

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit Stoke

2.1.1 Definisi

Cerebro Vaskuler Accident (CVA) atau stroke adalah pecahnya pembuluh darah otak secara mendadak dengan akibat penurunan fungsi neurologis (Hariyanto & Rini, 2015). Menurut Tarwoto (2013), Stroke adalah suatu sindroma yang mempunyai karakteristik suatu serangan yang mendadak, nonkonvulsif yang disebabkan karena gangguan peredaran darah otak non traumatik. Stroke adalah kerusakan jaringan otak yang disebabkan karena berkurangnya atau terhentinya suplai darah secara tiba-tiba (Auryn, 2020).

Berdasarkan beberapa definisi diatas dapat disimpulkan bahwa stroke merupakan gangguan peredaran darah pada otak secara tiba-tiba yang menyebabkan terjadinya penurunan fungsi neurologis.

2.1.2 Klasifikasi

Menurut Hariyanto & Rini (2015). Klasifikasi stroke dibagi menjadi 2 bagian yaitu :

1) Stoke ditinjau berdasarkan patologi dan gejala klinik

a) Sroke hemoragik

Pecahnya pembuluh darah otak pada subarachnoid dan intraserebral, yang pada umumnya serangan lebih banyak terjadi ketika aktivitas. Meskipun beberapa kejadian terjadi

pada saat istirahat dan biasanya disertai dengan kesadaran pasien yang menurun.

b) Stroke Non-Hemoragik

Stroke yang dapat disebabkan obstruksi total atau sebagian karena iskemik, thrombosis, emboli, atau penyempitan lumen arteri.

(1) Pada stroke iskemik terjadi penurunan suplai darah ke jaringan otak menurun. Serangan pada umumnya tidak terjadi saat istirahat atau baru bangun tidur. Pasien tidak mengalami perdarahan, tetapi timbul edema sekunder.

(2) Trombosis : penyumbatan dan terganggunya aliran darah ke otak karena adanya bekuan atau gumpalan yang menyebabkan terjadinya iskemik.

(3) Emboli : emboli yang dapat berasal dari udara, tumor, lemak dan bakteri yang ada pada saluran darah sehingga menimbulkan konklusi atau penyumbatan pembuluh darah otak.

(4) Penyempitan lumen arteri : bisa terjadi karena infeksi, spasme, atau karena kompresi massa dari luar.

2) Stroke berdasarkan perjalanan penyakit

a. TIA (*Transien Iskemic Attack*)

Serangan sepiintas mendadak yang menyebabkan gangguan neurologis setempat yang terjadi selama beberapa menit

sampai beberapa jam dan gejalanya hilang dengan spontan kurang dari 24jam.

b. Stoke involusi

Kondisi stroke yang terjadi dalam perkembangan mulai dari ringan lama-kelamaan memburuk yang prosesnya berjalan dalam beberapa jam sampai beberapa hari.

c. Stoke Komplet

Kondisi stroke yang terjadi gangguan neurologi yang timbul sudah menetap dan permanen. Pada umumnya, diawali karena *Transien Iskemic Attack* yang berulang.

2.1.3 Etiologi

Etiologi stroke menurut Oktavianus (2014), yaitu :

1) Timbulnya trombosis

Trombosis merupakan pembentukan plak pada pembuluh darah yang disebabkan karena tingginya kadar lemak dalam darah.

2) Timbulnya emboli

Emboli merupakan plak yang lepas dari pelekatan dinding pembuluh darah mengalir mengikuti aliran darah. Emboli ini biasanya menyebabkan sumbatan di pembuluh darah yang menyebabkan hambatan aliran darah.

3) Akibat adanya kerusakan arteri yaitu : usia, hipertensi, DM

Pembuluh darah mengalami degeratif seiring bertambahnya usia seseorang. Hipertensi dan DM menyebabkan dinding pembuluh darah mengalami pengerasan sehingga tidak elastis

lagi ketika harus berkompensasi terhadap perubahan tekanan darah.

2.1.4 Faktor Resiko

Menurut Hariyanto & Rini (2015), faktor resiko dari stroke meliputi:

- 1) Perokok : dapat menimbulkan plak pada pembuluh darah akibat kandungan nikotin yang mendukung terjadinya aterosklerosis.
- 2) Penyakit jantung : adanya kerusakan coroner jantung, gagal jantung, gangguan irama jantung, kelainan katup jantung, yang mengarah pada penurunan kardiak output, peningkatan kerja jantung, dan penurunan fungsi serebral.
- 3) Obesitas : obesitas dengan kurangnya aktivitas merupakan faktor terjadinya hiperkolesterol, hipertensi.
- 4) Usia : semakin bertambahnya usia, risiko stroke semakin tinggi karena berkaitan dengan elastisitas pembuluh darah.
- 5) Polisitemia : kadar Hb yang tinggi lebih dari 16 mg/dl dalam hubungannya dengan kekentalan darah dapat memperlambat aliran darah ke otak.
- 6) Alkohol : pada alkoholik dapat mengalami hipertensi karena sifat alcohol mengikat air, memperberat kerja jantung, dan hipertensi penurunan aliran darah ke otak.
- 7) Kontrasepsi oral dan terapi estrogen : estrogen memengaruhi hormon dalam tubuh peningkatan risiko pembekuan darah, berisiko terjadi stroke.
- 8) Diabetes Mellitus : tinggi kadar gula dalam darah menghambat

aliran darah ke otak.

- 9) Hiperkolesterol dan lemak : kolesterol dalam tubuh menyebabkan aterosklerosis.

2.1.5 Manifestasi Klinis

Menurut Tarwoto (2013), manifestasi klinis stroke tergantung dari sisi atau bagian mana yang terkena, rata-rata serangan, ukuran lesi dan adanya sirkulasi kolateral. Pada stroke akut gejala klinis meliputi:

- 1) Kelumpuhan wajah atau anggota badan sebelah (hemiparesis) atau hemiplegia (paralisis) yang timbul secara mendadak. Kelumpuhan terjadi akibat adanya kerusakan pada area motoric di korteks bagian frontal, kerusakan ini bersifat kontralateral artinya jika terjadi kerusakan pada hemisfer kanan maka kelumpuhan otot pada sebelah kiri. Pasien juga akan kehilangan otot vulenter dan sensorik sehingga pasien tidak dapat melakukan ekstensi maupun fleksi.
- 2) Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan. Gangguan sensibilitas terjadi karena kerusakan saraf system dan gangguan saraf sensorik.
- 3) Penurunan kesadaran (konfusi, delirium, letargi, stupor atau koma), terjadi akibat perdarahan, kerusakan otak kemudian menekan batangotak atau terjadinya gangguan metabolik otak akibat hipoksia.

4) Afasia (kesulitan dalam bicara)

Afasia adalah defisit kemampuan komunikasi bicara, termasuk dalam membaca, menulis memahami bahasa. Afasia terjadi jika terdapat kerusakan pada area pusat bicara primer yang berada pada hemisfer kiri dan biasanya terjadi pada stroke dengan gangguan pada arteri middle serebral kiri. Afasia dibagi menjadi 3 yaitu afasia motorik, sensorik dan afasia global. Afasia motorik atau ekspresif terjadi jika area pada area Broca, yang terletak pada lobus frontal otak. Pada afasia jenis ini pasien dapat memahami lawan bicara tetapi pasien tidak dapat mengungkapkan dan kesulitan dalam mengungkapkan bicara. Afasia sensorik terjadi karena kerusakan pada area Wernicke, yang terletak pada lobus temporal. Pada afasia sensorik pasien tidak mampu menerima stimulasi pendengaran tetapi pasien mampu mengungkapkan pembicaraan. Sehingga respon pembicaraan pasien tidak nyambung atau koheren. Pada afasia global pasien dapat dapat merespon pembicaraan baik menerima maupun mengungkapkan pembicaraan.

5) Disartria (bicara cadel atau pelo).

Merupakan kesulitan bicara terutama dalam artikulasi sehingga ucapannya menjadi tidak jelas. Namun demikian pasien dapat memahami pembicaraan, menulis, mendengarkan maupun membaca. Disartria terjadi karena kerusakan nervus kranial sehingga terjadi kelemahan dari otot bibir, lidah dan laring.

Pasien juga terdapat kesulitan dalam mengunyah dan menelan.

6) Gangguan penglihatan, diplopia

Pasien dapat kehilangan penglihatan atau juga pandangan menjadi ganda, gangguan lapang pandang pada salah satu sisi. Hal ini terjadi karena kerusakan pada lobus temporal atau parietal yang dapat menghambat serat saraf optic pada korteks oksipital. Gangguan penglihatan juga dapat disebabkan karena kerusakan pada saraf kranial III, IV dan VI.

7) Disfagia

Disfagia atau kesulitan menelan terjadi karena kerusakan nervus kranial IX. Selama menelan bolus didorong oleh lidah dan glottis menutup kemudian makanan masuk ke esofagus.

8) Inkontinensia

Inkontinensia baik bowel maupun bladder sering terjadi hal ini terjadi karena terganggunya saraf yang mensarafi bladder dan bowel.

9) Vertigo, mual, muntah dan nyeri kepala, terjadi karena peningkatan tekanan intrakranial, edema serebri.

2.1.6 Komplikasi

Menurut Tarwoto (2013), komplikasi stroke meliputi:

1) Fase Akut

a) Hipoksia serebral dan menurunnya aliran darah otak.

Pada area otak yang infark atau terjadi kerusakan karena perdarahan maka terjadi gangguan perfusi jaringan akibat terhambatnya aliran darah otak. Tidak adekuatnya aliran

darah dan oksigen mengakibatkan hipoksia jaringan otak. Fungsi dari otak akan sangat tergantung pada derajat kerusakan dan lokasinya. Aliran darah ke otak sangat tergantung pada tekanan darah, fungsi jantung atau kardiak output, keutuhan pembuluh darah. Sehingga pada pasien dengan stroke keadekuatan aliran darah sangat dibutuhkan untuk menjamin perfusi jaringan yang baik untuk menghindari terjadinya hipoksia serebral.

b) Edema serebri

Merupakan respon fisiologis terhadap adanya trauma jaringan. Edema terjadi jika pada area yang mengalami hipoksia atau iskemik maka tubuh akan meningkatkan aliran darah pada lokasi tersebut dengan cara vasodilatasi pembuluh darah dan meningkatkan tekanan sehingga cairan interstisial akan berpindah ke ekstraseluler sehingga terjadi edema jaringan otak.

c) Peningkatan Tekanan Intrakranial (TIK)

Bertambahnya massa pada otak seperti adanya perdarahan atau edema otak akan meningkatkan tekanan intrakranial yang ditandai adanya defisit neurologi seperti adanya gangguan motorik, sensorik, nyeri kepala, gangguan kesadaran. Peningkatan tekanan intrakranial yang tinggi dapat mengakibatkan herniasi serebral yang dapat mengancam kehidupan.

d) Aspirasi

Pasien stroke dengan gangguan kesadaran atau koma sangat rentang terhadap adanya aspirasi karena tidak adanya reflex batuk dan menelan.

2) Komplikasi pada masa pemulihan atau lanjut

- a) Komplikasi yang sering terjadi pada masa lanjut atau pemulihan biasanya terjadi akibat immobilisasi seperti pneumonia, dekubitus, kontraktur, thrombosis vena dalam, atropi, inkontinensia urin dan bowel.
- b) Kejang, terjadi akibat kerusakan atau gangguan pada aktivitas listrik otak.
- c) Nyeri kepala kronis seperti migraine, nyeri kepala tension, nyeri kepala cluster.
- d) Malnutrisi, karena intake yang tidak adekuat.

2.1.7 Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Hariyanto & Rini (2014), pemeriksaan diagnostik stroke diantaranya :

- 1) MRI (*Magnetic Resonance Imaging*): menunjukkan daerah yang mengalami infark dan hemoragik.
- 2) CT Scan (*Computerized Tomografi Scanning*): mengetahui area infark, edema, hematoma, dan struktur otak.
- 3) EEG (*Electro Encephalografi*): mengidentifikasi masalah berdasarkan pada gelombang otak dan mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.

- 4) Angiografi Serebral: mendiagnosis penyebab stroke, obstruksi arteri, menunjukkan titik oklusi atau rupture.
- 5) ECG (Elektro Kardiogram): mengetahui kelainan jantung yang menjadi penyebab stroke.
- 6) Pemeriksaan darah lengkap: Hb, Leukosit, Trombosit, LED, dan eritrosit.
- 7) Pemeriksaan darah sewaktu.
- 8) Kolesterol, lipid.
- 9) Asam urat, elektrolit.

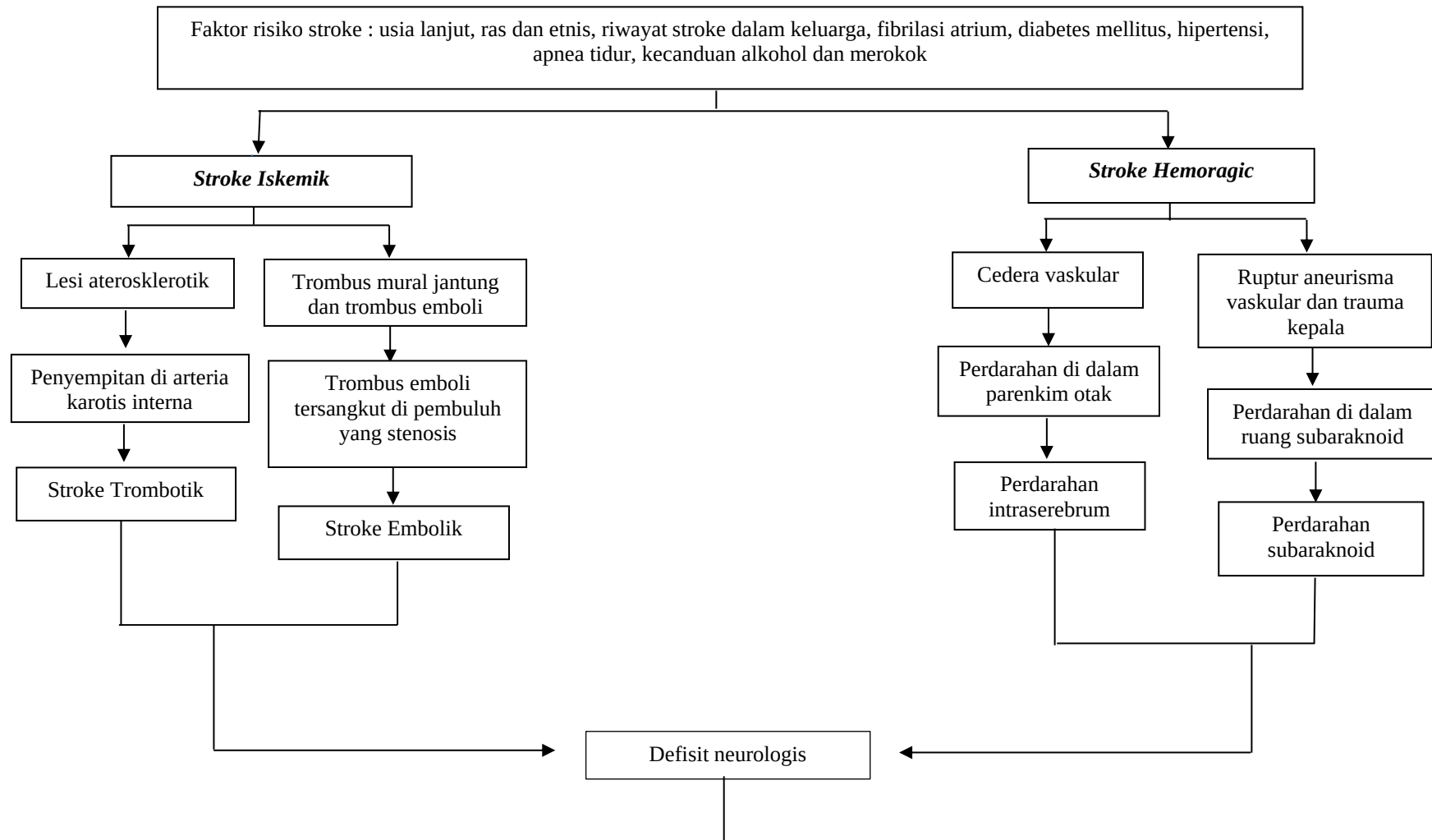
2.1.8 Patofisiologi

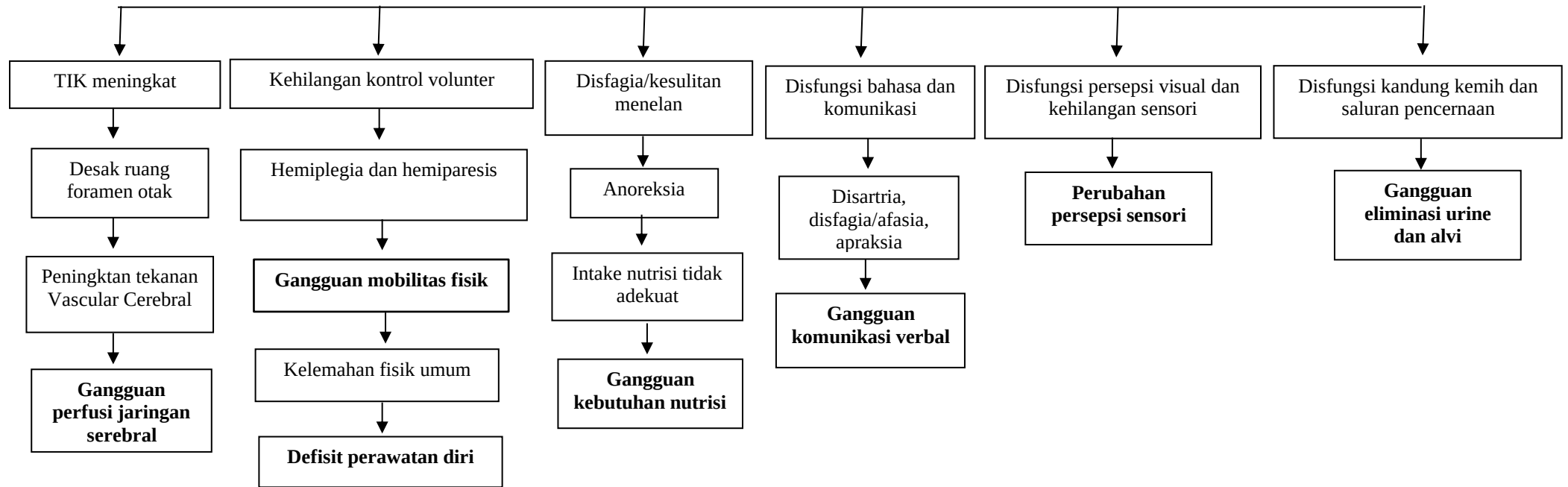
Menurut Price, A. Silvia (2005) Faktor risiko stroke dari segi demografik mencakup usia lanjut, ras dan etnis (orang Amerika keturunan Afrika memiliki angka yang lebih tinggi daripada orang Kaukasia), dan riwayat stroke dalam keluarga. Selain itu terdapat faktor risiko yang memodifikasi meliputi fibrilasi atrium, diabetes mellitus, hipertensi, apnea tidur, kecanduan alkohol dan merokok. Klasifikasi stroke dibagi menjadi dua kategori yaitu stroke iskemik dan stroke hemoragik. Sub tipe dari stroke iskemik sendiri yang pertama yaitu stroke trombotik. Stroke ini sering berkaitan dengan lesi aterosklerotik yang menyebabkan penyempitan atau stenosis di arteria karotis interna. Sub tipe kedua yaitu stroke embolik, sumber terjadinya stroke ini yaitu terjadinya trombus mural jantung seperti infark miokardium, fibrilasi atrium, penyakit katup jantung, katup jantung buatan, dan kardiomiopati iskemik. Penyebab lainnya yaitu

trombus emboli yang berasal dari arteri, terutama plak ateromatosa di arteri karotis. Pada stroke hemoragik perdarahan di dalam tengkorak diklasifikasikan berdasarkan lokasi dalam kaitannya dengan jaringan otak dan meningen dan oleh tipe lesi vaskular yang ada. Tipe-tipe perdarahan yang mendasari stroke hemoragik adalah perdarahan intraserebrum dan perdarahan subaraknoid. Perdarahan intraserebrum ke dalam jaringan otak (parenkim) paling sering terjadi akibat cedera vaskular yang dipicu oleh hipertensi dan ruptur salah satu dari banyak arteri kecil yang menembus jauh ke dalam jaringan otak. Perdarahan lebih sering dijumpai terjadi di dalam parenkim otak yang menembus ke dalam sistem ventrikel. Pada perdarahan subaraknoid memiliki dua kausa utama yaitu ruptur suatu aneurisma vaskular dan trauma kepala. Perdarahan ini terjadi di dalam ruang subaraknoid. Dari semua factor tersebut umumnya dapat menimbulkan deficit neurologis (saraf – saraf) di otak, diantaranya menyebabkan gangguan aliran darah ke otak dan penurunan suplai darah dan oksigen sehingga muncul gangguan perfusi jaringan serebral. Salah satu akibatnya yaitu TIK meningkat dan mendesak ruang foramen di otak sehingga terjadi peningkatan tekanan vascular serebral dan menimbulkan nyeri kepala. Pada daerah ekstremitas terjadi kehilangan control volunter atau kelemahan otot – otot tubuh sehingga menimbulkan hemiplegi dan hemiparesis akibat lesi pada sisi otak yang berlawanan dan menyebabkan kelumpuhan pada sisi tubuh tersebut, baik kelemahan pada wajah, lengan ataupun kaki. Jika terjadi kelemahan fisik secara

total akan menimbulkan gangguan mobilitas fisik. Akibat dari kelemahan fisik menyebabkan pasien tidak mampu dalam melakukan ADL seperti personal hygiene dan menimbulkan masalah defisit perawatan diri. Kelemahan control otot fasial/wajah berakibat pada disfungsi komunikasi dan Bahasa, disfasia / afasia, disartria (kehilangan kemampuan bicara) sehingga muncul masalah kerusakan komunikasi verbal. Kerusakan neurologis juga berpengaruh terhadap perubahan ketajaman sensori pada penciuman, penglihatan atau pengecap, mengakibatkan gangguan perbuahan persepsi sensori. Pada saluran pencernaan atas klien mengalami kesulitan menelan atau disfagia sehingga menimbulkan anoreksia, akibatnya intake makanan atau nutrisi tidak adekuat sehingga muncul masalah gangguan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan. Pada saluran pencernaan bawah mengalami gangguan eliminasi alvi dan terjadi disfungsi pada kandung kemih akibat kelemahan ototsfingter sehingga menimbulkan masalah gangguan eliminasi urine.

2.1.9 Patofisiologi (bagan)





(Price A Sylvia, 2005)

Gambar 2.1 Skema Patofisiologi Stroke

2.1.10 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan stroke menurut Tarwoto (2013), meliputi :

1) Penatalaksanaan Umum

a) Pada fase akut

(1) Terapi cairan , pada fase akut stroke beresiko terjadinya dehidrasi karena penurunan kesadaran atau mengalami disfagia. Terapi cairan ini penting untuk mempertahankan sirkulasi darah dan tekanan darah. The American Heart Association sudah menganjurkan normal saline 50 ml/jam selama jam-jam pertama dari stroke iskemik akut. Segera setelah hemodinamik stabil, terapi cairan rumatan bisa diberikan sebagai KAEN 3B/KAEN 3A. Kedua larutan ini lebih baik pada dehidrasi hipertonik serta memenuhi kebutuhan homeostasis kalium dan natrium. Setelah fase akut stroke, larutan rumatan bisa diberikan untuk memelihara homeostasis elektrolit, khususnya kalium dan natrium.

(2) Terapi oksigen , pasien stroke iskemik dan hemoragik mengalami gangguan aliran darah ke otak. Sehingga kebutuhan oksigen sangat penting untuk mengurangi hipoksia dan juga untuk mempertahankan metabolisme otak. Pertahankan jalan napas pemberian oksigen, penggunaan ventilator merupakan tindakan yang dapat dilakukan sesuai hasil pemeriksaan analisa gas darah

atau oksimetri.

(3) Penatalaksanaan peningkatan tekanan intrakranial

Peningkatan tekanan intrakranial biasanya disebabkan karena edema serebri, oleh karena itu pengurangan edema penting dilakukan misalnya dengan pemberian manitol, kontrol atau pengendalian tekanan darah.

(4) Monitor fungsi pernapasan : Analisa gas darah.

(5) Monitor Jantung dan tanda-tanda vital, pemeriksaan EKG.

(6) Evaluasi status cairan dan elektrolit.

(7) Kontrol kejang jika ada dengan pemberian antikonvulsan dan cegah resiko injuri.

(8) Lakukan pemasangan NGT untuk mengurangi kompresi lambung dan pemberian makanan.

(9) Cegah emboli paru dan tromboplebitis dengan antikoagulan.

(10) Monitor tanda-tanda neurologi seperti tingkat kesadaran, keadaan pupil, fungsi sensorik dan motorik, nervus kranial dan refleks.

b) Fase rehabilitasi

(1) Pertahankan nutrisi yang adekuat

(2) Program manajemen bladder dan bowel

(3) Mempertahankan keseimbangan tubuh dan rentang gerak sendi (ROM)

- (4) Pertahankan integritas kulit
- (5) Pertahankan komunikasi yang efektif
- (6) Pemenuhan kebutuhan sehari-hari
- (7) Persiapan pasien pulang.

2) Pembedahan

Dilakukan jika perdarahan serebrum diameter lebih dari 3 cm atau volume lebih dari 50 ml untuk dekompresi atau pemasangan pintasan ventrikulo-peritoneal bila ada hidrosefalus obstruktif akut.

3) Terapi obat-obatan

a) Stroke iskemia

- (1) Pemberian trombolisis dengan rt-PA (recombinant tissue-plasminogen)
- (2) Pemberian obat-obatan jantung seperti digoksin pada aritmia jantung atau alfa beta, kaptopril, antagonis kalium pada pasien dengan hipertensi.

b) Stroke haemoragik

- (1) Antihipertensi: Katopril, antagonis kalsium
- (2) Diuretik: Manitol 20 %, furosemide
- (3) Antikonvulsan: Fenitoin.

4) Rehabilitasi Pasca Stroke

Setelah stroke terjadi maka untuk memulihkan semaksimal mungkin pada kondisi semula perlu dilakukan rehabilitas baik fisik maupun kognitif. Karena kerusakan susunan saraf pusat

bersifat irreversible maka rehabilitasi sangatlah penting dilakukan untuk dapat mengembalikan fungsi semula.

a) Terapi fisik

Terapi fisik dilakukan untuk mengembalikan fungsi fisik dan mencegah terjadinya komplikasi, seperti kelumpuhan, kontraktur, atropi dan kehilangan tonus otot. Pasien dapat dilakukan latihan atau aktivitas di tempat tidur, mobilisasi dengan kursi atau dengan melakukan Range Of Motion. Terapi fisik dilakukan dengan melihat kondisi dan tingkat stabilitas pasien.

(1) Aktivitas pembebanan berat badan

Pasien yang mengalami paralysis dapat memulai pembebanan berat badan secara dini. Makin cepat otot menjadi kuat, makin sedikit kemungkinan terjadi atrofi. Makin dini pasien diposisikan berdiri, makin kecil kesempatan adanya perubahan osteoporotik yang terjadi pada tulang panjang. Aktivitas dengan pembebanan berat badan juga menurunkan kemungkinan batu ginjal dan meningkatkan proses metaboli.

(2) Program latihan

Program latihan dilakukan untuk mengoptimalkan kekuatan otot yang tidak mengalami kelumpuhan karena otot-otot tersebut merupakan tumpuan dalam melakukan ambulasi. Untuk menguatkan otot-otot, pasien dapat

melakukan latihan push up dengan posisi telungkup dan sit up bila posisi duduk. Memanjangkan tangan dengan memegang beban (dapat digunakan beban traksi) juga mengembangkan kekuatan otot. Meremas bola karet atau gulungan kertas dapat membantu menguatkan tangan. Dengan bantuan rehabilitasi, pasien diarahkan untuk latihan gaya berjalan dan aktivitas gerak.

(3) Mobilisasi

Bila keadaan cukup stabil maka pasien dibantu untuk berdiri tegak dan mengawali aktivitas mobilisasi. Mobilisasi ini sangat penting dalam rehabilitasi karena dapat meningkatkan kekuatan otot, jantung dan pengembangan paru-paru. Disamping itu pasien juga akan merasa adanya kemandirian dalam perawatan dirinya. Kegiatan mobilisasi diantaranya berpindah tempat dari tempat tidur ke kursi roda, berlatih berjalan dengan penyangga.

b) Okupasional terapi

Pasien dengan stroke dapat mengalami gejala sisa seperti kelumpuhan yang menetap. Dengan gangguan fungsi tubuh maka akan terganggu aktivitasnya dan dapat kehilangan pekerjaan. Oleh karena itu terapi kerja atau okupasional terapi sangat dibutuhkan untuk menggali potensi pasien dan melatih kerja sesuai dengan kondisi pasien.

c) Speech terapi

Terapi ini sangat dibutuhkan mengingat bicara dan komunikasi merupakan modal interaksi sosial. Kesulitan dalam berkomunikasi akan menimbulkan isolasi dari dan perasaan prustasi. Pasien sengan stroke dapat mengalami gangguan bicara, baik disartria maupun apasia sehingga latihan bicara sangat perlu dilakukan.

2.2 Konsep Kemandirian

2.2.1 Definisi

Menurut Fadilah & Lilif (dalam buku Ni'matuzaroh & Susanti, 2018), mandiri merupakan sikap atau perilaku seseorang yang tidak mudah bergantung pada orang lain dalam menyelesaikan tugas-tugas. Mandiri ini merupakan bentuk perilaku dari manusia yang sudah mampu melakukan segala sesuatunya dengan sendiri

Menurut Gea (dalam buku Ni'matuzaroh & Susanti, 2018), mandiri merupakan kemampuan seseorang untuk mewujudkan keinginan dan kebutuhan hidupnya dengan kekuatannya sendiri. Pada dasarnya kemandirian dapat dimanifestasikan dalam bentuk sikap maupun perbuatan, sebab sebenarnya sikap merupakan dasar dari terbentuknya suatu perbuatan. Jadi semua bentuk dari perbuatan merupakan cerminan dari sikap seseorang.

Kemandirian merupakan suatu hal yang paling penting dan harus dimiliki oleh setiap manusia agar manusia tidak selalu bergantung kepada orang lain. Seseorang dapat dikatakan telah

mandiri apabila seseorang tersebut telah menyelesaikan permasalahannya sendiri tanpa bergantung kepada orang lain (Alhogbi, 2017).

2.2.2 Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Kemandirian Seseorang Dalam Memenuhi Aktivitas Harian

1) Umur

Dengan bertambahnya usia dimana akan terjadi pada perubahan - perubahan baik secara fisik, psikologi maupun psikososial. Usia tua pada perkembangan sistem muskuloskeletal dan persyarafan akan berpengaruh terhadap postur, masa tubuh, pergerakan serta reflek tubuh seseorang. Penderita stroke pada usia tua tidak dapat menjalankan aktivitasnya sehari-hari secara optimal, sehingga mengakibatkan aktivitasnya menjadi terganggu dan juga mempengaruhi kemandirian (Sari,2014)

2) Kondisi fisik

Dalam kondisi pasien yang menderita stroke tentunya dapat mempengaruhi segala aktivitasnya terutama dalam pemenuhan aktivitas fisik (ADL). Penurunan gerak dan fungsi tubuh berdampak terhadap kemampuan beradaptasi dengan lingkungan aktivitasnya. Keterbatasan pasien stroke dalam penyesuaian diri dengan lingkungan aktivitasnya menyebabkan masalah lingkungan aktivitas. Masalah aktivitas ini meliputi lingkungan didalam rumah dan di luar rumah. Hal ini perlu ditekankan kemandirian pada pasien stroke dalam pemenuhan

aktivitas fisik agar pasien stroke tetap mandiri (Sari,2014)

3) Pendidikan

Pendidikan pada hakikatnya merupakan usaha untuk membantu individu dalam meningkatkan kemampuan atau perilaku untuk mencapai kesehatan optimal. Tingkatan pendidikan juga berpengaruh pada kemandirian dengan ilmu pengetahuannya. Semakin rendah tingkat pendidikan maka pengetahuan yang didapat cenderung kurang, sebaliknya semakin tinggi pendidikan maka akan semakin mudah berpikir rasional dan menangkap informasi. (Sari, 2014). Tingkat pendidikan menurut undang-undang no.20 tahun 2013 adalah pendidikan dasar (SD dan SMP), pendidikan menengah (SMA) dan perguruan tinggi (Diploma, S1, S2, dan S3).

4) Dukungan dan Motivasi

Keterbatasan pasien stroke dalam penyesuaian diri dengan lingkungan aktivitasnya menyebabkan masalah lingkungan aktivitas. Masalah aktivitas ini meliputi lingkungan didalam rumah dan di luar rumah. Peran serta keluarga dan teman serta yang terpenting adalah niat dan usaha dari penderita itu sendiri. (Sari, 2014).

2.2.3 Instrumen Penilaian Tingkat Kemandirian Aktivitas Kehidupan Sehari-hari Pasien Stroke

Ada banyak alat dan skala untuk mengevaluasi kemampuan fungsi pasien. Umumnya alat ini digunakan untuk melakukan

aktivitas kehidupan sehari-hari (ADL) Ada tiga macam instrumen penilaian kemandirian ADL yaitu Barthel Indeks, Functional Independence Measure (FIM), dan Patient Evaluation Conference System (PECS). Pada penelitian ini penulis menggunakan Barthel Indeks untuk mengukur tingkat kemandirian dalam aktivitas sehari-hari seperti makan, mandi, berpakaian, berdandan, kontinens, toileting, transfer, dan ambulasi (atau mobilitas dengan kursi roda). Menurut Rasyid dan Soertidewi (dalam Apriliani, 2017) Barthel Indeks diperkenalkan oleh Mahoney dan Barthel pada 1995 untuk memeriksa status fungsional dan kemampuan pergerakan otot atau ekstremitas pada pasien penderita penyakit kronik di rumah sakit. Maryland Wade tahun 1992, mempergunakan Barthel Indeks ini untuk mengevaluasi ketidakmampuan saat pasien mulai dan selama dirawat di rumah sakit. Indeks ini direkomendasikan sebagai salah satu instrumen yang sering dipakai untuk menilai kegiatan keseharian kehidupan. Keunggulan Barthel Indeks ini mempunyai reliabilitas dan validitas yang tinggi, mudah dan cukup sensitive untuk mengukur perubahan fungsi serta keberhasilan rehabilitas.

Ada dua versi skore akhir pada Barthel Indeks, yaitu skore 0-100 dan skore 0-20. Skore 0-100 seringkali dipakai untuk mengukur kemandirian lansia pada keperawatan gerontik. Skore 0-20 seringkali digunakan pada penelitian-penelitian aktivitas penderita stroke. Versi penilaian Barthel Indeks, yaitu versi Wade dan Collin (1998) memuat 10 penilaian dengan nilai skore 0-4

(ketergantungan total), skor 5-8 (ketergantungan berat), skor 9-11 (ketergantungan sedang), skor 12-19 (ketergantungan ringan), dan skor 20 (mandiri). Dengan kriteria penilaian Barthel meliputi :

a) Kontrol BAB (Bowel)

0 = Inkontinensia (tidak teratur atau perlu enema)

1 = Kadang Inkontinensia (sekali seminggu)

2 = Kontinensia (teratur)

b) Kontrol BAK (Bladder)

0 = Inkontinensia atau pakai kateter dan tidak terkontrol

1 = Kadang inkontinensia (maksimal 1x24 jam)

2 = Kontinensia (teratur untuk lebih dari 7 hari)

c) Perawatan diri (Grooming)

0 = Membutuhkan bantuan orang lain

1 = Mandiri (wajah/rambut/gigi)

d) Mandi (Bathing)

0 = Tergantung bantuan orang lain

1 = Mandiri (atau menggunakan shower)

e) Penggunaan toilet (Toileting)

0 = Tergantung bantuan orang lain

1 = Membutuhkan bantuan, tapi dapat melakukan beberapa hal sendiri

2 = Mandiri

f) Makan (Feeding)

0 = Tidak mampu

1 = Butuh bantuan memotong, mengoles mentega, dll

2 = Mandiri

g) Berpindah tempat (Transfer)

0 = Tidak mampu

1 = Butuh bantuan (2 orang), bisa duduk

2 = Bantuan kecil (1 orang)

3 = Mandiri

h) Pergerakan (Mobilitas)

0 = Immobile (tidak mampu)

1 = Menggunakan kursi roda

2 = Berjalan dengan bantuan satu orang

3 = Mandiri (meskipun menggunakan alat bantu seperti, tongkat)

i) Menggunakan pakaian (Dressing)

0 = Tergantung orang lain

1 = Sebagian dibantu (misal mengancing baju)

2 = Mandiri (termasuk kancing, resleting, mengikat tali)

j) Naik turun tangga (Stairs)

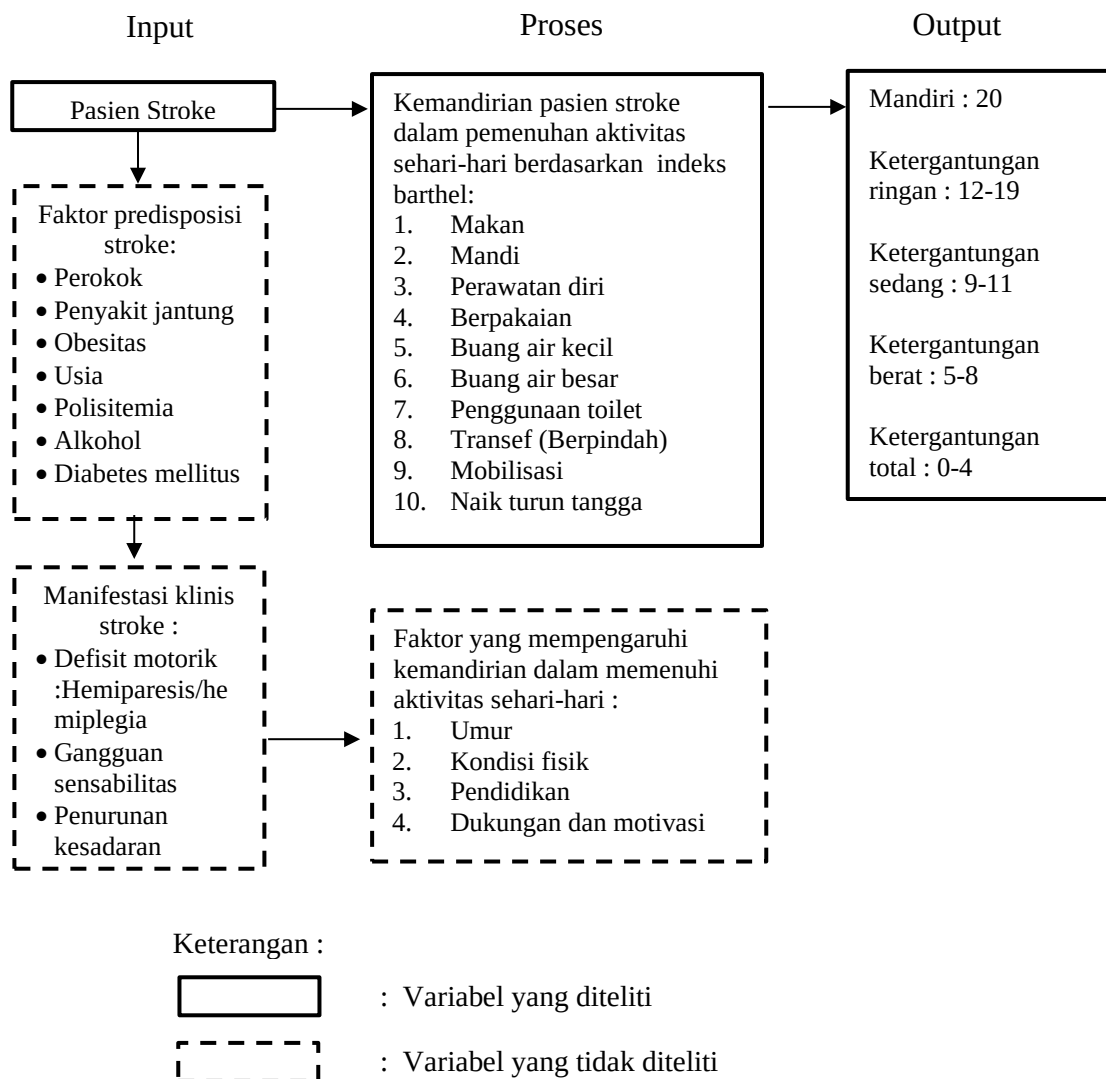
0 = Tidak mampu

1 = Membutuhkan bantuan (alat bantu)

2 = Mandiri (naik dan turun)

2.3 Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian merupakan suatu cara yang digunakan untuk menjelaskan hubungan atau kajian antara variabel yang akan diteliti (Notoatmodjo, 2012)



Gambar 2.2 Kerangka konsep kajian tingkat kemandirian pasien stroke