



**KEMANDIRIAN AKTIVITAS
MAKAN, MANDI DAN BERPAKAIAN
PADA PENDERITA STROKE
6-24 BULAN PASCA OKUPASI TERAPI**

**LAPORAN PENELITIAN INI DIAJUKAN SEBAGAI
SALAH SATU SYARAT UNTUK MENDAPATKAN SEBUTAN
DOKTER SPESIALIS REHABILITASI MEDIK**

**THOMAS A. SANTOSO
NIM : G3P000106**

**PROGRAM STUDI ILMU REHABILITASI MEDIK
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG
2003**

LEMBAR PERSETUJUAN

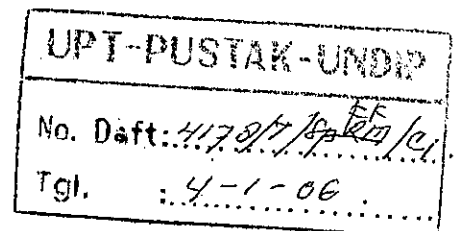
Penelitian ini disetujui oleh
Program Pendidikan Dokter Spesialis I Ilmu Rehabilitasi Medik
Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang

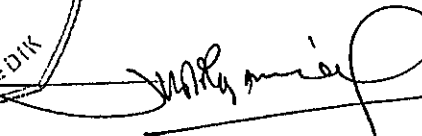
Semarang, Oktober 2003



Dr. Surya Widjaja , SpS – KRM

Pembimbing




Dr. A. Marlini SpRM-K

Ketua Program Studi Ilmu Rehabilitasi Medik
Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro. Semarang.

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas berkatNya, sehingga saya dapat menyelesaikan penelitian ini.

Penelitian ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menempuh spesialisasi Ilmu Rehabilitasi Medik Program Pendidikan Dokter Spesialis I (PPDS I) Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang.

Pada kesempatan ini, saya menyampaikan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu saya selama pendidikan maupun dalam menyelesaikan penelitian ini :

1. Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro, atas berkenannya sehingga saya dapat menempuh Program Pendidikan Dokter Spesialis I (PPDS I) Program Studi Ilmu Rehabilitasi Medik Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang.
2. Direktur RS Dr.Kariadi, atas berkenannya sehingga saya dapat memperdalam Ilmu Rehabilitasi Medik dan mengadakan penelitian di Devisi Rehabilitasi Medik. RS.Dr.Kariadi.Semarang.
3. Dr.Surya Widjaja,SpS-KRM, sebagai pembimbing saya dalam penelitian ini, yang telah memberikan bimbingan, dorongan, nasehat dan pengarahan selama pendidikan, penelitian dan penyusunan laporan penelitian ini.
4. Dr.A.Marlini, SpRM-K, Ketua Program Studi Ilmu Rehabilitasi Medik Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro. Semarang, yang telah memberikan bimbingan, dorongan , nasehat serta petunjuk sejak awal pendidikan hingga penelitian akhir ini.
5. Dr.Setyowati Budi Utami, SpRM, Kepala Devisi Rehabilitasi Medik RS Dr.Kariadi , Staf Medik Fungsional Rehabilitasi Medik RS.Dr.Kariadi, yang telah memberikan bimbingan, nasehat serta petunjuk selama pendidikan saya.
6. Dr.Rudy Handoyo, SpRM, Staf Medik Fungsional Rehabilitasi Medik RS Dr.Kariadi dan membantu membimbing saya dalam penelitian ini, yang dengan kesabaran mengarahkan, membimbing, memberi nasehat dan mengajarkan saya untuk selalu teliti dalam segala hal terutama selama penelitian ini dan selama pendidikan saya.
7. Dr.Handoyo Pudjowidyanto, SpS, Staf Medik Fungsional Rehabilitasi Medik RS Dr.Kariadi , yang telah memberikan bimbingan, nasehat serta petunjuk selama pendidikan saya.
8. Dr.Lanny Indriastuti,SpRM, Staf Medik Fungsional Rehabilitasi Medik RS Dr.kariadi , yang telah memberikan bimbingan , nasehat serta petunjuk selama pendidikan saya.
9. Dr.Endang Ambarwati, SpRM, Staf Medik Fungsional Rehabilitasi Medik RS Dr.Kariadi, yang telah memberikan bimbingan , nasehat serta petunjuk selama pendidikan saya.
10. Dr.Sri Purwati, SpRM, Staf Medik Fungsional Rehabilitasi Medik RS Dr.Kariadi , yang telah memberikan bimbingan, nasehat serta petunjuk selama pendidikan saya.
11. Dr.Sri Wahyudati,SpRM, Staf Medik Fungsional Rehabilitasi Medik RS Dr.Kariadi, yang telah memberikan bimbingan, nasehat serta petunjuk selama pendidikan saya.
12. Seluruh Staf Pengajar di Bagian / SMF Radiologi, Bedah Ortopedi, Bedah Plastik, Bedah Saraf, Ilmu Penyakit Dalam ; Rhematologi, Pulmonologi dan Geriatri , Ilmu penyakit Jantung, Ilmu penyakit saraf, Ilmu kesehatan Anak ; Neurologi Anak, Pulmonologi Anak dan Pediatrik Sosial. Atas bimbingan dan petunjuk selama menjalani stase dalam rangka pendidikan saya.

13. Dr.Herman Sukarman, SpBO , senior dalam bidang Rehabilitasi Medik , yang telah memberikan bimbingan dan petunjuk selama saya menjalani stase di Pusat Pengembangan Rehabilitasi Bersumber-daya Masyarakat (PPRBM) Prof. Dr. Soeharso, Surakarta.
14. Dr.Handoyo Tjandrakusuma, Direktur Pusat Pengembangan Rehabilitasi Bersumber-daya Masyarakat (PPRBM) Prof.Dr.Soeharso, Surakarta, atas bimbingan dan petunjuk selama menjalani stase dalam rangka pendidikan saya.
15. Direktur Rumah Sakit Ortopedi (RSO) Prof.Dr.Soeharso, Surakarta , Dr.Adi Kurniawan SpRM, Dr.Siswarni SpRM, beserta seluruh staf , yang telah memberikan bimbingan dan petunjuk selama stase dalam rangka pendidikan saya.
16. Dr.Hj. Isi Mularsih,MARS, Direktur RS Tugurejo Semarang , beserta seluruh staf , yang telah memberikan bimbingan dan petunjuk selama menjalani stase dalam rangka pendidikan saya.
17. Ibu Ketua Yayasan YPAC Cabang Semarang beserta seluruh staf , yang telah memberikan bimbingan dan petunjuk selama menjalani stase dalam rangka pendidikan saya.
18. Dr.Dwi Pudjonarko, MSc , Staf pengajar Bagian Fisika Medik Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang , yang telah memberikan bimbingan dan petunjuk statistik , sejak awal hingga penyusunan laporan penelitian saya.
19. Ny.Koenarti, Mariana Eny Setyowati AMD.FT, Heru Kisworo. AMD.OT, Susiani AMD.OT, selaku anggota tim penelitian ini, atas kerjasamanya yang baik selama penelitian saya di Sub bagian Okupasi Terapi, Devisi Rehabilitasi Medik RS Dr.Kariadi dan pengalaman kunjungan ke subyek penelitian yang pasti selalu saya kenang.
20. Bapak Bambang dan teman-teman di Bagian CM / Rekam Medik yang selalu membantu saya dalam mendapatkan catatan medik .
21. Para koordinator Sub unit, seluruh terapis dan karyawan/wati di lingkungan Devisi Rehabilitasi Medik RS Dr.Kariadi Semarang, ataskerjasamanya yang baik selama pendidikan saya.
22. Seluruh teman sejawat PPDS I Program Studi Ilmu Rehabilitasi Medik Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro atas bantuan dan kerjasamanya selama pendidikan maupun penelitian saya .
23. Akhirnya, ucapan terima kasih yang tak terhingga kepada istri saya, Dr.ML.Lucy Julianti dan anak saya ; AMdL. Arvin Aditama Santoso dan DMV.Brigitta Vania Santoso tercinta yang selalu memberikan dorongan semangat, doa dan pengorbanan selama saya menempuh pendidikan hingga selesainya penelitian ini.

Saya menyadari , bahwa tulisan ini kurang dari sempurna , Oleh karenanya kritik dan saran yang membangun sungguh saya harapkan dan semoga laporan penelitian ini dapat berguna bagi kita semua.

Semarang, Oktober 2003

Dr.Thomas Agus Santoso
Peneliti

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	vi
ABSTRAK	viii
BAB I . PENDAHULUAN	1
I. 1. JUDUL PENELITIAN	1
I. 2. LATAR BELAKANG	1
I. 3. PERMASALAHAN	3
I. 4. TUJUAN PENELITIAN	3
I. 5. MANFAAT PENELITIAN	3
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	4
II. 1. BATASAN STROKE	4
II. 2. EPIDEMIOLOGI	4
II. 3. AKIBAT DARI STROKE	5
II. 4. PROBLEM REHABILITASI PADA PENDERITA STROKE	5
II. 5. PROGRAM R .M. UNTUK PENDERITA STROKE	6
II. 6. AKTIVITAS KEHIDUPAN SEHARI-HARI (AKS)	11
II. 7. KERANGKA TEORI	17
II. 8. KERANGKA KONSEP	18
BAB III.METODOLOGI PENELITIAN	19
III. 1. RUANG LINGKUP	19
III. 2. RENCANA PENELITIAN	19
III. 3. POPULASI DAN SUBJEK PENELITIAN	19
III. 4. VARIABEL PENELITIAN	21
III. 5. TEHNIK PENGAMBILAN SAMPEL	21
III. 6. PENGUMPULAN DATA	22
III. 7. ALUR KERJA	23
III. 8. DEFINISI VARIABEL LAIN	24
III. 9. ANALISA DATA	26
III.10. TIM PENELITI	27
III.11. RENCANA ANGGARAN	27
III.12. JADWAL WAKTU PELAKSANAAN	27

BAB IV. HASIL PENELITIAN	28
IV. 1. KEADAAN UMUM MATERI PENELITIAN	28
IV. 2. KARAKTERISTIK SUBYEK PENELITIAN	29
BAB V. PEMBAHASAN	41
V. 1. PEMBAHASAN MATERI PENELITIAN	41
V. 2. KETERBATASAN PENELITIAN	47
BAB VI. KESIMPULAN DAN SARAN	48
VI. 1. KESIMPULAN	48
VI. 2. SARAN-SARAN	49
DAFTAR PUSTAKA	50
LAMPIRAN :	
Lampiran 1 : PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIK (<i>INFORMED CONSENT</i>)	
Lampiran 2 : FORMULIR PENELITIAN	
Lampiran 3 : HASIL PENELITIAN	
Lampiran 4 : DOKUMENTASI KEGIATAN PENELITIAN	

ABSTRAK

Santoso,TA. Kemandirian aktivitas makan, mandi dan berpakaian pada penderita stroke 6-24 bulan pasca okupasi terapi. Karya ilmiah penelitian. 2003 ; 1-55.

Tujuan : Untuk mengetahui masih dilakukannya mandiri atau tidak aktivitas makan, mandi dan berpakaian pada penderita stroke 6-24 bulan pasca okupasi terapi.

Rancangan : observasional dengan pendekatan cross sectional

Subyek : data penderita stroke di sub bagian Okupasi Terapi, Divisi Rehabilitasi Medik, RS Dr.Kariadi selama bulan April 2001-Oktober 2002 sebanyak tujuh puluh dua subyek dan setelah dilakukan kunjungan rumah didapatkan tiga puluh sembilan subyek penelitian terdiri dari 25 laki-laki dan 14 perempuan dengan katagori umur ; kurang dari 45 tahun ; 3 orang, 45-54 tahun : 9 orang, 55-64 tahun : 13 orang, 65-75 tahun : 12 orang, lebih dari 75 tahun : 2 orang.

Tempat : Tempat tinggal subyek penelitian di Kodia Semarang.

Waktu : Mei - Juli 2003

Perlakuan : Penderita stroke yang tidak pernah datang lagi di sub bagian okupasi terapi RS Dr.Kariadi di evaluasi dengan kunjungan rumah, data di peroleh dengan pengisian kuesener mengenai : identitas penderita, aktivitas kehidupan sehari-hari sekarang, umur, pendidikan, penghasilan, sisi kelumpuhan, stroke ulang, dan penyakit yang menyertai. Evaluasi kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas makan,mandi dan berpakaian juga menggunakan variabel lain yaitu demensia dan depresi.

Hasil pengukuran yang utama : masih dilakukan mandiri atau tidak aktivitas makan,mandi dan berpakaian dan faktor-faktor yang diduga berperan.

Hasil : Yang melakukan aktivitas mandiri pada penelitian ini 3 orang : Kelompok umur 45-54 th ; 2 orang, Kelompok umur 65-75 th ; 1 orang, Kelompok pendidikan SLTP; 1 orang, sarjana 2 orang. Berpenghasilan Rp 500.000 – Rp1.000.000,- ; 1 orang , lebih dari Rp 1.000.000- : 2 orang. Sisi kelumpuhan : sisi kanan 2 orang, sisi kiri 1 orang, Tonus otot : kenaikan sedikit (skala 2) ; 1 orang, kenaikan ringan (skala 3) ; 2 orang. Kelompok terbanyak yang tidak mau mandiri : Kelompok umur 65-75 th ; 11 orang (28,1%). Kelompok pendidikan SLTA,DI,D2: 12 orang (30,7%). Kelompok berpenghasilan lebih dari Rp 1.000.000,-: 21 orang(53,7%).Kelompok kelumpuhan sisi kanan ; 18 orang (46,2%). Kelompok dengan kenaikan tonus otot ringan (skala 3) : 15 orang (38,3%). Kelompok terbanyak yang tidak mampu mandiri : Kelompok umur 55-64 th : 5 orang (12,8%), Kelompok berpendidikan SLTP : 5 orang (12,8%), Kelompok berpenghasilan lebih dari Rp 1.000.000,- : 6 orang (15,3%).Kelompok kelumpuhan sisi kiri : 5 orang (12,8%). Kelompok dengan kenaikan tonus ringan (skala 3) : 5 orang (12,8%). Alasan penderita stroke untuk tidak mau mandiri : Senang dibantu istri/ suami/ anak/ perawat : 15 orang (53,6%).Malas beraktivitas : 3 orang (10,7%).Keluarga yang selalu membantu : 4 orang (14,4%).Merasa kurang bersih untuk mandi : 5 orang (17,6%).Merasa sulit berpakaian : 1 orang (3,7%).Penyebab tidak mampu mandiri: depresi : 4 orang (44,4%).demensia : 2 orang (22,2%). stroke ulang dengan hemiparesis bilateral : 2 orang (22,2%), penyakit penyerta : parkinson : 1 orang (9,1%)

Kesimpulan : Kemandirian aktivitas makan, mandi dan berpakaian pada penderita stroke 6-24 bulan pasca okupasi terapi didapatkan yang melakukan aktivitas mandiri 3 orang (7,7%) dan tidak mandiri 36 orang (92,3%) yang terdiri dari tidak mau mandiri 28 orang (77,8%) dan tidak mampu mandiri 8 orang (22,2%). Faktor-faktor yang diduga berperan pada ketidak mandirian pada penelitian ini adalah: umur, penghasilan, malas beraktivitas, keluarga yang selalu membantu, merasa kurang bersih untuk mandi, merasa sulit berpakaian, depresi demensia, stroke berulang dengan hemiparese bilateral dan penyakit penyerta: parkinson.

Kata kunci : pasca stroke, okupasi terapi, aktivitas makan, mandi dan berpakaian

ABSTRACT

Santoso,TA. The independence of eating, bathing and dressing activities on stroke patients in 6-24 months after occupational therapy. Scientific research.2003 : 1-55.

Objective : To detect patients dependency in activities of eating, bathing and dressing in 6-24 months after occupational therapy.

Design : Observation with cross sectional approach.

Subject : The data of stroke patient's at Occupational Therapy sub division of the medical rehabilitation of Dr.Kariadi Hospital between April 2001 – October 2002 are visited at their home is 72 patients. There are forty two subjects who are still alive and who are still in the same address, they consist of 27 male and 15 female. Aged : under 45 years ; 3 patients, 45-54 years ; 11 patients, 55-64 years ; 12 patients, 65-75 years ; 14 patients, over than 75 years ; 2 patients.

Setting : Subjects residence at Semarang municipality.

Time : May – Juli 2003.

Intervention : The patients that do not return back to Occupational Therapy Dept. are evaluated by home visit. Data is obtained from questionnaire. The questionnaire contain of recent daily activities, age, education, income, paralysed side, recurrent stroke and their comorbidity. The ability of patients in doing activities such as eating, bathing and dressing is tested the other variable evaluated were dementia and depression.

Main outcome measures : Whether eating, bathing and dressing activities are still done independently or not and other factors that may influence those activities.

Result : There are 3 subjects with independent activities: 2 subjects of 45-54 years old, 1 subject of 65-75 years old: 1 subject of junior high school graduate, 2 subjects of university graduate: 1 subject with an income group of Rp 500.000 – Rp 1.000.000 per month, 2 subjects with an income of more than Rp 1.000.000 per month: 2 subjects with right hemiparesis, 1 subject with left hemiparesis: 1 subject with Ashworth scale 2, 2 subjects with Ashworth scale 3: Other group who do not wish to be independent: 11 subjects (28,1%) of 65-75 years old, 12 subjects (30,7%) of senior high school graduate, D1,D2 graduate, 21 subjects (53,7%) with an income of more than Rp 1.000.000, 18 subjects (46,2%) with right hemiparesis, 15 subjects (38,3%) with Ashworth scale 3. Dependent: 5 subjects (12,8%) of 55-64 years old, 5 subjects (12,8%) of junior high school graduated, 6 subjects (15,3%) with an income of more than Rp 1.000.000, 5 subjects (12,8%) with left hemiparesis, 5 (12,8%) with Ashworth scale 3. Reasons for being dependent: 15 subjects (53,6%) enjoy being cared by wife/husband/ children/nurse, 3 subjects (10,7%) are reluctant to take care of themselves, 4 subjects (14,4%) with over protective family, 5 subjects (17,6%) feel they are still not clean with their way of bathing, 1 subject (3,7%) feel difficult to dress. Cause of dependency: 4 subjects (44,4%) with depression , 2 subjects (22,2%) with dementia, 2 subjects (22,2%) with recurrent stroke and bilateral hemiparesis, 1 subject (9,1%) with Parkinson disease.

Conclusion : After 6 – 24 months of occupational therapy, there are 3 subjects (7,7%) independent in activities of bathing, eating and dressing. 36 subjects (92,3%) are dependent which consists of 28 (77,8%) subjects who do not wish to be independent and 8 subjects (22,2%) who are really dependent. Factors such as: age, income, reluctant to take care of themselves, over protective family, feeling not clean in bathing, difficult in dressing, depression, dementia, recurrent stroke and bilateral hemiparesis and Parkinson disease play a risk in the dependency.

Key words : post stroke , occupational therapy, eating, bathing and dressing activities.

BAB I

PENDAHULUAN

I.1. JUDUL PENELITIAN

Kemandirian aktivitas makan, mandi, berpakaian pada penderita stroke
6-24 bulan pasca Okupasi Terapi

I.2. LATAR BELAKANG

Pada penderita stroke dapat mengalami gangguan fungsi motorik, fungsi sensorik, saraf kranial, fungsi luhur, koordinasi dan otonom. Semua keadaan ini akan menyebabkan gangguan pada aktivitas kehidupan sehari-hari penderita. Oleh karena itu diperlukan program rehabilitasi medik dengan tujuan utama dapat mencapai kemandirian dalam aktivitas kehidupan sehari-hari (AKS).Dimana kualitas hidup merupakan golnya

Stroke juga merupakan penyebab utama disabilitas kronik dan penderitaan. Milikan mengemukakan kira-kira 50% menderita sekuele deficit neurologik yang bermakna yang membatasi kemandirian dan 25% sisanya tergantung total pada orang lain. Bell mengemukakan 67% penderita penyandang disabilitas permanen dan 31 % tergantung total dalam melakukan AKS.¹

Tingkat keberhasilan penderita stroke dalam melakukan AKS dapat dinilai dengan kemampuan merawat dirinya sendiri (AKS personal). Jika AKS personal ini dilakukan secara rutin akan membuat penderita lebih percaya diri dengan kemampuannya untuk menghadapi hari depan. AKS yang rutin dilakukan merupakan ketrampilan dasar yang harus dimiliki seseorang untuk dapat merawat

dirinya secara mandiri, yang meliputi perawatan diri sendiri (makan, mandi, grooming, berpakaian dll), transfer, toileting dan lokomosi.^{2,3,4.}

Penilaian fungsional merupakan suatu metode untuk menerangkan kemampuan dan keterbatasan individu dalam berbagai kegiatan termasuk melakukan AKS, aktifitas rekreasi, vokasional, interaksi sosial dan kegiatan lainnya.⁵ Indeks Barthel merupakan salah satu instrumen untuk mengukur AKS. Pada indeks Barthel dinilai 10 AKS yang meliputi makan, transfer bed/kursi, grooming, toileting, mandi, berjalan ditempat datar, naik turun tangga, berpakaian, kontrol BAB dan kontrol BAK.^{2,6,7.}

Pada penelitian ini diteliti 3 aktivitas yaitu : makan, mandi dan berpakaian.

Kebutuhan fungsional sehari-hari dalam bentuk aktifitas fisik, kognitif dan emosi diusahakan untuk bisa mencapai pemenuhan didalam memaksimalkan kualitas hidup, sehingga harus ada keseimbangan antara perbaikan kesehatan dan aktifitas fungsional individu dengan mengurangi atau menghilangkan hambatan yang menimbulkan kendala.⁵

Banyak faktor yang menyebabkan penderita stroke tidak melakukan AKS personal secara mandiri. Karena itu peneliti ingin meneliti faktor-faktor apa saja yang berperan pada penderita stroke yang seharusnya sudah dapat melakukan AKS personal secara mandiri seperti makan, mandi dan berpakaian tetapi tidak melakukannya mandiri lagi.

I.3. PERMASALAHAN

- a. Apakah aktivitas makan, mandi dan berpakaian masih dilakukan secara mandiri pada penderita stroke 6-24 bulan pasca okupasi terapi ?
- b. Faktor-faktor apa saja yang diduga berperan di dalam ketidak mandirian aktivitas makan, mandi, berpakaian pada penderita stroke 6-24 bulan pasca okupasi terapi ?

I.4. TUJUAN PENELITIAN

Tujuan umum :

- a. Untuk mengetahui masih dilakukan mandiri atau tidak aktivitas makan, mandi dan berpakaian pada penderita stroke 6-24 bulan pasca okupasi terapi.

Tujuan khusus :

- a. Dapat mengetahui kemampuan aktivitas makan, mandi dan berpakaian pada penderita stroke 6-24 bulan pasca okupasi terapi.
- b. Mendiskripsikan faktor-faktor yang diduga berperan didalam ketidak mandirian aktivitas makan, mandi dan berpakaian pada penderita stroke 6-24 bulan pasca okupasi terapi.

I.5. MANFAAT PENELITIAN

- a. Dapat mengetahui faktor-faktor yang diduga berperan didalam ketidak mandirian aktivitas makan, mandi dan berpakaian pada pendirita stroke 6-24 bulan pasca okupasi terapi.
- b. Sebagai bahan acuan untuk penelitian lebih lanjut mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi ketidak mandirian aktivitas personal pada penderita stroke.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

I.1. BATASAN STROKE

Definisi stroke secara klinis menurut WHO (1995) adalah : gangguan fungsional otak yang terjadi secara mendadak dengan tanda dan gejala klinis baik fokal maupun global yang berlangsung lebih dari 24 jam atau dapat menimbulkan kematian, disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak. Tidak termasuk dalam kelompok ini gangguan peredaran darah otak sepiintas (*Transient Ischemic Attack / TIA*), pendarahan oleh karena tumor otak atau stroke sekunder karena trauma.^{6,7,8.}

II.2. EPIDEMIOLOGI

Laporan dari WHO MONICA Project mencatat bahwa insiden stroke bervariasi dari 48-250 per 100.000 penduduk. Penelitian ini dilakukan di 10 negara.⁹

Stroke menjadi penyebab ketiga kematian yang terjadi di Amerika Serikat setelah penyakit kardiovaskuler dan kanker, angka kejadian stroke 550.000 orang pertahun dengan 150.000 meninggal dunia dan lebih dari 300.000 yang mengalami gangguan fungsional.¹⁰

Di RS Dr. Kariadi Semarang pada tahun 2002, stroke merupakan penyakit yang paling banyak dijumpai di ruang rawat penyakit saraf (68,82 % dari 733 kasus)¹¹. Pada tahun 2002 kunjungan penderita stroke di okupasi terapi Devisi rehabilitasi medik RS.Dr.Kariadi sebanyak 1388 orang.

Liss menyatakan bahwa dengan pelayanan rehabilitasi yang tepat maka 80% dapat berjalan tanpa bantuan, 70 % dapat melakukan aktivitas mengurus diri sendiri dan 30 % dapat kembali bekerja.¹²

II.3. AKIBAT DARI STROKE

Setelah stroke, pada umumnya akan terjadi ¹³ :

- gangguan fungsi motorik : - Paralis dan kelumpuhan
 - Kontraktur sendi
 - Spastisitas
- Gangguan fungsi sensorik
- Gangguan saraf kranial
- Gangguan fungsi luhur
- Gangguan koordinasi
- Gangguan otonom
- Gangguan psikologi

II.4. PROBLEM REHABILITASI PADA PENDERITA STROKE

Problem rehabilitasi medik pada penderita stroke :

- Kesukaran / tidak dapat melakukan aktivitas makan & minum
- Kesukaran / tidak dapat ambulasi.
- Kesukaran / tidak dapat melakukan gerak yang diperlukan untuk mencari nafkah.
- Kesukaran / tidak dapat berpakaian
- Kesukaran / tidak dapat merawat diri sendiri

- Adanya rasa tebal, kesemutan kadang-kadang timbul juga rasa nyeri pada lengan dan tungkai sisi lemah
- Buruknya penampilan karena keasimetrisan wajah
- Kesukaran sewaktu menelan.
- Kesukaran / tidak dapat komunikasi
- Adanya gangguan daya ingat.
- Adanya gangguan memusatkan perhatian dan hitungan
- Adanya gangguan berbahasa
- Mudah jatuh.
- Kesukaran untuk menahan buang air kecil.
- Kesukaran menahan buang air besar.
- Masalah psikologi yang timbul seperti : rasa malu, rasa rendah diri, tidak dapat menerima kenyataan, tidak mau menyesuaikan diri dengan kecacatannya.

II.5. PROGRAM REHABILITASI MEDIK PADA PENDERITA STROKE

Rehabilitasi menurut WHO adalah semua tindakan yang diajukan untuk mengurangi dampak disabilitas / handicap agar memungkinkan penyandang cacat dapat berintegrasi dengan masyarakat. Sedangkan rehabilitasi medik adalah proses pelayanan kesehatan yang bertujuan untuk mengembangkan kemampuan fungsional fisik dan psikologi dan kalau perlu mengembangkan mekanisme kompensasinya agar individu dapat berdikari.¹⁴

Tujuan Rehabilitasi penderita stroke menurut WHO¹⁵

1. Memperbaiki fungsi motorik, wicara, kognitif dan fungsi lain yang terganggu.
2. Readaptasi sosial dan mental untuk memulihkan hubungan interpersonal dan aktivitas sosial.
3. Dapat melaksanakan aktivitas kehidupan sehari-hari.

Roth mengatakan ada 5 penilaian fungsional utama dalam rehabilitasi stroke¹⁶ yaitu :

1. Pencegahan, pengenalan dan pengelolaan penyakit penyerta serta komplikasinya.
2. Latihan untuk memaksimalkan kemandirian fungsional.
3. Memfasilitasi kesulitan psikososial dan adaptasi oleh pasien serta keluarganya.
4. Meningkatkan reintegrasi ke masyarakat, termasuk pengembalian ke aktivitas rumah, keluarga, rekreasi dan vokasional.
5. Meningkatkan kualitas hidup.

Dalam penanganan rehabilitasi medik pada penderita stroke diperlukan pendekatan multidisiplin yang komprehensif melalui tim rehabilitasi yang terdiri dari dokter spesialis rehabilitasi medik, fisioterapis, terapis okupasi, ortotis prostetis, psikolog, terapis wicara dan pekerja sosial medik, selain tim ini keberhasilan program rehabilitasi medik juga dibantu oleh : perawat, penderita dan keluarga penderita.

Rehabilitasi medik pada penderita stroke mempunyai prinsip yaitu seawal mungkin.^{4,10,16-21} Pada fase awal atau akut, perhatian ditujukan posisi alih baring, postural drainase dan mempertahankan lingkup gerak, sasarannya adalah untuk mencegah disabilitas sekunder dan deformitas, untuk memulihkan fungsi yang masih ada. Prosedur ini diteruskan sampai keadaan medik stabil dan penderita dapat mengikuti program secara aktif.¹⁹ Pada aktif ini sasarannya adalah untuk mencapai kemandirian fungsional dalam hal mobilisasi dan aktivitas kehidupan sehari-hari.

Aktivitas mobilisasi dimulai dengan aktivitas di tempat tidur, berlanjut ke duduk, berdiri dan ambulasi. Latihan koordinasi, ketahanan dan keseimbangan diberikan bila diperlukan. Latihan penguatan otot dilakukan pada sisi yang kuat maupun yang sakit, terutama untuk otot-otot yang dipakai untuk transfer dan ambulasi.¹⁹ Semua program latihan dari fase awal hingga fase aktif biasanya dilakukan oleh seorang fisioterapis.

Aktivitas kehidupan sehari-hari dievaluasi dan dilatih oleh seorang terapis okupasi. Terapis okupasi memberi edukasi agar penderita berusaha melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari secara mandiri.

Apabila diperlukan penderita dapat menggunakan alat bantu untuk ambulasi maupun untuk melaksanakan aktivitas kehidupan sehari-hari. Misalnya triport untuk berjalan, *back splint* digunakan bila terdapat otot quadriceps femoris yang lemah sehingga lutut tidak dapat mengunci pada saat berdiri. *short leg brace* untuk kelumpuhan otot-otot dorsofleksi kaki. Alat-alat bantu tersebut dapat dibuat oleh seorang ortotis.²⁰

Masalah sosial, wicara, maupun psikologi juga harus mendapat perhatian pada penderita stroke. Seorang pekerja sosial medik dapat membantu dengan mengadakan kunjungan rumah untuk melihat letak geografi, kamar tidur, kamar mandi / wc, dapur dan sebagainya. Bagi penderita yang bekerja perlu dikunjungi tempat pekerjaannya agar penderita tetap dapat bekerja sesuai dengan kemampuannya^{16,21}. Selain itu pekerja sosial medik juga memberikan penilaian terhadap kebutuhan penderita dan keluarganya selama di rumah dan di masyarakat serta sumber-sumber daya yang dimiliki penderita dan keluarganya. Semua data-data ini penting bagi tim rehabilitasi untuk menyusun program rehabilitasi yang komprehensif.

Problem-problem komunikasi dan gangguan waktu menelan akan dievaluasi oleh seorang terapis wicara. Intervensi dini oleh terapis wicara, dapat membantu penderita untuk memperoleh stimulasi dan interaksi yang sangat dibutuhkan, membantu keluarga dan pengasuh penderita untuk memahami cara terbaik untuk berkomunikasi dengan penderita.^{16,21}

Psikolog dapat membantu mengatasi masalah psikologi yang timbul seperti rasa malu, rasa rendah diri, tidak dapat menerima kenyataan, tidak mau menyesuaikan diri dengan kenyataannya.²¹

Program rehabilitasi pada penderita stroke bertujuan untuk⁵ :

1. Mengoptimalkan kemampuan perawatan diri.
2. Mengoptimalkan pengelolaan dari spinkter.
3. Mengoptimalkan kemampuan transfer.
4. Mengoptimalkan kemampuan lokomosi

5. Mengoptimalkan kemampuan berkomunikasi.
6. Mengoptimalkan kemampuan kognisi sosial.
7. Mengembalikan pasien pada lingkungannya.
8. Mengoptimalkan kemandirian vokasional.
9. Mengurangi lama perawatan di rumah sakit
10. mengurangi biaya pengobatan

Perlu diketahui bahwa program rehabilitasi medik tidak untuk menyembuhkan stroke, tidak mengubah defisit neurologik akibat stroke, tetapi mengurangi atau memperbaiki defisit fungsional dan psikologi. Dengan demikian maka ukuran keberhasilan program rehabilitasi medik pada penderita stroke bukan pada banyaknya jiwa yang tertolong, tetapi dari jumlah penderita stroke yang dapat berfungsi kembali,²³ dan tentunya kualitas hidup merupakan golnya.

Urut-urutan keberhasilan rehabilitasi medik dari yang paling berhasil ke yang paling buruk adalah sebagai berikut²⁰ :

1. Dapat berdikari dalam merawat dirinya sendiri maupun dalam mencari nafkah serta dapat berekreasi / berolah raga seperti sebelum sakit tanpa memerlukan alat bantu.
2. Dapat berdikari dalam merawat dirinya sendiri maupun dalam mencari nafkah serta dapat berekreasi / berolah raga seperti sebelum sakit dengan memerlukan alat bantu.
3. Dapat ambulasi dan merawat dirinya dengan atau tanpa alat bantu.

4. Untuk ambulasi memerlukan kursi roda dan bantuan untuk merawat dirinya.
5. Hanya berbaring di tempat tidur.

II.6. AKTIVITAS KEHIDUPAN SEHARI-HARI

Aktivitas kehidupan sehari-hari adalah aktivitas perawatan diri yang diperlukan untuk hidup sehari-hari, seperti makan, mandi, menjaga kebersihan diri, berpakaian dan toileting.²⁴

Secara garis besar aktivitas kehidupan sehari-hari dapat dibedakan dalam empat golongan :

1. Aktivitas perawatan diri / AKS personal^{1-5,24,25} :
 - Makan dan minum
 - Mandi
 - Memakai pakaian
 - Berdandan
 - Kebersihan diri
 - Toileting
 - Mobilitas
2. Kemampuan untuk menyelesaikan aktivitas yang berhubungan dengan tugas-tugas kebutuhan utama dalam kehidupan sehari-hari⁵ :
 - Memakai telepon
 - Berbelanja
 - Menyiapkan makanan
 - Mengelola keuangan

3. Aktivitas Vokasional ^{5,25} :

- Kembali untuk sekolah
- Kembali untuk bekerja

4. Aktivitas Avokasional ^{5,25} :

- Pergi rekreasi
- Melakukan hobi / kegemaran

Ada juga yang membagi AKS berdasarkan tingkat *Elementary*, *Intermediate* dan *Advanced* ⁵ :

Tingkat Elementary

- A. AKS personal : makan dan minum, kebersihan muka, menyikat gigi, make-up, kerapihan rambut.

Tingkat Intermediate

- B. Keahlian berkomunikasi : berbicara, membaca, menulis, memakai telepon
C. Mengetahui teknik memakai baju
D. Pekerjaan di rumah

Tingkat Advanced

- E. Aktivitas vokasional dan avokasional : latihan agar dapat kembali ke sekolah atau pekerjaan dan meneruskan kegemaran sebelum menderita stroke.

5.1. PENTINGNYA AKS

KEPENTINGAN UNTUK DIRI SENDIRI

Barthel mengatakan bahwa konsep dasar penderita stroke yang memilikiabilitas adalah tetap berprestasi dan berusaha untuk dapat mandiri, paling tidak dapat melakukan AKS personal. Keberhasilan penderita stroke dalam melakukan secara mandiri aktivitas kehidupan sehari-hari merupakan bagian yang membuat penderita stroke akan lebih percaya diri dengan kemampuannya untuk menghadapi hari depannya.²⁵

KEPENTINGAN UNTUK KELUARGA

Dengan kemandirian AKS personal penderita stroke akan mampu melayani diri sendiri, sehingga pihak keluarga tidak terbebani untuk mengurus keperluan penderita stroke tersebut. Bahkan keluargapun dapat berharap kemandirian AKS penderita dapat ditingkatkan sehingga penderita stroke tersebut dapat produktif atau dapat mencari nafkah untuk keluarganya.²⁵

KEPENTINGAN UNTUK LINGKUNGAN

Menurut Kottke, penderita stroke diharapkan dapat mempertahankan fungsi fisik yang optimal serta keadaan psiko-sosio-vokasional agar mampu menjadi partisipan yang produktif dalam masyarakat.¹⁶ Penderita stroke dengan kemampuan yang optimal dapat tetap melakukan AKS dan berproduksi / bekerja didalam masyarakat, hal ini akan menangkalkan pendapat orang mengenai seseorang yang bila terkena stroke akan menjadi beban bagi lingkungannya.

I.6.2. KEMANDIRIAN DALAM AKTIVITAS PENDERITA STROKE

Tujuan akhir rehabilitasi medik pada penderita stroke ialah tercapainya kemandirian dalam aktivitas kehidupan sehari-hari, tetapi tidak semua penderita stroke yang mendapat program rehabilitasi medik mencapai kemandirian tersebut. Beberapa kriteria kemandirian yang dapat dicapai penderita stroke² :

1. Mandiri (independent)

Penderita stroke dapat melaksanakan aktivitas kehidupan sehari-hari tanpa bantuan dari seseorang, baik berupa instruksi (lisan) maupun bantuan secara fisik.

2. Dependent.

Penderita stroke memerlukan bantuan seseorang untuk melakukan aktivitas fungsional tertentu, dimana bantuan tersebut dapat bersifat minimal, sedang, maksimal (berat) dan total.

Parameter untuk mengukur bantuan tersebut dapat disesuaikan dengan penilaian Barthel index : skor 91-99: dependen ringan, skor 62-90: dependen sedang, skor 21-61: dependen berat dan skor 0-20: dependen total.

1.6.3. INSTRUMEN PENGUKURAN AKTIVITAS MAKAN, MANDI DAN BERPAKAIAN

Beberapa instrumen yang sering dipakai untuk penilaian kemampuan fungsional pada penderita stroke adalah :

1. *Barthel index*
2. *Fuctional Independence Measure (FIM)*
3. *Katz index of independence in ADL*
4. *PULSES*
5. *The Frenchay Activites Index*
6. *Rehabilitation Activities Profile (RAP)*

Instrumen yang dipakai pada penelitian ini adalah Barthel index. Barthel index digunakan peneliti karena merupakan tes yang paling populer dan paling banyak digunakan untuk mengukur kemampuan fungsional sehari-hari, dibandingkan dengan tes yang lain.

Barthel index mempunyai skala ordinal lengkap dengan skor total berkisar dari 0 (tergantung total) - 100 (mandiri); terdiri 10 item; makan, mandi, grooming, berpakaian, control BAB/BAK, toileting, transfer ke kursi/ tempat tidur, mobilitas dan naik tangga, telah tercatat reliabilitas dan validitasnya, waktu dan pelaksanaan untuk observasi klinik kurang dari 40 menit dan banyak yang berpendapat bahwa Barthel index dapat diterima secara luas sebagai skala untuk disabilitas.⁵ Pada penelitian ini digunakan bagian Barthel index pada point; makan, mandi dan berpakaian.

Barthel index terdiri dari 10 point meliputi ^{4,26} :

No.	Keterangan	Data bantuan	Mandiri
1.	Makan	5	10
2.	Transfer bed / kursi	5-10	15
3.	Grooming (personal toilet) Cuci muka, cuci rambut, bercukur, gosok gigi	0	5
4.	Toiletting	5	10
5.	Mandi	0	5
6.	Berjalan di tempat datar	10	15
7.	Naik turun tangga	5	10
8.	Berpakaian	5	10
9.	Kontrol BAB	5	10
10.	Kontrol BAK	5	10

Penilaian Barthel index :

Skor 0 – 20 : ketergantungan total

Skor 91 – 99 : ketergantungan ringan

Skor 21 – 61 : ketergantungan berat

Skor 100 : mandiri

Skor 62 – 90 : ketergantungan sedang

II.7. KERANGKA TEORI

AKIBAT DARI STROKE :

- Gangguan fungsi motorik
- Gangguan fungsi sensorik
- Gangguan fungsi luhur
- Gangguan saraf kranial
- Gangguan koordinasi
- Gangguan otonom
- Gangguan psikologi

VI REHABILITASI PADA PENDERITA STROKE

aran / tidak dapat melakukan aktivitas makan, minum
 aran / tidak dapat ambulasi
 aran / tidak dapat melakukan gerak yg diperlukan
 mencari nafkah
 aran / tidak dapat berpakaian
 aran / tidak merawat diri sendiri
 ya rasa tebal, kesemutan kadang-kadang timbul
 yeri pada lengan dan tungkai sisi yang lemah

- Kesukaran / tidak dapat komunikasi
- Buruknya penampilan krn keasimetrisan wajah
- Kesukaran sewaktu menelan. .
- Adanya gangguan daya ingat
- Adanya gangguan memusatkan perhatian dan hitungan
- Adanya gangguan berbahasa.
- Mudah jatuh.
- Kesukaran menahan buang air kecil dan buang air besar.
- Rasa malu, rasa rendah diri, tidak mau menerima kenyataan, tidak mau menyesuaikan diri dengan kecacatannya.

MANDIRI

DEPENDENT

D.RINGAN

D. SEDANG

D.BERAT

D.TOTAL

REHABILITASI MEDIK

MANDIRI

MANDIRI

MANDIRI

MANDIRI

D.RINGAN

D.RINGAN

D.RINGAN

D.RINGAN

D.SEDANG

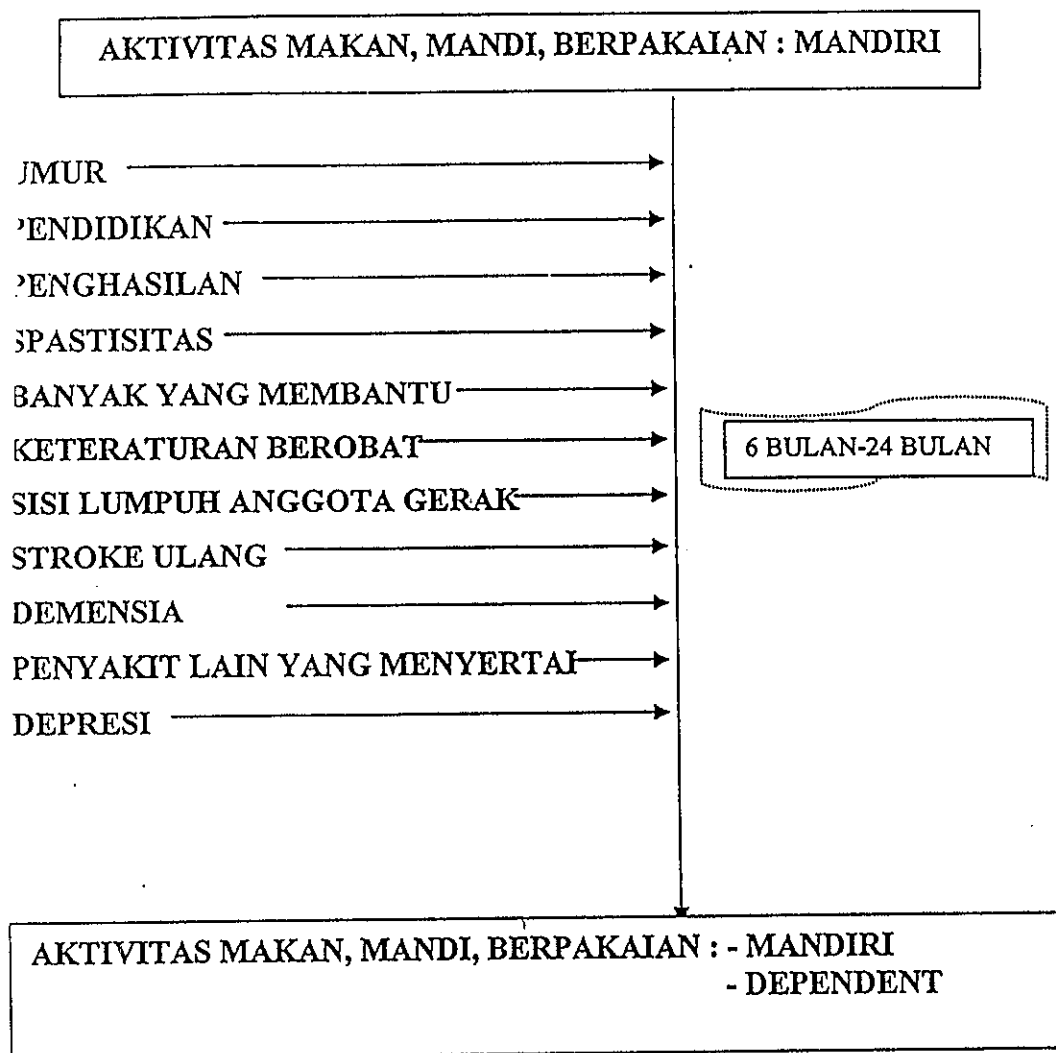
D.SEDANG

D.SEDANG

D.BERAT

D.BERAT

KERANGKA KONSEP



BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

III.1. RUANG LINGKUP

Bidang ilmu : REHABILITASI MEDIK

Waktu : Mei – Juli 2003

Tempat : RS. Dr. Kariadi Semarang

III.2. RENCANA PENELITIAN

Penelitian ini merupakan observasional dengan pendekatan Cross Sectional. Data primer diperoleh dari kunjungan rumah untuk mengamati kemampuan AKS personal yang dicatat dengan kuesioner. Data tersebut dibandingkan dengan data sekunder dari catatan rekam mediknya 6-24 bulan yang lalu.

III.3. POPULASI DAN SUBJEK PENELITIAN

III.3.1. Populasi

- Populasi target adalah penderita stroke yang pernah dilatih di okupasi terapi dan dapat melakukan aktivitas makan, mandi dan berpakaian.
- Populasi terjangkau adalah semua penderita stroke.

III.3.2. Subyek penelitian

Subyek penelitian adalah penderita stroke yang 6-24 bulan pasca okupasi terapi, yang bertempat tinggal di Kodia Semarang, dengan *kriteria penerimaan* :

- a. Penderita stroke pasca okupasi terapi pada 6-24 bulan yang lalu sudah dapat melakukan aktivitas makan, mandi dan berpakaian.

- b. Kooperatif → mengerti perintah verbal
- c. Bersedia di periksa, diamati kemampuan fungsionalnya, mengisi kuesener dan menandatangani informed consent
- d. Bertempat tinggal di Kodia Semarang.

Kriteria penolakan :

- a. Tidak dapat melakukan aktivitas makan, mandi dan berpakaian secara mandiri sejak terkena stroke hingga sekarang.
- b. Tidak dapat dihubungi.

Besar subjek penelitian minimal dihitung dengan rumus :

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 P(1-P)}{d^2}$$

$Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ untuk material kepercayaan 95 %

P = Populasi penderita stroke yang mendapat program terapi okupasi di IRM RS Dr. Kariadi selama tahun 2002. 10,22 %

d = Tingkat ketepatan absolut – 10 %

$n = 35$ orang

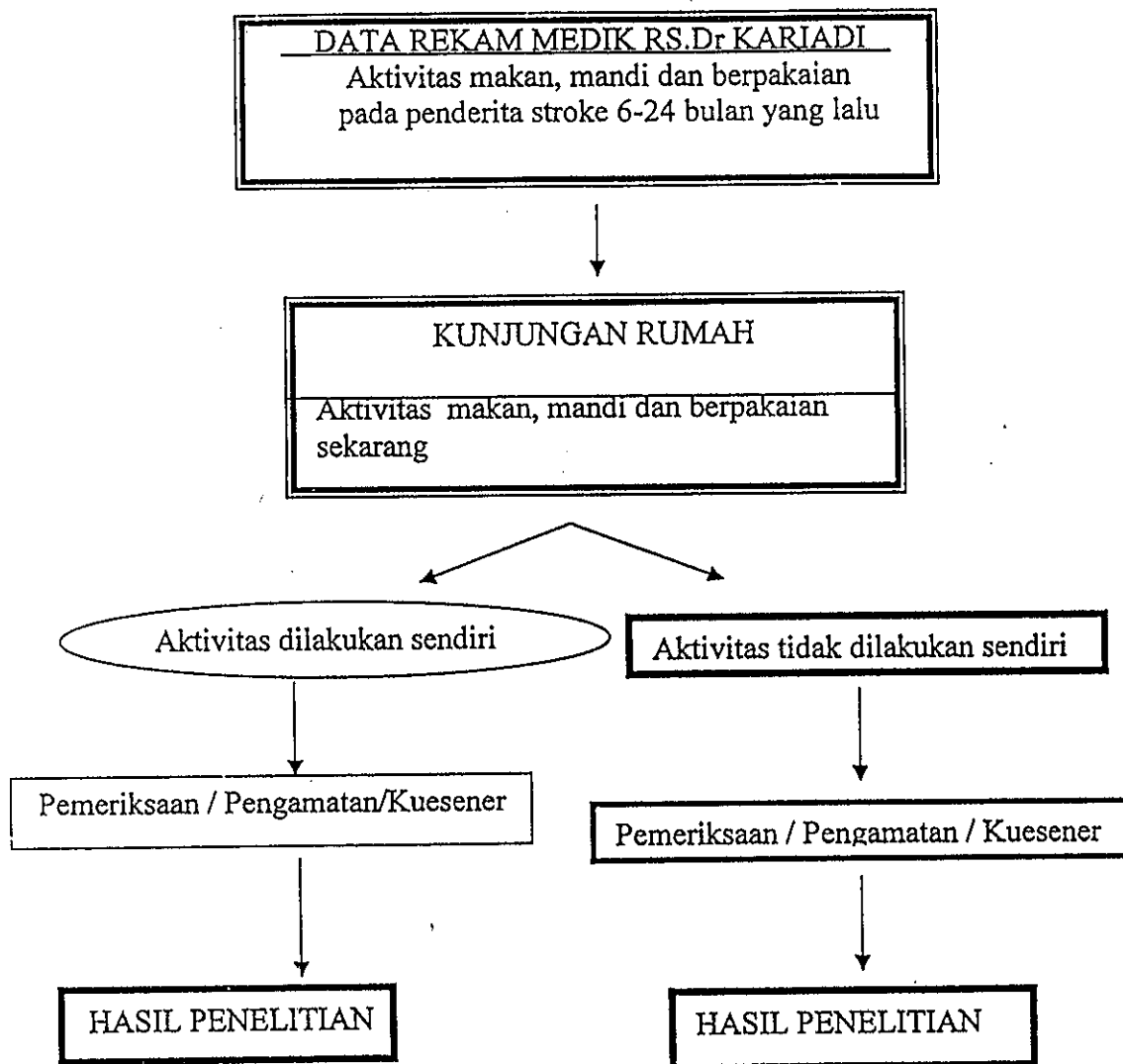
III.4. VARIABEL PENELITIAN

- a. Variabel bebas : Aktivitas makan, mandi dan berpakaian.
- b. Variabel terikat : Mandiri dan tidak mandiri.

5. TEHNIK PENGAMBILAN SAMPEL

Pengambilan sampel berdasarkan catatan medik penderita stroke yang telah mempunyai kemampuan melakukan aktivitas makan, mandi dan berpakaian telah dilatih / evaluasi di sub bagian Okupasi terapi RS Dr. Kariadi Semarang dan tidak pernah datang lagi setelah 6-24 bulan. Selanjutnya penderita di evaluasi dengan kunjungan rumah. Untuk memperoleh data dilakukan wawancara, kemampuan makan, mandi dan berpakaian serta pengisian kuesener dengan penderita dan keluarga penderita.

III.7. ALUR KERJA



III.8. DEFINISI VARIABEL YANG LAIN :

VARIABEL AKTIVITAS MAKAN, MANDI DAN BERPAKAIAN

Didapat dari Barthel index ²⁶:

1. MAKAN

10 = mandiri penderita dapat makan sendiri, jika seseorang meletakkan makanan dalam jangkauannya. Ia harus mengambilnya. Jika diperlukan dengan alat bantu, memotong makanannya sendiri. Ia harus menyelesaikannya dalam waktu yang layak.

5 = jika ada seseorang yang menolong. (untuk memotong makanan, dan sebagainya seperti daftar diatas)

2. MANDI

5 – penderita dapat memakai *bath tub*, shower atau sponse. Ia harus dapat membersihkan dirinya pada seluruh bagian tubuh tanpa ada orang lain yang membantu.

3. BERPAKAIAN

10 = penderita dapat memakai dan melepas pakaiannya dan mengikat sepatunya (kecuali ini diperlukan untuk memakai *adaption*). Aktivitas termasuk memakai dan melepas dan mengikat korset atau brace bila ini diperlukan.

5 = penderita memerlukan pertolongan untuk memakai dan melepaskan atau mengikat / mengancingkan pakaiannya. ia harus mengerjakan paling tidak separuh dari pekerjaan tersebut. ia harus menyelesaikan dalam waktu yang

wajar. Wanita memerlukan penilaian untuk memakai BH dan korset apabila ini dipakai dalam berpakaian.

VARIABEL TIDAK MANDIRI terdiri dari :

- ***TIDAK MAU MANDIRI*** : Pada pemeriksaan didapatkan skore Barthel indeks untuk makan = 10, mandi = 5 dan berpakaian = 10, tetapi dalam kehidupan sehari-hari penderita tidak melakukannya secara mandiri tetapi dibantu.
- ***TIDAK MAMPU MANDIRI*** : pada pemeriksaan didapatkan skore Barthel indeks untuk makan = 5, mandi = 0 dan berpakaian = 5.

VARIABEL PENILAIAN TONUS OTOT (Skala Ashworth)²⁷ :

- 1 = Tidak ada peningkatan tonus otot.
- 2 = Ada sedikit kenaikan tonus otot yang memberi tahanan ketika anggota gerak yang terkena bergerak fleksi atau ekstensi.
- 3 = Ada peningkatan tonus otot yang berlebih , tetapi anggota gerak yang terkena mudah melakukan fleksi.
- 4 = Ada peningkatan tonus otot yang besar; pada gerakan pasif mengalami kesukaran.
- 5 = Anggota gerak yang terkena mengalami rigid pada fleksi atau ekstensi.

VARIABEL DEMENSLA^{26,28} :

STATUS FUNGSI LUHUR / THE MINI MENTAL STATE

Fungsi luhur yang diperiksa meliputi : orientasi, registrasi, perhatian dan kalkulasi, mengenal kembali dan bahasa dengan jumlah nilai 30.

Penilaian hasil : < 24 = dianggap terdapat gangguan kognitif..

≥ 24 = dianggap tidak terdapat gangguan kognitif.

VARIABEL DEPRESI : Skala yang dipakai adalah Hamilton Rating Scale untuk depresi^{29,30}, terdiri dari 17 item dengan jumlah nilai 53. (lihat lampiran b)

Digolongkan :

Tidak terdapat depresi = kurang atau sama dengan 7

Depresi ringan = 8 - 13 .

Depresi sedang = 14 - 18.

Depresi berat = 19 - 22.

Depresi sangat berat = lebih dari 23.

III.9. ANALISA DATA

Data dari penderita stroke dengan aktivitas makan, mandi dan berpakaian 6-24 bulan yang lalu pasca okupasi terapi dan aktivitas makan, mandi dan berpakaian sekarang di kumpulkan, lalu dilakukan pencatatan data penderita pasca stroke yang melakukan mandiri dan tidak melakukan mandiri aktivitas makan, mandi dan berpakaian , kemudian dipilah yang tidak mau mandiri dan yang tidak mampu mandiri. Kemudian diberi kode, dibuat tabulasi serta disajikan secara deskriptif. Semua ini disajikan dalam bentuk tabel-tabel dan gambar.

Semua analisa dilakukan dengan bantuan komputer yang menggunakan Software SPSS 10.05 for win.

III.10. Tim peneliti : - Dr. Thomas A. Santoso

- Ny. Koenarti

- Susiani AMD. OT

- Mariana Eny Setyowati AMD. FT

- Heru Kisworo. AMD, OT.

III. 11. Rencana Anggaran :

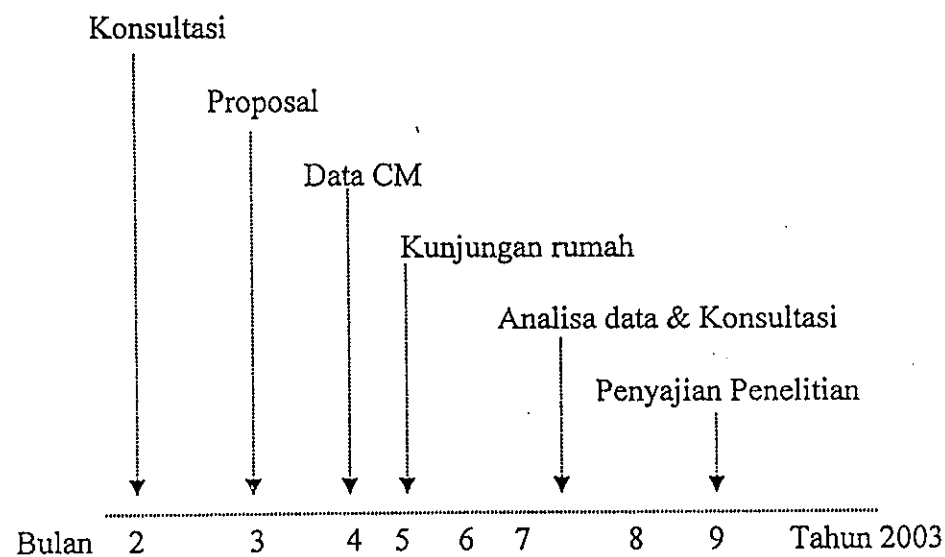
- Administrasi : Rp. 1.500.000,-

- Transportasi : Rp. 1.000.000,-

- Biaya tak terduga Rp. 1.000.000,-

Jumlah Rp. 3.500.000,-

III.12. Jadwal waktu pelaksanaan :



BAB IV

HASIL PENELITIAN

IV. 1. KEADAAN UMUM MATERI PENELITIAN

Dari data pasien di subbagian okupasi terapi RS.Dr.Kariadi selama bulan April 2001- Oktober 2002 didapatkan data penderita stroke yang pernah mendapat latihan sebanyak 114 orang, dari data ini peneliti datang ke bagian rekam medik untuk hanya mengambil responden dengan kriteria mampu melakukan aktivitas makan, mandi dan berpakaian, bertempat tinggal di Kodia Semarang dan tidak pernah datang lagi ke bagian rehabilitasi medik atau sub bagian okupasi terapi selama 6-24 bulan.

Hasilnya didapatkan penderita stroke sebanyak 72 orang. Setelah melakukan kunjungan rumah keseluruhan responden diperoleh hasil 39 orang yang dapat dijadikan subyek penelitian sedangkan yang lain tidak dapat dijadikan subyek penelitian karena ; 12 orang tidak bertempat tinggal di Semarang, hal ini disebabkan alamat yang tercatat merupakan alamat anak / saudaranya, 6 orang alamatnya tidak lengkap, 9 orang meninggal dunia, 3 orang pindah rumah dengan alamat yang tidak jelas dan 3 orang tidak dapat melakukan aktivitas makan, mandi dan berpakaian secara mandiri sejak terkena stroke hingga sekarang.

IV. 2. KARAKTERISTIK SUBYEK PENELITIAN :

Tabel 1. Distribusi kemandirian aktivitas makan menurut kelompok jenis kelamin.

Jenis kelamin	Kemandirian aktivitas makan.						Jumlah	
	Mandiri		Tidak mandiri					
			Tidak mau mandiri		Tidak mampu mandiri			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Laki-laki	3	7,7	21	53,8	1	2,6	25	64.1
Perempuan	-	-	11	28,2	3	7,7	14	35,9
J u m l a h	3	7,7	32	82,0	4	10,3	39	100

Seperti terlihat pada tabel 1, distribusi terbanyak adalah pada kelompok laki-laki yaitu 25 orang (64,1%) : mandiri 3 orang (7,7%) dan tidak mandiri 22 orang (56,4%); tidak mau mandiri 21 orang (53,8%) dan tidak mampu mandiri 1 orang (2,6%).

Tabel 2. Distribusi kemandirian aktivitas mandi menurut kelompok jenis kelamin.

Jenis kelamin	Kemandirian aktivitas mandi						Jumlah	
	Mandiri		Tidak mandiri					
			Tidak mau mandiri		Tidak mampu mandiri			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Laki-laki	3	7,7	18	46,1	4	10,3	25	64,1.
Perempuan	-	-	10	25,6	4	10,3	14	35,9
J u m l a h	3	7,7	28	71,7	8	20,6	39	100

Seperti terlihat pada tabel 2, distribusi terbanyak adalah pada kelompok laki-laki yaitu 25 orang (64,1%) : mandiri 3 orang (7,7%) dan tidak mandiri 22 orang (56,4%); tidak mau mandiri 18 orang (46,1%) dan tidak mampu mandiri 4 orang (10,3%).

Tabel 3. Distribusi kemandirian aktivitas berpakaian menurut kelompok jenis kelamin.

Jenis kelamin	Kemandirian aktivitas berpakaian						Jumlah	
	Mandiri		Tidak mandiri					
			Tidak mau mandiri		Tidak mampu mandiri			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Laki-laki	3	7,7	18	46,1	4	10,3	25	64,1
Perempuan	-	-	9	23,1	5	12,8	14	35,9
J u m l a h	3	7,7	27	69,2	9	23,1	39	100

Seperti terlihat pada tabel 3, distribusi terbanyak adalah pada kelompok laki-laki yaitu 25 orang (64%) : mandiri 3 orang (7,7%) dan tidak mandiri 22 orang (56,4%); tidak mau mandiri 18 orang (46,1%) dan tidak mampu mandiri 4 orang (10,3%).

Tabel 4. Distribusi kemandirian aktivitas makan menurut kelompok umur.

UMUR	Kemandirian aktivitas makan						Jumlah	
	Mandiri		Tidak mandiri					
			Tidak mau mandiri		Tidak mampu mandiri			
	n	%	n	%	n	%	n	%
< dari 45 th	-	-	3	7,7	-	-	3	7,7
45-54 tahun	2	5,2	7	17,9	-	-	9	23,1
55-64 tahun	-	-	10	25,6	3	7,7	13	33,3
65-75 tahun	1	2,6	11	28,1	-	-	12	30,7
> dari 75 th.	-	-	1	2,6	1	2,6	2	5,2
J u m l a h	3	7,8	32	81,9	4	10,3	39	100

Seperti terlihat pada tabel 4, distribusi terbanyak adalah pada kelompok umur 55 – 64 tahun yaitu 13 orang (33,3%) : mandiri - (0 %) dan tidak mandiri 13 orang (33,3 %) ; tidak mau mandiri 10 orang (25,6%) dan tidak mampu mandiri 3 orang (7,7%).

Tabel 5. Distribusi kemandirian aktivitas mandi menurut kelompok umur.

UMUR	Kemandirian aktivitas mandi						Jumlah	
	Mandiri		Tidak mandiri					
			Tidak mau mandiri		Tidak mampu mandiri			
	n	%	n	%	n	%	n	%
< dari 45 th	-	-	3	7,7	-	-	3	7,7
45-54 tahun	2	5,2	7	17,9	-	-	9	23,1
55-64 tahun	-	-	9	23,1	4	10,3	13	33,4
65-75 tahun	1	2,5	8	20,5	3	7,8	12	30,8
> dari 75 th.	-	-	1	2,5	1	2,5	2	5,0
J u m l a h	3	7,7	28	71,7	8	20,6	39	100

Seperti terlihat pada tabel 5, distribusi terbanyak adalah pada kelompok umur 55 – 64 tahun yaitu 13 orang (33,4%) : mandiri - (0 %) dan tidak mandiri 13 orang (33,4 %) ; tidak mau mandiri 9 orang (23,1%) dan tidak mampu mandiri 4 orang (10,3%).

Tabel 6. Distribusi kemandirian aktivitas berpakaian menurut kelompok umur.

UMUR	Kemandirian aktivitas berpakaian						Jumlah	
	Mandiri		Tidak mandiri					
			Tidak mau mandiri		Tidak mampu mandiri			
	n	%	n	%	n	%	n	%
< dari 45 th	-	-	3	7,7	-	-	3	7,7
45-54 tahun	2	5,2	7	17,9	-	-	9	23,1
55-64 tahun	-	-	8	20,5	5	12,8	13	33,3
65-75 tahun	1	2,5	8	20,5	3	7,7	12	30,7
> dari 75 th.	-	-	1	2,6	1	2,6	2	5,2
J u m l a h	3	7,7	27	69,2	9	23,1	39	100

Seperti terlihat pada tabel 6, distribusi terbanyak adalah pada kelompok umur 55 – 64 tahun yaitu 13 orang (33,3%) : mandiri - (0 %) dan tidak mandiri 13 orang (33,3 %) ; tidak mau mandiri 8 orang (20,5%) dan tidak mampu mandiri 5 orang (12,8%).

Tabel 7. Distribusi kemandirian aktivitas makan menurut kelompok pendidikan.

Pendidikan	Kemandirian aktivitas makan						Jumlah	
	Mandiri		Tidak mandiri					
			Tidak mau mandiri		Tidak mampu mandiri			
	n	%	n	%	n	%	n	%
SD	-	-	7	18,0	1	2,5	8	20,5
SLTP	1	2,5	7	18,0	2	5,2	10	25,7
SLTA,D1,D2.	-	-	12	30,7	-	-	12	30,7
Sarjana	2	5,2	3	7,7	-	-	5	12,9
Pasca sarjana.	-	-	1	2,5	1	2,5	2	5,0
Lain-lain	-	-	2	5,2	-	-	2	5,2
J u m l a h	3	7,7	32	82,1	4	10,2	39	100

Seperti terlihat pada tabel 7, penderita stroke yang terbanyak pada penelitian ini pada kelompok pendidikan SLTA,D1,D2 yaitu 12 orang (30,7%) : mandiri 0 orang (0%) dan tidak mandiri 12 orang (30,7%) ; tidak mau mandiri 12 orang (30,7%) dan tidak mampu mandiri (0%).

Tabel 8. Distribusi kemandirian aktivitas mandi menurut kelompok pendidikan.

Pendidikan	Kemandirian aktivitas mandi						Jumlah	
	Mandiri		Tidak mandiri					
			Tidak mau mandiri		Tidak mampu mandiri			
	n	%	n	%	n	%	n	%
SD	-	-	6	15,3	2	5,2	8	20,5
SLTP	1	2,5	5	12,9	4	10,3	10	25,7
SLTA,D1,D2.	-	-	12	30,7	-	-	12	30,7
Sarjana	2	5,2	2	5,2	1	2,5	5	12,9
Pasca sarjana.	-	-	1	2,5	1	2,5	2	5,0
Lain-lain	-	-	2	5,2	-	-	2	5,2
J u m l a h	3	7,7	28	71,8	8	20,5	39	100

Seperti terlihat pada tabel 8, penderita stroke yang terbanyak pada penelitian ini pada kelompok pendidikan SLTA,D1,D2 yaitu 12 orang (30,7%) : mandiri 0 orang (0%) dan tidak mandiri 12 orang (30,7%) ; tidak mau mandiri 12 orang (30,7%) dan tidak mampu mandiri (0%).

Tabel 9. Distribusi kemandirian aktivitas berpakaian menurut kelompok pendidikan.

Pendidikan	Kemandirian aktivitas berpakaian						Jumlah	
	Mandiri		Tidak mandiri					
			Tidak mau mandiri		Tidak mampu mandiri			
	n	%	n	%	n	%	n	%
SD	-	-	6	15,3	2	5,2	8	20,5
SLTP	1	2,5	4	10,3	5	12,9	10	25,7
SLTA,D1,D2.	-	-	12	30,7	-	-	12	30,7
Sarjana	2	5,2	2	5,2	1	2,5	5	12,9
Pasca sarjana.	-	-	1	2,5	1	2,5	2	5,0
Lain-lain	-	-	2	5,2	-	-	2	5,2
J u m l a h	3	7,7	27	69,2	9	23,1	39	100

Seperti terlihat pada tabel 9, penderita stroke yang terbanyak pada penelitian ini pada kelompok pendidikan SLTA,D1,D2 yaitu 12 orang (30,7%) : mandiri 0 orang (0%) dan tidak mandiri 12 orang (30,7%) ; tidak mau mandiri 12 orang (30,7%) dan tidak mampu mandiri - (0%).

Tabel 10: Distribusi kemandirian aktivitas makan menurut kelompok penghasilan perbulan

Penghasilan perbulan	Kemandirian aktivitas makan						Jumlah	
	Mandiri		Tidak mandiri					
			Tidak mau mandiri		Tdk mampu mandiri			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Rp 100.000 - Rp 200.000,-	-	-	-	-	1	2,6	1	2,6
Rp 200.000– Rp 500.000,-	-	-	3	7,7	-	-	3	7,7
Rp 500.000–Rp1.000.000,	1	2,6	8	20,4	1	2,6	10	25,6
> Rp 1.000.000,-	2	5,2	21	53,7	2	5,2	25	64,1
J u m l a h	3	7,7	32	81,8	4	10,4	42	100

Seperti terlihat pada tabel 10, kelompok yang mempunyai penghasilan terbanyak adalah kelompok dengan penghasilan lebih dari Rp 1.000.000,- perbulan sebanyak : 25 orang (64,1%); mandiri 2 orang (5,2%) dan tidak

mandiri 23 orang (58,9%) : tak mau mandiri 21 orang (53,7%) dan tak mampu mandiri 2 orang (5,2%).

Tabel 11: Distribusi kemandirian aktivitas mandi menurut kelompok penghasilan perbulan

Penghasilan perbulan	Kemandirian aktivitas mandi						Jumlah	
	Mandiri		Tidak mandiri					
			Tidak mau mandiri		Tdk mampu mandiri			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Rp 100.000 - Rp 200.000,-	-	-	-	-	1	2,5	1	2,5
Rp 200.000– Rp 500.000,-	-	-	3	7,7	-	-	3	7,7
Rp 500.000–Rp1.000.000,	1	2,6	7	18,0	2	5,2	10	25,7
> Rp 1.000.000,-	2	5,2	18	46,1	5	12,8	25	64,1
J u m l a h	3	7,7	28	71,8	8	20,5	42	100

Seperti terlihat pada tabel 11, kelompok yang mempunyai penghasilan terbanyak adalah kelompok dengan penghasilan lebih dari Rp 1.000.000,- perbulan sebanyak : 25 orang (64,1%); mandiri 2 orang (5,2%) dan tidak mandiri 23 orang (58,9%) : tak mau mandiri 18 orang (46,1%) dan tak mampu mandiri 5 orang (12,8%).

Tabel 12: Distribusi kemandirian aktivitas berpakaian menurut kelompok penghasilan perbulan

Penghasilan perbulan	Kemandirian aktivitas berpakaian						Jumlah	
	Mandiri		Tidak mandiri					
			Tidak mau mandiri		Tdk mampu mandiri			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Rp 100.000 - Rp 200.000,-	-	-	-	-	1	2,5	1	2,5
Rp 200.000– Rp 500.000,-	-	-	3	7,7	-	-	3	7,7
Rp 500.000–Rp1.000.000,	1	2,6	7	18,0	2	5,2	10	25,7
> Rp 1.000.000,-	2	5,2	17	43,6	6	15,3	25	64,1
J u m l a h	3	7,7	27	69,3	9	23,0	42	100

Seperti terlihat pada tabel 12, kelompok yang mempunyai penghasilan terbanyak adalah kelompok dengan penghasilan lebih dari Rp 1.000.000,- perbulan sebanyak : 25 orang (64,1%); mandiri 2 orang (5,2%) dan tidak

mandiri 23 orang (58,9%) : tak mau mandiri 17 orang (43,6%) dan tak mampu mandiri 6 orang (15,3%).

Tabel 13 : Distribusi kemandirian aktivitas makan menurut kelompok sisi kelumpuhan

Sisi kelumpuhan	Kemandirian aktivitas makan						Jumlah	
	Mandiri		Tidak mandiri					
			Tidak mau mandiri		Tdk mampu mandiri			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sisi kanan	2	5,2	18	46,2	1	2,6	21	54,0
Sisi kiri	1	2,5	14	35,8	3	7,7	18	46,0
J u m l a h	3	7,7	32	82,0	4	10,3	39	100

Seperti terlihat pada tabel 13, sisi kelumpuhan kanan lebih banyak didapatkan dibandingkan dengan yang kiri sebanyak 21 orang (54,0%) : 18 orang (46,0%). Pada kelompok sisi kanan didapatkan 2 orang mandiri (5,2%) dan 19 orang tidak mandiri (48,8%) ; tidak mau mandiri 18 orang (46,2%) dan tidak mampu mandiri 1 orang (2,6%), sedangkan kelompok sisi kiri didapatkan 1 orang mandiri (2,5%) dan 17 orang tidak mandiri (43,5%) ; tidak mau mandiri 14 orang (35,8%) dan tidak mampu mandiri 3 orang (7,7%). Pada penelitian ini tidak dijumpai penderita stroke dengan neglect.

Tabel 14 : Distribusi kemandirian aktivitas mandi menurut kelompok sisi kelumpuhan

Sisi kelumpuhan	Kemandirian aktivitas mandi						Jumlah	
	Mandiri		Tidak mandiri					
			Tidak mau mandiri		Tdk mampu mandiri			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sisi kanan	2	5,2	16	41,0	3	7,7	21	53,9
Sisi kiri	1	2,5	12	30,7	5	12,8	18	46,1
J u m l a h	3	7,7	28	71,7	8	20,5	39	100

Seperti terlihat pada tabel 14, sisi kelumpuhan kanan lebih banyak didapatkan dibandingkan dengan yang kiri sebanyak 21 orang (53,9%) : 18

orang (46,1%). Pada kelompok sisi kanan didapatkan 2 orang mandiri (5,2%) dan 19 orang tidak mandiri (48,7%) ; tidak mau mandiri 16 orang (41,0%) dan tidak mampu mandiri 3 orang (7,7%) ; sedangkan kelompok sisi kiri didapatkan 1 orang mandiri (2,5%) dan 17 orang tidak mandiri (43,5%) ; tidak mau mandiri 12 orang (30,7%) dan tidak mampu mandiri 5 orang (12,8%). Pada penelitian ini tidak dijumpai penderita stroke dengan neglect.

Tabel 15 : Distribusi kemandirian aktivitas berpakaian menurut kelompok sisi kelumpuhan

Sisi kelumpuhan	Kemandirian aktivitas berpakaian						Jumlah	
	Mandiri		Tidak mandiri					
			Tidak mau mandiri		Tdk mampu mandiri			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sisi kanan	2	5,2	15	38,4	4	10,3	21	53,9
Sisi kiri	1	2,5	12	30,7	5	12,8	18	46,1
J u m l a h	3	7,7	27	69,1	9	23,1	39	100

Seperti terlihat pada tabel 15, sisi kelumpuhan kanan lebih banyak didapatkan dibandingkan dengan yang kiri sebanyak 21 orang (53,9%) : 18 orang (46,1%). Pada kelompok sisi kanan didapatkan 2 orang mandiri (5,2%) dan 19 orang tidak mandiri (48,7%) ; tidak mau mandiri 15 orang (38,4%) dan tidak mampu mandiri 4 orang (10,3%), sedangkan kelompok sisi kiri didapatkan 1 orang mandiri (2,5%) dan 17 orang tidak mandiri (43,5%) ; tidak mau mandiri 12 orang (30,7%) dan tidak mampu mandiri 5 orang (12,8%). Pada penelitian ini tidak dijumpai penderita stroke dengan neglect.

Tabel 16 : Distribusi kemandirian aktivitas makan menurut kelompok tonus otot

Tonus otot sesuai skala Ashworth	Kemandirian aktivitas makan						Jumlah	
	Mandiri		Tidak mandiri					
			Tidak mau mandiri		Tdk mampu mandiri			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Skala 1	-	-	1	2,6	-	-	1	2,6
Skala 2	1	2,6	12	30,7	-	-	13	33,3
Skala 3	2	5,2	15	38,3	2	5,2	19	48,7
Skala 4	-	-	4	10,2	-	-	4	10,2
Skala 5	-	-	-	-	2	5,2	2	5,2
J u m l a h	3	7,8	32	81,8	4	10,4	39	100

Seperti terlihat pada tabel 16, distribusi terbanyak kelompok tonus otot sesuai skala Ashworth untuk aktivitas makan terdapat pada skala 3 sebanyak 19 orang (48,7%) dari jumlah ini didapatkan 2 orang mandiri (5,2%) dan 17 orang tidak mandiri (43,5%) : tidak mau mandiri 15 orang (38,3%) dan tidak mampu mandiri 2 orang (5,2%).

Tabel 17 : Distribusi kemandirian aktivitas mandi menurut kelompok tonus otot

Tonus otot Sesuai skala Ashworth	Kemandirian aktivitas mandi						Jumlah	
	Mandiri		Tidak mandiri					
			Tidak mau mandiri		Tdk mampu mandiri			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Skala 1	-	-	1	2,6	-	-	1	2,6
Skala 2	1	2,5	12	30,7	-	-	13	33,2
Skala 3	2	5,2	13	33,3	4	10,2	19	48,7
Skala 4	-	-	2	5,2	2	5,2	4	10,4
Skala 5	-	-	-	-	2	5,2	2	5,2
J u m l a h	3	7,7	28	71,7	8	20,6	39	100

Seperti terlihat pada tabel 17, distribusi terbanyak kelompok tonus otot sesuai skala Ashworth untuk aktivitas mandi terdapat pada skala 3 sebanyak 19 orang (48,7%) dari jumlah ini didapatkan 2 orang mandiri (5,2%) dan 17 orang

tidak mandiri (43,5%) : tidak mau mandiri 13 orang (33,3%) dan tidak mampu mandiri 4 orang (10,2%).

Tabel 18 : Distribusi kemandirian aktivitas berpakaian menurut kelompok tonus otot

Tonus otot sesuai skala Ashworth	Kemandirian aktivitas berpakaian						Jumlah	
	Mandiri		Tidak mandiri					
			Tidak mau mandiri		Tdk mampu mandiri			
	n	%	N	%	n	%	N	%
Skala 1	-	-	1	2,6	-	-	1	2,6
Skala 2	1	2,5	12	30,7	-	-	13	33,2
Skala 3	2	5,2	12	30,7	5	12,8	19	48,7
Skala 4	-	-	2	5,2	2	5,2	4	10,4
Skala 5	-	-	-	-	2	5,2	2	5,2
J u m l a h	3	7,7	27	69,1	9	23,2	39	100

Seperti terlihat pada tabel 18, distribusi terbanyak pada kelompok tonus otot sesuai skala Ashworth untuk aktivitas berpakaian terdapat pada skala 3 sebanyak 19 orang (48,7%) dari jumlah ini didapatkan 2 orang mandiri (5,2%) dan 17 orang tidak mandiri (43,5%) : tidak mau mandiri 12 orang (30,7%) dan tidak mampu mandiri 5 orang (12,8%).

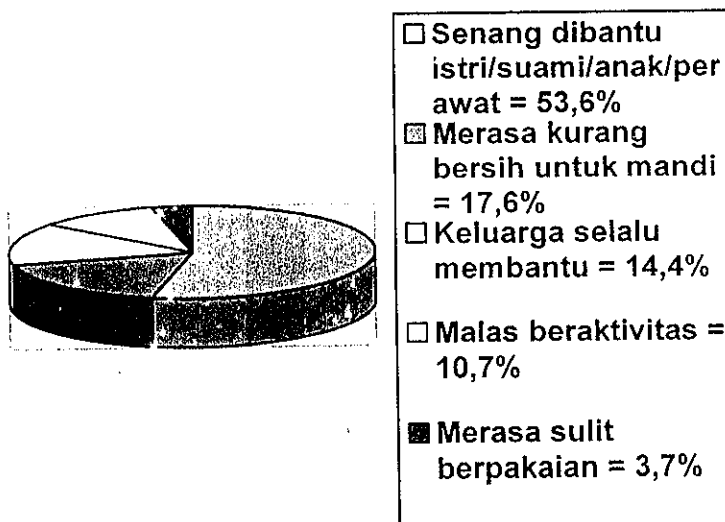
Tabel 19 : Alasan penderita stroke untuk tidak mau mandiri

Alasan untuk tidak mau mandiri	Jumlah	
	n	%
Senang dibantu istri/suami/anak/ perawat	15	53,6
Malas beraktivitas	3	10,7
Keluarga selalu membantu	4	14,4
Merasa kurang bersih untuk mandi	5	17,6
Merasa sulit untuk berpakaian	1	3,7
J u m l a h	28	100

Seperui terlihat pada tabel 19, Alasan yang dikatakan penderita stroke yang seharusnya dapat melakukan aktivitas kehidupan sehari-harinya mandiri tetapi tidak mau melakukan aktivitasnya secara mandiri.

Paling banyak terdapat pada kelompok senang dibantu istri/ suami/ anak/ perawat yaitu sebanyak 15 orang (53,6%), selanjutnya pada kelompok merasa kurang bersih untuk mandi 5 orang (17,6%), kelompok yang merasa keluarga selalu membantu 4 orang (14,4%), kelompok malas beraktivitas 3 orang (10,7%) dan kelompok yang merasa sulit berpakaian 1 orang (3,7%).

Gambar 1 . Alasan penderita stroke tidak mau mandiri :



Tabel 20. Penyebab tidak mampu mandiri

Penyebab tidak mampu mandiri	Jumlah	
	n	%
Stroke ulang dengan hemiparesis bilateral	2	22,2
Demensia	2	22,2
Penyakit penyerta : Parkinson	1	11,1
Depresi	4	44,4
J u m l a h	9	100,0

Seperti terlihat pada tabel 20, penyebab tidak mampu mandiri pada penderita stroke ini merupakan kumpulan pada data; stroke ulang, demensia, penyakit penyerta dan depresi.

BAB V

PEMBAHASAN

V.1. PEMBAHASAN MATERI PENELITIAN

Maksud penelitian ini untuk mengetahui masih dilakukannya mandiri atau tidak aktivitas makan, mandi dan berpakaian pada penderita stroke 6-24 bulan pasca okupasi terapi.

Parameter makan, mandi berpakaian ini diambil dari indeks Barthel. Indeks Barthel digunakan untuk memberikan penilaian suatu aktivitas kehidupan sehari-hari dalam pelayanan okupasi terapi. Pada pencatatan yang lengkap dari indeks Barthel meliputi aktivitas makan, transfer bed/kursi, grooming (personal toilet), toileting, mandi, berjalan di tempat datar, naik turun tangga, berpakaian, kontrol BAB, kontrol BAK.

Pada penelitian ini hanya dipakai untuk penilaian aktivitas makan, mandi dan berpakaian, hal ini dikarenakan dalam catatan rekam medik yang selalu ada adalah 3 aktivitas ini, sedangkan aktivitas yang lain tidak selalu ada. maka peneliti sebagai peneliti pendahulu memakai aktivitas makan, mandi dan berpakaian sebagai suatu penilaian.

Selain menganalisa kemampuan aktivitas makan, mandi dan berpakaian peneliti juga mendiskripsikan faktor-faktor yang diduga berperan didalam ketidakmandirian aktivitas makan, mandi dan berpakaian pada penderita stroke 6-24 bulan pasca okupasi terapi.

Penelitian ini dibuat karena peneliti setelah memperhatikan kemampuan penderita stroke pasca okupasi terapi lebih dari 6 bulan mulai mengalami ketidakmajuan dalam aktivitas bahkan mengalami kemunduran. mungkin hal ini dapat bermula dari aktivitas kehidupan sehari-hari yang biasanya dilakukan terabaikan yang dikarenakan adanya suatu faktor .

Dari penelitian ini diperoleh :

- Jenis kelamin : laki-laki 25 orang, perempuan 14 orang.
- Mandiri : laki-laki; 3 orang (7,7%), perempuan; – (0%).

- Tidak mandiri : Laki-laki: 22 orang (56,4%), perempuan; 14 orang (35,9%).
- Distribusi ketidak mau mandiri untuk laki-laki paling banyak pada kelompok aktivitas makan: 21 orang (53,8%) dan untuk perempuan paling banyak pada kelompok aktivitas makan: 11 orang (28,2%).
- Distribusi ketidak mampuan mandiri untuk laki-laki paling banyak pada kelompok aktivitas mandi dan berpakaian: 4 orang (10,3%) dan untuk perempuan paling banyak pada kelompok berpakaian: 5 orang (12,8%). Mungkin hal ini dikarenakan kelengkapan berpakaian perempuan lebih banyak dari laki-laki.
- Kojima³¹ menemukan 72% dari 29 laki-laki 5 tahun pasca stroke dan 56% dari 9 perempuan pasca stroke atau 68,42% dari 38 penderita pasca stroke (tanpa membedakan jenis kelamin) mandiri dalam aktivitas kehidupan sehari-hari. Pada penelitiannya Kojima mendapatkan perbedaan jenis kelamin tidak bermakna sebagai faktor yang mempengaruhi kemampuan fungsional.
- Pada penelitian ini didapatkan kemandirian penderita yang lebih sedikit jumlahnya daripada pada penelitian Kojima, ini mungkin disebabkan kultur budaya Jepang sejak muda diajarkan sikap disiplin dan selalu berusaha mandiri.
- Umur :
 - Mandiri : pada kelompok umur : 45-54 th: 2 orang (5,2%) dan 65-75 th: 1 orang (2,6%).
 - Tidak mandiri : terbanyak pada kelompok 55-64 tahun: 13 orang (33,3%).
 - Tidak mau mandiri : terbanyak pada aktivitas makan kelompok umur 65-75 tahun : 11 orang (28,1%).
 - Tidak mampu mandiri : terbanyak pada aktivitas berpakaian ; kelompok umur 55-64 tahun : 5 orang (12,8%).
 - Shah dkk (1989)³² melaporkan hasil penelitiannya terhadap 258 pasien pasca stroke yang telah tinggal di rumahnya masing-masing, bahwa umur mempunyai korelasi bermakna dengan skor indeks Barthel.
 - Pada penelitian ini ditemukan paling banyak penderita pasca stroke yang tidak mandiri, bila dihitung persentase ketidak mandirian dengan aktivitas makan

pada kelompok umur 55-64 tahun:100%, kelompok umur 65-75 tahun: 92,3% dan kelompok umur lebih dari 75 tahun: 100% , mungkin yang dilaporkan Shah dapat dibuktikan dengan mengadakan penelitian yang lebih lanjut dengan responden yang sama atau lebih dengan penelitian Shah dan kelengkapan parameter sesuai dengan skor indeks Barthel yang lengkap.

Oleh karena itu pada penelitian ini dapat dikatakan bahwa umur diduga berperan didalam ketidak mandirian aktivitas makan, mandi dan berpakaian pada penderita stroke 6-24 bulan pasca okupasi terapi.

- Pendidikan :
 - Mandiri : Pada kelompok SLTP : 1 orang (2,5%) dan kelompok Sarjana: 2 orang (5,2%).
 - Tidak mandiri : terbanyak pada kelompok SLTA,D1,D2 : 12 orang (30,7%).
 - Tidak mau mandiri : terbanyak pada kelompok SLTA,D1,D2, pada aktivitas makan, mandi dan berpakaian : 12 orang (30,7%).
 - Tidak mampu mandiri : terbanyak pada kelompok SLTP dengan aktivitas berpakaian ; 5 orang (12,9%).
 - Shah dkk(1989)³² melaporkan juga mengenai pendidikan yang mempunyai korelasi tidak bermakna dengan skor indeks Barthel.
 - Pada penelitian ini terlihat ketidak mandirian aktivitas makan, mandi dan berpakaian yang tinggi (92,3%) dengan variasi pada kelompok-kelompok pendidikan yang tidak menggambarkan suatu susunan tingkat pendidikan yang dapat melihat makin ketidak mandirian pada penderita.. Sehingga dapat dikatakan bahwa pendidikan diduga tidak berperan didalam ketidak mandirian aktivitas makan, mandi dan berpakaian pada penderita stroke 6-24 bulan pasca okupasi terapi.
- Penghasilan :
 - Mandiri : Pada kelompok berpenghasilan perbulan Rp 500.000 – Rp 1.000.000,- : 1 orang (2,6%) dan kelompok berpenghasilan lebih dari Rp 1.000.000,- : 2 orang (5,2%).
 - Tidak mandiri : terbanyak pada kelompok berpenghasilan lebih dari Rp 1.000.000,- : 23 orang (58,9%).

- Tidak mau mandiri : terbanyak pada kelompok berpenghasilan lebih dari Rp 1.000.000,- dengan aktivitas makan : 21 orang (53,7%).
- Tidak mampu mandiri : terbanyak pada kelompok berpenghasilan lebih dari Rp 1.000.000,-dengan aktivitas berpakaian : 6 orang (15,3%).
- Pada penelitian ini dapat dilihat bahwa faktor penghasilan lebih dari Rp 1.000.000,- merupakan kelompok terbanyak untuk tidak mau mandiri dan tidak mampu mandiri sehingga dapat diduga bahwa penghasilan lebih dari Rp 1.000.000,- dapat berperan didalam ketidak mandirian aktivitas makan, mandi dan berpakaian pada penderita stroke 6-24 bulan pasca okupasi terapi.
- Sisi kelumpuhan :
 - Mandiri : Kelompok kelumpuhan sisi kanan: 2 orang (5,2%) dan kelumpuhan sisi kiri : 1 orang (2,5%).
 - Tidak mandiri : terbanyak pada sisi kanan : 19 orang (48,8%).
 - Tidak mau mandiri : terbanyak pada sisi kanan dengan aktivitas makan : 18 orang (46,2%).
 - Tidak mampu mandiri : terbanyak pada sisi kiri pada aktivitas mandi dan berpakaian: 5 orang (12,8%).
 - Pada laporan Shah dkk (1989)³² dilaporkan juga bahwa sisi kelumpuhan mempunyai korelasi yang tidak bermakna dengan skor indeks Barthel.
 - Ada 2 penelitian yaitu Wade DT dkk³³ terhadap 162 pasien dan Jongbloed³⁴ terhadap 33 pasien yang memberi pendapat bahwa sisi kelumpuhan pada penderita pasca stroke tidak berpengaruh terhadap aktivitas fungsional.
 - Pada penelitian ini paling banyak didapatkan ketidak mandirian pada kelompok kelumpuhan sisi kanan dibandingkan sisi kiri dengan aktivitas makan, mandi dan berpakaian:19 orang (48,8%): 17 orang (43,5%). Pada penelitian ini selisih antara ketidak mandirian sisi kanan dan kiri tidak terlalu besar, pada penderita stroke dapat dilatih dengan penggunaan sisi yang sehat sebagai pengganti sisi yang lumpuh. Sehingga dapat dikatakan bahwa sisi kelumpuhan tidak dapat diduga berperan didalam ketidak mandirian aktivitas makan, mandi dan berpakaian pada penderita stroke 6-24 bulan pasca okupasi terapi.

- Tonus otot :
 - Mandiri : ada kelompok dengan kenaikan tonus otot sedikit naik (skala 2) : 1 orang (2,6%) dan pada kelompok kenaikan tonus otot ringan (skala 3) : 2 orang (5,2%).
 - Tidak mandiri : pada kelompok dengan kenaikan tonus otot ringan (skala 3): 17 orang (43,5%).
 - Tidak mau mandiri : paling banyak pada Kelompok dengan kenaikan tonus otot ringan (skala 3) pada aktivitas makan : 15 orang (38,3%).
 - Tidak mampu mandiri : terbanyak pada kelompok dengan kenaikan tonus otot ringan (skala 3)pada aktivitas berpakaian : 5 orang (12,8%).
 - Pada penelitian ini didapatkan persentase ketidak mandirian tonus otot dengan aktivitas makan, mandi dan berpakaian : tonus normal: 100%, skala 2:92,3%, skala3: 89,5%, skala 4: 100% dan skala5: 100%. Hal ini menunjukkan semakin naik tonus otot semakin tidak mandiri,walaupun pada kenaikan ringan (skala 3) agak menurun ini mungkin disebabkan jumlah responden yang tidak banyak. Dari hasil penelitian ini dapat dikatakan bahwa kenaikan tonus otot dapat diduga berperan didalam ketidak mandirian aktivitas makan, mandi dan berpakaian pada penderita stroke 6-24 bulan pasca okupasi terapi.
- Alasan penderita stroke untuk tidak mau mandiri :
 - Senang dibantu istri / suami / anak / perawat : 15 orang (53,6 %)
 - Malas beraktivitas : 3 orang (10,7%)
 - Keluarga selalu membantu : 4 orang (14,4%)
 - Merasa kurang bersih untuk mandi : 5 orang (17,6%)
 - Merasa sulit untuk berpakaian : 1 orang (3,7%)

Alasan-penderita stroke untuk tidak mau mandiri ini adalah ungkapan penderita stroke sewaktu dikunjungi peneliti, Pada alasan –alasan ini menunjukkan peran keluarga sangat penting dalam membentuk perilaku mandiri pada penderita pasca stroke. Hal ini sesuai yang dikatakan Jongbloeb³⁴ Hasil ketidak mampuan fungsional penderita stroke tergantung keluarga dan relasi sosialnya.

- Penyebab tidak mampu mandiri :
 - Depresi : 4 orang (44,4%), sesuai pendapat Astrom dkk³⁵ yang mengatakan depresi merupakan faktor penyebab gangguan fungsional, mental dan faktor sosial yang mempengaruhi kehidupan setelah stroke.
 - Stroke ulang : 2 orang (22,2%), Jika stroke berulang terjadi lagi pada sisi kelumpuhan yang sama dengan stroke sebelumnya, maka biasanya tidak terjadi gangguan fungsional, tetapi pada penelitian ini didapatkan 2 penderita dengan stroke berulang dengan hemiparese bilateral.
 - Demensia : 2 orang (22,2%) , Menurut U'ren RC²⁸, gangguan kognitif / demensia akan mengganggu hasil penilaian aktivitas fungsional.
 - Penyakit Penyerta : Parkinson ; penyakit Parkinson yang didapatkan dengan gangguan rigiditas dan tremor yang sering timbul.

V.2. KETERBATASAN PENELITIAN

1. Kunjungan ke pasien hanya dilakukan sekali.
2. Faktor yang diduga berperan didalam ketidak mandirian pada aktivitas makan,mandi dan berpakaian terbatas, ada kemungkinan terdapatnya faktor penyebab lain yang belum dilibatkan oleh peneliti pada penelitian ini
3. Mungkin jumlah respondennya kurang,sehingga terdapat jumlah yang tidak berimbang antara yang mandiri dengan tidak mandiri.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

VI.1. KESIMPULAN.

1. Penderita stroke yang di programkan di sub bagian okupasi terapi RS.Dr.Kariadi selama April 2001 – Oktober 2002 sebanyak 112 orang, diteliti sebanyak 39 orang terdiri dari: laki-laki 25 orang (64,1%) dan perempuan 14 orang (35,9%).
2. Kemandirian aktivitas makan, mandi dan berpakaian pada penderita stroke 6-24 bulan pasca okupasi terapi didapatkan yang melakukan aktivitas mandiri 3 orang (7,7%) dan tidak mandiri 36 orang (92,3%.) yang terdiri dari tidak mau mandiri 28 orang (77,8%) dan tidak mampu mandiri 8 orang (22,2%).
3. Faktor-faktor yang diduga berperan pada ketidak mandirian pada penelitian ini adalah : umur, penghasilan, kenaikan tonus otot, senang di bantu istri/ suami/ anak/ perawat, malas beraktivitas, keluarga yang selalu membantu, merasa kurang bersih untuk mandi, merasa sulit berpakaian, depresi, demensia, stroke berulang dengan hemiparese bilateral dan penyakit penyerta: Parkinson.

VI.2. SARAN-SARAN :

1. Untuk mendapat hasil yang lebih baik pada penelitian aktivitas makan, mandi dan berpakaian pada penderita stroke 6-24 bulan pasca okupasi disarankan untuk dilakukan penelitian secara berkesinambungan (kohort) dengan variabel aktivitas yang lengkap sesuai Barthel index..
2. Merupakan hal yang penting untuk melengkapi sistim pencatatan yang lengkap pada semua laporan pemeriksaan, pada sistim pencatatan aktivitas kerja sehari-hari disarankan pencatatan pemeriksaan sesuai dengan Barthel index karena kelengkapan pencatatan dapat berguna bagi penelitian yang akan datang.
3. Menggunakan sampel yang lebih besar sehingga memungkinkan didapatkannya jumlah berimbang antara yang mandiri dengan yang tidak mandiri.

TINJAUAN PUSTAKA

1. Indriastuti L. Faktor-faktor yang berpengaruh pada kemampuan fungsional penderita stroke. Semarang : Karya akhir, 1992. Tidak dipublikasikan.
2. Arnadottir G, Impact of neurobehavioral deficits on activities of daily living. In: Gillen G, Burkhardt, eds. Stroke rehabilitation a function – based approach. St.Louis : Mosby, 1988 : 285- 333.
3. Tan JC, Horn SE. Functional assesment. In: Tan JC, Horn SE, eds. Practical manual of physical medicile and rehabilitation. St.Louis: Mosby-Year Book Inc, 1998: 95-98.
4. Brandstater ME. Important practical issues in rehabilitation of the stroke patients. In : Brandstater ME, Basmajian JV, eds. Stroke rehabilitation. Baltimore: William & Wilkins, 1987: 330-68.
5. Granger CV, Hayes-Margaret Kelly, Johnston M, Deutsch A, Braun S, Fiedler RC. Quality and outcome measures for medical rehabilitation. In : Braddom RL, Buschbacher RM, Dumitru D, Johnson EW, Matthews DJ, Sinaki M, eds.. Physical medicine & rehabilitation. Philadelphia: WB Saunder Company, 1996: 239-53.
6. Noerjanto. Diagnosis stroke. Dalam : Simposium penanganan stroke secara komprehensif menyongsong millenium baru. Semarang: 4 Nopember 2000: 33-46.
7. Lamsudin R. Profil stroke di Yogyakarta diagnosis dan faktor keterlambatan penderita stroke datang ke rumah sakit. Dalam : Lamsudin R. Wibowo S,

- Nuradyo D, Sutarni S, eds. Manajemen stroke mutahir. Yogyakarta : Suplemen Berita Kedokteran Masyarakat 1998; XIV : 15-20.
8. The WHO stroke surveillance system. [http : //www.int/ned_surveillance /stroke/en/flyerStroke2. pdf](http://www.int/ned_surveillance/stroke/en/flyerStroke2.pdf)
 9. Stewart DG. Stroke rehabilitation. 1. Epidemiologic aspeec and acute management. Arch Phys Med Rehabil 1999; 80: 54-7.
 10. Bartels MN, Pathophysiology and medical management of stroke. In : Gillen G, Burkhardt, eds. Stroke rehabilitation a function – based approach. St Louis: Mosby , 1998 : 1-30.
 11. Rekam Medik RS. Dr. Kariadi. Semarang.
 12. Nichols DS, Miller L, Pease WS. Sitting Balance : Its relation to function in individuals with hemiparesis. Arch Phys Med Rehabil 1996; 77 : 865-9.
 13. Tulaar ABM, Laksmi W. Program rehabilitasi medik pada stroke. Dalam : Santoso B, Hamid T, Rochman F, Putra HL, eds. Simposium stroke. Surabaya: Konas III. PERDOSRI. 1994 : 32-58.
 14. Widjaja S. Konsep rehabilitasi medis di rumah sakit umum. Dalam : Pelatihan ketrampilan paramedis bidang okupasi terapi. RSU. Dr. Kariadi, Semarang: 1989: 1-6.
 15. WHO Stroke1989. Recommendation on stroke prevention, diagnosis and therapy. Stroke 1989; 20: 1407-31.
 16. Roth EJ, Harvey KL. Rehabilitation of stroke syndromes. In : Braddom RL, Buschbacher RM, Dumitru D, Johnson EW, Matthews DJ, Sinaki M, eds.

- Physical Medicine and rehabilitation. Philadelphia: WB Saunders Company, 1996 : 1053-85.
17. Donbovy ML, Sandok BA, Basford JR. Rehabilitation for stroke: a review. *Stroke* 1986; 17: 363-9.
 18. Frieden RA. Early rehabilitation after stroke. In: Gordon WA, eds. *Advance in stroke rehabilitation*. Boston: Andover Medical Publishers, 1993: 8-33.
 19. Rochman F. Aspek rehabilitasi medik penderita stroke. Dalam: Rochman F, Putra ST, Prasetyo RH, Kuntaman eds. *Tatalaksana rehabilitasi medik penderita stroke-hemiplegi*. Surabaya: Fakultas Non Gelar Universitas Airlangga, 1987: 27-39.
 20. Widjaja S. Peranan rehabilitasi medis pada stroke. Dalam: Santoso B, Hamid T, Rochman F, Putra HL, eds. *Simposium stroke*. Surabaya: Konas III PERDOSRI. 1994 : 28-31.
 21. Handoyo P. Rehabilitasi medik pada penderita stroke fase akut. Dalam: *Simposium pengelolaan terpadu stroke*. Medan: 1995.
 22. Sugianto. Rehabilitasi penderita stroke. Dalam: *Seminar mengenal dan memahami stroke*. Yogyakarta : RS.Bethesda, 1994.
 23. Widjaja S. Rehabilitasi medik pada penderita stroke. Dalam: *Seminar rehabilitasi medik pada lanjut usia dan penderita stroke*. Surakarta: FK. UNS, RSUD Dr. Moewardi, IDI Cabang Surakarta, 1996.
 24. Activities of daily living: dictionary entry and meaning.
<http://www.hyperdictionary.com/medical / activities+of+daily+living>.

25. Christiansen CH, Schwartz R, Barnes KJ. Self-care: Evaluation and management. In: Delisa JA, Gans BM, eds. Rehabilitation medicine, 2nd. Philadelphia: J.B Lippincott, 1993: 178-200.
26. McDowell I, Newell C. Physical disability and handicap. In : Mc Dowell I, Newell C, eds. Measuring health a. guide to rating scales and questionnaires 2nd, Oxford: Oxford University Press, 1996: 47-120.
27. Ashworth scales.http://www.ordia.com/ashworth_scale.htm
28. U'ren RC. Testing elder patients mental status. Practical office – based approach geriatric 1987; 42: 49-56.
29. Manley S, Meryl R. Diagnosis and psychiatry: Examination of the psychiatric patient. In: Sadock BJ, Sadock VA, eds. Comprehensive textbook of psychiatry, volume 1A, Seventh edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000: 770-1.
30. McDowell I, Newell C. The Hamilton rating scale for depression. In: Oxford University Press, 1996 : 47-120.
31. Kojima S, Omura T, Wakamatsu W, Prognosis and disability of stroke patients after 5 years in Akita ,Japan. Stroke 1990: 21: 72-7.
32. Shah S, Vanclay F, Cooper B. Predicting discharge status at commencement of stroke rehabilitation. Stroke 1989; 20: 766-9.
33. Wade DT, Hewer RL, Wood VA, Stroke: Influence of patients sex and side of weakness on outcome. Arch Phys Med Rehabil 1984 : 65: 513-5.
34. Jongbloed L. Prediction of function after stroke: a critical review. Stroke 1986: 17: 765-75.

35. Whyte NC, Supon DA, Leisure : Methods to improve skills. In: Gillen G, Burkhardt A, eds. Stroke rehabilitation a function-based approach. St Louis: Mosby. 1998 : 506.

Lampiran 1.

PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIK
(Informed Consent)
MENGIKUTI PROGRAM PENELITIAN

Saya, yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Umur :

Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan

Alamat :

Setelah mendapat penjelasan dari peneliti atau yang membantunya , tentang maksud / tujuan penelitian , cara pelaksanaan dan konsekuensi-konsekuensinya, demi manfaat yang sebesar-besarnya bagi pemeliharaan kesehatan saya dan bagi kemajuan upaya pelayanan di bidang kesehatan, dengan ini menyatakan :

1. Memahami sepenuhnya maksud / tujuan penelitian, cara pelaksanaan dan konsekuensi-konsekuensinya.
2. Bersedia mengemukakan dengan sejujurnya segala hal yang berkaitan dengan keluhan yang saya derita.
3. Bersedia untuk mengikuti dan menjalankan petunjuk penelitian yang diberikan secara sungguh-sungguh dan bertanggung jawab.
4. Bersedia menghubungi peneliti bila ada hal-hal yang kurang dipahami maupun melaporkan hal-hal yang berkembang selama penelitian.
5. Bersedia sewaktu-waktu dihubungi atau dikunjungi oleh peneliti guna penyempurnaan penelitian ini.
6. Tidak akan membehani peneliti berkaitan dengan biaya pengobatan, tindakan atas keluhan keluhan yang saya derita dan penyelenggaraan penelitian ini.

Semarang ,

Yang memberi penjelasan

Yang menyatakan persetujuan

dr.Thomas A.Santoso

.....

FORMULIR PENELITIAN

1. Nama :
2. No.CM :
3. Tgl .program okupasi terapi :
4. Jenis kelamin :
5. Alamat :
6. Agama : ☐ 1. Islam ☐ 2. Kristen ☐ 3.Katholik ☐ 4. Budha
☐ 5. Hindu ☐ 6.Aliran kepercayaan kepada Tuhan Yang Maha Esa.
7. Status :Jumlah anak :
8. Pekerjaan :
9. Aktivitas

Aktivitas	Dgn bantuan	Mandiri	6-24 bln yg lalu	sekarang
Makan	5	10		
Mandi	0	5		
Berpakaian	5	10		

☐ Mandiri☐ Tidak mandiri .

Jika tidak mandiri, Alasannya :

10. Umur :

- ☐ 1. Kurang dari 45 tahun
- ☐ 2. 45 – 54 tahun
- ☐ 3. 55 – 64 tahun
- ☐ 4. 65 – 75 tahun
- ☐ 5. lebih dari 75 tahun.

11. Pendidikan terakhir ;(ijazah formal yang dimiliki)
- ☐ 1. SD
 - ☐ 2. SLTP
 - ☐ 3. SLTA, D1, D2.
 - ☐ 4. Sarjana.
 - ☐ 5. Pasca sarjana.
 - ☐ 6. Lain-lain (termasuk kursus, tidak sekolah, tidak lulus SD)
12. Penghasilan sebulan :
- ☐ 1. < Rp. 100.000,-
 - ☐ 2. Rp.100.000 – Rp.200.000,-
 - ☐ 3. Rp 200.000 – Rp 500.000,-
 - ☐ 4. Rp 500.000 – Rp 1.000.000,-
 - ☐ 5. > Rp 1.000.000,
13. Penilaian tonus otot (skala Ashworth)
- ☐ 1. Tidak ada peningkatan tonus otot
 - ☐ 2. Ada sedikit kenaikan tonus otot yang memberi tahanan ketika anggota gerak yang terkena bergerak fleksi atau ekstensi.
 - ☐ 3. Ada peningkatan tonus otot yang berlebih, tetapi anggota gerak yang terkena mudah melakukan fleksi.
 - ☐ 4. Ada peningkatan tonus otot yang besar; pada gerakan pasif mengalami kesukaran. ,
 - ☐ 5. Anggota gerak yang terkena mengalami rigid pada fleksi atau ekstensi.
14. Sisi kelumpuhan anggota gerak :
- ☐ 1. Sisi kanan
 - ☐ 2. Sisi kiri
15. Selama 6-24 bulan ini pernah mengalami stroke ulang :
- ☐ 1. Pernah .
Kapan ? :.....
Berobat di :.....
 - ☐ 2. Tidak pernah.

16. Tes Demensia : Tes Status Mini Fungsi Lunur (lampiran a.)

Nilai Tes :

Penilaian : ☐ 1. < 24 = dianggap terdapat gangguan kognitif

☐ 2. ≥ 24 = dianggap tidak terdapat gangguan kognitif.

17. Penyakit yang menyertai :

☐ 1. Tidak ada penyakit penyerta

☐ 2. Rheumatoid arthritis

☐ 3. Parkinson.

☐ 4. Fraktur.

☐ 5. Amputasi

☐ 6. penyakit yang lain :

18. Hamilton Rating Scale for Depression (lampiran b)

Nilai :

Penilaian :

☐ 1. Normal : kurang dari 7.

☐ 2. Ringan : 8 – 13.

☐ 3. Sedang : 14 – 18.

☐ 4. Berat : 19 -22.

☐ 5. Sangat berat : lebih dari 23.

Status mini fungsi luhur

Lampiran a

Kognitif

() Sekarang ini (tahun) (musim) (bulan) (tgl) (hari) apa ? (nilai 5)

() Kita dimana ? (negara) (propinsi) (kota) (rumah) (nilai 5)

Registrasi

() Sebutkan 3 objek; tiap objek 1 detik, pasien disuruh mengulangi nama objek tadi. Nilai 1 untuk tiap nama objek yang benar (nilai 3)

Perhatian dan kalkulasi

() Pengurangan 100 dengan 7 terus menerus. Nilai 1 untuk tiap jawaban yang benar, hentikan setelah 5 jawaban. Atau eja secara terbalik kata "WAHYU" (nilai diberikan pada huruf yang benar sebelum kesalahan, misalnya "UYAHW" (nilai 2) Bila di eja secara terbalik benar semua "UYHAW" (nilai 5)

Mengenal kembali

() Pasien disuruh menyebut lagi 3 objek diatas (nilai 3)

Bahasa

() Pasien disuruh menyebut ; pensil, arloji (nilai 2)

() Pasien disuruh mengulangi: tanpa bila, dan atau tetapi (nilai 1)

() Pasien mengikuti perintah "Ambil kertas itu dengan tangan kanan anda, lipatlah menjadi dua, letakkan di lantai" (nilai 3)

() Pasien disuruh membaca dan melakukan perintah "PEJAMKAN MATA ANDA" (nilai 1)

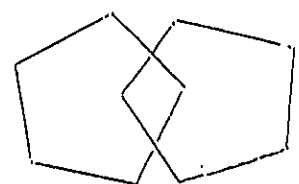
() Pasien disuruh menulis secara spontan dibawah ini (nilai 1)

() Pasien disuruh menggambar bentuk di bawah ini (nilai 1)

() Jumlah nilai 30

Penilaian : 1 - < 24 = dianggap terdapat gangguan kognitif

2 = > 24 = dianggap tidak terdapat gangguan kognitif



Hamilton Rating Scale for Depression (Skala nilai depresi dari Hamilton)

1. Keadaan perasaan depresi . 0 1 2 3 4
0. Tidak ada ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
1. Ada perasaan depresi bila di tanya
2. Ada perasaan depresi dinyatakan verbal spontan.
3. Ada perasaan depresi yang nyata tanpa komunikasi verbal.(ekspresi fasial, suara dan kecenderungan menangis)
4. Ada perasaan depresi yang sesungguhnya dan pasien menyatakan ini dalam komunikasi baik verbal maupun non verbal secara spontan
2. Perasaan bersalah . 0 1 2 3 4
0. Tidak ada ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
1. Menyalahkan diri sendiri, merasa sebagai sebab penderitaan orang lain
2. Ada ide-ide bersalah atau renungan kesalahan masa lalu
3. Ada waham bersalah dan sakit ini adalah sebagai hukumannya.
4. Ada suara-suara kejaran/tuduhan dengan halusinasi visual tentang hal-hal yang mengancam.
3. Bunuh diri 0 1 2 3 4
0. Tidak ada ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
1. Merasa hidup tak ada gunanya
2. Mengharapkan kematian atau pikiran-pikiran lain kearah itu
3. Ada ide-ide untuk bunuh diri atau langkah-langkah kearah itu
4. Ada percobaan bunuh diri.
4. Insomnia early 0 1 2
0. Tidak ada kesukaran untuk segera tidur ☐ ☐ ☐
1. Ada keluhan kadang-kadang sukar untuk segera tidur, misalnya lebih dari setengah jam baru bisa tidur.
2. Ada keluhan tiap malam sukar untuk segera tidur.

5. Insomnia middle 0 1 2
0. Tidak ada kesukaran mempertahankan tidur ☐ ☐ ☐
1. Pasien mengeluh, gelisah, dan terganggu sepanjang malam
2. Terjaga sepanjang malam, bangun dari tempat tidur dinilai 2, kecuali buang air.
6. Insomnia late 0 1 2
0. Tidak ada keluhan bangun terlalu pagi ☐ ☐ ☐
1. Keluhan bangun di waktu fajar dan dapat tidur lagi.
2. Keluhan bangun di waktu fajar dan tidak bisa tidur lagi.
7. Kerja dan kegiatannya 0 1 2 3 4
0. Tidak ada. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
1. Ada pikiran-pikiran dan perasaan-perasaan tidak mampu, keletihan atau kelelahan yang berhubungan dengan kegiatan kerja / hobi.
2. Hilangnya minat akan kegiatan atau hobi, pekerjaan, baik secara langsung atau tidak. Pasien menyatakan kelesuan, keraguan dan rasa bimbang (merasa bahwa ia harus memaksa diri untuk bekerja atau dalam kegiatan lain.
3. Adanya berkurang waktu efektivitas sehari-hari atau kurang produktivitas. Di RS, pasien tidak sanggup beraktivitas se kurang-kurangnya 3 jam / hari dalam kegiatan sehari-hari.
4. Tidak bisa bekerja karena sakitnya. Di RS, pasien tidak bisa bekerja sama lagi, atau gagal melaksanakan kegiatan di bangsal tanpa bantuan.
8. Kelambanan 0 1 2 3 4
0. Normal dalam bicara dan berpikir. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
1. Ada sedikit kelambanan dalam wawancara
2. Jelas sekali lamban dalam wawancara.
3. Sukar diwawancarai
4. Diam sama sekali / stupor dalam wawancara.

9. Agitasi / kegelisahan 0 1 2 3 4
0. Tidak ada ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
1. Ada kegelisahan ringan
2. Kegelisahan dan memainkantan, rambut dan lain
3. Bergerak, tidak bisa duduk tenang.
4. Meremas-remas tangan, mengigit bibir.
10. Anxietas psikis 0 1 2 3 4
0. Tidak ada kesukaran ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
1. Ada ketegangan subjektif dan mudah tersinggung
2. mengkhawatirkan hal-hal yang kecil
3. Sikap khawatir yang tercermin dari wajah atau pembicaraannya.
4. Ada ketakutan yang di utarakan tanpa ditanya.
11. Anxietas somatik 0 1 2 3 4
0. Tidak ada ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
1. Ringan, misal.....Gastrointestinal
2. Moderat, misalnya.....GI + kardivaskular
3. Berat, misalnya.....GI + KV+ pernafasan
4. Berat sekali.
12. gejala somatik gastrointestinalis 0 1 2
0. Tidak ada ☐ ☐ ☐
1. Nafsu makan berkurang, tetapi dapat makan tanpa dorongan teman, merasa perut penuh.
2. Sukar makan tanpa dorongan teman, membutuhkan pencakar untuk defikasi atau obat-obatan pada saluran cerna.
13. Gejala somatik umum 0 1 2
0. Tidak ada ☐ ☐ ☐
1. Anggota gerak punggung atau kepala terasa berat, sakit di punggung, leher, dan otot-otot.
2. Gejala 13. 1 lebih jelas

14. Gejala pada genital dan libido / gangguan mens dan kehilangan libido. 0 1 2
☐ ☐ ☐
 0. Tidak ada
 1. Ringan
 2. Berat
15. Hipokondriasis 0 1 2 3 4
☐ ☐ ☐ ☐ ☐
 0. Tidak ada
 1. Dirasakan sendiri
 2. Preokupasi mengenai kesehatan diri sendiri
 3. Sering mengeluh, membutuhkan pertolongan dan lain-lain
 4. Waham hipokondri
16. Kehilangan berat badan dari riwayat sakit. 0 1 2 3
☐ ☐ ☐ ☐
 0. Tidak ada kehilangan berat badan
 1. Kemungkinan berat badan berkurang berhubungan dengan sakit sekarang.
 2. Jelas menurut pasien berkurang berat badannya.
 3. Tidak terjelaskan lagi penurunan berat badan.
17. Insight 0 1 2
☐ ☐ ☐
 0. Mengetahui sedang depresi dan sakit
 1. Mengetahui sakit, tetapi berhubungan dengan penyebab iklim, makanan, bekerja berlebihan, virus, perlu istirahat dan lain-lain.
 2. Menyangkal sakit

Total skore untuk 17 item = 5:3

Penilaian :

- ☐ 1. Normal : kurang dari 7
☐ 2. Ringan : 8 - 13
☐ 3. Sedang : 14 - 18
☐ 4. Berat : 19 - 22
☐ 5. Sangat berat : lebih dari 23