

6/6:81.
SHO
9 e1



UNIVERSITAS DIPONEGORO

GAMBARAN PENDERITA STROKE YANG KEMBALI BEKERJA PASCA RAWAT INAP DI RSUP Dr. KARIADI SEMARANG

**Laporan penelitian ini diajukan sebagai
salah satu syarat untuk mendapat sebutan
Dokter Spesialis Rehabilitasi Medik**

**Oleh:
Muhammad Ichwanus Shofa
G.3P 096075**


**PROGRAM STUDI / INSTALASI REHABILITASI MEDIK
FAKULTAS KEDOKTERAN UNDIP/RSUP Dr. KARIADI
SEMARANG
1999**

UNIVERSITAS DIPONEGORO

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

Semarang, Desember 1999

Pembimbing:



dr. Rudy Handoyo, SpRM

NIP: 140 169985

Ketua Program Studi Ilmu Rehabilitasi Medik
Fakultas Kedokteran UNDIP



dr. Surya Widjaja, Sp S KRM

NIP: 130. 259.908

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan ke hadirat Allah SWT, Tuhan Yang Mahaesa atas berkat dan rahmatNya sehingga saya dapat menyelesaikan penelitian ini.

Penelitian ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan spesialisasi di bidang Ilmu Rehabilitasi Medik, yang termasuk dalam Program Pendidikan Dokter Spesialis I Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang.

Pada kesempatan ini saya menyampaikan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu saya selama dalam pendidikan dan penyelesaian penelitian ini:

1. Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro dan Direktur RSUP Dr.Kariadi Semarang, peneliti menyampaikan terima kasih karena telah diperkenankan mengikuti Program Pendidikan Dokter Spesialis I bidang Ilmu Rehabilitasi Medik di Lab/Instalasi Rehabilitasi Medik FK UNDIP/RSUP Dr.Kariadi Semarang.
2. dr.Surya Widjaja, Sp S (KRM), Ketua Program Studi dan Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik FK UNDIP/RSUP Dr.Kariadi Semarang yang telah memberikan bimbingan, nasehat serta petunjuk dalam bidang Ilmu pengetahuan rehabilitasi medik dan masyarakat dengan penuh arif dan bijaksana.
3. dr. A.Marlini Sp RMK, ketua SMF Rehabilitasi Medik, Sekretaris PPDS I Ilmu Rehabilitasi Medik dengan segala bimbingan dan dorongan serta nasehat dari awal pendidikan maupun sampai dengan penelitian ini sehingga penulis dapat mengikuti dan menyelesaikan pendidikan ini.
4. dr.Rudy Handoyo Sp RM, Staf Medik Fungsional selaku pembimbing dalam penelitian ini, yang dengan kesabaran telah memberikan petunjuk, bimbingan serta nasehat dari awal sampai selesainya laporan penelitian ini, maupun selama penulis mengikuti pendidikan.
5. dr. Handojo Pudjowidyanto Sp S, Staf Medik Fungsional yang telah memberikan petunjuk, bimbingan dan nasehat selama penulis mengikuti pendidikan.
6. dr. Setyowati Budi Utami Sp RM, Staf Medik Fungsional Rehabilitasi Medik yang telah dengan penuh perhatian, memberikan petunjuk dan nasehat selama penulis mengikuti pendidikan.

7. dr. Lanny Indriastuti Sp RM, Staf Medik Fungsional Rehabilitasi Medik yang telah memberikan petunjuk, bimbingan serta nasehat selama penulis mengikuti pendidikan.
8. dr.Endang Ambarwati Sp RM, Staf Medik Fungsional yang telah memberikan petunjuk, bimbingan dan nasehat selama penulis mengikuti pendidikan.
9. Seluruh Staf pengajar di Bagian/SMF Radiologi, Ilmu Bedah, Ilmu Bedah Saraf, Ilmu Penyakit Dalam, Ilmu Penyakit Jantung, Ilmu Penyakit saraf, Ilmu Kesehatan Anak FK UNDIP/RSUP Dr.Kariadi Semarang atas bimbingan dan petunjuk selama menjalankan stase dalam rangka proses pendidikan.
- 10.dr.Herman Sukarman SpBO, senior dalam ruang lingkup rehabilitasi medik, yang telah memberikan petunjuk, bimbingan dan nasehat selama penulis mengikuti stase di Pusat Pengembangan Rehabilitasi Medik Bersumber Daya Masyarakat Profesor Dr.Soeharso di Surakarta.
- 11.dr.Handojo Tjandrakusuma, Direktur Pusat Pengembangan Rehabilitasi Medik Besumber Daya Masyarakat Profesor Dr.Soeharso di Surakarta, yang telah memberikan bimbingan dan arahan selama penulis stase ditempat ini.
12. Direktur RSO Prof Soeharso Surakarta beserta seluruh staf yang telah memberikan petunjuk dan bimbingan selama penulis mengikuti stase di Rumah Sakit Orthopedi Surakarta.
- 13.dr.Handoyo Sulisty, staf dokter di RS. Kusta yang telah memberikan petunjuk dan bimbingan selama penulis mengikuti stase di Rumah sakit Kusta Tugurejo Semarang.
- 14.Dr. Rahardjo Sp S, yang telah memberikan bimbingan dan petunjuk kepada penulis dalam bidang EMG, selama stase di R.S. St.Elizabeth Semarang.
- 15.dr.Darminto, staf pengajar pada FKM UNDIP yang telah memberikan petunjuk dan bimbingan statistik sejak awal sampai selesainya penelitian ini
- 16.Seluruh terapis yang ada di Instalasi Rehabilitasi Medik RSUP Dr.Kariadi Semarang maupun di YPAC Semarang beserta seluruh Karyawan/wati atas segala bantuan dan kerjasamanya yang baik selama penulis menempuh proses pendidikan dan selesainya penelitian.

17. Teman-teman sejawat PPDS I Program Ilmu Rehabilitasi medik, Khususnya dr.Djamal Tahitoe dan dr. Stenli Irwan Digidadja sebagai teman senasib dan seperjuangan sewaktu menjalankan proses pendidikan yang telah memberikan dorongan moril serta membantu dalam penelitian ini sehingga laporan ini dapat terwujud.
18. Seluruh penderita stroke dan keluarganya khususnya yang bertempat tinggal di Kodya Semarang yang terlibat dalam penelitian ini, atas segala bantuannya sehingga terwujud penelitian ini.
19. Akhirnya, ucapan terima kasih yang tak terhingga kepada ayah bunda, ibu mertua, istri dan anak-anaknda, adik-adik yang tercinta yang telah banyak memberikan dorongan moril, semangat, pengorbanan yang besar serta do'a serta penuh kesabaran selama menempuh pendidikan hingga selesainya penelitian ini.

Semoga amal dan budi baik dari semua pihak yang telah membantu didalam menyelesaikan pendidikan dan penelitian ini mendapat imbalan dari Allah SWT, Aamiin ya Robbal A'alaamiin. Peneliti menyadari akan banyaknya kekurangan dalam penelitian ini, maka saran dan kritik sangat peneliti harapkan, dan semoga penelitian ini bermanfaat bagi kita semua.

Semarang, November 1999.

Peneliti

dr.Muhammad Ichwanus Shofa

DAFTAR ISI

	Halaman
Lembar Pengesahan	ii
Kata Pengantar	iii
Daftar Isi	vi
BAB I. Pendahuluan	1
I.1. Latar Belakang	1
I.2. Permasalahan Penelitian	4
I.3. Tujuan Penelitian	4
I.4. Manfaat Penelitian	4
BAB II. Tinjauan Pustaka	5
II.1. Batasan Stroke	5
II.2. Epidemiologi	5
II.3. Klasifikasi	6
II.5. Diagnosis	8
II.6. Gangguan yang timbul karena stroke	8
II.7. Penatalaksanaan	12
II.8. Aspek-aspek pengelolaan stroke	13
II.9. Rehabilitasi medik	15
II.10. Prinsip-prinsip rehabilitasi stroke	15
II.11. Bekerja sebagai faktor dalam penyesuaian total	26
II.12. Dampak disabilitas terhadap pekerja	28
II.13. Faktor yang mempengaruhi kembali bekerja setelah stroke	29
II.14. Ketergantungan dalam melakukan AKS	31
BAB III. Metodologi Penelitian	34
III.1. Rancangan Penelitian	34
III.2. Unit Analisis	34
III.3. Populasi	34
III.4. Sampel	34
III.5. Kriteria Inklusi dan Eksklusi	34
III.6. Teknik pengambilan sampel	35
III.7. Pengumpulan Data	35
III.8. Analisis Data	36
III.9. Batasan Operasional	36
III.10. Jadwal Pelaksanaan	37
BAB IV. Hasil Penelitian	38
BAB V. Pembahasan	54
BAB VI. Kesimpulan dan saran	61
Daftar Kepustakaan	63
Lampiran :	
• Lembar protokol penelitian	69
• Indeks Barthel	72
• Data dasar	73

BABI

PENDAHULUAN

I.1. Latar Belakang

Stroke merupakan penyebab kematian ketiga yang paling lazim setelah penyakit kardiovaskuler di Amerika Serikat. Stroke, adalah merupakan masalah neurologis serius yang paling sering ditemukan, juga merupakan penyebab utama disabilitas neurologis kedua setelah cedera kepala. Separoh penderita yang dirawat dengan penyakit neurologis akut adalah stroke. Di dunia barat dalam hal ini Amerika Serikat pada tahun 1991 stroke merupakan penyebab kematian nomor tiga setelah penyakit jantung dan kanker. Di Amerika Serikat setiap tahunnya terdapat hampir 500.000 penderita stroke baru, sekitar 200.000 berakibat fatal. Yang selamat sekitar 1,7 juta menjadi cacat. Dana yang dibutuhkan lebih dari 7 miliar dollar Amerika setiap tahunnya. Sedangkan beban kemanusiaan yang harus dipikul ternyata tak dapat diukur dengan nilai uang^{1,2,3}.

Pada tahun 1993 di laboratorium Ilmu Penyakit Saraf RS Dr Soetomo Surabaya , stroke merupakan urutan pertama (52,5%) dari pasien yang dirawat, terdiri dari 62,3% stroke non-perdarahan sedangkan 37,7% stroke hemoragik⁴.

Namun demikian menurut Budiarto G (1999) di negara-negara barat angka kejadian stroke dalam 20 tahun terakhir ini menurun secara dramatik. Hal ini disebabkan karena pengendalian penyakit hipertensi, pencegahan atherosklerosis, pengobatan penyakit jantung dan semakin majunya tindakan bedah sebagai upaya prevensi stroke⁵.

Kembali bekerja adalah salah satu *outcome* penting penderita stroke dan merupakan manifestasi reintegrasi penderita stroke ke dalam masyarakatnya⁶. Di Jepang insidens dan mortalitas stroke cenderung menurun. Namun adanya peningkatan kecepatan populasi ketuaan telah meningkatkan pula perkiraan prevalensi penderita yang selamat dari stroke. Sehingga kembali bekerja setelah stroke sebagai salah satu *outcome* yang berkaitan dengan stroke menjadi semakin penting pada tahun-tahun terakhir ini. Demikian pula identifikasi faktor-faktor yang berkaitan dengan kembali bekerja pada fase permulaan setelah stroke, sangat penting untuk memperbaiki *outcome* vokasional tersebut⁷.

Di Amerika Serikat, 29,6% dari keseluruhan penderita stroke terdapat pada orang-orang yang berumur kurang dari 65 tahun, 25,9% menimpa orang-orang yang berumur antara 45-65 tahun. Sebagaimana kita ketahui kelompok orang-orang ini adalah masa -masa puncak dalam kehidupannya, dalam meniti karier, dengan tanggung jawab keluarga yang aktif dan masyarakat. Untuk merekalah tujuan - tujuan rehabilitasi setelah stroke ditujukan yang mencakup kembalinya fungsi vokasional dan kemasyarakatan, maupun mandiri dalam perawatan diri dan mobilitas fungsional⁸. Dengan melihat insidens yang hebat pada usia produktif, dan makin banyak yang selamat dari stroke, maka rehabilitasi vokasional akan semakin mendapat tantangan untuk membantu individu yang menderita stroke untuk kembali ke kehidupan vokasional seproduktif mungkin⁹.

Sebagaimana diketahui bahwa rehabilitasi medik dalam beberapa hal agak berbeda dengan bidang medis yang lain. Rehabilitasi memerlukan kemampuan dan ketrampilan dari tim rehabilitasi yang bekerja secara terpadu dan terkoordinasi dalam upaya untuk membantu penderita mencapai kondisi fisik, emosional, sosial, dan potensi vokasional ke tingkat yang

paling optimal. Setelah tujuan-tujuan awal dapat direalisasikan, yaitu mengeliminasi dan mengurangi disabilitas sebanyak mungkin, tim rehabilitasi ini ditekankan untuk melatih kembali penderita dari kemampuan yang tersisa, dalam rangka membantu orang tersebut agar dapat hidup, dan bila mana mungkin dapat bekerja sesuai dengan kemampuannya yang ada ¹⁰.

Dengan pelayanan rehabilitasi yang tepat, kurang lebih 80% yang selamat dari stroke dapat berjalan tanpa bantuan, 70% dapat melaksanakan sendiri aktivitas perawatan diri, dan 30 % dapat kembali bekerja ¹¹.

1.2. Masalah Penelitian.

Berdasarkan uraian dalam latar belakang tersebut diatas maka masalah penelitian dapat dirumuskan sebagai berikut:

1.2.1. Bagaimanakah gambaran kembali bekerja penderita pasca stroke setelah perawatan di RSUP Dr Kariadi Semarang ?

1.3. Tujuan Penelitian.

1.3.1. Untuk mengetahui karakteristik penderita pasca stroke yang mampu kembali bekerja.

1.3.2. Untuk mengetahui gambaran kembali bekerja pasca stroke di RSUP. Dr Kariadi Semarang.

1.4. Manfaat Penelitian.

1.4.1. Sebagai titik tolak penelitian lebih lanjut mengenai kembali bekerja pasca stroke.

1.4.2. Dapatan karakteristik kembali bekerja pasca stroke diharapkan dapat berguna untuk meningkatkan penatalaksanaan pravokasional penderita stroke.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

II.1. Batasan stroke

Menurut kriteria WHO (1989), stroke secara klinis didefinisikan sebagai gangguan fungsi saraf akut yang disebabkan oleh karena gangguan peredaran darah otak, di mana secara mendadak (dalam beberapa detik) atau secara cepat (dalam beberapa jam) timbul gejala dan tanda yang sesuai dengan daerah fokal di otak yang terganggu^{12,13}. Istilah lain yang sering digunakan adalah Penyakit Pembuluh Darah Otak (PPDO), Gangguan Peredaran Darah Otak (GPDO)^{14, 15,16}. Sedangkan Roth dan Harvey mendefinisikan stroke sebagai defisit neurologis yang mendadak dengan ciri-ciri adanya hilangnya kontrol motorik, perubahan sensasi, gangguan bahasa atau kognitif, dan disequilibrium atau koma karena cedera otak non-traumatik akibat dari oklusi atau rusaknya pembuluh darah serebral².

II.2. Epidemiologi.

Data dari *Framingham Heart Study* menunjukkan bahwa insidens stroke di Amerika Serikat kurang lebih 500.000 per tahun, dan akan mengakibatkan *morbiditas*, *mortalitas*, dan *disabilitas* yang signifikan terutama pada orang yang berusia diatas 65 tahun².

Di Indonesia, walaupun belum ada penelitian epidemiologis yang sempurna, Survei Kesehatan Rumah Tangga melaporkan bahwa proporsi stroke di rumah sakit-rumah sakit di 27 propinsi di Indonesia antara tahun 1984 sampai dengan tahun 1986 meningkat, yaitu 0,72 per

100 penderita pada tahun 1984, naik menjadi 0,89 per 100 penderita pada tahun 1985 dan 0,96 per 100 penderita pada tahun 1986¹⁷.

Dilaporkan pula bahwa prevalensi stroke adalah 35,6 per 100.000 penduduk pada tahun 1986. Prevalensi stroke ini pada kelompok 25-34 tahun adalah 6,9 per 100.000 penduduk, pada kelompok umur 35-44 tahun adalah 20,4 per 100.000 penduduk, dan pada kelompok umur 55 tahun atau lebih adalah 276,3 per 100.000 penduduk¹⁷. Di RSUP Dr. Kariadi Semarang, stroke merupakan penyakit terbanyak yang dirawat di bagian penyakit saraf, yaitu 43,79% dari jumlah penderita penyakit saraf, pola angka kematian penderita rawat inap di rumah sakit Jawa- Tengah pada tahun 1991, stroke menduduki tempat pertama, yaitu 12,5% sedangkan untuk penyakit jantung menempati urutan kedua yaitu 11,92%. Di RSUP Dr.Kariadi Semarang, angka kematian penderita stroke sebesar 2,35% dari angka kematian seluruh penderita yang dirawat di RSUP Dr.Kariadi Semarang atau 68,70% dari seluruh penderita yang dirawat di bagian saraf¹⁸.

II.3.Klasifikasi.

Banyak klasifikasi yang diajukan, untuk kepentingan praktis stroke dapat dibagi menjadi dua kelompok yaitu stroke iskemik dan stroke hemoragik^{13,16,19,20}.

II.3.1. Stroke Iskemik.

Secara klinis menurut Courbier 1985 Stroke iskemik (85%) dan menurut perjalanan penyakit dibagi menjadi :

II.3.1.1. TIA, *Transient Ischaemic Attack*, yaitu gangguan pembuluh darah sepiintas, bila semua gangguan fokal neurologik hilang (sembuh sempurna) dalam waktu beberapa menit atau jam (kurang dari 24 jam).

II.3.1.2. RIND (*Reversible Ischaemic Neurologic Deficit*), kelainan ini bersifat reversibel. Pada RIND gejala neurologik baru menghilang dalam kurun waktu > 24 jam sampai 3 minggu.

II.3.1.3. *Progressive Stroke (stroke in evolution)*, gejala neurologik bertambah lama bertambah berat atau memburuk akibat iskemik yang tidak stabil.

II.3.1.4. *Completed Stroke*, keadaan dimana gejala neurologik sudah dalam keadaan relatif stabil atau hanya berubah sedikit selama waktu observasi dan sering menimbulkan kecacatan yang menetap.

II.3.2. Stroke Hemoragik.

Stroke Hemoragik (15%) dari keseluruhan stroke dibagi menjadi:

II.3.2.1. Perdarahan intra serebral (10%), yaitu perdarahan didalam jaringan otak. Pecahnya pembuluh darah otak (terutama karena hipertensi) mengakibatkan darah masuk ke dalam jaringan otak, membentuk masa (*hematoma*) yang menekan jaringan otak dan menimbulkan edema otak di sekitarnya.

II.3.2.2. Perdarahan subaraknoid (5%), perdarahan yang dapat disebabkan oleh karena pecahnya suatu aneurisma arteri serebral atau suatu *arteriovenous malformation (AVM)* dan perdarahannya terletak diruangan subaraknoid. *AVM* dapat dijumpai pada jaringan otak permukaan piamater dan ventrikel otak ataupun didalam ventrikel otak dan ruang subaraknoid. Pecahnya arteri dan keluarnya darah ke ruang subaraknoid mengakibatkan terjadinya peningkatan tekanan intrakranial mendadak, meregangnya struktur peka nyeri, sehingga timbul nyeri kepala yang hebat. Selain tersebut diatas pecahnya pembuluh darah yang lemah yang berada di parenkim biasanya juga akibat hipertensi atau tumor.

II.4. Diagnosis.

Gejala neurologik yang timbul akibat gangguan peredaran darah di otak tergantung pada berat ringannya gangguan pembuluh darah dan lokasinya. Diagnosis stroke mencakup diagnosis *klinis, topis dan etiologis*. Diagnosis klinik stroke dibuat berdasarkan batasan stroke, penegakan diagnosis dilakukan dengan pemeriksaan klinis yang meliputi anamnesis, pemeriksaan fisik neurologis dimana akan didapatkan gejala dan tanda yang sesuai dengan daerah pembuluh darah otak tertentu.

Sedangkan untuk diagnosis topis dapat ditegakkan berdasarkan gejala dan tanda yang timbul, namun dengan adanya pemeriksaan penunjang dengan penggunaan *CT Scan, Magnetic Resonance Imaging, Transcranial Doppler Ultrasonography* maka diagnosis topis menjadi sangat lebih mudah.

Mengenai diagnosis etiologis dari stroke, sesuai dengan klasifikasi diatas, stroke dibagi menjadi 2 bagian besar yaitu stroke non hemoragik dan stroke hemoragik yang dapat ditegakkan dengan anamnesis, gejala dan tanda klinis. Dengan adanya CT scan maka diagnosis etiologis stroke menjadi lebih mudah dan lebih cepat sehingga penanganan stroke lebih cepat dan pasti¹⁸.

II.5. Gangguan yang timbul karena stroke².

Disabilitas yang terdapat pada stroke adalah akibat cedera sistem saraf pusat baik berupa gangguan fisik, kognitif, dan psikologis. Gangguan-gangguan spesifik akan muncul apabila suatu regio fokal dan sistem saraf didalam otak mengalami kerusakan karena kerusakan vaskuler.

II. 5.1 .Gangguan kontrol motorik dan kekuatan.

Pada hemiplegia, yang muncul pertama kali yaitu kelemahan dan kontrol gerakan volunter yang buruk, disertai penurunan tonus otot. Pada saat gerakan volunter kembali normal, banyak sekali fleksi dan ekstensi non-fungsional pada anggota gerak. Dapat dilihat adanya pola sinergis atau banyak sekali kontraksi dari berbagai macam kelompok otot. Kemudian, pola gerakannya dapat bebas dari pola sinergi ².

II.5.2. Gangguan koordinasi motorik dan keseimbangan.

Kontrol dan stabilitas trunkus, koordinasi pola gerakan, dan keseimbangan pada penderita stroke sering terganggu. Kelainan ini dapat menjadi hambatan pemulihan fungsional, tetapi dapat diperbaiki dengan terapi latihan ².

II.5.3. Spastisitas.

Gray et al 1990, yang dikutip oleh Warlow dkk, menyatakan bahwa segera setelah stroke tonus otot di anggota gerak kemungkinan bisa menjadi lebih menurun, sama, atau lebih meningkat dibandingkan normal. Alasan mengapa bervariasi dan perubahan-perubahan selanjutnya masih belum jelas ²². Spastisitas bergantung pada kecepatan (*velocity-dependent*) meningkat resistensinya terhadap regangan otot yang berkembang setelah cedera tipe '*upper motor neuron*' sistem susunan saraf pusat. Bila berat, spastisitas dapat mengurangi fleksibilitas, postur, dan mobilitas fungsional, maupun menyebabkan nyeri sendi, kontraktur, dan kesulitan untuk mengatur posisi baik untuk menentukan posisi yang nyaman dan higienis. Refleks tonik maupun fasik meningkat. Spastisitas berkembang segera setelah stroke komplit, dan manifestasinya mula-mula adanya peningkatan respon fasik pada saat pemeriksaan tendon refleks dan ada tahanan saat dilakukan gerakan pasif. Akhirnya untuk melakukan gerakan menjadi sulit dan kemungkinan penderita dalam posisi tonik fleksi maupun tonik ekstensi.

Seringkali ketika aktivitas motorik volunter bisa dilakukan lagi, ada pengurangan tonus dan refleks, bila pemulihannya tidak sempurna, biasanya spastisitas masih tetap ada ².

II.5.4. Gangguan sensasi.

Hilangnya sensasi akan mempunyai efek langsung yang bermakna pada sendi dan proteksi kulit, kesembangan, koordinasi, dan kontrol motorik ².

II.5.5. Gangguan bahasa dan komunikasi.

Afasia adalah gangguan bahasa, tes bahasa sebaiknya harus mencakup pemeriksaan ekspresi oral, komprehensif verbal, penyebutan nama benda, membaca, menulis, dan pengulangan ².

II.5.6. Apraksia.

Apraksia adalah kelainan gerakan trampil pada keadaan dimana tidak ada gangguan motorik, sensorik, atau kognitif. Penderita apraksia sering mengalami kesulitan melakukan aktivitas fungsional meskipun yang paling sederhana, seperti menggunakan sisir, sendok, atau penderita sebetulnya ingin melakukan tetapi dengan cara yang janggal. Akan sulit memeriksa apraksia apabila terdapat gangguan bahasa karena pemeriksa harus yakin betul bahwa penderita tahu apa yang diperintahkan. Apraksia sering dijumpai pada stroke hemisfer kiri dan mengenai anggota gerak yang sehat ².

II.5.7. Sindroma *neglect*.

Heilman mendefinisikan hemispasial *neglect* adalah kegagalan melaporkan, merespon, atau orientasi cerita atau mengartikan rangsangan di sisi berlawanan dari lesi di otak. Penting untuk menyingkirkan adanya gangguan visual, somatosensori, atau gangguan motorik karena akan mengacaukan pemeriksaan, tidak bisa meresponnya oleh karena gangguan-gangguan tersebut atau dari *neglectnya*. Hemispasial *neglect* akan menyebabkan disabilitas karena akan

menyebabkan dampak negatif dalam hal keseimbangan duduk, persepsi visual, mobilitas dengan kursi roda, kesadaran akan keselamatan, proteksi sendi dan kulit, dan risiko jatuh. Penderita *neglect* akan sulit untuk memelihara hygiene dan perawatan diri pada sisi yang sakit, tidak bisa makan jenis makanan dalam ruang visual yang '*neglected*', sering menabrak benda-benda disekitarnya dan dinding. *Neglect* adalah kelainan visual dan perhatian spasial dikarenakan lesi stroke pada daerah temporoparietal dan lesi daerah girus singgulata, talamus, dan formasio retikularis².

II.5.8. Disfagia .

Disfagia sering dijumpai pada penderita stroke, sekitar 30%-60% dari penderita yang mengalami infark di hemisfer unilateral atau bilateral dan infark di batang otak. Disfagia merupakan risiko terjadinya aspirasi pneumonia².

II.5.9. Tidak ada inhibisi pada Kandung kemih dan rektum.

Inkontinensia urine dan *alvi* merupakan kejadian yang sering dijumpai pada penderita stroke. Oleh karena pusat miksi di pons secara tipikal masih utuh, maka refleks pengosongan kandung kemih memperlihatkan sinkronisasi otot spingter internal dengan kontraksi detrusor tampak normal. Sisa urine di kandung kemih biasanya sedikit kalau tidak ada hipertropi prostat atau obstruksi diluar kandung kemih. Inkontinensia disebabkan karena tidak ada inhibisi volunter pengosongan kandung kemih dari '*upper motor neuron*' akibatnya tidak mampu menahan miksi. Pada individu yang sadar, kesadaran kebutuhan untuk berkemih tidak terganggu, tetapi individu yang mengalami imobilisasi, ada *neglect* unilateral, dan ada defisit komunikasi sering mengalami gangguan kemampuan untuk menggunakan alat-alat atau tidak bisa meminta bantuan pada saat keinginan kencing muncul. Pada stroke dengan diabetes mellitus seringkali juga tidak ada inhibisi pengosongan kandung kemih, hal ini oleh karena

hipotonik kandung kemih akibat neuropati autonomik parasimpatis pada otot-otot detrusor. *Inkontinensia alvi* akibat tidak ada inhibisi refleks pengosongan rektum, mekanismenya sama seperti yang terjadi di kandung kemih².

II.6. Penatalaksanaan .

Maksud pengobatan stroke dapat disimpulkan menjadi (1) Memaksimalkan kesempatan penderita untuk selamat (*surviving*) (2) Meminimalkan dampak stroke baik pada penderita maupun perawatnya (*Carers*). Dalam upaya meminimalkan dampak stroke tersebut maka harus dipikirkan tidak hanya pengaruh stroke jangka pendek pada gangguan neurologis penderita saja tetapi juga mengenai pengaruhnya pada fungsi (yaitu, *disabilitasnya*) dan peran dalam masyarakatnya (*handicap*). Oleh karena itu, sangat berguna sekali andaikata memperhatikan akibat stroke sesuai dengan istilah dari *World Health Organisation* (WHO) dalam *International Classification of Disease* (ICD) WHO 1980. Yang membagi konsekuensi dari penyakit menjadi 4 level yaitu^{21, 22}:

II.6.1. Patologi:

Patologi yang mendasari terjadinya stroke, misalnya infark serebri oleh karena oklusi emboli di arteri serebri media dimana trombusnya berasal dari atrium kiri, akibat atrial fibrilasi karena penyakit jantung iskemik.

II.6.2. Impairment :

Yaitu setiap kehilangan atau abnormalitas spesifik baik psikologis, fisiologis atau struktur anatomis atau fungsi (misal: kelemahan otot atau spastisitas, kehilangan sensasi, disfasia) disebabkan karena stroke.

II.6.3. Disabilitas :

Yaitu setiap keterbatasan atau tidak mampu (akibat *impairment*) melakukan aktivitas dengan cara atau yang dianggap normal untuk manusia (ketidakmampuan berjalan, mencuci, makan, dll) oleh karena stroke.

II.6.4. Handicap :

Yaitu ketidak beruntungan seseorang, akibat dari '*impairment*' maupun disabilitas, yang menghambat atau mencegah seseorang untuk memenuhi perannya (*tergantung faktor-faktor umur, jenis kelamin, sosial dan budaya*) misalnya tidak mampu melanjutkan ke pekerjaan yang sama. Meskipun lebih sulit untuk menentukan dan mengukur dibanding level penyakit yang lain, *handicap* kemungkinan suatu level yang mencerminkan perspektif penderita dan para perawatnya. Banyak aspek pengobatan yang akan berdampak pada *handicap* namun okupasional terapis dan pekerja sosial yang jelas-jelas yang dimaksudkan mempunyai peranan pada level ini. Kualitas hidup (*quality of life*) tidak termasuk dalam klasifikasi penyakit WHO, namun jelas merupakan aspek penting *outcome* seorang penderita²² .

II. 7. Aspek-aspek pengelolaan stroke

Guna untuk mengoptimalkan *outcome* penderita berkaitan dengan *patologi, impairment, disabilitas* dan *handicap*, maka banyak aspek pengobatan yang harus dipertimbangkan. Tiap-tiap penderita memiliki keunikan *patologis, impairment, disabilitas dan handicap* sehingga pengobatannya harus didahului asesmen yang *komprehensif* dan kemudian harus disesuaikan dengan individu penderita. Secara tradisional, pembicaraan mengenai pengelolaan stroke dibagi dalam beberapa bagian yaitu: (i) pengelolaan umum pada fase akut; (ii) pengelolaan medis akut dan pembedahan; (iii) rehabilitasi; dan (iv)

perawatan lanjutan. Struktur seperti ini tidak mencerminkan pendekatan penatalaksanaan penderita yang terintegrasi. Maka untuk mencapai *outcome* yang terbaik membutuhkan pendekatan yang luas lebih dari satu, tidak hanya difokuskan pada patologinya atau hanya pada *impairment* yang diakibatkannya. Maka oleh Warlow dkk, kemudian mengganti cara urutan mulai pengelolaan atas dasar akut, yang kemudian diikuti rehabilitasi lalu ditinggalkan diganti dengan pendekatan baru dengan pendekatan terpadu, berorientasi masalah dan sasaran (*integrated, problem and goal-oriented approach*)²².

Perawatan penderita stroke dapat dilakukan di rumah atau di rumah sakit. Perawatan dirumah dilakukan, karena adanya pertimbangan banyak hal, seperti keadaan sosial ekonomi, kebiasaan setempat, permintaan penderita dan keluarga, kapasitas tempat tidur di rumah sakit setempat dan beratnya penyakit. Namun gejala yang '*minor*' yang tampak pada awal serangan sering merupakan peringatan akan terjadinya penyulit-penyulit yang serius, maka dianjurkan untuk merawat penderita di rumah sakit untuk observasi²³.

Penatalaksanaan penderita stroke terdiri dari pengobatan secara *umum, khusus dan rehabilitasi medik*. untuk pengobatan umum dipakai pedoman 5 B yaitu: *Breathing, Blood, Bowel, Bladder, Brain*.

II. 7. 1. Perawatan umum meliputi²³:

II.7.1.1. Sikap posisi penderita.

II.7.1.2. Jalan nafas.

II.7.1.3. Aliran darah otak.

II.7.1.4. Keseimbangan elektrolit & cairan.

II.7.1.5. Kandung seni & rektum.

II.7.1.6. Perawatan lainnya, kulit untuk mencegah ulkus dekubitus.

II.7.2. Pengobatan khusus pada fase akut ditujukan untuk membatasi kerusakan otak semaksimal mungkin agar kecacatan yang ditimbulkan menjadi seminimal mungkin²⁰

II.8. Rehabilitasi medik.

WHO menyatakan rehabilitasi ialah semua tindakan yang bertujuan untuk mengurangi dampak disabilitas/ *handicap* agar penyandang cacat dapat berintegrasi dalam masyarakat. Rehabilitasi selanjutnya dibagi menjadi^{24,25}:

II.8.1. Rehabilitasi medik yakni suatu proses pelayanan kesehatan yang bertujuan untuk mengembangkan kemampuan fungsional dan psikik individu dan kalau perlu mengembangkan mekanisme kompensasinya agar dapat berdikari.

II.8.2. Rehabilitasi sosial merupakan proses rehabilitasi yang bertujuan untuk integrasi penderita cacat ke dalam masyarakat dengan membantunya menyesuaikan diri pada keluarga, masyarakat dan pekerjaannya dan juga dengan mengurangi beban sosial ekonomi yang dapat menghambat proses rehabilitasinya.

II.8.3. Rehabilitasi kekaryaan (*Vokasional*) merupakan pengadaan pelayanan kekaryaan misalnya bimbingan kekaryaan, latihan kerja dan penempatan selektif yang didesain untuk penyandang cacat.

II.9. Prinsip-prinsip rehabilitasi stroke.

Karena penampilan klinik, masalah-masalah, gambaran pemulihannya, gaya penanggulangan, situasi sosialnya, dan respon terhadap penanganan berbeda-beda untuk masing-masing individu yang selamat dari stroke, maka program rehabilitasinya perlu

dilakukan secara individual. Meskipun masih sedikit diungkapkan oleh para klinisi dan para peneliti mengenai tema-tema pokok dan tema umum dalam lapangan rehabilitasi stroke. Namun ada beberapa pandangan tentang tema umum dan karakteristik program rehabilitasi yang telah diungkapkan yaitu oleh *Joint Committee for Stroke Facilities (1972)*, *Golberg (1986)*, *Brandstater (1987)*, dalam kaitannya dengan kemampuan penderita kembali bekerja setelah stroke atau kembali ke masyarakat maka hal ini terlihat pada urutan yang paling akhir, disini mengandung pengertian bahwa kembali bekerja merupakan sesuatu pencapaian *outcome* yang tertinggi².

II. 9 . 1 . Tim penatalaksanaan stroke.

Konsekuensi klinis stroke bersifat multidimensi maka strategi penatalaksanaan yang paling tepat dengan menggunakan tim multidisipliner agar dapat mengembangkan dan memenuhi penatalaksanaan penderita stroke secara komprehensif. Untuk dapat melaksanakan program rehabilitasi medik maka perlu dilakukan dengan pendekatan secara tim multidisipliner, di RSUP Dr.Kariadi Semarang, tim rehabilitasi ini terdiri dari dokter, perawat, fisioterapis, terapis okupasi, psikolog, ortotis prostetis, pekerja sosial medik dan ahli bina wicara. Sukses program rehabilitasi ini akan terlaksana dengan baik apabila penderita maupun keluarganya mempunyai pemahaman mengenai stroke dan *outcome* apa saja yang potensial, serta melibatkan mereka untuk pencapaian sasaran, dan dapat berpartisipasi dalam proses perawatan ini^{2, 26, 32}.

II. 9.1.1. Dokter.

Karena seorang dokter mempunyai pengetahuan yang luas dan baik tentang stroke maka dokter bertugas dalam tim sebagai koordinator dan bertanggung jawab tentang keseluruhan tahapan pengelolaan penderita.

II.9.1.2. Perawat, peranannya sangat luas dalam penanganan stroke meliputi ²⁶:

1. Melakukan asesmen masalah penderita, baik yang sudah ada maupun yang baru, juga kemampuan dan ketidak mampuan penderita. Idealnya perawat mampu melakukan penilaian penderita dengan menggunakan Indeks Barthel setiap minggu. Atas dasar penilaian tersebut maka perawat dapat mengembangkan rencana perawatan sehingga memenuhi kebutuhan penderita.
2. Menyediakan semua kebutuhan dasar (makan, membersihkan diri, berpakaian, 'toiletting', 'turning' dan 'transferring') penderita stroke yang sangat tergantung orang lain setelah stroke.
3. Menyediakan diri dengan ketrampilan perawatan untuk mencegah berkembangnya komplikasi seperti ulkus dekubitus, nyeri bahu, jejas-jejas lainnya dan aspirasi pneumonia. Semua ini sangat terkait dengan positioning dan penanganan yang benar terhadap penderita yang '*immobile*'.
4. Memberikan dukungan kepada penderita dan keluarga. Karena perawat mempunyai kesempatan kontak dengan penderita dan keluarga paling besar oleh karena itu dalam masalah ini perannya sangat penting.

II.9.1.3. Fisioterapis.

Memiliki beberapa peranan penting dalam perawatan penderita stroke, tergantung dari kebutuhan penderita dan tahapan penyakitnya. Segera setelah stroke fisioterapis dapat terlibat dalam hal sebagai berikut ²⁶:

1. Melakukan suatu asesmen permasalahan motorik dan sensorik secara terinci pada penderita untuk membantu memperkirakan prognosis.

2. Menilai dan menangani masalah-masalah pneumonia dan penumpukan sekresi.
3. Memberikan nasehat pada perawat atau yang lain bagaimana cara memposisikan penderita yang paling baik untuk mencegah terjadinya perubahan tonus agar tidak terjadi kontraktur dan keterbatasan fungsi.
4. Melakukan pelatihan pada para perawat atau yang lain bagaimana menangani penderita agar terhindar dari nyeri maupun cedera baik untuk penderita maupun perawatnya. Meliputi pengajaran bagaimana memindah, mengangkat, mendirikan, dan menjalankan penderita.
5. Melakukan terapi untuk menghilangkan gejala nyeri pada bahu atau bengkak pada anggota gerak.
6. Melakukan terapi untuk memperbaiki mobilitas penderita dan fungsi lengan.
7. Menasehati penderita bagaimana menggunakan alat bantu jalan dan bidai.

II.9.1.4. Terapis Okupasi.

Terapis okupasi berperan dalam penatalaksanaan penderita stroke. Peranan terapis okupasi biasanya sangat terbatas pada periode permulaan setelah stroke. Namun peranannya menjadi semakin penting ketika penderita pulih dan perawatan diri menjadi semakin diperlukan. Peranannya adalah sebagai berikut ²⁶:

1. Asesmen awal pada penderita adalah untuk menemukan bagaimana sebenarnya gangguan stroke membatasi fungsi penderita. Hal ini memerlukan asesmen tentang apa saja yang bisa dilakukan oleh penderita pada saat sebelum stroke dan bagaimana lingkungan tempat tinggalnya, misalnya apakah ada akses di pintu rumah bagian depan, kamar tidur, toilet atau kamar mandi.

2. Melakukan asesmen fungsi visuospasial penderita. Ini penting harus diingat karena pengetesan fungsi visuospasial adalah salah satu aspek pemeriksaan pengetesan yang paling sulit sehingga dalam dalam praktek rutin sering diabaikan.
3. Melatih penderita dan perawatnya untuk melaksanakan aktivitas sehari-hari meskipun ada gangguan. Termasuk disini adalah menemukan jalan yang terbaik untuk mencapai suatu aktivitas khusus yang bersifat individual untuk penderita tersebut. Sebagian besar masukan ke penderita adalah mengenai aktivitas kehidupan sehari-hari.
4. Menyediakan bantuan atau menyiapkan penyesuaian agar fungsi penderita dapat lebih baik. Di Inggris termasuk menyediakan kursi roda, alat bantu makan dan dapur serta alat bantu mandi dll.
5. Melakukan asesmen fungsi penderita di rumah. Kegiatan ini biasanya dilakukan sebelum penderita keluar dari rumah sakit, untuk mengidentifikasi masalah yang spesifik terhadap lingkungan rumah penderita yang kemungkinan bisa dipecahkan pada latihan berikutnya atau dengan menyediakan alat bantu atau alat adaptasi.
6. Asesmen pravokasional.
7. Pravokasional training.

II.9.1. 5. Ortotis prostetis

Berperanan dalam pembuatan alat bantu ambulasi seperti, tripod, '*ankle-foot orthosis*' (AFO), untuk ekstremitas atas sering digunakan '*shoulder sling*' untuk penderita stroke yang mengalami subluksasi bahu.

II.9.1. 6. Terapis wicara

Mempunyai beberapa peranan dalam perawatan penderita setelah serangan stroke yang meliputi sebagai berikut ²⁶:

1. Asesmen proses penelanan baik pada saat awal atau setelah penderita mengalami perbaikan, sehingga diet dan asupan cairan untuk penderita harus sesuai dengan kemampuan penelanan penderita.
2. Mengajari penderita, perawat atau keluarga, orang yang terlibat dalam pemberian makan, tentang teknik-teknik yang dapat membantu mengatasi gangguan penelanan dan atau untuk menghindari aspirasi.
3. Mengajari penderita tentang latihan-latihan yang bisa meningkatkan derajat penyembuhan masalah penelanan.
4. Mendiagnosis dan melakukan asesmen permasalahan gangguan komunikasi.
5. Memberikan informasi kepada para perawat baik secara formal maupun informal, kondisi alamiah permasalahan komunikasi penderita.

II. 9.1. 7. Pekerja sosial medik.

Peranan pekerja sosial medik di dalam masyarakat kegiatannya mencakup berbagai macam. Di Inggris, Australia, dan Belanda keterlibatan pekerja sosial adalah sbb ²⁶:

1. Memberikan anjuran dan bantuan pada penderita dan keluarganya pada keseluruhan tingkatan sakitnya penderita. Misalnya, mengatur subsidi transportasi untuk kunjungan keluarga ke rumah sakit, atau perawatan rumah ekstra apabila penderita stroke relatif dependen, yang mempunyai perawat pada saat masuk

rumah sakit. Pekerja sosial juga sering membantu setiap permasalahan keuangan dengan memohonkan bantuan dari yayasan.

2. Pada saat akhir dari perawatan pekerja sosial mempunyai peranan terutama dalam hal membantu untuk merencanakan kepulangan penderita dari rumah sakit atau mengubah akomodasi. Sebagian besar waktu dari pekerja sosial adalah untuk mengidentifikasi keinginan dan kebutuhan penderita dan keluarganya dan nantinya, dan sebagian mereka mengadakan kunjungan. Kalau penderita dan keluarganya tidak dapat memutuskan sesuatu oleh mereka sendiri. Pekerja sosial medik dibutuhkan disini sebagai advokat penderita didalam mengatur masalah keuangan maupun akomodasi.
3. Pekerja sosial medik yang berbasiskan rumah sakit, tergantung kondisi lokal, bertanggung jawab untuk menindak lanjuti setelah penderita keluar rumah sakit (KRS) untuk mengidentifikasi perubahan-perubahan yang terjadi dalam hal dukungan dan membuat penyesuaian pada paket perawatannya.
4. Banyak juga pekerja sosial medik yang mempunyai ketrampilan dalam konsultasi yang sangat membantu penderita dan keluarganya terhadap perubahan yang terjadi disekelilingnya untuk penderita stroke.

II. 9.1. 8. Psikolog.

Mengingat penderita dengan gangguan fungsional akut akan mengalami suatu serial fase psikologi maka semua anggota tim harus menegetahui fenomena ini serta harus memberikan dukungan dan dorongan semangat bagi penderita. Fase-fase tersebut adalah ^{27, 28}

1. Fase shock. Pada fase akut.
2. Fase penolakan. Waktu : fase akut.
3. Fase penyesuaian. Waktu: pada fase pemulihan awal.
4. Fase penerimaan. Waktu : pada fase pemulihan lanjut.

1. Fase shock.

Segera setelah serangan, penderita akan merasa panik, cemas dan putus asa. Dalam fase ini diperlukan dukungan keluarga untuk menenangkan penderita, penderita diberi keyakinan serta dukungan semangat untuk mengatasi keadaannya.

2. Fase penolakan.

Fase ini terjadi pada fase akut. Penderita masih merasa panik dan putus asa. Pada fase ini perlu diberikan dorongan untuk melakukan aktivitas ringan yang dapat dikerjakan oleh penderita.

3. Fase penyesuaian (*adjustment*).

Merupakan fase pemulihan awal. Penderita merasakan cemas merasakan kepahitan hidup dan depresi. Psikolog pada tahap ini secara bertahap memberikan latihan berupa aktivitas baru yang bersifat tantangan.

4. Fase penerimaan.

Merupakan fase pemulihan lanjut. Pada penderita terdapat kenaikan gairah hidup. Psikolog dalam fase ini melatih penderita bekerja untuk mencapai sasaran yang telah ditentukan

Sebagian penderita mengalami fase tersebut dengan cepat, sedangkan sebagian lagi mengalaminya secara lambat, berhenti pada salah satu fase atau bahkan kembali pada fase

sebelumnya. Untuk mendapatkan program rehabilitasi penderita harus sesuai dengan fase psikologisnya. Depresi merupakan hal yang umum dan sering terjadi pada penderita stroke. Psikolog dan keluarga penderita dapat memberikan keyakinan dan dukungan semangat. Menurut kepustakaan depresi setelah stroke sangat bervariasi antara 30% dan 65%. Depresi yang tidak ditangani akan menjadi hambatan dalam proses rehabilitasi. Perasaan depresi dapat membangkitkan defisit kognitif akibat stroke dan memberi pengaruh negatif terhadap belajar, yang merupakan pusat dari keberhasilan *outcome* rehabilitasi. Pasien yang *dysphoric* biasanya tidak punya motivasi untuk mengatasi defisit fisik dan kognitifnya karena ada perasaan mendalam rasa tidak ada harapan, tidak bisa dibantu lagi, dan keputusasaan. Pengobatan depresi pada penderita pasca stroke akan mendapatkan manfaat dua kali lipat: tidak hanya menyembuhkan perasaan, tetapi juga motivasi dan potensi belajar meningkat²⁹.

Pada masa lalu, rehabilitasi selalu dipandang sebagai *'Fase ketiga dari kedokteran'* setelah preventif dan kuratif. Rehabilitasi medik pada penderita stroke pada prinsipnya dilakukan seawal mungkin. Konsep rehabilitasi seawal mungkin setelah stroke telah didiskusikan oleh Covalt lebih dari 30 tahun yang lalu. Dia mengusulkan dimulai pada saat akut, positioning di tempat tidur, dilanjutkan dengan yang lebih aktif yaitu dalam 2-3 hari setelah serangan trombotik atau 5-6 hari bila hemoragik^{12,30}. Menurut Swenson yang dikutip oleh Pudjowidyanto mengatakan bahwa pasien stroke akibat emboli atau trombosis tanpa komplikasi perlu dimobilisasi dalam 2-3 hari, sedangkan pasien stroke akibat perdarahan subaraknoid harus stabil dahulu selama 10-14 hari sebelum mobilisasi. Secara umum upaya-upaya rehabilitasi dapat dimulai apabila tidak ada lagi progresi defisit neurologis dalam waktu 48 jam. Secara medik penderita harus sudah stabil³¹.

Pada fase awal atau akut, perhatian ditujukan pada posisi, alih baring dan mempertahankan lingkup gerak sendi. Sasarannya adalah untuk mencegah disabilitas sekunder dan deformitas, serta untuk memelihara fungsi yang masih ada. Prosedur ini diteruskan sampai keadaan medik telah stabil dan penderita dapat mengikuti program aktif. Pada fase aktif ini sasarnya adalah untuk mencapai kemandirian fungsional dalam hal mobilisasi dan AKS.

Aspek vokasional stroke yang berkaitan dengan keberhasilan penderita kembali bekerja setelah stroke sangat bervariasi. Hal ini mungkin sebagai cerminan pengaruh kondisi sosial dan kultural terhadap 'sick role'. Gangguan vokasional pada penderita stroke sekitar 70%. Meskipun secara fisik mampu kembali bekerja setelah stroke, namun secara mental belum tentu. Sehingga perlu asesmen neuropsikologis dan penanganan kognitif yang tepat, bila ada indikasi maka merupakan keharusan^{1,32}.

Menurut WHO (1989) tujuan rehabilitasi penderita stroke yaitu¹².

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.

Ukuran keberhasilan bukan hanya banyaknya jiwa yang tertolong, tetapi berapa banyak penderita yang dapat kembali berfungsi lagi di masyarakat. Urut-urutan dari yang paling berhasil sampai yang paling buruk adalah sbb³²:

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

2. Seperti no.1 tetapi 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.

Menurut definisi WHO jelaslah yang ditanggulangi rehabilitasi medik ialah problema fisik dan psikik. Problema fisik pada stroke berupa kesukaran atau tidak dapat ambulasi, kesukaran tidak dapat komunikasi, kesukaran atau tidak dapat merawat diri sendiri dan kesukaran atau tidak dapat melakukan gerak yang diperlukan untuk mencari nafkah. Sedangkan problema psikis yang sering dijumpai adalah rasa malu, rasa rendah diri, tidak dapat menerima kenyataan, tidak mau menyesuaikan dengan kenyataan dan juga ada beberapa yang mengalami penurunan intelegensia³².

Fase rehabilitasi diawali setelah penderita mencapai stabilitas medik maupun neurologis. Sasarannya ada tiga yaitu³³:

1. Pertama, dan sangat penting, yaitu mengembangkan strategi alternatif untuk mengurangi disabilitas yang berasal dari gejala sisa.
2. Kedua, mencegah terjadinya *impairment* pada masa mendatang yaitu melindungi penderita agar terhindar dari atropi otot (*disuse atrophy*) dan kontraktur serta menetapkan suatu rencana tindakan pencegahan risiko terjadinya stroke berulang.
3. Yang ketiga, dengan berdasarkan kebutuhan penderita berpartisipasi akan aktivitas yang cukup membutuhkan banyak tenaga, maka stabilitas medis harus tetap dipertahankan.

II. 10. Bekerja sebagai satu faktor dalam penyesuaian total¹⁰

Untuk menentukan apakah penderita mempunyai potensi untuk bekerja lagi dan kemudian untuk mengembangkan dan mencapai sasaran vokasional yang sesuai maka banyak aspek situasi penderita secara total yang perlu dieksplorasi dan dinilai. Situasi total penderita meliputi keadaan fisik, psikologis, sosial, kemampuan vokasional, maupun aspirasi, keterbatasan, dan sasaran yang akan dicapai.

Pemeriksaan mengenai peranan bekerja adalah merupakan salah satu faktor dalam proses penyesuaian total (*total adjustment*) yang akan sangat tergantung dari pentingnya keberhasilan konsultasi dan perencanaan vokasional sebagai salah satu modalitas terapi dalam rehabilitasi. Dalam kehidupan sosial kemasyarakatan status pekerjaan seorang individu merupakan salah satu faktor yang sangat potensial yang berpengaruh terhadap konsep tentang diri seseorang (*self-concept*). Menurut Allan bekerja biasanya menjadi ukuran status seseorang dalam masyarakat disamping status ekonomi. Mandiri dalam pekerjaan dan ekonomi biasanya merupakan sesuatu yang *esensial* dari realisasi rasa kecukupan yang sangat pribadi, martabat, dan harga diri terhadap kapasitas yang dirasakan oleh dirinya sebagai bagian yang berguna dari keluarga dan masyarakat. Berbicara mengenai masalah ketergantungan pada penyandang cacat, Wilcox seperti yang dikutip oleh Rusk menyatakan bahwa status kemandirian seseorang selalu menjadi pertimbangan tanda pencapaian atau keberhasilan seorang yang sudah dewasa¹⁰. Bagi seseorang yang karena beratnya disabilitas mengharuskan adanya ketergantungan fisik, pencapaian derajat vokasional mandiri yang maksimum kemungkinan besar akan menjadi tantangan bagi konsultan vokasional. Dengan pelayanan, medis, sosial, dan psikologis, penyandang cacat dibantu agar dapat menerima

ketergantungannya dan mencapai mandiri secara fisik dan psikologis pada level yang maksimum.

Kemungkinan-kemungkinan mandiri secara vokasional harus dieksplorasi intensif. Kesempatan untuk eksplorasi potensi-potensi vokasional harus diciptakan. Pengembangan sasaran vokasional yang cocok dan realistik untuk penyandang cacat yang berat, hampir selalu memerlukan solusi yang kreatif dan cerdas serta tersedianya pelayanan vokasional jangka panjang, intensif dan fleksibel. Penyesuaian terhadap disabilitas dan kepada keluarga bisa tidak mungkin dilaksanakan atau bahkan bisa jadi merugikan apabila masalah-masalah vokasional diperlakukan secara tidak efektif. Status, mandiri, dan martabat bukan hanya salah satu tipe kepuasan yang diperoleh dari bekerja. Untuk beberapa individu, bekerja adalah hanya merupakan suatu cara mencapai tujuan. Bekerja bisa memenuhi kepuasan intrinsik dasar tertentu oleh karena sifat alamiah aktivitas kerja itu sendiri. Aktivitas kerja yang produktif berkaitan erat dengan kemampuan individual dan kepentingan-kepentingan seseorang menjadi bagian dari suatu proses realisasi diri, kreatifitas, dan pemenuhan diantara sekian banyak yang lain.

Disabilitas bisa menghasilkan reaksi ketergantungan sehingga merupakan hambatan dalam rehabilitasi. Apabila masalah ketergantungan telah ada sebelumnya, disabilitas bisa menjadi pencetus pola ketergantungan yang berat. Dalam kondisi seperti ini bekerja akan dilihat sebagai ancaman besar pada seseorang yang memiliki pola ketergantungan, dan mungkin bisa menjadi sulit, kadangkala menjadi tidak mungkin untuk memecahkan masalah ini dengan sukses. Penderita ini seringkali tampak tidak ada motivasi dan keadaan ini merupakan tantangan bagi seluruh tim rehabilitasi. Apabila upaya-upaya rehabilitasi tidak sukses dan pasien gagal kembali bekerja kita bisa melihat akibatnya hubungan pasien dengan

keluarganya memburuk. Dengan alasan lain, penderita yang menganggur dan secara ekonomi tergantung maka akan merangsang kesebalan anggota keluarga yang lain, penderita sendiri akan merasa bersalah dan persaan tak berguna.

Seorang pekerja yang mempunyai *handicap*, apapun penyebabnya, adalah merupakan masalah yang signifikan dan biasanya mengancam model hidup seseorang dan juga keluarganya. Menurut Dombo dan koleganya, situasi ini biasanya ditutup-tutupi apabila pekerja yang *handicap* akibat dari disabilitas fisik, karena penderita merasa dirinya rendah atau dihargai oleh orang lain sebagai rendah (*inferior*) tidak hanya spesifik berkaitan dengan keterbatasannya maupun sebagai *person*.

II. 11. Dampak disabilitas terhadap pekerja ¹⁰.

Apabila seorang pekerja sakit atau cedera pada saat menjalankan pekerjaannya, atau ketika dia tidak mempunyai kapasitas terhadap suatu yang dia tidak mampu melanjutkan dengan pekerjaannya untuk beberapa lama, dampak disabilitas bisa mempunyai implikasi yang luas. Sehingga penting untuk mengamati arti sebenarnya dari disabilitas dalam kaitannya kehilangan fisik, penderitaan, dan kerugian maupun apa sebenarnya artinya bagi kehidupan sosial, ekonomi, dan personal. Dikenal juga bahwa banyak tekanan-tekanan eksternal atau beban-beban eksternal yang mengenai setiap individu pada saat ini, dan tekanan-tekanan ini menjadi semakin berat atau sebaliknya berubah pada saat pekerja menjadi cacat. Tekanan-tekanan eksternal tertentu dapat diklasifikasikan menjadi kebutuhan-kebutuhan yang bersifat fisik atau kebutuhan-kebutuhan sosioekonomik.

Dampak disabilitas mungkin berbeda pada tiap-tiap individu pekerja. Beberapa orang mungkin mempunyai rasa takut yang tak beralasan seperti diungkapkan dibawah ini

'merupakan sesuatu yang baru' atau 'saya benar-benar tidak mempunyai pengalaman seperti ini sebelumnya'. Individu-individu ini bisa juga menampakkan perasaan ketidakmampuan, dan merasa tidak diinginkan atau tidak diterima. Penderita bereaksi kepada keterbatasannya dengan ungkapan-ungkapan seperti, tidak dapat bekerja, tidak dapat berpartisipasi dalam berbagai aktivitas, atau merasa tidak 'menjadi orang lagi'.

II. 12. Faktor-faktor yang mempengaruhi kembali bekerja setelah stroke.

Penelitian-penelitian epidemiologi stroke sekitar tahun 1980 an mengalami perubahan penting dalam dalam hal fokus penelitian. Yang berkaitan dengan insidensi, prevalensi, dan 'survival' banyak sudah para penulis yang telah memulai penelitian dengan cara mengikuti penderita dalam jangka waktu lama dan selanjutnya memonitor pemulihan fungsional dan neurologisnya. Sebagai variabel sosioekonomik yang penting seperti disposisi, fungsi sosial, kembali bekerja dan kepuasan hidup juga berusaha untuk dikenali sebagai aspek penting dari *outcome*³⁴.

Sekitar sepertiga penderita stroke adalah pada masa usia bekerja. Di *Oxfordshire*, 76 (24%) dari 318 laki-laki dan 39 (11%) dari 357 wanita sebagai pekerja yang dibayar sebelum menderita stroke. Dari jumlah tersebut, 68 (58%) dapat kembali bekerja pada berbagai macam keadaan, sebagian besar adalah dalam waktu 6 bulan setelah serangan stroke. Jelasnya, sifat alamiah dari pekerjaannya dahulu, sisa-sisa *impairment* dan disabilitas, dan keinginan penderita sendiri akan sangat menentukan sekali kelayakan seseorang untuk kembali bekerja. Hal ini juga penting dalam menentukan seseorang untuk kembali bekerja yaitu ketentuan-ketentuan lokal mengenai pembayaran upah atau gaji bagi orang sakit dan saat yang tepat untuk kembali bekerja, akan menentukan apakah penderita dapat kembali bekerja. Tentu saja,

penderita-penderita yang sudah mendekati usia pensiun mungkin tidak ingin kembali bekerja lagi²⁶.

Menurut beberapa penelitian yang telah dikerjakan seperti penelitian Howard G, dkk tahun 1985 yang telah meneliti 379 penderita yang bekerja sebelum mengalami infark serebri dan setelah satu tahun berikutnya ditentukan faktor-faktor apa saja yang menentukan penderita bisa kembali bekerja. Faktor-faktor tersebut adalah *umur, pekerjaan, ras, sisi hemisfer yang infark*.

- Penderita muda dengan disabilitasnya sedikit maka kemungkinan kembali bekerja lebih besar.
- Penderita yang bekerja di bidang profesi managerial kemungkinannya kembali bekerja lebih besar dibanding pekerja kasar atau petani.
- Kulit putih lebih banyak yang kembali bekerja setelah infark hemisfer kanan.
- Jenis kelamin, tekanan darah, beratnya stroke, tingkat pendidikan, tingkat kesadaran pada saat MRS, kelemahan maksimum pada ekstremitas, stroke yang pertama kali lawan stroke berulang, perawatan tim yang terlatih, terapi rehabilitasi, dan bicara tidak menambah pengaruh kemungkinan kembali bekerja³⁵.

Menurut Black-Schaffer dkk, 1990, dari 79 penderita stroke yang mendapatkan program rehabilitasi rawat inap komprehensif berorientasi vokasional, diikuti dan kemudian dievaluasi kembali bekerjanya, dalam *follow-up* ada 49% kembali bekerja dengan rerata waktu 3,1 bulan setelah keluar dari rehabilitasi. Kemudian diidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan dan kegagalan rehabilitasi vokasional, selanjutnya dikembangkan suatu model untuk memprediksi. Ternyata ada kaitan yang positif antara kembali bekerja dan indeks Barthel saat MRS dan saat KRS. Antara afasia dan kembali bekerja, lama waktu

rehabilitasi, dan sebelumnya mengkonsumsi alkohol asosiasinya negatif. Ternyata yang kembali bekerja adalah penderita yang non-afasia, lama waktu rehabilitasinya pendek, dan skor indeks Barthel lebih tinggi saat KRS, dan yang mengkonsumsi alkohol ringan sebelum stroke⁸.

Sedang menurut hasil penelitian Saeki S dkk, 1993, yang telah melakukan penelitian Kohort retrospektif pada 230 penderita stroke yang pertama kali mengenai asosiasi antara karakteristik penderita saat MRS dan kembali bekerja, dengan mempertimbangkan faktor-faktor perancunya. Dengan umur penderita semuanya kurang dari 65 tahun, bekerja, mahasiswa, atau ibu rumah tangga pada saat serangan stroke, ternyata sebagai prediktor kembali bekerja setelah stroke adalah penderita yang tidak ada kelemahan otot, tidak ada apraksia, dan pekerja kantoran⁷.

II.13. Ketergantungan dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

Aktivitas kehidupan sehari-hari (*Activities of Daily Living= ADL*) merupakan salah satu parameter fungsional dalam menilai *outcome stroke*. Para penderita yang selamat dari serangan stroke mengalami *impairment* yang akan mengganggu dalam kegiatan aktivitas kehidupan sehari-hari mereka.

Ada beberapa instrumen yang dipakai untuk menilai AKS, diantaranya adalah *Functional Independence Measure (FIM)*, indeks Barthel, *Kenny Self-Care Evaluation*. Pada penderita stroke yang paling sering digunakan adalah indeks Barthel.

Pada tahun 1965, Mahoney dan Barthel mempublikasikan suatu skala yang mempunyai bobot untuk mengukur aktivitas kehidupan sehari-hari (AKS) dasar pada penderita yang mempunyai kecacatan kronik. '*Indeks Barthel ini juga dikenal sebagai suatu*

indeks yang sederhana mengenai kemandirian untuk menyekor kemampuan seorang pasien dengan kelainan neuromuskuler atau muskuloskeletal dalam rangka merawat dirinya sendiri'. Indeks Barthel terdiri dari 10 butir item, yaitu meliputi makan, transfer, perawatan diri untuk berhias dan higiene personal, mandi, 'toileting', berjalan, menaiki tangga, dan mengontrol buang air besar (BAB) dan buang air kecil (BAK). Butir-butir item masing-masing diskor sesuai dengan bobot sistem penyekoran (*skoring*) yang menetapkan butir-butir itemnya berdasarkan penampilannya mandiri atau mendapat bantuan. Contoh seorang yang membutuhkan bantuan orang lain dalam hal makan akan mendapat nilai 5, sedangkan yang mandiri dalam hal makan maka dapat nilai 10. Seorang penderita yang mendapat skor maksimum dengan nilai 100 berarti mandiri dengan keterbatasan (*continent*), mampu makan dan berpakaian sendiri, dapat berjalan satu blok, dan naik turun tangga. Kenapa nilai skor maksimum tidak menggunakan mandiri penuh karena AKS instrumental seperti memasak, merawat rumah, dan sosialisasi disini tidak dinilai. Stabilitas indeks Barthel (*tes-retest keandalan*) telah dilaporkan oleh Granger dan koleganya, dengan nilai 0,89, sedangkan koefisien keandalan menurut para penera ternyata diatas 0,95. Indeks Barthel mungkin merupakan indeks yang paling luas dipelajari dalam hal publikasi asesmen perawatan diri. Banyak studi yang menyatakan bahwa sangat sensitif untuk perubahan kurun waktu, dan merupakan prediktor signifikan *outcome* rehabilitasi, sehingga indeks ini sangat berkaitan secara signifikan dengan pengukuran lain tentang status penderita. Sebagai contoh, Wade dan koleganya mendapatkan bahwa skor dalam indeks Barthel mempunyai korelasi positif dengan status fungsional 6 bulan kemudian pada 83 penderita stroke. Sama juga, skor indeks Barthel awal ternyata menjadi prediktor yang andal *outcome* akhir rehabilitasi pada penelitian 31 bulan pada 41 penderita stroke yang dilakukan oleh Hertanu dan koleganya. Penelitian-

penelitian tersebut menunjukkan suatu kesimpulan bahwa indeks Barthel adalah prediktor andal *outcome* rehabilitasi. Indeks Barthel juga berkorelasi secara signifikan dengan keadaan penderita saat keluar rumah sakit (KRS) dan lama perawatan di rumah sakit.^{36, 37, 38, 39,40}

Indeks Barthel

	Dengan Bantuan	Mandiri
a. Makan	5	10
b. Transfer bed/kursi	5-10	15
c. 'Personal Toilet' Cuci muka, cuci rambut, bercukur, gosok gigi.	0	5
d. 'Toiletting'	5	10
e. Mandi	0	5
f. Berjalan di tempat yang datar	10	15
g. Naik turun tangga.	5	10
h. Berpakaian	5	10
i. Kontrol BAB	5	10
j. Kontrol BAK	5	10

Skor: 0 -20 : Ketergantungan Total.

21-61 : Ketergantungan Berat.

62-90 : Ketergantungan Sedang.

91-99 : Ketergantungan Ringan.

100 : Independen.

BAB III

METODA PENELITIAN

III.1. Rancangan Penelitian.

Penelitian ini menggunakan pendekatan deskriptif observasional terhadap karakteristik penderita yang kembali bekerja setelah stroke di RSUP Dr.kariadi.

III.2. Unit analisis:

Penderita Stroke pasca rawat inap di IRNA B1 Saraf RSUP Dr.Kariadi Semarang.

III.3. Populasi.

Penderita Stroke usia 20-60 tahun yang pasca rawat inap di IRNA B1 Saraf RSUP Dr. Kariadi Semarang dengan jumlah sampel tercapai berasal dari catatan medik dari bulan Juli 1997 s/d Juni 1998. Dievaluasi dengan kuesener setelah keluar dari rumah sakit dan dilakukan kunjungan rumah.

III.4. Sampel.

Semua penderita dari populasi penelitian yang memenuhi kriteria inklusi dan tidak termasuk dalam kriteria eksklusi.

III.5. Kriteria inklusi dan eksklusi:

1. Kriteria Inklusi:

- Penderita Stroke pasca rawat inap di IRNA B1 Saraf RSUP Dr.Kariadi Semarang.
- Bertempat tinggal di Kotamadya Semarang.
- Umur 20- 60 tahun
- Pada saat serangan stroke penderita bekerja.

- Bersedia mengisi dan mampu menjawab kuesener, apabila tidak mampu maka keluarga dapat membantu menjawab kuesener.

2. Kriteria Eksklusi

- Penderita dengan diagnosis *Transient Ischemic Attack* (TIA).
- Penderita bertempat tinggal diluar kota madya Semarang.
- Penderita saat serangan stroke tidak mempunyai pekerjaan.
- Tidak bersedia mengisi kuesener.

III.6. Teknik Pengambilan Sampel.

Pengambilan sampel berdasarkan catatan medik penderita yang dirawat di IRNA B1 Saraf RSUP Dr.Kariadi. Selanjutnya penderita dievaluasi dengan kunjungan rumah. Untuk memperoleh data dilakukan wawancara dengan penderita atau dengan keluarga serta digunakan kuesener.

III.7. Pengumpulan Data:

Sarana yang dipakai:

1. Kuisener.
2. Catatan Medik, Penderita pasca rawat inap di IRNA B1 Saraf RSDK bulan Juli 1997 s/d Juni 1998. Data yang diteliti meliputi :
 - 1) Nama
 - 2) Umur penderita.
 - 3) Jenis kelamin.
 - 4) Pendidikan.
 - 5) Status perkawinan.
 - 6) Pekerjaan sebelum stroke

- 7) Pekerjaan setelah stroke (kembali bekerja).
- 8) Waktu kembali bekerja setelah stroke.
- 9) Lama waktu kembali bekerja: Full-time, Part time.
- 10) Macam pekerjaan setelah stroke: buruh, tani, kantor.
- 11) Macam stroke: Stroke non hemoragik, stroke hemoragik.
- 12) Sisi kelumpuhan.
- 13) Afasia.
- 14) Program rehabilitasi: fisioterapi, okupasi terapi, ortotik-prostetik, terapi wicara, psikologi, sosial medik.
- 15) Alat bantu.

III.8. Analisis data.

Data yang diperoleh selanjutnya diolah berdasarkan distribusi sesuai kategori yang ada. Data dasar disajikan secara deskriptif dalam bentuk tabel. Hubungan karakteristik dengan kembali bekerja dianalisis dengan menggunakan komputer program SPSS versi 7.5.

III.9. Batasan Operasional.

- Stroke adalah suatu gangguan fungsi saraf akut yang disebabkan oleh karena gangguan peredaran darah di otak, di mana secara mendadak (dalam beberapa detik) atau secara cepat (dalam beberapa jam) timbul gejala dan tanda yang sesuai dengan daerah fokal di otak yang terganggu.
- Penyakit penyerta : kondisi adanya faktor risiko seperti hipertensi, diabetes mellitus, penyakit jantung yang didapat dari anamnesis.

- Indeks Barthel : skor yang dipakai untuk penilaian disabilitas AKS terdiri 10 item. (lihat lampiran).
- Bekerja adalah aktivitas produktif yang bermanfaat untuk diri dan keluarganya misal pegawai negeri, wiraswasta atau bisa melakukan kegiatan di rumah yang bermanfaat untuk diri dan keluarga misal ibu rumah tangga.
- Kembali bekerja: penderita sebelum serangan stroke bekerja dan setelah serangan stroke penderita dapat kembali bekerja ke pekerjaan semula atau berganti pekerjaan.
- Bekerja '*full-time*' apabila penderita mampu bekerja 40 jam selama satu minggu.
- Bekerja '*part-time*' apabila penderita bekerja kurang dari 40 jam per minggunya.

III. 10. Waktu Penelitian.

Penelitian dimulai:

- Bulan Febuari 1999 : Mengumpulkan Jurnal dan kepustakaan yang berhubungan dengan penelitian.
- Bulan Mei 1999 : Mengajukan usulan penelitian.
- Bulan Juni s/d Agustus 1999 : Pengumpulan data.
- Bulan September 1999 : Pengolahan data.
- Bulan Oktober 1999 : Penelitian Selesai dan siap dibacakan di hadapan Sidang.

BAB IV
HASIL PENELITIAN

Dalam kurun waktu 1 tahun (1 Juli 1997-30 Juni 1998) di Bangsal IRNA B1 Saraf telah dirawat 402 pasien dengan diagnosis klinis stroke. Terdiri dari 240 laki-laki (59,70%) dan 162 perempuan (40,30%). Menurut jenisnya dibagi dalam 169 pasien (42%) stroke hemoragik dan sisanya 233(58%) stroke infark. Dari jumlah ini 115 orang (28,60%) meninggal dalam perawatan dan sisanya 287 (71,40%) dapat selamat keluar dari rumah sakit⁴¹. Dari seluruh kasus stroke yang selamat tersebut, yang memenuhi kriteria inklusi penelitian adalah 75 orang. Setelah dilakukan kunjungan rumah didapatkan 30 orang meninggal dunia, 2 orang pindah alamat diluar kodya Semarang, sedangkan sisanya yang dapat dievaluasi sebanyak 43 orang. Menurut jenis stroke : terdiri dari 39 orang stroke iskemik dan 4 orang stroke hemoragik.

Tabel 1: Distribusi penderita stroke menurut kelompok jenis kelamin

Jenis Kelamin	Kembali Bekerja		Tidak Kembali Bekerja		Total	
	f	%	f	%	f	%
Laki-laki	11	45,8 %	13	54,2 %	24	100,0 %
Perempuan	10	52,6 %	9	47,4 %	19	100,0 %
Total	21	48,8%	22	51,2%%	43	100,0 %

Didapatkan penderita stroke laki-laki 11 orang (45,8 %) yang kembali bekerja sedangkan perempuan 10 orang (52,6 %).

Tabel distribusi karakteristik penderita stroke yang kembali bekerja.

No	Karakteristik	Jumlah		No	Karakteristik	Jumlah	
		f	%			f	%
1	<u>Jenis kelamin</u>			10	<u>Penyakit Penyerta</u>		
	Laki-laki	11	52,4 %		Tidak ada	6	28,6%
2	Perempuan	10	47,6%	Hipertensi	11	52,4%	
	<u>Umur</u>			DM	2	9,5%	
	<=30 thn	1	4,8%	H+DM	2	9,5%	
	31-40 thn	4	19,0%	11	<u>Alat Bantu</u>		
	41-50 thn	10	47,6%		Tidak Pakai	20	95,2%
51-60 thn	6	28,6%	Tongkat		-	-	
3	<u>Status Perkawinan</u>			Kursi roda	-	-	
	Kawin	17	81,0%	Tripod	1	4,8%	
4	Janda	4	19,0%	12	<u>Skor Indeks Barthel</u>		
	<u>Pendidikan</u>				0-20=Total	-	-
	Tdk sekolah	4	19,0%		21-61=Berat	-	-
	SD	4	19,0%		62-90=Sedang	1	4,8%
	SLTP	4	19,0%	91-99=Ringan	-	-	
	SLTA	7	33,5%	100=Independen	20	95,2%	
	UNIV	2	9,5%	13	<u>Fisioterapi</u>		
5	<u>Pekerjaan</u>				Tidak FT	4	19,0%
	PNS/TNI/POLRI	7	32,4%		1-6X	15	71,4%
	Wiraswasta	4	19,0%	>6x	2	9,6%	
	Dagang	-	-	14	<u>Okupasional Terapi</u>		
	Buruh/Tani	4	19,0%		Tidak OT	12	57,1%
Lain2/IRT	6	29,6%	1-6x	8	38,1%		
6	<u>Riwayat stroke</u>			>6x	1	4,8%	
	Pertama kali	17	81,0%	15	<u>Ortotik Prostetik</u>		
>1 Kali	4	19,0%	Tidak OP		20	95,2%	
7	<u>Macam Stroke</u>			Dapat OP	1	4,8%	
	Iskemik	21	100,0%	16	<u>Terapi Wicara</u>		
Hemoragik	-	-	Tidak TW		18	85,7%	
8	<u>Afasia</u>			Dapat TW	3	14,3%	
	Ada	4	19,0%	17	<u>Psikologi</u>		
Tidak ada	17	81,0%	Tidak Psi		20	95,2%	
9	<u>Sisi Kelumpuhan</u>			Dapat Psi	1	4,8%	
	Kiri	7	33,3%	18	<u>Sosial Medik</u>		
Kanan	14	66,7%	Tidak SM		11	52,4%	
				Dapat SM	10	47,6%	

Tabel 2: Distribusi penderita stroke menurut kelompok umur.

Umur	Kembali Bekerja		Tidak Kembali Bekerja		Total	
	f	%	f	%	f	%
<=30 thn	1	50,0 %	1	50,0%	2	100,0%
31-40 thn	4	66,6%	2	33,4%	6	100,0%
41-50 thn	10	66,6%	5	33,4%	15	100,0%
51-60 thn	6	30,0%	14	70,0%	20	100,0%
Total	21	48,8%	22	51,2%	43	100,0%

Menurut kelompok umur penderita stroke yang kembali bekerja berusia antara 31-50 tahun (66,6%).

Tabel 3 : Distribusi penderita stroke menurut kelompok status perkawinan.

Status Perkawinan	Kembali Bekerja		Tidak Kembali Bekerja		Total	
	f	%	f	%	f	%
Kawin	17	44,7%	21	55,3%	38	100,0%
Janda/duda	4	80,0%	1	20,0%	5	100,0%
Total	21	48,8%	22	51,2%	43	100,0%

Berdasarkan status perkawinan penderita stroke yang kembali bekerja berstatus kawin 44,7%, janda/duda 80,0%.

Tabel 4 : Distribusi penderita stroke menurut kelompok pendidikan.

Pendidikan	Kembali Bekerja		Tidak Kembali Bekerja		Total	
	f	%	f	%	f	%
Tidak sekolah	4	50,0%	4	50,0%	8	100,0%
SD	4	40,0%	6	60,0%	10	100,0%
SLTP	4	36,4%	7	63,6%	11	100,0%
SLTA	7	63,6%	4	36,4%	11	100,0%
UNIV	2	66,6%	1	33,4%	3	100,0%
Total	21	48,8%	22	51,2%	43	100,0%

Berdasarkan pendidikan ternyata penderita yang kembali bekerja terbanyak dengan pendidikan Universitas (66,6%)

Tabel 5: Distribusi penderita stroke menurut kelompok pekerjaan.

Pekerjaan	Kembali Bekerja		Tidak Kembali Bekerja		Total	
	f	%	f	%	f	%
PNS/TNI/ POLRI	7	41,1%	10	58,9%	17	100,0%
Wiraswasta	4	66,7%	2	33,3%	6	100,0%
Buruh/Tani	4	50,0%	4	50,0%	8	100,0%
Lain2/IRT	6	54,5%	5	45,5%	11	100,0%
Tidak Bekerja	-	-	1	100,0%	1	100,0%
Total	21	48,8%	22	51,2%	43	100,0%

Berdasarkan pekerjaan penderita sebelum stroke yang kembali bekerja terbanyak adalah kelompok Wiraswasta (66,7 %)

Tabel 6: Distribusi penderita stroke menurut kelompok riwayat stroke.

Riwayat Stroke	Kembali Bekerja		Tidak Kembali Bekerja		Total	
	f	%	f	%	f	%
Pertama Kali	17	50,0%	17	50,0%	34	100,0%
> 1 kali	4	44,5%	5	55,5%	9	100,0%
Total	21	48,8%	22	51,2%	43	100,0%

Sebagian besar penderita yang kembali bekerja adalah penderita stroke pertama kali sebanyak 17 orang (50,0%).

Tabel 7: Distribusi penderita stroke menurut kelompok macam stroke.

Macam Stroke	Kembali Bekerja		Tidak Kembali Bekerja		Total	
	f	%	f	%	f	%
Iskemik	21	53,8%	18	46,2%	39	100,0%
Hemoragik	-	-	4	100,0%	4	100,0%
Total	21	48,8%	22	51,2%	43	100,0%

Seluruh penderita stroke yang kembali bekerja adalah penderita stroke iskemik (53,8%).

Tabel 8: Distribusi penderita stroke menurut kelompok afasia.

Afasia	Kembali Bekerja		Tidak Kembali Bekerja		Total	
	f	%	f	%	f	%
Ada	4	26,6%	11	73,4%	15	100,0%
Tidak ada	17	60,7%	11	39,3%	28	100,0%
Total	21	48,8%	22	51,2%	43	100,0%

Sebagian besar penderita stroke yang kembali bekerja adalah kelompok penderita yang tidak ada afasia (60,7%).

Tabel 9: Distribusi penderita stroke menurut kelompok sisi kelumpuhan.

Sisi Kelumpuhan	Kembali Bekerja		Tak Kembali Bekerja		Total	
	f	%	f	%	f	%
Kiri	7	41,2%	10	58,8%	17	100,0%
Kanan	14	53,8%	12	46,2%	26	100,0%
Total	21	48,8%	22	51,2%	43	100,0%

Penderita stroke yang kembali bekerja ditinjau dari sisi kelumpuhannya sebagian besar penderita pada sisi kelumpuhan sebelah kanan (53,8%).

Tabel 10: Distribusi penderita stroke menurut kelompok penyakit yang menyertai.

Penyakit Menyertai	Kembali Bekerja		Tidak Kembali Bekerja		Total	
	f	%	f	%	f	%
Tidak ada	6	75,0%	2	25,0%	8	100,0%
Hipertensi	11	36,6%	19	63,4%	30	100,0%
DM	2	100,0%	-	-	2	100,0%
H+DM	2	66,6%	1	33,4%	3	100,0%
Total	21	48,8%	22	51,2%	43	100,0%

Berdasarkan kelompok penyakit penyerta pada penderita stroke yang kembali bekerja adalah yang tidak ada penyakit penyerta 75,0%, dengan DM 100%.

Tabel 11: Distribusi penderita stroke yang kembali bekerja menurut kelompok lama waktu setelah stroke.

Lama Waktu	Kembali Bekerja	
	f	%
1-5 bulan	13	61,9%
6-9 bulan	6	28,6%
10-12 bulan	2	9,5%
Total	21	100,0%

Berdasarkan lama waktu setelah stroke penderita dapat kembali bekerja < 6 bulan sebanyak 61,9%.

Tabel 12: Distribusi penderita stroke yang kembali bekerja menurut kelompok macam pekerjaan.

Macam Pekerjaan	Kembali Bekerja	
	f	%
Pekerjaan Semula	15	71,4%
Ganti Pekerjaan	6	28,6%
Total	21	100,0%

Macam pekerjaan penderita stroke setelah dapat bekerja kembali adalah kembali ke pekerjaan semula (71,4%).

Tabel 13: Distribusi penderita stroke yang kembali bekerja menurut kelompok lamanya kerja perhari.

Lama Kerja/hari	Kembali Bekerja	
	f	%
< 4 Jam	9	42,9%
4-8 Jam	10	47,6%
> 8 Jam	2	9,5%
Total	21	100,0%

Penderita stroke yang kembali bekerja berdasarkan kelompok lama waktu bekerja dalam sehari adalah 4-8 jam per hari (47,6%).

Tabel 14: Distribusi penderita stroke menurut kelompok yang menggunakan alat bantu.

Alat Bantu	Kembali Bekerja		Tidak Kembali Bekerja		Total	
	f	%	f	%	f	%
Tidak pakai	20	50,0%	20	50,0%	40	100,0%
Tongkat	-	-	1	100,0%	1	100,0%
Kursi Roda	-	-	1	100,0%	1	100,0%
Tripod	1	100,0%	-	-	1	100,0%
Total	21	48,8%	22	51,2%	43	100,0%

Penderita yang kembali bekerja tidak menggunakan alat bantu 50,0%, tripod 100%.

Tabel 15: Distribusi penderita stroke menurut kelompok Indeks Barthel.

Skor Indeks Barthel	Kembali Bekerja		Tidak Kembali Bekerja		Total	
	f	%	f	%	f	%
0-20 = Total	-	-	2	100,0%	2	100,0%
21-61=Berat	-	-	7	100,0%	7	100,0%
62-90 = Sedang	1	16,6%	5	83,4%	6	100,0%
91-99 = ringan	-	-	2	100,0%	2	100,0%
100= independen	20	76,9%	6	23,1%	26	100,0%
Total	21	48,8%	22	51,2%	43	100,0%

Berdasarkan penghitungan dengan skor Indeks Barthel penderita stroke yang kembali bekerja sebagian besar adalah sudah independen (76,9%).

Tabel 16: Distribusi penderita stroke menurut kelompok yang mendapat fisioterapi.

Fisioterapi	Kembali Bekerja		Tidak Kembali Bekerja		Total	
	f	%	f	%	f	%
Tidak FT	4	66,6%	2	33,4%	6	100,0%
1-6x	15	46,8%	17	53,2%	32	100,0%
> 6x	2	40,0%	3	60,0%	5	100,0%
Total	21	48,8%	22	51,2%	43	100,0%

Penderita stroke yang kembali bekerja dalam perawatan mendapatkan program fisioterapi 1-6x (46,8%), tidak FT 66,6%.

Tabel 17: Distribusi penderita stroke menurut kelompok yang mendapat Okupasi Terapi.

Okupasi Terapi	Kembali Bekerja		Tidak Kembali Bekerja		Total	
	f	%	f	%	f	%
Tidak OT	12	57,1%	9	42,9%	21	100,0%
1-6x	8	38,1%	13	61,9%	21	100,0%
> 6x	1	100,0%	-	-	1	100,0%
Total	21	100,0%	22	100,0%	43	100,0%

Penderita stroke yang kembali bekerja mendapat program terapi okupasi > 6 x (100%), tidak mendapat OT (57,1%).

Tabel 18: Distribusi penderita stroke menurut kelompok yang mendapat Ortotik Prostetik.

Ortotik Prostetik	Kembali Bekerja		Tidak Kembali Bekerja		Total	
	f	%	f	%	f	%
Tidak OP	20	48,8%	21	51,2%	41	100,0%
Dapat OP	1	50,0%	1	50,0%	2	100,0%
Total	21	48,8%	22	51,2%	43	100,0%

Penderita stroke yang kembali bekerja tidak mendapat program ortotik prostetik (48,8%), dapat OP 50,0%

Tabel 19: Distribusi penderita stroke menurut kelompok yang mendapat Terapi Wicara.

Terapi Wicara	Kembali Bekerja		Tidak Kembali Bekerja		Total	
	f	%	f	%	f	%
Tidak TW	18	51,4%	17	48,6%	35	100,0%
Dapat TW	3	37,5%	5	62,5%	8	100,0%
Total	21	48,8%	22	51,2%	43	100,0%

Penderita stroke yang kembali bekerja sebagian besar tidak mendapat program terapi wicara (51,4%)

Tabel 20: Distribusi penderita stroke menurut kelompok yang mendapat konsultasi Psikologi.

Psikologi	Kembali Bekerja		Tidak Kembali Bekerja		Total	
	f	%	f	%	f	%
Tidak Psi	20	47,6%	22	52,4%	42	100,0%
Dapat Psi	1	100,0%	-	-	1	100,0%
Total	21	48,8%	22	51,2%	43	100,0%

Penderita stroke yang kembali bekerja tidak mendapatkan konsultasi psikologi (47,6%), dapat psikologi 100%.

Tabel 21: Distribusi penderita stroke menurut kelompok yang mendapat program Sosial Medik.

Sosial Medik	Kembali Bekerja		Tidak Kembali Bekerja		Total	
	f	%	f	%	f	%
Tidak SM	11	64,7%	6	32,3%	17	100,0%
Dapat SM	10	38,4%	16	61,6%	26	100,0%
Total	21	48,8%	22	51,2%	43	100,0%

Penderita stroke yang kembali bekerja yang mendapat program Sosial medik 38,4% sedangkan yang tidak mendapatkan program sosial medik 64,7%.

Tabel 22: Hubungan antara kelompok umur dengan kembali bekerja.

Umur	Range	n	Minimum	Rerata	SD	Maksimum
Kembali bekerja	25-60	21	25	47	9	60
Tak kembali bekerja	30-60	22	30	51	8	60

Umur	n	Rerata	SD	SE	t	df	p
Kembali bekerja	21	47,48	8,72	1,90	-1,398	41	0,170
Tak kembali bekerja	22	51,09	8,25	1,76	-1,396	40,570	0,170

Setelah dilakukan uji statistik t-test $p=0,170$, jadi tidak ada perbedaan yang bermakna antara umur rata-rata kelompok yang kembali bekerja dan yang tidak kembali bekerja

Tabel 23: Hubungan jenis kelamin dengan kembali bekerja.

Jenis Kelamin	Kembali Bekerja		Tidak Kembali Bekerja		Total	
	f	%	f	%	f	%
Laki-laki	11	45,8%	13	54,2%	24	100,0%
Perempuan	10	52,6%	9	47,4%	19	100,0%
Total	21	48,8%	22	51,2%	43	100,0%

Setelah dilakukan uji statistik *Chi-Square test* $df=1$, $p=0,698$ tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan kembali dan tidak kembali bekerja.

Tabel 24: Hubungan Macam stroke dengan kembali bekerja.

Macam stroke	Kembali Bekerja		Tidak Kembali Bekerja		Total	
	f	%	f	%	f	%
Iskemik	21	53,8%	18	46,2%	39	100,0%
Hemoragik	-	-	4	100,0%	4	100,0%
Total	21	48,8%	22	51,2%	43	100,0%

Setelah dilakukan uji statistik *Chi-Square test*, $df=1$, $p=0,127$; dengan uji Fisher $p=0,108$. Jadi tidak ada hubungan antara macam stroke dengan kembali atau tidak kembali bekerja.

Tabel 25: Hubungan afasia dengan kembali bekerja.

Afasia	Kembali Bekerja		Tidak Kembali Bekerja		Total	
	f	%	f	%	f	%
Ada	4	26,7%	11	73,3%	15	100,0%
Tidak ada	17	60,7%	11	39,3%	28	100,0%
Total	21	48,8%	22	51,2%	43	100,0%

Dengan tes kai kuadrat $p=0,033$, ada hubungan bermakna antara ada tidaknya afasia dengan kembali dan tidak kembali bekerja. Yang ada afasia lebih cenderung ke tak kembali bekerja dan sebaliknya yang tidak ada afasia cenderung kembali bekerja. Rasio odds = 4, 250 berarti kemungkinan yang tidak ada afasia kembali bekerja 4 x dibandingkan yang ada afasia.

Tabel 26: Hubungan antara Indeks Barthel dengan kembali bekerja.

Indeks Barthel	n	Minimu m	Rerata	SD	Maksimum
Kembali bekerja	21	90	100	2	100
Tak kembali bekerja	22	40	80	22	100

Indeks Barthel	n	Rerata	SD	SE	t	df	p
Kembali bekerja	21	99,52	2,18	0,48	3,987	41	0,000
Tak kembali bekerja	22	80,23	22,06	4,70	4,081	21,430	0,001

Setelah dilakukan uji statistik *t-test*, $p= 0,001$, ada perbedaan yang bermakna antara indek Barthel rata-rata kelompok kembali bekerja lebih tinggi dibanding Indeks Barthel kelompok yang tidak kembali bekerja

Tabel 27: Hubungan sisi kelumpuhan dengan kembali bekerja.

Sisi kelumpuhan	Kembali Bekerja		Tidak Kembali Bekerja		Total	
	f	%	f	%	f	%
Kiri	7	41,2%	10	58,8%	17	100,0%
Kanan	14	53,8%	12	46,2%	26	100,0%
Total	21	48,8%	22	51,2%	43	100,0%

Setelah dilakukan uji statistik *Chi-Square test*, $df=1$, $p=0,416$. Dengan uji Fisher $p=0,537$ Jadi tidak ada hubungan antara sisi kelumpuhan dengan kembali atau tidak kembali bekerja

BAB V

PEMBAHASAN

Dari Tabel 1, Didapatkan penderita stroke yang kembali bekerja laki-laki 11 orang (45,8%) lebih banyak dibanding perempuan 10 orang (54,2%). Hal ini sesuai dengan penelitian Howard dkk, 1985 yang mendapatkan bahwa ternyata laki-laki lebih banyak yang kembali bekerja, persentase laki-laki 22% dan perempuan 12 %. Sedangkan Saeki et al 1993, melaporkan penderita yang kembali bekerja setelah stroke laki-laki 57,3% dari 124 penderita, perempuan 59,4% dari 106 penderita. Dan menurut laporan dari Black-Schaffer, 1990 laki-laki 49% dari 47 oarang laki-laki dan 50% dari 32 orang perempuan ^{7,8}.

Tabel 2, Menurut kelompok umur penderita stroke yang kembali bekerja berusia antara 31-50 tahun (66,6%). Sebagaimana telah dihipotesiskan umur yang lebih muda akan lebih siap kembali bekerja setelah stroke daripada penderita yang lebih tua, dengan berbagai macam alasan, termasuk pemulihan neurologis dan fungsionalnya akibat gangguan fungsi saraf, kemudian lebih mampu menyesuaikan terhadap disabilitas, lebih tinggi motivasinya untuk kembali bekerja, dan keinginan majikan lebih besar untuk memperkerjakan kembali. Black-Schaffer dkk, melaporkan rerata umur yang kembali bekerja adalah $51,7 \pm 10$ tahun. Penelitian ini mendekati hasil penelitian Black-Schaffer dkk ⁸.

Tabel 3, Berdasarkan status perkawinan penderita stroke yang kembali bekerja berstatus kawin (44,7%). Ini sesuai dengan hasil penelitian Saeki et al, 1993 dari 192 penderita stroke yang kembali bekerja yang berstatus kawin adalah 57,8%⁷.

Tabel 4, berdasarkan pendidikan ternyata penderita yang kembali bekerja terbanyak dengan pendidikan Universitas (66,6%). Ini mendekati hasil penelitian Saeki et al, penderita yang kembali bekerja yang berpendidikan Universitas 34 penderita (70,6%)⁷.

Tabel 5, berdasarkan pekerjaan penderita sebelum stroke yang kembali bekerja terbanyak adalah kelompok wiraswasta (66,7%). Dalam laporan penelitian dari Saeki et al disebutkan bahwa Heinemaan menyatakan penderita yang lebih cepat kembali bekerja adalah yang mempunyai sumber pendanaan pribadi dibandingkan yang mempunyai sumber pendanaan dari masyarakat (*public fund source*)⁷.

Tabel 6, sebagian besar penderita yang kembali bekerja adalah penderita stroke pertama kali sebanyak 17 Orang (50,0%) yang lebih dari satu kali (44,5%). Penelitian Howard dkk, mendapatkan 20% penderita dari 340 penderita stroke yang pertama kali yang kembali bekerja. Sedangkan 15% dari 39 penderita stroke yang lebih dari satu kali kembali bekerja. Sesuai penelitian Howard dkk, stroke pertama kali lebih banyak yang kembali bekerja dibanding yang lebih dari satu kali³⁵

Tabel 7 Berdasarkan distribusi stroke menurut kelompok macam stroke bahwa yang kembali bekerja adalah penderita stroke iskemik sebanyak 21 orang (53,8%) dari 39 penderita stroke iskemik. Dalam penelitian Saeki et al, 1993, penderita dengan diagnosis stroke iskemik terdapat 54,1%, dan stroke hemoragik 44,1%, stroke iskemik lebih tinggi dari stroke hemoragik dalam kaitannya sebagai faktor yang menentukan untuk kembali bekerja signifikan⁷.

Tabel 8 Sebagian besar penderita stroke yang kembali bekerja adalah kelompok penderita yang tidak ada afasia (60,7%). Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Black-Schaffer

dan Osberg (1990) yang meneliti faktor prediktor kembali bekerja yang dikaitkan dengan afasia, pada kelompok yang tidak ada afasia (60,7%) dapat kembali bekerja setelah stroke ⁷.

Tabel 9, Penderita stroke yang kembali bekerja ditinjau dari sisi kelumpuhannya sebagian besar penderita pada sisi kelumpuhan sebelah kanan (53,8%) dibandingkan sisi kelumpuhan kiri (41,2%). Hasil penelitian ini berbeda bila dibandingkan dengan hasil penelitian Black-Schaffer dan Osberg (1990) yang meneliti faktor-faktor prediktor kembali bekerja setelah stroke sisi hemiplegi kanan 39% sedangkan sisi hemiplegi kiri 61% ⁸.

Tabel 10, berdasarkan distribusi kelompok penyakit penyerta penderita stroke yang kembali bekerja adalah yang tidak ada penyakit penyertanya (75,0 %) yang dengan hipertensi (36,6%). Saeki et al, 1993 melaporkan ada 48,0% penderita stroke yang sebelumnya menderita hipertensi yang kembali bekerja ⁷.

Tabel 11, berdasarkan lama waktu setelah stroke yang dapat kembali bekerja terbanyak adalah < 6 bulan (61,9%). Dari penelitian Black-Schaffer dkk, ada 49% penderita yang kembali bekerja setelah mendapat rehabilitasi komprehensif dengan program aktivitas pravo-kasional dan vokasional; Rata-rata penderita kembali bekerja adalah 3,1 bulan setelah rehabilitasi, bila dibandingkan dengan penelitian Hindfelt dan Nilsson lebih pendek. Menurut Black-Schaffer dkk, berpendapat bahwa penderita itu perlu waktu mendekati 6 bulan di rumah, yaitu untuk memperbaiki daya tahannya dan menyelesaikan persoalan penyesuaian fisik dan psikologis, sebelum dapat kembali secara efektif ke tempat kerjanya. Dari perbandingan dengan hasil penelitian lain tersebut sebetulnya tidak bisa diambil kesimpulan yang sama karena di RSUP Dr.Kariadi tidak dilakukan program pravo-kasional dan vokasional secara khusus ⁸.

Tabel 12, menurut kelompok macam pekerjaan penderita stroke yang kembali bekerja adalah kembali ke pekerjaan semula sebanyak (71,4%). Weisburgh dkk,1971 lebih dari sepertiga penderita hemiplegi yang konsultasi vokasional tanpa membedakan hemiplegi kanan atau kiri benar-benar kembali ke pekerjaan kompetitif sebelumnya. 44% kembali ke pekerjaan semula, 13% kembali bekerja tetapi ganti pekerjaan ke level yang sama, 30% kembali bekerja ke pekerjaan yang sama sekali baru pada level yang lebih rendah dibanding saat sebelum stroke. Howard dkk, melaporkan dari 38 penderita stroke yang kembali bekerja ke pekerjaan yang sama 11 (29%), ke pekerjaan semula tetapi dengan modifikasi ada 22 (58%), 5 penderita (13%) ganti pekerjaan ^{35,39}.

Tabel 13, penderita stroke yang kembali bekerja berdasarkan kelompok lama waktu bekerja dalam sehari terbanyak adalah 4-8 jam/hari (47,6%). Howard dkk, melaporkan hampir separoh penderita (48%) yang sebelum stroke bekerja purna waktu (*full-time*) setelah stroke kembali bekerja paruh waktu (*part-time*). Dua pertiga dari 39 penderita berkurang jam kerjanya kurang dari 40 jam per minggu. 58% harus ganti pekerjaan maka menurut Gresham dkk, 1979 studi Framingham ada 63% menurun fungsi vokasionalnya ³⁵. Maka apabila bekerja penuh purna waktu (*full-time*) adalah kemampuan bekerja seseorang dalam satu minggu adalah 40 jam. Di Indonesia pegawai sebagian bekerja bekerja 6 hari kerja per minggu, meskipun pada daerah tertentu ada yang 5 hari kerja perminggu. Bila maksimumnya 8 jam x 5 hari maka ada dapat bekerja purna waktu. Demikian pula apabila diambil 7 jam per hari x 6 hari kerja maka 43 jam/ minggu masih bisa bekerja purna waktu. Tetapi bila diambil angka minimum 5 jam perhari maka baik pada kelompok yang 5 hari kerja maupun 6 hari kerja penderita hanya bisa bekerja paruh waktu (*part-time*), yaitu masing masing 25 jam/minggu dan 30 jam/minggu.

Tabel 15, berdasarkan penghitungan skor indeks Barthel penderita yang kembali bekerja sebagian besar adalah independen (76,9%). Howard dkk, melaporkan hanya 9 % dari 233 penderita stroke dengan kapasitas fungsional ketergantungan total yang kembali bekerja. Sedangkan 36% dari 146 penderita stroke yang kapasitas fungsional ketergantungannya tidak total yang kembali bekerja sekitar 4 kalinya ^{29,35}

Tabel 14,16, 17, 18, 19, 20 penderita stroke yang kembali bekerja dalam perawatannya secara berturut-turut tidak memakai alat bantu (50,0%), mendapatkan program fisioterapi adalah 1-6 x (46,8%), tidak mendapat Okupasi terapi 12 orang (57,1%), tidak mendapat ortotik prostetik 20 orang (48,8%), tidak mendapat terapi wicara 18 orang (51,4%), tidak mendapat konsultasi psikologi 20 orang (47,6%) dan tidak mendapat program sosial medik 11 orang (64,7%). Kemungkinan karena strokenya ringan.

Tabel 22, hubungan antara kelompok umur dengan kembali bekerja.

Setelah dilakukan uji statistik *t-test* $p=0,170$, jadi tidak ada perbedaan yang bermakna antara umur rata-rata kelompok yang kembali bekerja dan yang tidak kembali bekerja. Sesuai dengan hasil penelitian Black-Schaffer dkk, 1990, juga melaporkan tidak ada perbedaan bermakna ($p=0,44$) antara rerata umur yang kembali bekerja dengan rerata umur yang tidak kembali bekerja ⁸.

Tabel 23, hubungan jenis kelamin dengan kembali bekerja.

Setelah dilakukan uji statistik dengan *Chi-Square test*, $df=1$, $p=0,698$ tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan kembali bekerja dan tidak kembali bekerja. Sesuai dengan hasil penelitian Black-Schaffer dkk, 1990, melaporkan tidak ada kaitan yang mencolok ($P=1,0$) antara jenis kelamin dengan kembali bekerja dan tidak kembali bekerja ⁸.

Tabel 24, hubungan antara macam stroke dengan kembali bekerja.

Setelah dilakukan uji statistik *Chi-Square test*, $df=1$, $p=0,127$; dengan uji Fisher $p=0,108$. Menunjukkan tidak ada hubungan antara macam stroke dengan kembali atau tidak kembali bekerja. Menurut hasil penelitian penelitian Saeki et al, 1993, yang melaporkan bahwa diagnosis stroke hemoragik 44,1% dari 93 penderita dan stroke iskemik 54,1% dari 61 penderita dengan uji statistik *Chi-Square test* mempunyai hubungan yang bermakna $p < 0,001$ dengan kembali bekerja ⁷.

Tabel 25, hubungan afasia dengan kembali bekerja.

Dengan uji statistik *Chi-Square test* $p=0,033$; ada hubungan yang bermakna antara ada tidaknya afasia dengan kembali bekerja dan tidak kembali bekerja. Yang ada afasia lebih cenderung ke tidak kembali bekerja dan sebaliknya yang tidak ada afasia cenderung kembali bekerja, dengan rasio odds=4,250 berarti risiko kemungkinan kembali bekerja dari yang tidak ada afasia 4x dibanding yang afasia. Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian Black-Schaffer dkk, 1990, yang melaporkan bahwa tidak ada kaitan kuat antara afasia dan non-afasia dengan kembali bekerja ($p=0,0009$) ⁸.

Tabel 26, hubungan antara indeks Barthel dengan kembali bekerja.

Setelah dilakukan uji statistik *t-test*, $p=0,001$, ada perbedaan yang bermakna antara indeks Barthel rata-rata kelompok yang kembali bekerja lebih tinggi dibanding indeks Barthel kelompok yang tidak kembali bekerja. Penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian Black-Schaffer dkk, 1990, melaporkan bahwa Indeks Barthel masuk rumah sakit yang kembali bekerja lebih tinggi dibanding yang tidak kembali bekerja $p=0,0002$; demikian juga indeks

Barthel keluar rumah sakit yang kembali bekerja lebih tinggi daripada yang tidak kembali bekerja ($p=0,015$)⁸.

Tabel 27, hubungan sisi kelumpuhan dengan kembali bekerja.

Setelah dilakukan uji statistik *Chi-Square test* , $df=1$; $p=0,416$. Dengan uji Fisher $p=0,537$. tidak ada hubungan antara sisi kelumpuhan dengan kembali bekerja atau tidak kembali bekerja. Penelitian ini sesuai dengan penelitian Black-Schaffer dkk, 1990, melaporkan apabila kelompok sisi kelumpuhannya saja tanpa memperhatikan faktor afasia maka perbedaan sisi kelumpuhan kanan dan kiri dengan kembali bekerja tidak bermakna $p=0,57$ ⁸. Tetapi penelitian Seaki et al, 1993, melaporkan bahwa penderita dengan hemiplegi kanan lebih banyak yang kembali bekerja daripada hemiplegi kiri $p=0,001$ ⁷.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

KESIMPULAN

1. Pada penelitian ini didapatkan 43 orang penderita pasca stroke, yang kembali bekerja 21 orang (48,8%), dan tidak kembali bekerja 22 orang (51,2%). Yang kembali bekerja, laki-laki 11 orang (45,8%) dan perempuan 10 orang (52,6%), kelompok umur 31-50 tahun (66,6%), bestatus kawin (44,7%), terbanyak berpendidikan Universitas (66,6%), pekerjaan wiraswasta (66,7%).
2. Penderita stroke yang kembali bekerja adalah stroke yang pertama kali 50,0%, stroke iskemik (53,8%), tidak ada afasia (60,7%), hemiplegi kanan (53,8%), tidak ada penyakit penyerta (75,0%), kapasitas fungsional dengan indeks Barthel independen 76,9%.
3. Menurut lama waktu kembali bekerja setelah stroke < 6 bulan sebanyak 61,9%, kembali ke pekerjaan semula 71,4%, lamanya bekerja dalam sehari 4-8 jam/hari (47,6%).
4. Tidak ada hubungan yang bermakna antara faktor umur, jenis kelamin, macam stroke, sisi kelumpuhan dengan kembali bekerja. Penderita yang non-afasia kembali bekerja 4x dibanding yang afasia. Indeks Barthel yang kembali bekerja lebih tinggi daripada Indeks Barthel yang tidak kembali bekerja.

SARAN

1. Kembali bekerja setelah stroke adalah tingkat pencapaian *outcome* fungsional yang tinggi dalam kualitas hidup seorang penderita, sehingga perlu mengetahui faktor – faktor yang mempengaruhi agar program rehabilitasi medik dapat memberikan hasil yang optimal.
2. Perlu penelitian lebih lanjut mengenai faktor-faktor lain yang berpengaruh pada kembali bekerja setelah stroke.
3. Untuk mendapatkan hasil penelitian yang lebih baik, perlu penelitian lebih lanjut dengan memperbanyak sampel dan distribusi yang merata diantara variabel-variabel yang berpengaruh.

DAFTAR PUSTAKA

1. Garrison SJ, Rolak LA. Rehabilitation of the stroke patient. In : Delisa JA, ed. Rehabilitation medicine principles and practice. Philadelphia : JB Lippincott Company, 1993: 801-2
2. Roth EJ, Harvey RL. Rehabilitation of stroke syndromes. In: Bradom RL, ed. Physical medicine and rehabilitation. Philadelphia: WB Saunders Company, 1996: 1053-5
3. Bonita R, Beaglehole R. Stroke mortality. In: Whistmant JP ed. Stroke: Populations, cohorts, and clinical trials. Boston: Butterworth-Heinemann,1993: 59-60
4. Widjaja D. Patofisiologi stroke iskemik mutakhir. Dalam : Lamsudin R, Wibowo S, Nuradyo D, Sutarni S. eds. Manajemen stroke mutakhir. Berita kedokteran masyarakat. Program pendidikan kedokteran komunitas FKUGM. Yogyakarta: Suplemen BKM XIV (1), 1998: 23.
5. Budiarto G. Patofisiologi stroke iskemia. Dalam simposium penatalaksanaan terpadu gangguan vaskuler. Semarang: Kerjasama Bagian Ilmu Penyakit Saraf FK UNDIP-RSUP Dr. Kariadi dengan Perdossi cabang , 1999: 1-12
6. Saeki S, Ogata H, Okubo T, Takahashi K, Hoshuyama T. Return to work after stroke a follow-up study. Stroke. 1995; 26: 399-401
7. Saeki S, Ogata H, Okubo T, Takakashi K, Hoshuyama T. Factors influencing return to work after stroke in Japan. Stroke. 1993; 24 : 1182-85.

8. Black-Schaaffer RM, Osberg JS. Return to work after stroke: Development of a predictive model. *Arch Phys Med Rehabil* 1990; 71: 285-290
9. Zuger RR, Boehm M. Stroke: New challenges for vocational rehabilitation. In: Gordon WA, ed. *Advances in stroke rehabilitation*. USA: Butterworth-Heinemann, 1993: 258
10. Rusk HA. Principles in the management of vocational problems. In : Rusk HA, Taylor EJ, Eds. *Rehabilitation medicine a textbook on physical medicine and rehabilitation*. New York: Department of Physical Medicine and Rehabilitation, University Medical Center, 1971:289-291.
11. Liss SE. Stroke. In : Halstead LS, Grabois M, ed. *Medical rehabilitation*. New York: Raven Press, 1985:193
12. WHO. Stroke – 1989. Recommendations on stroke prevention, diagnosis, and therapy. *Stroke* 1989; 20: 1407-31.
13. Poerwadi T. Penatalaksanaan medis mutakhir pada stroke. Dalam : Simposium stroke. Surabaya: Kongres Nasional III PERDOSRI, 1994: 2-3
14. Chandra B. Tatalaksana penyakit pembuluh darah otak. Dalam : Hadinoto S, Wirawan RB, Parsoedi I, Widjaja S, eds. *Simposium stroke (penyakit pembuluh darah otak)*. Semarang : FK UNDIP, 1980: 166
15. Hadinoto S, Martoatmodjo S, Jennie N, Mardik I. Faktor—faktor resiko penyakit pembuluh darah otak infark otak aterotrombotik. Dalam : Hadinoto S, Wirawan RB, Parsoedi I, Widjaja S, eds. *Simposium stroke (penyakit pembuluh darah otak)*. Semarang : FK UNDIP, 1980: 41-53

16. Aliah A, Kuswara FF, Limoa RA, Wuysang G. Gangguan peredaran darah otak (Stroke). Dalam: Harsono, Ed. Kapita selekta neurologi. Yogyakarta: Gajah Mada University Press,1993: 25
17. 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 mutakhir. Berita kedokteran masyarakat. Yogyakarta: Suplemen BKM XIV(1), 1998: 15-20
18. Setiawan, Hadinoto S. Hemorrhagic stroke di RS Dr. Kariadi Semarang. Majalah Kedokteran Diponegoro 1980; XV, no1,2,3,4 : 40-50
19. Sidharta P. Stroke. Dalam : Neurologi klinis dalam praktek umum. PT Dian Rakyat, 1979 : 260-2
20. Noerjanto M. Stroke non hemoragis. Dalam : Hadinoto S, Setiawan, Soetedjo, eds. Stroke pengelolaan muthakhir. Semarang: Badan Penerbit Universitas Diponegoro, 1992: 35
21. WHO. International classification of impairments, disabilities, and handicaps. A manual of classification relating to the consequences of disease. Geneva: WHO, 1980:13-4
22. Warlow CP, Dennis MS, van Gijn J, Hankey GJ, Sandercock PAG, Bamford JM, Wardlaw J. A practical approach to the management of the stroke patients. In: Stroke a practical guide to management. Massachusetts: Blacwell Science Ltd, 1996: 360-1

23. Simatupang A, Hadinoto S. Perawatan penderita stroke. Dalam: Hadinoto S, Setiawan, Soetedjo, eds. Stroke pengelolaan mutakhir. Semarang: Badan penerbit Universitas Diponegoro, 1992: 149-150
24. 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 , 1996: 1-6
25. Widjaja S. Cacat dan pengelolaanya. Dalam: Wulur FH, Susilo HW, Runtunuwu A, Liando A, eds. Kumpulan makalah simposium rehabilitasi medik. Manado : YPAC Cabang, 1992: 12-16
26. Warlow CP, Dennis MS, van Gijn J, Hankey GJ, Sandercock PAG, Bamford JM, Wardlaw J. The roles of team members. In: Stroke a practical guide to management. Massachusetts: Blacwell Science Ltd, 1996:376-377
27. Rochman F. aspek rehabilitasi medik penderita stroke. Dalam: rochman F, Putra ST, Prasetyo RH, Kuntaman, eds. Penataran teknisi kesehatan 4. Tatalaksana rehabilitasi medik penderita stroke-hemiplegia. Surabaya: Fakultas Non Gelar Universitas Airlangga, 1987: 27-39
28. Pudjowidyanto H. rehabilitasi pada gangguan peredaran darah otak. Semarang: Rumah Sakit Telogorejo, 1994.
29. Grober S, Hibbard MR, Gordon WA, Stein PN, Freeman A. The psychotherapeutic treatment of post-stroke depression with cognitif-behavioral therapy. In:Gordon WA, ed. Advances stroke rehabilitaion. USA: Butterworth-Heinemann, 1993: 215-7

30. Fieden AR. Early rehabilitaion after stroke. In: Gordon WA. ed. Advances stroke rehabilitaion. USA: Butterworth-Heinemann, 1993: 215-7
31. Pudjowidyanto H. Rehabilitasi medik pada penderita stroke fase akut. Dalam : Simposium pengelolaan terpadu stroke. Medan : PERDOSSI-FK –USU , 1995: 1-17
32. Widjaja S. Peranan rehabilitasi medik pada stroke. Dalam : Santoso B, Hamid T, Rochman, Putra HL, eds. Simposium stroke. Surabaya : Perdosri, 1994:28-31
33. Materson RS. Rehabilitation care phase. In: Ozer MN, Materson RS, Caplan LR, eds. Management of persons with stroke. Baltimore: Mosby-year Book, 1994:143-4
34. Dombovy ML. Rehabilitation and the course of recovery after stroke. In: Whisnant JP ed. Stroke: populations, cohorts, and clinical trials. USA: Butterworth-Heineman, 1993 : 221-2
35. Howard G, Till JS, Toole JF, Matthews C, Truscott BL. Factors influencing return to work following cerebral infartion. In: JAMA. 1985; 253: 226-232
36. Christiansen CH, Schwartz RK, Barnes K. Self-care evaluation and management. In: Delisa JA, ed. Rehabilitation medicine priciples and practice. Philadelphia: JB. Lippincot Company, 1993:184-6
37. McDowell I, Newell C. Physical disability and handicap. In: Measuring health a guide to rating scales and questennaires. 2th Edition. Oxford: Oxford university Press, 1996: 47-62.
38. Granger CV, Kelly-Hayes M, Johnston M, Braun S, Fiedler RC. Quality and outcome measures for medical rehabilitation. In: Bradom LR, Ed . Physical Medicine and Rehabilitaion. Philadelphia : WB. Saunders company, 1996: 239-252

39. Weisbroth S, Zuger RR. Factors in the vocational succes of hemiplegic patients. In: Archives of Physical Medicine& Rehabilitation; vol II, 1971:441-6
40. Rob de Hann. Clinimetric evaluation of barthel index; A measure of disability status in the activity of daily living. In: Clinimetrics in stroke. Department of neurology and the department of clinical epidemiology & biostatistics. Amsterdam : Academic Medical Center, 1994: 2525-34
41. Nurwahyuningsih T. Karya akhir PPDS I Ilmu Penyakit Saraf, 1999. Kualitas hidup pasien pasca stroke berkaitan dengan jenis stroke dan letak lesi. Tidak dipublikasi.