmad (n= 30)*

No.	Mandi	Jumlah	Persentase (%)
1.	Tidak Dapat Melakukan Sendiri	24	80.0
2.	Mandiri	6	20.0
	Total	30	100.0

Berdasarkan tabel 13 diketahui bahwa distribusi status fungsional responden berdasarkan aktifitas mandi yang terbanyak adalah tidak dapat melakukan sendiri 80.0% dengan jumlah 24 responden.

Tabel 14

*Distribusi Frekuensi Status Fungsional Pasien Stroke Berdasarkan Aktifitas Beribadah Saat Keluar Ruang Merak 2 RSUD Arifin Achmad (n= 30)*

No.	Beribadah	Jumlah	Persentase (%)
1.	Tidak Dapat Melakukan Sendiri	5	16.7
2.	Dapat Melakukan Sendiri	25	83.3
	Total	30	100.0

Berdasarkan tabel 14 diketahui bahwa distribusi status fungsional responden berdasarkan aktifitas beribadah yang terbanyak adalah dapat melakukan sendiri 83.3% dengan jumlah 25 responden.

Tabel 15  
*Distribusi Frekuensi Status Fungsional Pasien Stroke Berdasarkan Aktifitas Berkomunikasi Saat Keluar Ruang Merak 2 RSUD Arifin Achmad (n= 30)*

No.	Beribadah	Jumlah	Persentase (%)
1.	Tidak dapat berkomunikasi verbal	7	23.3
2.	Dapat berkomunikasi verbal	23	76.7
Total		30	100.0

Berdasarkan tabel 15 diketahui bahwa distribusi status fungsional responden berdasarkan aktifitas berkomunikasi yang terbanyak adalah dapat berkomunikasi verbal 76.7% dengan jumlah 23 responden.

Tabel 16  
*Distribusi Pasien Stroke Berdasarkan Tingkat Kemandirian Saat Keluar Ruang Merak 2 RSUD Arifin Achmad (n= 30)*

No.	Aktifitas	Jumlah	Persentase (%)
1.	Penggunaan Toilet	5	16.7
2.	Transfer	5	16.7
3.	Mobilitas	5	16.7
4.	Berpakaian	6	20.0
5.	Mandi	6	20.0
6.	Makan	11	36.7
7.	Kebersihan Diri	13	43.3
8.	Miksi	16	53.3
9.	Defekasi	19	63.3
10.	Berkomunikasi	23	76.7
11.	Beribadah	25	83.3

Berdasarkan tabel 16 diketahui bahwa distribusi responden berdasarkan tingkat kemandiriannya yang tertinggi adalah dalam melakukan aktifitas beribadah 83.3% dengan jumlah 25 responden.

Tabel 17  
*Distribusi Frekuensi Status Fungsional Pasien Stroke Saat Keluar Ruang Merak 2 RSUD Arifin Achmad (n= 30)*

No.	Status Fungsional	Jumlah	Persentase (%)
1.	Ketidakmampuan sangat parah	9	30.0
2.	Ketidakmampuan yang parah	3	10.0
3.	Ketidakmampuan menengah	11	36.7
4.	Ketidakmampuan Ringan	2	6.7
5.	Mandiri	5	16.7
Total		30	100.0

Berdasarkan tabel 17 diketahui bahwa distribusi frekuensi status fungsional pasien stroke saat keluar dari ruang Merak 2 yang terbanyak adalah ketidakmampuan menengah 36.7% dengan jumlah 11 responden.

## PEMBAHASAN

### 1. Karakteristik Responden

#### a. Jenis kelamin

Penelitian yang telah dilakukan terhadap 30 orang responden didapatkan hasil bahwa mayoritas responden berjenis kelamin perempuan yaitu berjumlah 24 orang responden (80.0%). Hal ini berbeda dengan pernyataan Junaidi (2011) bahwa laki-laki cenderung untuk terkena stroke lebih tinggi dibandingkan perempuan, dengan perbandingan 1,3:1, kecuali pada usia lanjut laki-laki dan perempuan hampir tidak berbeda. Pada laki-laki cenderung terkena stroke iskemik sedangkan wanita lebih sering menderita perdarahan subarakhnoid dan kematiannya lebih tinggi dibandingkan laki-laki. Pada penelitian lain juga didapatkan hasil bahwa sebagian besar penderita stroke berjenis kelamin laki-laki sebanyak 376 orang (60.6%), sedangkan perempuan, yaitu sebanyak 244 orang (39.4%) (Nurhayati, 1998 dalam Nastiti, 2012). Akan tetapi pada penelitian lain didapatkan bahwa penderita stroke laki-laki 27 orang (40.9%)

lebih sedikit dibandingkan dengan penderita stroke perempuan, yaitu sebanyak 39 orang (59.1%) (Yanis, 2004).

Perbedaan ini terjadi karena pada perempuan, ketika memasuki masa menopause (45-55 tahun) resiko stroke meningkat karena estrogen yang semula berperan sebagai pelindung mengalami penurunan. Perempuan juga memiliki resiko yang cukup tinggi terhadap stroke jika mereka merupakan pengguna pil KB, menjalani terapi sulih hormon, serta kehamilan dan persalinan. Resiko stroke relatif tinggi 6 minggu pasca persalinan. Perubahan hormon reproduksi yang terjadi pada wanita merupakan faktor pemicunya (Lingga, 2013).

#### **b. Lama perawatan**

Distribusi responden berdasarkan lama perawatan terhadap 30 responden yang diteliti diperoleh lama perawatan terbanyak adalah 0-5 hari dengan jumlah 12 orang responden (40.0%). Lama perawatan pasien stroke dalam penelitian ini dihitung dalam jumlah hari, sejak pasien mulai terdaftar sebagai pasien rawat inap. Lama hari perawatan didapatkan dari tanggal keluar rumah sakit dikurangi dengan tanggal masuk rumah sakit. Lama hari rawat dikelompokkan menjadi 6 kategori, dimana interval pada masing-masing kategori adalah 5 hari. Akan tetapi, jika dibandingkan dengan lama rawat dengan rentang hari ke 6-15 diperoleh sebanyak 17 orang responden (56.6%). Hal ini sesuai dengan Rasyid dan Soertidewi (2007), mengatakan bahwa seperlima pasien stroke dirawat selama kurang dari 7 hari, sedang sisanya lebih lama tergantung kepada luas lesi dan kualitas

perawatan di Rumah Sakit terutama dalam pencegahan komplikasi stroke akut. Lama hari rawat di RSUD Arifin Achmad hampir sama dengan penelitian lain. Pada penelitian lain yang dilakukan di RS Dr. Kariadi Semarang lama rawat pasien stroke terlihat sebagian besar pasien stroke menjalani perawatan selama 8-28 hari sebanyak 135 pasien (71%) (Thaib, 2008). Berbeda dengan penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Krakatau Medika pada tahun 2011, yaitu hasil yang didapatkan relatif singkat sebagian besar pasien stroke menjalani perawatan rawat inap selama 5-10 hari sebanyak 82 pasien (54%) (Nastiti, 2012).

#### **c. Jenis stroke**

Karakteristik responden berdasarkan jenis stroke terhadap 30 responden yang diteliti diperoleh responden yang terbanyak menurut jenis stroke yang diderita adalah stroke infark dengan jumlah responden 20 orang responden (66.7%). Hal ini sesuai dengan pernyataan Lingga (2013), yang menyatakan bahwa sekitar 82% stroke merupakan stroke infark. Penggumpalan darah yang bersirkulasi melalui pembuluh darah arteri merupakan penyebab utama stroke infark. Berbagai penelitian tentang stroke lainnya, dimana jumlah pasien stroke infark lebih banyak dibandingkan stroke hemoragik. Penelitian di rumah sakit Krakatau Medika Tahun 2011 mendapatkan hasil bahwa jumlah penderita stroke infark lebih banyak dibandingkan dengan pasien stroke hemoragik. Dari 152 pasien stroke rawat inap didapatkan jumlah pasien stroke infark sebanyak 129 pasien (85%), sedangkan stroke hemoragik sebanyak 23 pasien (15%) (Nastiti, 2012).

Dari hasil penelitian ini dan penelitian sebelumnya didapatkan hasil yang serupa, dimana jumlah pasien stroke jenis infark atau non-Hemoragik lebih banyak dibandingkan stroke hemoragik. Hal ini menunjukkan bahwa kejadian stroke infark memang lebih sering dialami dibandingkan dengan stroke hemoragik. Banyak kelainan yang dapat mendukung terjadinya stroke infark, akan tetapi proses aterosklerosis merupakan penyebab utama pada golongan umur dewasa yang lebih tua (Wahjoepramono, 2005). Hal yang menyebabkan terjadinya arteroklerosis ini bisa disebabkan karena hipertensi dan kadar kolesterol *Low Density Lipoprotein* (LDL) yang tinggi, apabila kadar LDL tinggi maka dapat meningkatkan kadar kolesterol dalam darah yang merupakan faktor resiko terjadinya penyakit degeneratif seperti stroke, serta selanjutnya mendorong trombosis di pembuluh darah besar (Lingga, 2013). Berbeda dengan stroke hemoragik yang terjadi akibat pembuluh darah yang menuju otak mengalami kebocoran (perdarahan). Perdarahan ini diawali karena adanya tekanan yang tiba-tiba meningkat ke otak hingga pembuluh darah yang tersumbat tidak dapat menahan tekanan, akhirnya pecah dan menyebabkan perdarahan (lingga, 2013). Oleh karena itu, pada penelitian ini ditemukan jenis stroke infark yang lebih banyak dengan jumlah 20 Orang responden (66.7%).

#### d. Umur

Karakteristik responden berdasarkan umur terhadap 30 orang responden yang diteliti didapatkan hasil bahwa sebagian besar responden adalah usia dewasa (26-60 tahun) dengan jumlah 22 orang (73.3%). Stroke seringkali terjadi

pada orang-orang golongan usia diatas 50 tahun, tetapi mungkin saja terjadi juga pada usia muda yang sering kali disebabkan karena adanya kelainan jantung yang mengakibatkan timbulnya embolisasi (Irfan, 2010). Makin bertambah usia, resiko stroke semakin tinggi, hal ini berkaitan dengan elastisitas pembuluh darah (Tarwoto, Watonah, & Suryati, 2007). Angka kejadian stroke meningkat seiring dengan bertambahnya usia. Resiko stroke iskemik meningkat 2 kali lipat tiap dekade setelah usia 55 tahun. Penderita yang berusia 70-79 tahun banyak yang menderita perdarahan intrakranial (Junaidi, 2006).

Menurut Gofir (2009), menyatakan bahwa hal ini juga sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Hajat dkk pada tahun 2001, hasil penelitian menunjukkan bahwa didalam analisis multivarian peningkatan usia dan penyakit serebrovaskuler sebelumnya memiliki hubungan yang independen dengan perdarahan. Maka stroke juga digolongkan sebagai penyakit degeneratif (Mulyatsih & Ahmad, 2008). Penelitian lain menunjukkan hasil bahwa penderita stroke paling banyak berusia > 59 tahun. Rata-rata umur penderita stroke hemoragik adalah  $54,44 \pm 11,22$  tahun, sedangkan pada stroke iskemik rata-rata umur penderita adalah  $59,05 \pm 11,65$  tahun dengan umur termuda 23 tahun dan tertua 80 tahun (Yanis, 2004).

#### e. Defekasi

Penelitian yang telah dilakukan terhadap 30 responden didapatkan hasil bahwa distribusi status fungsional responden berdasarkan aktifitas defekasi yang terbanyak adalah tidak terjadi



inkontinensia dengan jumlah 19 orang responden (63.3%). Lingga (2013) mengatakan bahwa, hilangnya kemampuan sensorik dan motorik menyebabkan orang yang terkena stroke kehilangan kendali pada saat buang air besar. Sering kali penderita stroke mengeluarkan feses tanpa merasakan keinginan apapun sebelumnya. Kondisi ini hanya bersifat sementara, namun jika kerusakan motorik sudah parah bisa berlangsung permanen. Hal ini tergantung seberapa besar dampak stroke terhadap kerusakan otak yang dialaminya.

**f. Miksi**

Penelitian yang telah dilakukan terhadap 30 responden didapatkan hasil bahwa distribusi status fungsional responden berdasarkan aktifitas miksi yang terbanyak adalah tidak terjadi inkontinensia dengan jumlah 16 responden (53.3%). Smeltzer dan Bare (2002) mengatakan bahwa pasien yang terkena stroke mungkin mengalami inkontinensia urinarius. Hal ini terjadi karena kehilangan fungsi sensori dan motorik. Namun dalam penelitian ini pasien stroke tidak mengalami inkontinensia karena sudah dilakukan perawatan dan kemampuan sensorik dan motorik pasien kembali pulih.

**g. Kebersihan diri**

Penelitian yang telah dilakukan terhadap 30 responden didapatkan hasil bahwa distribusi status fungsional responden berdasarkan aktifitas kebersihan diri yang terbanyak adalah memerlukan bantuan dengan jumlah 17 responden (56.7%). Dalam melakukan aktifitas kebersihan diri memerlukan keseimbangan antara kemampuan motorik, persepsi dan kognitif. Smeltzer dan Bare (2002) mengatakan, stroke akan

mengakibatkan kehilangan kontrol volunter terhadap gerakan motorik. Disfungsi motor yang paling umum adalah hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi) dan hemiparesis (kelemahan pada satu sisi tubuh). Keterbatasan ini yang menyebabkan pasien stroke memerlukan bantuan dalam melakukan aktifitas kebersihan diri.

**h. Penggunaan toilet**

Penelitian yang telah dilakukan terhadap 30 responden didapatkan hasil bahwa distribusi status fungsional responden berdasarkan aktifitas penggunaan toilet yang terbanyak adalah memerlukan bantuan dengan jumlah 15 responden (50.0%). Dalam penggunaan toilet memerlukan keseimbangan dalam melakukan kemampuan motorik. Lingga (2013) mengatakan bahwa stroke umumnya ditandai dengan cacat pada salah satu sisi tubuh (hemiplegi), jika dampaknya tidak terlalu parah hanya menyebabkan anggota tubuh tersebut menjadi tidak bertenaga (hemiparesis). Neil F. Gordon dalam Lingga (2013) menyebutkan bahwa skala kelumpuhan yang dialami pada penelitian ini terdapat pada skala 3 yaitu memerlukan bantuan orang lain untuk melakukan pekerjaan tertentu, namun masih dapat berjalan tanpa dibantu orang lain meskipun harus menggunakan tongkat.

**i. Makan**

Penelitian yang telah dilakukan terhadap 30 responden didapatkan hasil bahwa distribusi status fungsional responden berdasarkan aktifitas makan yang terbanyak adalah memerlukan bantuan dengan jumlah 12 responden (40.0%). Diperkirakan 40-60% pasien stroke mengalami disfagia, disfagia adalah keadaan

yang dialami responden dimana responden mengalami kesulitan menelan yang diakibatkan oleh gangguan peredaran darah otak, yang dapat menimbulkan tersedak minuman atau makanan yang tersangkut dalam trachea atau bronkus (Agustari, 2011). Oleh karena itu, pasien stroke masih memerlukan bantuan dalam melakukan aktifitas makan untuk mencegah terjadinya cedera. Selain adanya ketidak mapuan dalam menelan, pasien stroke juga mengalami kelemahan motorik.

#### **j. Transfer**

Penelitian yang telah dilakukan terhadap 30 responden didapatkan hasil bahwa distribusi status fungsional responden berdasarkan aktifitas transfer yang terbanyak adalah perlu bantuan beberapa orang, dapat duduk dengan jumlah 13 responden (43.3%). Pasien yang diperbolehkan pulang belum mencapai kemampuan duduk stabil serta mulai belajar berdiri dan berjalan. Pemulihan fungsional mempunyai periode emas yang terbatas waktunya. Stimulasi yang diberikan pada 3 bulan pertama akan lebih memberikan hasil dibandingkan fase kronis dan tidak boleh disia-siakan (Wirawan, 2009). Oleh karena itu, pada penelitian ini, dalam melakukan aktifitas transfer responden perlu bantuan beberapa orang, dapat duduk dengan jumlah 13 orang responden (43.3%).

#### **k. Mobilitas**

Penelitian yang telah dilakukan terhadap 30 responden didapatkan hasil bahwa distribusi status fungsional responden berdasarkan aktifitas mobilitas yang terbanyak adalah berjalan dengan bantuan dengan jumlah 13 responden (43.3%). Aktifitas

mobilisasi merupakan suatu aktifitas kompleks yang memerlukan tidak hanya kekuatan otot, tetapi juga kemampuan kognitif, persepsi, keseimbangan dan koordinasi. Pasien yang diizinkan pulang belum mencapai kemampuan untuk berjalan (Wirawan, 2009). Oleh karena itu, pasien stroke saat pulang dalam melakukan aktifitas mobilitas berjalan dengan bantuan.

#### **l. Berpakaian**

Penelitian yang telah dilakukan terhadap 30 responden didapatkan hasil bahwa distribusi status fungsional responden berdasarkan aktifitas berpakaian yang terbanyak adalah tidak dapat melakukan sendiri dengan jumlah 13 responden (43.3%). Pada penelitian lain yang dilakukan oleh Santoso (2003), didapatkan hasil bahwa dalam aktifitas makan yang mampu mandiri berjumlah 3 orang (7.7%) dan tidak mampu mandiri berjumlah 36 orang (92.3%). Hal ini terjadi karena, keterbatasannya kemampuan motorik responden yang berupa kelumpuhan dan kelemahan.

#### **m. Mandi**

Penelitian yang telah dilakukan terhadap 30 responden didapatkan hasil bahwa distribusi status fungsional responden berdasarkan aktifitas mandi yang terbanyak adalah tidak dapat melakukan sendiri dengan jumlah 24 responden (80.0%). Dalam melakukan aktifitas mandi perlu adanya kemampuan fungsi motorik. Dalam penelitian lain didapatkan hasil bahwa 36 orang (92.3%) tidak mampu mandiri dan 3 orang (7.7%) yang mampu mandiri (Santoso, 2003).

#### **n. Beribadah**

Penelitian yang telah dilakukan terhadap 30 responden didapatkan hasil bahwa distribusi status fungsional responden berdasarkan aktifitas beribadah yang terbanyak adalah dapat melakukan sendiri dengan jumlah 25 responden (83.3%). Dalam melakukan aktifitas beribadah perlu adanya keseimbangan antara fungsi motorik dan fungsi kognitif.

**o. Berkomunikasi**

Penelitian yang telah dilakukan terhadap 30 responden didapatkan hasil bahwa distribusi status fungsional responden berdasarkan aktifitas berkomunikasi yang terbanyak adalah dapat melakukan sendiri dengan jumlah 23 responden (76.7%). Lingga (2013) mengatakan bahwa stroke menyebabkan sebagian besar penderitanya mengalami kesulitan dalam berkomunikasi. Gangguan komunikasi yang dialami pasien berbeda-beda, ada yang sulit bicara, sulit menangkap pembicaraan orang lain, dapat berbicara tetapi kacau atau sulit diartikan, tidak dapat membaca dan menulis atau bahkan tidak dapat lagi mengenali bahasa isyarat yang dilakukan oleh orang lain untuknya. Namun, dalam hal penelitian ini sebagian besar pasien stroke dapat berkomunikasi dengan jumlah 23 responden (76.7%) dikarenakan telah menjalani perawatan di rumah sakit.

**p. Analisis status fungsional pasien stroke**

Penelitian yang dilakukan terhadap 30 orang responden didapatkan hasil bahwa status fungsional pasien stroke saat keluar ruang merak 2 RSUD Arifin Achmad yang terbanyak adalah ketidakmampuan menengah dengan jumlah 11 responden (36.7%).

Berdasarkan hasil penelitian terlihat bahwa status fungsional pasien stroke saat keluar bervariasi, akan tetapi hampir keseluruhan pasien stroke saat keluar ruang rawat inap RSUD Arifin Achmad Pekanbaru memiliki ketidakmampuan menengah dengan jumlah 11 orang responden (36.7%). Hal ini terjadi karena, gejala-gejala yang dapat muncul untuk sementara, lalu menghilang atau lalu menetap. Gejala ini muncul akibat daerah otak tertentu tak berfungsi yang disebabkan oleh terganggunya aliran darah ke tempat tersebut. Gejala yang muncul bervariasi, bergantung bagian otak yang terganggu. Dari gejala-gejala yang muncul diakibatkan karena adanya gangguan pada pembuluh darah karotis yaitu pada cabangnya yang menuju otak bagian tengah (arteri serebri media), pasien akan mengalami gangguan rasa di lengan dan tungkai sisi dan dapat terjadi gangguan gerak/kelumpuhan dari tingkat ringan sampai kelumpuhan total pada lengan dan tungkai sisi (hemiparesis/hemiplegi). Bila gangguan pada cabang yang menuju otak bagian depan (arteri serebri anterior) dapat terjadi gejala kelumpuhan satu tungkai. Serta jika terjadi gangguan pada pembuluh darah vertebrobasilaris, akan timbul gejala kedua kaki lemah/hipotoni, tak dapat berdiri (paraparesis inferior) (Harsono, 2008).

Beberapa penelitian lain yang dilakukan Pinzon dkk (2007) menunjukkan bahwa ada peningkatan status fungsional sebesar 303.7% pada pasien antara sebelum dan sesudah dirawat. Lebih dari sepertiga (37%) pasien mampu mandiri dengan nilai barthel indeks >70 pada saat keluar rumah sakit. Ada seperlima (21%) pasien dengan

status fungsional rendah dengan nilai barthel indeks <50 pada saat keluar rumah sakit, dan ada setengah (42%) pasien dengan status fungsional menengah dengan nilai barthel indeks 50-70 saat keluar rumah sakit.

Proses pemulihan setelah stroke dibedakan atas pemulihan neurologis (fungsi saraf otak) dan pemulihan fungsional (kemampuan melakukan aktifitas fungsional). Pemulihan neurologis terjadi awal setelah stroke. Pemulihan fungsional masih dapat terus terjadi sampai batas-batas tertentu terutama dalam 3-6 bulan pertama setelah stroke. Hal itulah yang menjadi fokus utama rehabilitasi medis, yaitu untuk mengembalikan kemandirian pasien mencapai kemampuan fungsional yang optimal (Wirawan, 2009).

### **Kesimpulan**

Hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti terhadap 30 orang responden tentang analisis status fungsional pasien stroke saat keluar ruang Merak II RSUD Arifin Achmad dapat disimpulkan bahwa mayoritas responden berjenis kelamin perempuan yaitu berjumlah 24 orang responden (80.0%) dengan sebagian besar responden berada pada usia dewasa (26-60 tahun) dengan jumlah 22 orang responden (73.3%) dan lama perawatan terbanyak selama 4 hari dan 10 hari dengan jumlah 4 orang (13.3%) dengan sebagian besar jenis stroke yang diderita adalah stroke infark dengan jumlah 20 orang responden (66.7%). Sebagian besar status fungsional responden saat keluar ruang Merak II RSUD Arifin Achmad adalah ketidakmampuan menengah dengan jumlah 11 orang responden (36.7%).

### **Saran**

#### **1. Pasien**

Diharapkan hasil penelitian ini dapat memberikan informasi bagi pasien dalam meningkatkan kesehatan pasca

terkena stroke dan melakukan aktifitas sesuai dengan kemampuan status fungsional yang dimiliki pasien.

#### **2. Institusi kesehatan**

Diharapkan hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan pertimbangan bagi institusi kesehatan dalam menentukan dan memberikan asuhan keperawatan berupa pendidikan kesehatan sesuai dengan keadaan status fungsional pasien saat keluar sehingga dapat membantu dalam peningkatan status fungsional pasien stroke saat berada dirumah.

#### **3. Peneliti lain**

Bagi peneliti selanjutnya, hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai data atau informasi dasar untuk melaksanakan penelitian lebih lanjut sebagai replikasi pada tingkat fakultas maupun universitas dengan menggunakan kolektor yang berbeda, dan menggunakan teknik pengumpulan data yang lebih baik.

- 
1. **Bibing Rahmano Marjoko, S.Kep.** Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Riau
  2. **Ns. Wasisto Utomo, M.Kep., Sp.KMB.** Dosen Departemen Keperawatan Medikal Bedah Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Riau
  3. **Oswati Hasanah, M.Kep., Sp.Kep.An.** Dosen Departemen Keperawatan Anak Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Riau.

### **DAFTAR PUSTAKA**

- Agustari, T. (2011). *Status nutrisi pada pasien stroke dengan disfagia diruang R-A4 rumah sakit umum H. Adam Malik Medan*. Diperoleh tanggal 27 Juni 2013 dari <http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/24954/7/Cover.pdf>

- Batticaca, F.B. (2008). *Asuhan keperawatan klien dengan gangguan sistem persarafan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Burns, N., & Grove, S.K. (2005). *The practice of Nursing research conduct, critique and utilization*. (5<sup>th</sup> ed). Missouri: Elsevier Saunders.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2008). *Laporan nasional riset kesehatan dasar 2007*. Jakarta: DepKes RI.
- Gofir, A. (2009). *Manajemen stroke*. Yogyakarta: Pustaka Cendekia Press
- Harsono. (2008). *Buku ajar neurologi klinis*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Irfan, M. (2010). *Fisioterapi bagi insan stroke*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Junaidi, I. (2006). *Stroke A-Z*. Jakarta: Bhuana Ilmu Populer.
- Junaidi, I. (2011). *Stroke waspadai ancamannya*. Yogyakarta: C.V Andi Offset.
- Lingga, L. (2013). *All about stroke: hidup sebelum dan pasca stroke*. Jakarta: Elex Media Komputindo
- Mulyatsih, E., & Ahmad, A. (2008). *Stroke petunjuk perawatan pasien pasca stroke dirumah*. Jakarta: Balai penerbit FKUI.
- Muttaqin, A. (2008). *Pengantar asuhan keperawatan dengan gangguan sistem persarafan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nastiti, D. (2012). *Gambaran faktor resiko kejadian stroke pada pasien stroke rawat inap di rumah sakit krakatau medika tahun 2011*. Diperoleh tanggal 22 Juni 2013 dari <http://lontar.ui.ac.id/file?file=digital/20289574-S-Dian%20Nastiti.pdf>
- Nursalam. (2003). *Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan: Pedoman skripsi, tesis, dan instrumen penelitian keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Pinzon, R., & Asanti, L. (2010). *Awas stroke! (pengertian, gejala, tindakan, perawatan, dan pencegahan)*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Pinzon, R., Asanti, L., Sugianto., & Widyo, K. (2009). *Status fungsional pasien stroke non hemoragik pada saat keluar rumah sakit*. Diperoleh tanggal 11 Oktober 2012 dari <http://isjd.pdii.lipi.go.id>.
- Rasyid, A., & Soertidewi, L. (2007). *Unit stroke: Manajemen stroke secara komprehensif*. Jakarta: Balai penerbit FKUI.
- Ropyanto, C.B. (2011). *Analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan status fungsional pasien pasca open reduction internal fixation (ORIF) fraktur ekstremitas bawah di RS. Ortopedi Prof. Soeharso Surakarta*. Diperoleh tanggal 01 April 2013 dari <http://lontar.ui.ac.id/file?file=digital/20281386T%20Chandra%20Bagus%20Ropyanto.pdf>
- Santoso, T.A. (2003). *Kemandirian aktifitas makan, mandi dan berpakaian pada penderita stroke 6-24 bulan pasca ocupasi terapi*. Diperoleh tanggal 27 Juni 2013 dari <http://eprints.undip.ac.id/12631/1/2003PPDS4178.pdf>
- Setiadi. (2007). *Konsep & penulisan riset keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

- Smeltzer, S.C., & Bare, B.G. (2002). *Buku ajar keperawatan medikal bedah*. Jakarta: EGC.
- Tarwoto., Wartonah., & Suryati, E.S. (2007). *Keperawatan medikal bedah: Gangguan sistem persarafan*. Jakarta: CV Sagung Seto.
- Thaib, Pamela K. Putri. (2008). *Hubungan antara kadar LDL darah pada stroke iskemik fase akut dengan lama perawatan pasien pulang hidup dan meninggal*. Diperoleh tanggal 24 juni 2013 dari <http://eprints.undip.ac.id/24561/1/Pamela.pdf>
- Wahjoepramono, E.J. (2005). *Stroke tata laksana fase akut*. Jakarta: Universitas Pelita Harapan.
- Wirawan, R.P. (2009). *Rehabilitasi stroke pada pelayanan primer*. Diperoleh tanggal 27 Juni 2013 dari <http://indonesia.digitaljournals.org>
- Yanis, H. (2004). *Pola kadar glukosa darah pada stroke akut*. Diperoleh tanggal 24 juni 2013 dari <http://eprints.undip.ac.id/12330/1/2004FK4172.pdf>