PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis ini telah disetujui dan diperiksa untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji,
Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Depok, Juli 2008

Pembimbing I

Prof. Dra. Elly Nurachmah, SKp. M. App, Sc. D. NSc. RN

Pembimbing II

Ir. Yusron Nasution, M. Kes

PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA

Tesis, Juli 2008
Marlina

Pengaruh Latihan "Gait" Terhadap Fungsi kemandirian Pasien Dengan Stroke Di BPK RSU Sigli Kabupaten Pidie Nanggroe Aceh Darussalam.

Xiii + 81 hal + 10 tabel + 3 skema + 1 diagram +11 Lampiran

ABSTRAK

Stroke adalah penyakit peredaran darah otak yang mempunyai manifestasi klinis tergantung dari luas dan lokasi lesi yang terkena. Akibat dari tergangguanya kebutuhan oksigen keotak dapat terjadi manifestasi klinis berupa kelemahan sebagian anggota gerak dari tubuh sehingga pasien tidak mampu melakukan fungsi kemandirian. Untuk meningkatkan kembali kemampuan fungsional pasien stroke ditandai dengan meningkatnya nilai kemandirian pasien, maka perlu dilakukan latihan "gait" untuk mengembalikan anggota gerak yang lemah sehingga pasien dapat melakukan kembali aktivitas sehari-hari dan mengurangi tingkat ketergantungan pasien pada orang lain. Penelitian ini bertujuan untuk menjelaskan pengaruh latihan "gait" terhadap fungsi kemandirian pasien dengan stroke di BPK RSU Sigli Kabupaten Pidie Nanggroe Aceh Darussalam. Desain Penelitian ini adalah kuasi eksperimen dengan rancangan pretest-postest group desain. Sampel berjumlah 34 orang pasien yang diambil secara using non probability sampling jenis consecutif sampling . Pasien diberikan tindakan latihan "gait" selama 14 hari. Evaluasi hasil penelitian dilakukan setelah 14 hari dengan menilai fungsi kemandirian menggunakan skala *Barthel Indeks*. Hasil penelitian menunjukkan rata-rata nilai fungsi kemandirian pasien stroke berbeda, artinya bermakna antara nilai sebelum dan sesudah latihan (p=0,000). Ada hubungan umur dengan peningkatan kemandirian (p=0,000). Tidak terdapat hubungan antara jenis kelamin dengan peningkatan kemandirian (p=0,148). Tidak terdapat hubungan antara faktor risiko dengan nilai kemandirian (p=0,13). Rekomendasi hasil penelitian ini adalah latihan gait yang dimodifikasi dapat diterapkan pada pasien stroke untuk meningkatkan nilai kemandirian sehingga akan meningkatkan kemampuan nilai kemandirian dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

Kata Kunci: Latihan gait, fungsi kemandirian, pasien stroke
Daftar Pustaka: 34 (1992-2007)

Pengaruh latihan,,,M Marlina, FIK UI, 2008

POST GRADUATE PROGRAM FACULTY OF NURSING
INDONESIA UNIVERCITY

Thesis, Juli 2008
Marlina

The Effects of Exercise Gait to The Improve Fuctional self care of The Patients at Sigli General Hospital in Kabupaten Pidie Nanggroe Aceh Darussalam.

Xiii+ 81 pages + 10 table + 3 schema + 1 scatter + 11 Appendixes

ABSTRACT

Stroke is a cerebro vascular disease which has clinical manifestation based on the location and the damaged lesion. The disorder of oxygen flow to the brain results clinical manifestation called hemipharese or the deficiency of some parts of extremities which is indicated by the muscle deficiency. Effect of exercise gait program in needed in order to recover the strength fuctional self care of which is indicated by the improve strength extremitas. The aim of this study was the effect of exercise gait to the improve fungtional self care of the patients at Sigli General Hospitas in Kabupaten Pidie Nanggroe Aceh Darussalam. A quasi experimental research design with pretest-postest group designwas used in this study. Thirty four patients were selected using non probability sampling kind consecutif sampling tehnigue as the sample of the study. Fourteen days of exercise gait program were given to the patient. An evaluation to the result of the program was conducted after fourteen days by measuring fuctional self care of the subjects. The study showed that the average of the stroke patiens fuctional self care is significantly after the treatmen (p=0,000). Anyhow there was relationship between patients age and the fuctional self care (p=0,000). Anyhow there was no relationship between sex and the functional self care (p=0,148). There was also no relationship between risk factor the fuctional self care (p=0,13). This study recommendeds the use of exercise gait to improve fuctional self care of stroke patients in order to improve their ability to do daily living activities.

Key Words: Exercise Gait, Fuctional Self Care, Stroke Patients
References: 34 (1992-2007)

Pengaruh latihan,,,M Marlina, FIK UI, 2008

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiriat Allah SWT yang telah memberikan Rahmat dan Hidayah-Nya sehingga peneliti dapat menyususn Tesis ini dengan judul " Pengaruh Latihan "Gait" Terhadap Fungsi kemandirian Pasien Dengan Stroke Dibadan Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit Umum Sigli Kabupaten Pidie Nanggroe Aceh Darussalam". Tesis ini disusun sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar Magister keperawatan Kekhususan Medikal Bedah pada Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Selama melakukan penelitian dan penyususn tesis ini, peneliti banyak mendapat bantuan dan dukungan dari berbagai pihak.Oleh karena itu pada kesempatan ini peneliti menyampaikan terima kasih yang tak terhingga kepada yang terhormat:

1. Dewi Irawati, SKP, M.App, PhD. Sebagai Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Prof. Dra. Elly Nurachmah, SKp. M. App, Sc. D. NSc. RN. Selaku pembimbing I yang telah banyak memberikan bimbingan, saran dan arahan dengan penuh kesabaran, ketulusan serta keikhlasan
3. Krisna Yetti,SKp, M.App.Sc. Selaku Ketua Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
4. Ir. Yusron Nasution, M. Kes. Selaku pembimbing II yang telah memberikan bimbingan, saran dan arahan serta motivasi hingga tesis ini selesai.

Pengaruh latihan,,,M Marlina, FIK UI, 2008

5. Antasari Idris SKM, MNsc. Selaku Direktur BPK RSU Sigli Kabupaten Pidie NAD yang telah memberikan izin penelitian.
6. Seluruh Dosen dan Staf Program Pascasarjana Fakultas Ilmu keperawatan Universitas Indonesia yang telah membantu penulis selama mengikuti pendidikan, Khususnya mba Devi dan mba Ida.
7. Rekan-rekan mahsiswa mahasiswa/i pascasarjana Fakultas Ilmu keperawatan Universitas Indonesia, khususnya Keperawatan Medikal Bedah yang telah bersama-sama berjuang dan saling memotivasi untuk kelancaran pendidikan.
8. Akhirnya peneliti ucapkan rasa terima kasih yang tak terhingga kepada Bapak dan mamak tersayang, kak Na, Abang, dan dek eli yang senantiasa memberikan doa serta dukungan, untuk Suami tercinta Muhammad Nur dan anakku tersayang Muhammad Iffat Najwan yang penuh perhatian dan kesabaran juga telah memberikan doa, semangat, dan dukungan yang tak terhingga terhingga kepada saya selama mengikuti pendidikan di Universitas Indonesia.

Semoga amal kebaikan yang telah diberikan kepada peneliti senantiasa mendapat balasan dari Allah SWT. Akhirnya Peneliti berharap proposal ini dapat bermanfaat bagi profesi Keperawatan khususnya dan bagi masyarakat pada umunya. Atas segala bantuan yang telah diberikan penulis mengucapkan terima kasih. Amin.

Depok, Juni 2008

Peneliti

Pengaruh latihan,,,M Marlina, FIK UI, 2008

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL i

LEMBAR PERSETUJUAN ii

ABSTRAK iii

KATA PENGANTAR iv

DAFTAR ISI vi

DAFTAR TABEL ix

DAFTAR SKEMA xi

DAFTAR DIAGRAM xii

DAFTAR LAMPIRAN xiii

BAB I : PENDAHULUAN

A. Latar Belakang 1

B. Rumusan Masalah 7

C. Tujuan Penelitian 8

D. Manfaat penelitian 9

BAB II : TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar 11

B. Konsep Latihan Gait 24

C. Teori Kemandirian 33

D. Kerangka Teori 39

Pengaruh latihan,,,M Marlina, FIK UI, 2008

BAB III : KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

A. Kerangka Konsep 41

B. Hipotesis Penelitian 42

C. Definisi Operasional 43

BAB IV: METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian 45

B. Populasi dan Sampel.....46

C. Tempat Penelitian..... 49

D. Waktu Penelitian..... 50

E. Etika Penelitian..... 50

F. Instrumen Penelitian..... 51

G. Prosedur Pengumpulan Data.....52

H. Pengolahan Data.....54

I. Analisis Data 55

BAB V : HASIL PENELITIAN

A. Analisis Univariat ……56

B. Analisis Bivariat …….. 59

Pengaruh latihan,,,M Marlina, FIK UI, 2008

BAB VI : PEMBAHASAN

A. Interpretasi dan Diskusi Hasil …… 66

B. Keterbatasan Penelitian …….. 74

C. Implikasi Hasil Penelitian ……..... 74

BAB VII : SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan ……75

B. Saran ……..76

DAFTAR PUSTAKA …… 79

LAMPIRAN

Pengaruh latihan,,,M Marlina, FIK UI, 2008

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Penilaian *Barthel Index*…… .. …40

Tabel 3.1 Definisi Operasional Variabel Penelitian …….....45

Tabel 5.1 Distribusi Responden Berdasarkan Usia Pasien Stroke Di BPK RSU Sigli Kabupaten Pidie NAD ……..……....60

Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis kelamin dan faktor Risiko Pasien Stroke Di BPK RSU Sigli Kabupaten Pidie NAD…… 60

Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Faktor Risiko Pasien Stroke Di BPK RSU Sigli Kabupaten Pidie NAD…….....61

Tabel 5.4 Distribusi Responden Berdasarkan Fungsi Kemandirian Sebelum Dan Sesudah Intervensi Pada Pasien Stroke Di BPK RSU Sigli Kabupaten Pidie NAD…….. ...61

Tabel 5.5 Analisis Rata-rata Perbedaan Nilai Kemandirian Sebelum dan Sesudah Intervensi Pada Pasien Stroke Di BPK RSU Sigli Kabupaten Pidie NAD…….....62

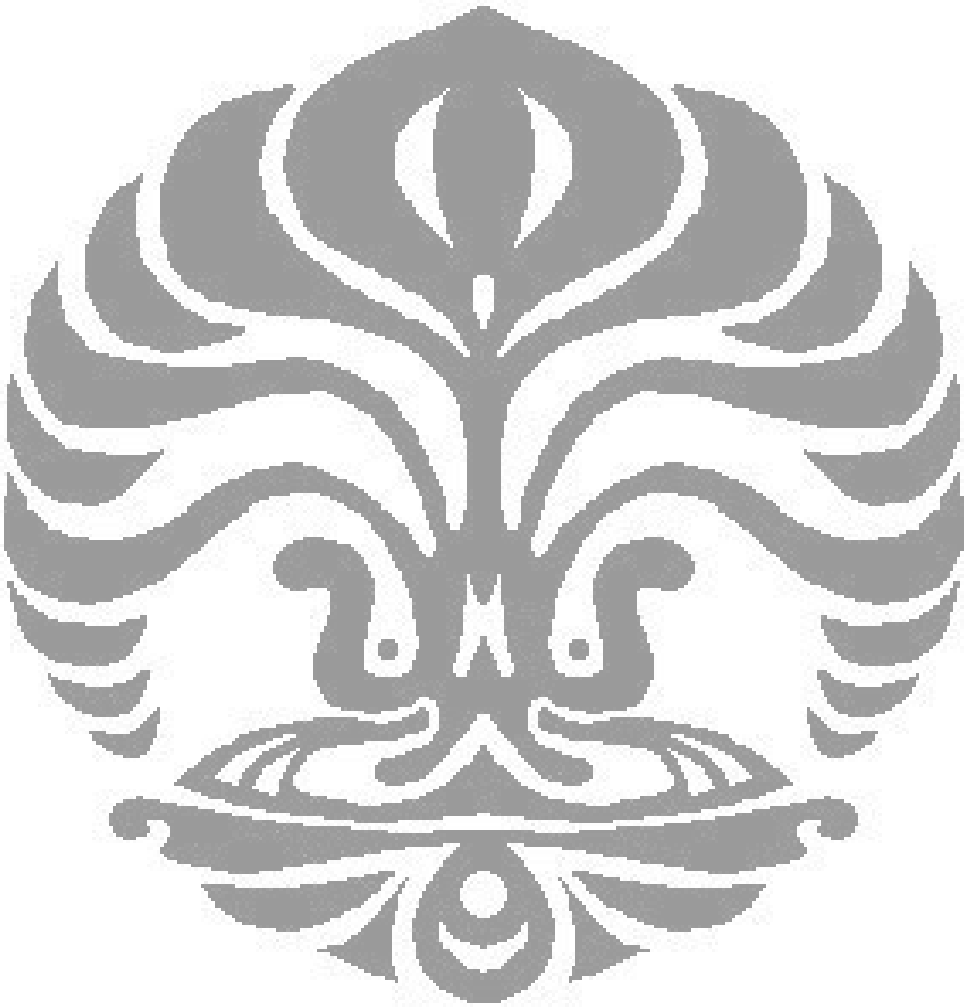
Tabel 5.6 Hubungan Umur Dengan Peningkatan Kemandirian Setelah Intervensi Pasien Stroke Di BPK RSU Sigli Kabupaten Pidie NAD……..... 63

Tabel 5.7 Analisis Rata-rata Jenis Kelamin Terhadap Peningkatan Kemandirian

Pengaruh latihan,,,M Marlina, FIK UI, 2008

Sesudah Intervensi Pasien Stroke Di BPK RSU Sigli Kabupaten Pidie NAD…….....64

Tabel 5.8 Analisis Rata-rata Faktor Risiko Terhadap Peningkatan Kemandirian Sesudah Intervensi Pasien Stroke Di BPK RSU Sigli Kabupaten Pidie NAD…….....65



Pengaruh latihan,,,M Marlina, FIK UI, 2008

DAFTAR SKEMA

Skema 2.1 Kerangka Teori 40

Skema 3.2 Kerangka Konsep Penelitian 42

Skema 4.1 Bentuk rancangan penelitian 45

Pengaruh latihan,,,M Marlina, FIK UI, 2008

DAFTAR DIAGRAM

Diagram 5.1 Hubungan Umur Dengan Peningkatan Kemandirian Setelah Intervensi Pasien Stroke Di BPK RSU Sigli Kabupaten Pidie NAD…….....61

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Penjelasan Penelitian

Lampiran 2 : Lembar Persetujuan

Lampiran 3 : Format Pengkajian Keperawatan

Lampiran 4 : Format Observasi

Pengaruh latihan,,,M Marlina, FIK UI, 2008

Lampiran 5 : Skore Nilai Kemandirian Pasien Stroke

Lampiran 6 : Pedoman Pelaksanaan Latihan Gait

Lampiran 7 : Permohonan Peninjauan Ke BPK RSU Sigli Kabupaten Pidie NAD

Lampiran 8 : Permohonan Peninjauan Ke RSCM Jakarta

Lampiran 9 : Surat Keterangan Lolos Uji Etik

Lampiran 10 : Surat Selesai Penelitian Di BPK RSU Sigli Kabupaten Pidie NAD

Lampiran 11 : Jadwal Kegiatan Penelitian

PANITIA SIDANG TESIS
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA

Depok, juli 2008

Pembimbing I

Prof. Dra. Elly Nurachmah, SKp. M. App, Sc. D. NSc. RN

Pembimbing II

Pengaruh latihan,,,M Marlina, FIK UI, 2008

Ir. Yusron Nasution, M.Kes

Penguji I

Penguji II

Pengaruh latihan,,,M Marlina, FIK UI, 2008

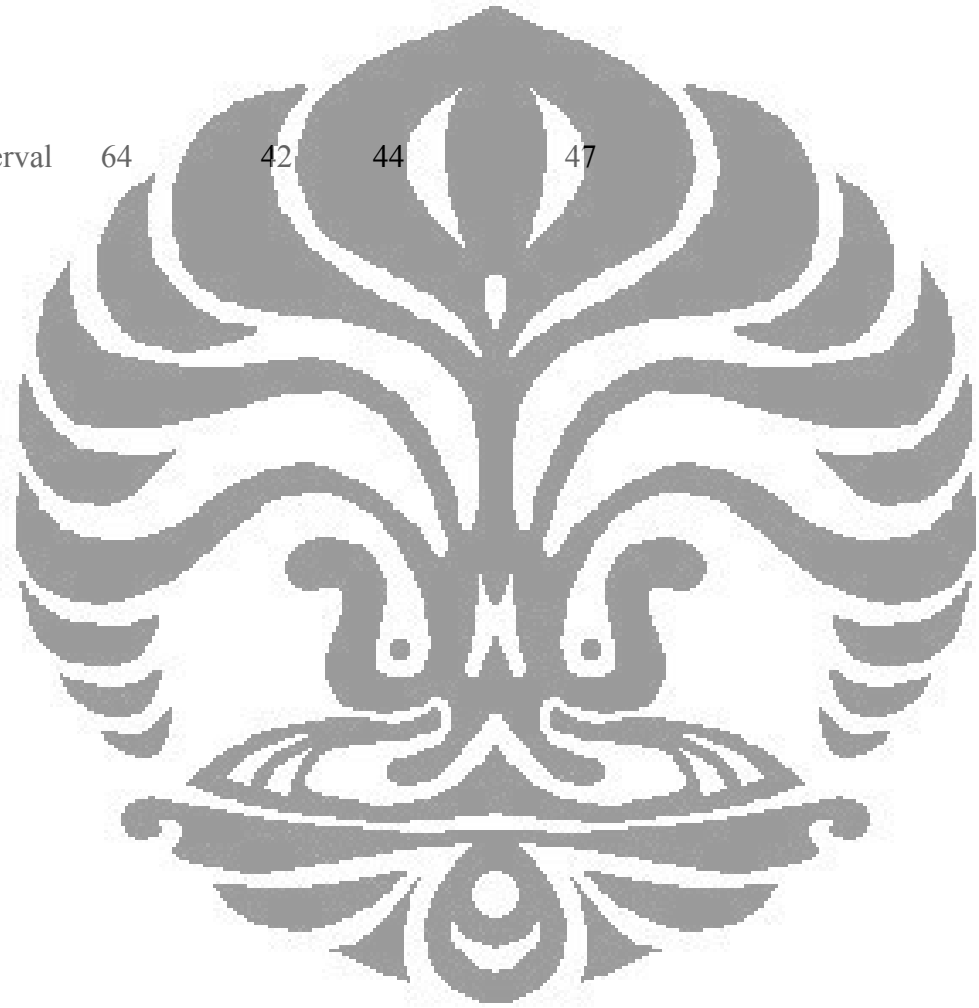
8 9 10 12 34 42 43 44 45 47

48 51 52 52 54 55 59

62 66 74 75 76 77 79 80 81 82

83

Interval 64 42 44 47



Pengaruh latihan,,,M Marlina, FIK UI, 2008

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke adalah kerusakan fungsi saraf akibat kelainan vascular yang berlangsung lebih dari 24 jam atau kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah kebagian otak. Sehingga mengakibatkan penghentian suplai darah keotak, kehilangan sementara atau permanen gerakan, berfikir, memori, bicara atau sensasi (Black,2005)

Stroke merupakan penyakit perdarahan otak yang timbul secara mendadak dan dapat mengakibatkan terganggunya fungsi otak. Kejadian stroke yang lebih berat mengakibatkan kematian sebagian sel-sel otak sehingga dapat menyebabkan kelumpuhan sebelah anggota gerak. Stroke juga merupakan penyakit yang datang dan dapat terjadi pada siapapun secara tiba-tiba. Secara teori dikatakan bila seseorang pernah mengalami stroke serangan yang pertama, maka berisiko untuk mengalami serangan stroke kedua bahkan stroke selanjutnya, bila penatalaksaan stroke pertama tidak maksimal (Hudak & Gallo, 2005)

Stroke merupakan masalah saraf kesehatan utama didunia, meskipun upaya pencegahan telah menimbulkan penurunan pada insiden dalam beberapa tahun

Pengaruh latihan,,,M Marlina, FIK UI, 2008

terakhir, stroke merupakan peringkat ketiga penyebab kematian, dengan prevalensi mortalitas 18 % sampai 37% untuk stroke serangan pertama dan sebesar 62% untuk stroke berulang. Terdapat kira–kira 2 juta orang bertahan hidup dari stroke yang mempunyai beberapa kecacatan, dari angka ini, 40% memerlukan bantuan dalam aktivitas kehidupan sehari-hari (Smeltzer & Bare, 2004).

Menurut Ketua Harian Yayasan Stroke Indonesia (Yastroki), Suyono, dalam Kompas, 2005, ¶ 1, http://www.kompas.co.id/kompascetak/0506/27/humaniora-/1844080.htm, diperoleh pada tanggal 9 Oktober 2007). Sejauh ini stroke masih merupakan penyebab kematian pertama dirumah sakit di Indonesia dan sebagai penyebab kecacatan terbanyak pada kelompok usia dewasa. Data dasar rumah sakit mencatat angka kejadian stroke sebesar 63,52 per 100.000 penduduk pada kelompok usia diatas 65 tahun. Secara kasar, terdapat dua orang mengalami serangan stroke setiap harinya di Indonesia.

Stroke merupakan masalah yang menimbulkan dampak sosial ekonomi yang sangat besar dan luas. Selain memerlukan biaya tinggi untuk pengobatan dan rehabilitasi, juga menimbulkan kerugian berupa hilangnya waktu produktif. Sindroma ini cenderung menyerang orang tua selaku pencari nafkah keluarga, sehingga akan menyebabkan dampak yang sangat besar pada status ekonomi dan sosial serta status kesehatan individu stroke (Gani, 2005 dalam Kompas, 2005, ¶, 1,http://www.kompas.co.id/kompas-cetak/0506/27/humaniora/1844080.htm, diperoleh pada tanggal 9 Oktober 2007).

Menurut perhitungan Bank Dunia dan Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) tahun 1994, sebanyak 1.094.000 orang meninggal karena stroke yang dialami rakyat Indonesia, jika setiap tahun tidak produktif juga maka diperhitungkan jumlah mencapai 1.364.000 pertahun. Bila dibandingkan dengan kelompok umur 30 - 44 tahun, kelompok umur 45 – 49 tahun mengalami kerugian sebesar 3,4 kali lebih besar; Kelompok umur 60 – 69 tahun mengalami kerugian 8,6 kali lebih besar dan pada kelompok usia diatas 70 tahun mengalami kerugian 13,5 kali lebih besar (Gani, 2005 dalam Kompas, 2005, ¶, 1, http://www.kompas.co.id/kompas-cetak/0506/27/humaniora/1844080.htm, yang diperoleh pada tanggal 31 januari 2008). Dengan demikian makin lanjut usia penduduk yang terkena stroke, maka makin besar kerugian yang ditimbulkan dan makin berat beban yang harus ditanggung keluarga.

Permasalahan lain yang langsung dialami oleh penderita stroke adalah besarnya belanja atau pengeluaran kesehatan, biaya tersebut bisa berasal dari individu atau rumah tangga, perusahaan atau pemerintahan (Gani, 2005 dalam Kompas, 2005, ¶, 1,http://www.kompas.co.id/kompas-cetak/0506/27/humaniora/1844080.htm, diperoleh pada tanggal 31 januari 2008). Yang akhirnya dampak tersebut tidak hanya dirasakan oleh individu dan keluarganya, tetapi juga dirasakan oleh instansi dan perusahaan dimana individu bekerja, bahkan juga pemerintah, kerugian ekonomi ini juga semakin besar dengan hilangnya kesempatan pasien stroke untuk kembali produktif bekerja.

Menurut Lumbantobing (2006) stroke merupakan penyakit saraf yang paling sering mengakibatkan cacat dan kematian. Jika penanganan pada saat pertama serangan tidak tuntas. Demikian pula besarnya defisit pada pertama kali menentukan ramalan keadaan stroke selanjutnya. Pernyataan ini didukung oleh ketua Yayasan Stoke Indonesia Bapak Suyono yang menyatakan bahwa pemulihan pasien stroke tidak saja dipengaruhi oleh pengobatan tetapi peranan rehabilitasi sangat mempengaruhi derajat penyembuhan pasien stroke serta motivasi pasien untuk menjadi mandiri.

Peranan rehabilitasi merupakan bagian yang tidak bisa dilepaskan oleh Insan Paska Stroke (IPS), karena fungsinya yang begitu penting bagi proses pemulihan anggota tubuh yang cacat, akibat serangan stroke yang di alami pasien stroke. Meski begitu, seberapa canggih peralatan yang dimiliki Unit Rehabilitasi Stroke, jika tanpa dukungan dan semangat IPS tidak akan membawa hasil yang baik terhadap kesembuhannya. Begitupun Unit Rehabilitasi Medik yang dimiliki Nusantara Stroke & Medical Center, selain mengandalkan peralatan rehabilitasi medik yang cukup canggih dalam menunjang keberhasilan proses penyembuhan (Suhardi, 2005, ¶, 1, http://www.yastroki.or.id/read.php?id=86 diperoleh tanggal 22 januari 2008). pelayanan yang diberikan harus lebih mengutamakan pada pendekatan individu, dengan demikian pasien merasa lebih dekat dengan para tim kesehatan terkait dengan masalah saraf yang membantunya

Menurut ketua umum Yayasan Stroke Indonesia, alasan mengedepankan pendekatan *personality* karena biasanya penderita stroke mengalami gangguan emosional. Dengan diterapkannya pendekatan *personality* IPS bisa dipacu semangatnya untuk terus menerus berlatih (Suhardi, 2005, ¶, 1. (http://www.yastroki.or.id/read.php?id=86, diperoleh pada tanggal 22 januari 2008). Hal ini dilakukan agar nantinya mereka bisa hidup mandiri tanpa ketergantungan pada perawat, keluarga maupun pada orang lain.

Pemulihan pasien stroke bertujuan agar penderita secepat mungkin dapat bangkit dari tempat tidur dan bebas dari ketergantungan pada pihak lain terutama dalam kegiatan hidup sehari–hari. Prinsip rehabilitasi pasien stroke harus dimulai sedini mungkin sejak petugas melihat pasien untuk pertama kalinya, dan tidak boleh seorang pasien berbaring terus lebih dari 24 jam, karena hal itu dapat menimbulkan gejala *dekubitus, kontraktur, tromboplebitis, bronkopneumonia dan atropi otot*. Jenis tindakan rebabilitasi pada pasien stroke meliputi: latihan gerak sendi, latihan kekuatan otot ,latihan gait, terapi okupasi, terapi psikologikal dan terapi keluarga (Umphred, 2001 & Warlow, 2001).

Penelitian Chefez, Dickstein, Laufer dan Marcovitz (2001) menyimpulkan bahwa proses pemulihan pada pasien stroke tergantung dari usia pasien, faktor serangan, stroke berulang dan status sosial. Demikian pula besarnya defisit yang pertama kali menentukan ramalan keadaan stroke. Pemulihan pasien stroke tidak saja dipengaruhi oleh dukungan psikososial dan lingkungan serta tempat dan bentuk

latihan fisioterapi, pemulihan juga dipengaruhi oleh motivasi pasien untuk menjadi mandiri dalam perawatan diri sendiri.

Lebih lanjut dikatakan juga oleh sugijanto (2007), banyak kesalahan yang sering kali dilakukan pada penanganan pasien stroke paska serangan. Yang paling sering adalah pasien ingin segera bisa berjalan dengan pola yang tidak dikoreksi. Melatih pasien stroke tidak boleh terburu-buru. Tapi harus dilakukan secara bertahap dan benar (http://www.republika.co.id/suplemen/cetakdetail.asp?mid=2&id=237336&katid=105&kat_id1=150 diperoleh pada tangal 22 januari 2008). Melatih pasien sebaiknya penuh dengan kesabaran dan mengutamakan kenyamanan pasien. Gerakannya pun mulai dari tubuh bagian atas lalu ke bawah. Jadi semuanya harus bertahap . Jika tidak bisa menyebabkan gejala sisa biasanya terjadi yaitu berjalan dengan kaki memutar dan gerakan kaki yang kaku.

Dari teori–teori dan penelitian–penelitian diatas, peranan rehabilitasi dinilai sangat penting, terutama dihubungkan dengan aktivitas kehidupan sehari–hari pasien paska stroke. Jika dilihat dari tujuan rehabilitasi latihan gait sangat penting diberikan pada pasien stroke, selain untuk meningkatkan kemampuan fungsional pasien juga dapat meningkatkan kemandirian beraktifitas pasien paska perawatan, sehingga tingkat ketergantungan pada orang lain dapat berkurang. Pasien bisa mandiri sekaligus dapat meningkatkan harga diri.

Latihan gait adalah latihan untuk mengembalikan kemampuan untuk bergerak berjalan serta sebagai pembangkit moral yang utama, dengan cara latihan

preambulasi, sitting balance, standing balance, menggunakan tongkat, kruk dan walker (Smeltzer & Bare, 2004; Hoeman, 1996).

Latihan gait merupakan dasar dari persiapan, perawat menginstruksikan dan mengawasi pasien dalam latihan ini. Pasien mengkoordinasikan otot kuadrisep dengan berupaya untuk mendorong area popliteal terhadap kasur dan pada waktu yang sama menaikkan tumit. Pasien mempertahankan kontraksi otot sampai lima hitungan dan rileks selama lima hitungan. Latihan diulang 10 hingga 15 belas kali setiap jam. Melatih otot kuadrisep mencegah kontraktur sendi lutut (Smeltzer & Bare, 2004).

Dengan adanya latihan gait pasien diharapkan dapat melakukan aktivitas sendiri, dan mampu mandiri, pasien tidak tergantung pada perawat maupun keluarga, sehingga pasien yang telah menjalani masa rawatan dirumah sakit dapat pulang kerumah dan memiliki nilai fungsi kemandirian yang baik serta tidak memiliki keterbatasan dalam hal melakukan aktivitas.

Berdasarkan hasil survey awal Di Badan Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit Umum (BPK RSU) Sigli Kabupaten Pidie Nanggroe Aceh Darussalam jumlah pasien yang dirawat dengan stroke dari bulan Januari sampai dengan bulan Desember 2007 mencapai 223 pasien stroke dan 126 dari kasus tersebut adalah pasien stroke iskemia dan 97 orang merupakan stroke hemoragik. Akan tetapi fenomena dilapangan latihan ini sangat jarang dilakukan, sehingga pasien stroke

pulang masih dengan bantuan penuh oleh keluarga, ini bisa saja terjadi karena keterbatasan sumber daya manusia, kurangnya peralatan penunjang, tingkat keahlian yang belum memadai sehingga peran perawat dalam mengelola pasien stroke hanya memberikan pendidikan kesehatan.

Berdasarkan uraian diatas, peneliti merasa tertarik untuk melakukan penelitian dengan Judul "Pengaruh Latihan Gait Terhadap Fungsi Kemandirian Pasien Dengan Stroke di Badan Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit Umum Sigli Kabupaten Pidie Nanggroe Aceh Darussalam".

B. Rumusan Masalah

Pada fase pemulihan perawat harus segera melakukan latihan gait sebagai salah satu cara untuk mencegah kecatatan fisik. Latihan Gait yang dilakukan secara baik akan berdampak pada fungsi kemandirian pasien dan mempunyai hasil perbaikan fungsional, sehingga akan meningkatkan kemampuan aktivitas sehari–hari pasien. Namun demikian belum banyak penelitian tentang pengaruh latihan gait terhadap fungsi kemandirian beraktifitas pasien dengan stroke. Berdasarkan uraian yang telah dikemukakan pada latar belakang penelitian, maka permasalahan penelitian adalah: Pengaruh Latihan Gait Terhadap Fungsi Kemandirian Pasien Dengan Stroke di Badan Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit Umum Sigli Kabupaten Pidie Nanggroe Aceh Darussalam.

C. Tujuan Penelitian

Tujuan Umum

Mengetahui Pengaruh Latihan Gait Terhadap Fungsi Kemandirian Pasien Dengan Stroke di Badan Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit Umum Sigli Kabupaten Pidie Nanggroe Aceh Darussalam (BPK RSU Sigli Kabupaten Pidie NAD)

Tujuan khusus

1. Mengidentifikasi pengaruh umur terhadap peningkatan kemandirian pasien stroke sebelum dan sesudah latihan
2. Mengidentifikasi pengaruh jenis kelamin terhadap peningkatan kemandirian pada pasien stroke
3. Mengidentifikasi pengaruh faktor risiko terhadap peningkatan kemandirian pasien stroke
4. Mengidentifikasi fungsi kemandirian pasien dengan stroke sebelum dilakukan latihan gait
5. Mengidentifikasi fungsi kemandirian pasien dengan stroke sesudah dilakukan latihan gait
6. Mengidentifikasi peningkatan kemandirian pasien dengan stroke sesudah dilakukan latihan gait

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi pelayanan keperawatan

   Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberi masukan bagi para penyedia pelayanan kesehatan dirumah sakit khususnya tim dan perawat saraf untuk meningkatkan intensitas latihan gait, karena dengan latihan yang intensif pasien dapat mencapai fungsi kemandirian sehingga meminimalkan dampak penyakit serta dapat mencegah kecatatan seminimal mungkin pada pasien stroke, pasien bisa mengoptimalkan melakukan aktivitas sehari–hari mengurangi tingkat ketergantungan pasien pada orang lain dan mengurangi penggunaan alat Bantu berjalan. Manfaat lain juga bisa memberikan motivasi bagi perawat untuk meningkatkan mutu pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien stroke.

2. Bagi Institusi pendidikan

   Penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan bagi institusi pendidikan untuk meningkatkan pengetahuan dan kentrampilan bagi peserta didik dalam memberikan asuhan keperawatan terkait dengan latihan gait terhadap fungsi kemandirian pasien stroke. Institusi pendidikan dapat meningkatkan kegiatan penelitian dengan topik latihan gait terhadap fungsi kemandirian pada pasien stroke.

3. Bagi peneliti selanjutnya

   Penelitian ini diharapkan dapat memberikan pemahaman tentang pentingnya latihan gait terhadap fungsi kemandirian pada pasien stroke. Hasil ini dapat dijadikan data dasar bagi peneliti selanjutnya terkait dengan topik serupa. Penelitian selanjutnya diharapkan dapat meningkatkan peran perawat keperawatan medikal bedah khususnya perawat saraf dalam melakukan latihan gait terhadap fungsi kemandirian pasien terutama dalam hal melakukan aktivitas sehari–hari dan meminimalkan penggunaan alat bantu serta mengurangi ketergantungan pada orang lain.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Pada tinjauan pustaka akan dibahas mengenai landasan teoritis berupa konsep, teori dan hasil–hasil penelitian antara lain: Konsep Dasar Stroke, Konsep Gait dan Teori Kemandirian dengan menggunakan Pendekatan Konseptual Model Dorothea E.Orem serta Kerangka Teori.

A. Konsep Dasar Stroke

1. Definisi Stroke

Stroke adalah kerusakan saraf akibat kelainan vascular yang berlangsung lebih dari 24 jam atau kelainan kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplay darah kebagian otak (Black, 2005). Menurut (Barker, 2002, Hickey & Hock, 2003; Mulvihill, 2001; Smith, Hauser & Easton, 2001), Stroke adalah gangguan fungsi saraf akibat terhentinya atau terganggunya aliran darah keotak secara tiba- tiba karena adanya sumbatan.

2. Klasifikasi Stroke

Menurut Banford (1992), klasifikasi klinis stroke terdiri dari:

Pengaruh latihan,,,M Marlina, FIK UI, 2008

a. *Total anterior circulation infark* dengan gejala hemiparese dengan atau tanpa gangguan sensorik (kolateral sisi lesi), *hemianopia* dan gangguan fungsi luhur seperti *disfasia, gangguan visuospasial, hemineglect, agnosia dan apraksia.* Infark tipe ini penyebabnya emboli kardiak atau trombus arteri ke arteri.

b. *Partial anterior circulation infark*, gejala ini terbatas pada daerah yang lebih kecil dan sirkulasi cerebral pada sistem *karotis*. Tanda–tanda klinis yang muncul defisit motorik/sensorik dan *hemianopi;*. Defisit motorik/sensorik dan gejala fungsi luhur; gejala fungsi luhur dan *hemianopia;* Defisit motorik/sensorik murni yang kurang extensif dibandingkan infart *lakuner* (hanya *mono paresis-monosensoris*). Gejalanya terbatas secara anatomik pada daerah tertentu dari percabangan arteri cerebri media bagian kortikal, atau percabangan arteri cerebri media pada penderita dengan kolateral kompensasi yang baik atau pada arteri cerebri anterior. Pada keadaan ini kemungkinan emboli sistemik dari jantung dan merupakan penyebab stroke terbanyak.

c. *Infark lakuner otak*, disebabkan oleh infart pada arteri kecil dalam otak (*small deep infark*) yang lebih sensitif dilihat dengan MRI (*Magnetic Resonance Imanging)*. gejalanya: tidak ada gangguan penglihatan; tidak ada gangguan fungsi luhur; tidak ada gangguan fungsi batang otak; defisit maksimum pada satu cabang arteri kecil. Jenis infark ini bukan disebabkan karena proses emboli. Pada pemeriksaan jantung dan arteri besar terlihat normal.

d. *Posterior circulation infark,* oklusi pada batang otak dan atau lobus oksipitalis. Penyebabnya sangat heterogen dibandingkan tipe yang lain dengan ciri-ciri: disfungsi saraf otak, gangguan motorik/sensorik kontralateral; gangguan motorik/sensorik bilateral; gangguan gerakan konjugat mata*;* *hemoanopia* atau buta kortikal (Misbach, 1999 & Warlow, 2001)

3. Manifestasi klinis

Stroke menyebabkan berbagai gangguan, bergantung pada lokasi lesi atau pembuluh darah mana yang tersumbat, area yang tidak mendapat perfusi secara adekuat. Pada penderita stroke fungsi otak yang rusak tidak dapat membaik sepenuhnya. Beberapa manifestasi klinik yang dapat terjadi (Hudak & Gallo, 2005; Smeltzer & Bare, 2004)

a. Kehilangan fungsi motorik

Stroke merupakan gejala yang menimbulkan gangguan *motor neuron* atas dan mengakibatkan kehilangan kontrol *volunter* terhadap gerakan motorik. Disfungsi motor paling sering adalah *hemiplegi* (paralisis pada satu sisi) dan *hemiparesis* (kelemahan salah satu sisi tubuh). Pada fase akut, gambaran klinis yang muncul adalah gangguan tekanan darah, pernafasan, denyut nadi, dan suhu tubuh, juga terjadi paralisis atau menurunnya *reflek tendon*. Setelah 48 jam *reflek tendon* biasanya akan muncul kembali, dan saat itu dapat dilihat *spastisitas* atau kekakuan pada ekstremitas yang terkena.

b. Kehilangan fungsi komunikasi

Fungsi otak lain dapat terganggu pada pasien stroke adalah bahasa dan komunikasi. Stroke merupakan penyebab terjadinya afasia. Disfungsi bahasa dan komunikasi yang paling sering adalah: 1) Disatria yaitu kesulitan berbicara, yang ditunjukkan dengan berbicara yang sulit dimengerti diakibatkan oleh paralisis otot yang bertanggung jawab untuk menghasilkan fungsi bicara. 2) Disfasia atau afasia yaitu ditandai dengan kehilangan kemampuan berbicara yang paling sering adalah afasia. 3) Apraksia yaitu ketidakmampuan untuk melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya.

c. Gangguan persepsi

Gangguan persepsi adalah ketidakmampuan pasien untuk mempersepsikan sensasi. Stroke dapat mengakibatkan disfungsi persepsi visual, gangguan dalam hubungan *visiospasial* dan kehilangan sensoris. Disfungsi persepsi visual terjadi karena gangguan jaras sensoris primer diantara mata dan *korteks visual*

d. Kerusakan fungsi kognitif dan efek psikologik

Bila kerusakan terjadi pada lobus frontal maka kemungkinan terjadi kerusakan dalam mempelajari sesuatu, memori atau fungsi intelektual yang lebih tinggi. Kerusakan fungsi kognitif ini ditandai dengan terbatasnya tingkat perhatian pasien terhadap sesuatu, sulit dalam memahami sesuatu, cepat lupa dan kurang

motivasi, sedang masalah psikologik ditandai dengan emosi yang labil, sikap frustasi dan kurang kerja sama.

4. Patofisiologi stroke

Gangguan peredaran darah otak pada stroke dapat berupa penyumbatan disalah satu arteri otak atau adanya perdarahan. Penyumbatan bisa berupa trombus atau emboli dan keduanya mengakibatkan berkurangnya atau terputusnya aliran darah kedaerah otak sehingga akan terjadi perubahan jaringan otak dan akan mengakibatkan iskemia. Sedangkan perdarahan terjadi karena pecahnya arteri secara spontan didalam atau diluar jaringan otak. Uraiannya adalah sebagai berikut:

a. Iskemia

Pada stroke iskemia berbagai unsur berpengaruh terhadap aliran darah arteri otak. Hal–hal yang berperan dalam pengendalian aliran darah tersebut antara lain *autoregulasi,* kontrol metabolik dan neural. *Viskositas* darah berperan dalam kehidupan jaringan otak, karena makin tinggi viskositas darah semakin rendah kecepatan aliran darah keotak sehingga suplai oksigen berkurang. Kecepatan aliran darah normal pada manusia ialah sebesar 53 ml/100 gr/ menit. Bila aliran darah berkurang sampai kira – kira 15–18 ml/100 gr/menit, maka akan terjadi *brain elektrical failure*. Sedangkan *ionic failure* mulai terjadi bila kecepatan aliran darah menurun sampai 10 ml/100 gr/ menit. Pada tingkat kecepatan aliran darah ini, akan terjadi peningkatan *kalium ekstraselluler* dan

kalsium intraselluler yang akan melepaskan lemak bebas yang mengakibatkan kematian neuron yang *irreversibel* (Smeltzer & Bare, 2004).

Kemampuan *autoregulasi* yaitu kemampuan pembuluh darah arteri otak untuk mempertahankan aliran darah otak tetap meskipun terjadi perubahan tekanan pada perfusi otak. Bila tekanan darah sistemik meningkat maka pembuluh darah serebral akan mengalami *vasokontriksi* dan perfusi otak tetap konstan. Autoregulasi akan berfungsi dengan baik bila tekanan sistolik antara 60–200 mmHg dan tekanan diastolik antara 60–120 mmHg. Nilai 60 mmHg merupakan nilai ambang sistemik. Nilai 200 mmHg merupakan nilai batas atas sistolik serta nilai 120 mmHg merupakan nilai batas atas distolik. Jika aliran darah ke setiap bagian otak terhambat karena trombus dan embolus, maka akan terjadi kekurangan oksigen kejaringan otak, Namun kehilangan oksigen dalam jangka waktu yang lebih lama dapat menyebabkan nekrosis neuron–neuron dan area nekrotik tersebut akhirnya dapat menjadi iskemia

b. Perdarahan Otak

Perdarahan berasal dari akibat pecahnya arteri penetrans yang merupakan cabang dari pembuluh darah supervisial dan berjalan tegak lurus menuju paremkim otak yang bagian distalnya berupa anyaman kapiler. *Ateroslerosis* dapat terjadi dengan meningkatnya umur dan adanya hipertensi kronik, maka sepanjang arteri penetran terjadi *aneurisma* kecil–kecil dengan diameter 1 mm disebut dengan aneurisma *charchot bouchard*. Pada satu saat *aneurisma* ini

akan dapat pecah oleh tekanan darah yang meningkat, sehingga dapat terjadi perdarahan dalam parenkim otak yang bisa mendorong struktur otak dan merembes kesekitarnya bahkan dapat masuk kedalam ventrikel atau ke ruang subarahnoid. Perdarahan pada ruang subarahnoid umumnya disebabkan oleh *aneurisma* yang pecah, kadang–kadang bisa juga karena pecahnya *malformasi arteriovenosa* dan angioma atau oleh diskrasia darah. Bila *aneurisma* pecah darah segera mengisi ruangan subarahnoid atau merembes kedalam parenkim otak yang letaknya berdekatan, kadang–kadang perdarahan subarahnoid diikuti vasospasme yang terjadi antara hari kedua sampai hari kedua belas akibat terjadinya infark otak

3. Penatalaksanaan Stroke

Pentingnya pengobatan stroke sedini mungkin, karena jendela terapi dari stroke sekitar 3–6 jam pada fase akut, selanjutnya pasien akan masuk kedalam fase pemulihan. Intervensi dini pada stroke akut juga merupakan hal yang sangat penting, sehingga penatalaksanaan yang cepat, tepat dan cermat memegang peranan dalam menentukan pengobatan, hal utama yang harus dilakukan adalah:

a. Menstabilisasikan kondisi pasien dengan langkah ABC (*Airway, Breathing, Circulating).*
b. Pertimbangkan tindakan intubasi jika kesadaran pasien stupor
c. Pasang Infus larutan salin normal 0,9 % dengan kecepatan 20 ml/ jam.
d. Berikan Oksigen 2 – 4 liter / menit melalui nasal kanul
e. Buat rekaman Elektro Kardiografi dan foto rontgen thorak

f. Periksa sampel darah lengkap dan trombosit, kimia darah, masa protombin.

g. Siapkan pasien untuk pemeriksaan *Scan Tomografi (CT scan*) dan *Magnetic Resonance Imanging (MRI)* bila memungkinkan, bila tidak ada lakukan *Skoring Sirriraj,* untuk menentukan jenis stroke iskemik atau perdarahan.

4. Asuhan keperawatan pada pasien stroke

Proses keperawatan merupakan salah satu pendekatan dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien stroke. Pada bagian ini akan dipaparkan mengenai proses keperawatan yang meliputi: pelaksanaan pengkajian yang akurat, sehingga akan menghasilkan rumusan diagnosa keperawatan yang tepat. Masalah keperawatan yang dirumuskan secara tepat akan membantu dalam menentukan intervensi keperawatan sampai dengan tahap evaluasi, sehingga perkembangan yang optimal akan kita peroleh.

a. Pengkajian

Pengkajian dimulai dengan mengidentifikasi pasien dan mengumpulkan riwayat kesehatan, dilanjutkan dengan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Pada pemeriksaan riwayat kesehatan pasien stroke akan didapatkan beberapa data sebagai berikut: Faktor usia sangat penting karena stroke mayoritas terjadi pada usia dewasa tua. Jenis kelamin laki-laki biasanya lebih sering terserang stroke dibandingkan jenis kelamin perempuan. Apakah gejala yang ditimbulkan secara mendadak dan hebat. Bagaimana perubahan tingkat kesadaran dan respon yang dibuktikan oleh gerakan; menolak terhadap

perubahan posisi dan respon terhadap stimulus, orientasi terhadap waktu, tempat dan orang. Apakah ada faktor risiko yang menyertai, seperti hipertensi, diabetes mellitus, sakit jantung atau ada riwayat keluarga, peningkatan kadar kholesterol. Ada atau tidaknya gerakan *volunter* atau *involunter ekstremitas*, *tonus otot*, postur tubuh dan posisi kepala. Kekakuan dan *fleksiditas* leher. *Reflek pupil* terhadap cahaya, ukuran pupil, gerakan bola mata. Kualitas, frekuensi nadi dan pernafasan, suhu tubuh dan tekanan arteri. Ekspresi wajah dan adanya kecemasan.

b. Diagnosis

Penegakan diagnosa keperawatan tergantung dari ketepatan pengkajian dan berfokus pada keluhan pasien dan informasi dari keluarga. Serta pemeriksaan fisik yang dilakukan. Menurut *Nursing Intervention Classification* (NIC) dan *Nursing Outcomes Classification* (NOC) (Dochterman, 2004), (Moorhead, 2004) dan The North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), (Hudak & Gallo, 2005) serta (Smeltzer & Bare, 2004) mengidentifikasi beberapa diagnosa keperawatan pada pasien stroke diantaranya resiko tinggi terhadap perubahan perfusi jaringan serebral, tidak afektifnya bersihan jalan nafas, perubahan proses pikir. Kerusakan mobilitas fisik, kurang perawatan diri, kerusakan komunikasi verbal, resiko terhadap kerusakan integritas kulit dan inkontinensia.

c. Rencana dan implementasi keperawatan

Perencanaan dan pelaksanaan tindakan keperawatan sesuai dengan *Nursing Intervention Classification* (NIC) dan *Nursing Outcomes Classification* (NOC), Maka perawat harus dapat mengatasi masalah utama yang muncul pada pasien. Pada saat ini yang terpenting adalah perawat memandirikan pasien dalam hal perawatan diri serta dapat mencegah kekambuhan atau stroke berulang. Intervensi keperawatan pada pasien stroke antara lain :

1). Mengatasi gangguan perfusi jaringan serebral

Perawat memonitor tanda–tanda vital, tingkat kesadaran dan status neurologis pasien secara berkala, dan mengetahui penurunan tingkat kesadaran yang mempunyai makna adanya kerusakan fungsi saraf. Mampu mengatur dan mempertahankan posisi kepala dan elevasi 15^0–30^0 untuk memperbaiki aliran *venous return* serta untuk meningkatkan expansi paru. Perawat mampu mempertahankan lingkungan yang tenang bagi pasien, membatasi pengunjung dan menjaga privacy serta membatasi aktivitas pasien. Dituntut mampu menginformasikan aktivitas yang dapat meningkatkan tekanan intra kranial serta alasan logisnya. Perawat harus mampu dan terampil dalam memenuhi kebutuhan oksigenasi secara adekuat sesuai kondisi pasien. Lindungi ekstremitas dari *injury*, Berikan kehangatan (misal dengan pakaian, tingkatkan temperature ruangan), Instruksikan pasien terhadap faktor-faktor yang mengganggu sirkulasi

(seperti merokok, pakaian ketat, terpapar suhu yang dingin, menyilang kaki) (Dochterman, 2004).

2). Mengatasi ketidak efektifan bersihan jalan nafas

Perawat harus mampu melakukan pengkajian bunyi nafas, ada tidaknya ronchi secara adekuat. Mampu dan terampil dalam memenuhi kebutuhan cairan yang adekuat sesuai dengan penyakit dan kondisi pasien, mampu melakukan suction dengan tehnik septic dan anti septic serta mampu memenuhi kebutuhan oksigenasi, monitor frekuensi, irama, kedalaman dan usaha bernafas, Monitor pola nafas klien: bradypsnea, tachypnea, hyperventilasi, nafas Kussmaul, nafas apneu, Palpasi kesamaan ekspansi paru, Perkusi thoraks anterior dan posterior dari apex ke basal secara bilateral, Monitor adanya kelelahan otot diafragma (gerakan *paradoxical),* Auskultasi bunyi nafas, catat adanya area absen/ berkurangnya ventilasi dan bunyi nafas tambahan (Dochterman, 2004, Smeltzert & Bare, 2004).

3). Memenuhi kebutuhan komunikasi verbal

Perawat harus mampu mengkaji terus kebutuhan komunikasi dan tipe kerusakan komunikasi, berdiri pada garis pandang pasien dan berbicara dengan suara yang jelas dan irama yang lambat, ajari pasien untuk mengikuti kata–kata sederhana dan berusaha untuk mengulang. Berikan alternatif komunikasi misalnya dengan menggambar atau tulisan yang singkat dan jelas, anjurkan pada keluarga dan pengunjung untuk senantiasa

berkomunikasi dengan pasien, anjurkan pasien untuk mempertahankan kontak mata pada saat berkomunikasi dengan orang lain, lakukan kolaborasi dengan tim kesehatan lain (*Speech Terapy)* untuk melatih komunikasi (Dochterman 2004, Lumbantobing, 2006).

4). Memenuhi kebutuhan nutrisi

Perawat mampu mengkaji data gangguan pemenuhan nutrisi pada pasien stroke dan menentukan adanya defisit. Mampu menentukan kebutuhan nutrisi dan cara pemberiannya sesuai dengan defisit, mampu dan terampil dalam hal pemasangan nasal gastrik dan menjaga kepatenannya serta mampu memberikan nutrisi parenteral secara adekuat. Mempertahankan pemberian nutrisi seimbang dan makan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi. Melakukan tindakan kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan diet seimbang dan sesuai kebutuhan pasien (Dochterman, 2004; Kozier, 2004; Smeltzert & Bare, 2004)

5). Memenuhi kebutuhan eliminasi

Perawat harus mampu mengkaji kebutuhan eliminasi pasien dan menentukan kerusakan yang terjadi. Bila pasien mengalami penurunan kesadaran maka perawat harus mampu dan terampil melakukan kateterisasi dengan prinsip steril serta mampu melakukan program latihan berkemih (*Kegel Exercise and Bladder Retraining*) setelah pasien melewati fase akut. Mampu melakukan pemantauan pemasukan dan pengeluaran dan menilai

adanya tanda–tanda infeksi saluran kemih. Bila pasien sadar, lakukan latihan berkemih yang dapat dilakukan setiap 2 jam sekali dengan memberikan pispot atau melatih pasien untuk kekamar mandi (Dochterman, 2004; Smeltzert & Bare, 2004).

6). Memenuhi kebutuhan mobilisasi fisik dan latihan gait

Perawat mampu melakukan pengkajian terhadap kekuatan otot, mengkaji kemampuan melakukan aktifitas dan tingkat ketergantungan pada pasien, mampu mengatur posisi tidur pasien sesuai *deficit neurology* yang terjadi, mampu memaksimalkan kekuatan otot yang dapat memaksimalkan aktivitas sehari–hari, mampu memberi motivasi dan terampil melakukan latihan rentang gerak pasif dan aktif pada pasien, mampu melatih latihan berjalan serta mampu melatih pasien dan keluarganya untuk melakukan latihan secara rutin sesuai dengan toleransi pasien. Pertahankan posisi badan pasien sesuai dengan kesejajaran sumbu tubuh dan melakukan latihan gait. Pantau peningkatan kemampuan motorik pasien, tonus otot dan keseimbangan. Mampu mempertahankan integritas kulit dan sirkulasi darah, serta mengajari pasien dan keluarga untuk tetap menjaga kondisi kesehatan yang stabil. Perlunya memberikan reward atau penghargaan terutama mampu melakukan sendiri latihan secara rutin dan menunjukkan kemajuan motorik (Hoeman, 1996; Smeltzer & Bare, 2004).

7). Memenuhi kebutuhan akan konsep diri (*Body Image*)

Perawat mampu membina hubungan saling percaya dengan pasien dan keluarga. Mampu menjadi tempat untuk berbagi saat pasien mempunyai masalah dan memberikan solusinya. Menghindari informasi yang berlebihan pada pasien terutama pada fase awal terdiagnosa stroke, menginformasikan bahwa perasaan berduka yang timbul merupakan hal yang wajar. Hindari penguatan pada saat pasien menyangkal terhadap kondisinya, jika diperlukan merujuk pasien pada konselor klinik, bila proses berduka yang berkepanjangan berikan nomor telephone penting yang dapat dihubungi pasien saat memerlukan dukungan. Diskusikan perawatan dirumah untuk mempersiapkan pasien saat diperbolehkan pulang (Dochterman, 2004; Smeltzert & Bare, 2004).

B. Konsep Latihan Gait

Latihan gait merupakan bagian dari rehabilitasi yang merupakan suatu tindakan medik yang ditujukan untuk mencegah terjadinya kelainan *(impairment),* kecacatan (*disability)*, dan hendaya (*handicap*), serta tindakan medik untuk meningkatkan kemampuan fungsional seseorang semaksimal mungkin dari cacat yang dideritanya (WHO, 1995). World Health Organization Committe on medical Rehabilitation dalam (Yordia: 1995) menjelaskan bahwa rehabilitasi adalah serangkaian upaya medis yang terdiri dari edukasional dan vokasional yang terkoordinasi untuk melatih kembali seseorang agar dapat mencapai kemampuan fungsional pada taraf setinggi mungkin, Tindakan Rehabilitasi

pasien stroke antara lain adalah: terapi bicara, latihan gerak sendi, latihan kekuatan otot, latihan gait, terapi psikologi dan terapi keluarga. Dengan demikian pasien diharapkan memiliki motivasi yang besar untuk berlatih.

Menurut WHO (2000) tujuan rehabilitasi adalah agar penderita sedini mungkin dapat bangkit dari tempat tidur dan bebas dari ketergantungan pada orang lain terutama dalam kegiatan hidup sehari–hari . Selain itu rehabilitasi bertujuan untuk mencegah kecacatan dengan mengembalikan fungsi mental pasien seperti keadaan sebelum sakit atau melatih pasien menggunakan fungsi yang masih tertinggal semaksimal mungkin dan mempersiapkan mental pasien menghadapi ketidakmampuan, serta menyadarkan keluarga dan lingkungan agar dapat menerimanya. Rehabilitasi pasien stroke pada prinsipnya sebenarnya tidak bermaksud menyembuhkan kelainan, tetapi berupaya meningkatkan kemampuan fungsional sampai pada taraf yang optimal dengan menggunakan kemampuan yang dimiliki pasien.

Prinsip Rehabilitasi merupakan komponen integral dari praktek keperawatan dan meliputi elemen utama pencegahan, pemeliharaan dan pemulihan. Prinsip rehabilitasi yang fundamental adalah mengerjakan bersama dengan pasien dan bukan untuk atau pada pasien. *Menurut The American Nurses Association dan The Association of Rehabilitation Nurses* (ANA dan ARN*)*, perawatan rehabilitasi membantu mereka dengan ketidakmampuan fungsional, mempertahankan kesehatan optimal dan menyesuaikan gaya hidup yang

terganggu/berubah. Perawat rehababilitasi membantu pasien mengidentifikasi tujuan akhir (*goal*) yang realistis dan dapat dicapai serta memperhatikan akuntabilitas pasien akan kesehatan yang optimal berkesinambungan. Begitu suatu kentrampilan dikuasai, pasien diharapkan mempertahankan dan mengembangkan kentrampilan tersebut. Pasien dibimbing mengerjakan sebagian tugas walaupun ia tidak mampu mengerjakan aktivitas selengkapnya (Black, 2005).

WHO (2000) menyebutkan prinsip dasar rehabilitasi stroke adalah hati–hati dalam menyeleksi pasien, dimulai sedini mungkin, dilakukan secara sistematis, dilakukan secara bertahap dan termasuk dalam rehabilitasi khusus untuk defisit tertentu (Suhardi, 2005, ¶, 1, http://www.yastroki.or.id/read.php?id=86, diperoleh pada tanggal 22 januari 2008). Terapi latihan merupakan bentuk metode sampai saat ini terbukti efektif sebagai program rehabilitasi yang sesuai dan merupakan bentuk terapi yang dapat mengurangi tingkat ketergantungan pasien.

Latihan gait adalah latihan untuk mengembalikan kemampuan untuk bergerak dan berjalan sebagai pembangkit moral yang utama, dengan cara latihan *preambulaci, sitting balance, standing balance,* menggunakan tongkat, kruk dan walker (Smeltzer & Bare, 2004; Hoeman, 1996).

Latihan gait merupakan dasar dari persiapan, perawat menginstruksikan dan mengawasi pasien dalam latihan ini. Latihan setting kuadrisep, Pasien mengkoordinasikan otot kuadrisep dengan berupaya untuk mendorong area popliteal terhadap kasur dan pada waktu yang sama menaikkan tumit. Pasien mempertahankan kontraksi otot sampai lima hitungan dan rileks selama lima hitungan. Latihan diulang 10 hingga 15 belas kali setiap jam. Melatih otot kuadrisep mencegah kontraktur sendi lutut, pada setting gluteal pasien mengkontraksi atau mengendutkan bokong secara bersamaan sampai lima hitungan dan ulangi 10 hingga 15 kali setiap jam (Smeltzer & Bare, 2004).

Bila menggunakan alat bantu gait otot–otot ekstremitas atas dilatih dan dikuatkan, sementara dalam posisi duduk, pasien mengangkat tubuhnya dengan mendorong bagian tangan dari kursi atau kasur. Ketika mengangkat badan juga merupakan pengkondisian yang baik. Pasien diajarkan untuk mengangkat lengan diatas kepala menekuk dan menurunkannya dengan gerakan lambat, dan berirama. Ahli terapi fisik meraneang latihan untuk membantu pasien mengembangkan keseimbangan duduk dan berdiri, kestabilan dan koordinasi yang diperlukan untuk latihan gait (Hoeman, 1996).

Tehnik – tehnik latihan gait:

1.) *Preambulasi*

Merupakan program latıhan pemulıhan otot untuk persiapan pada saat duduk dan berdiri, latihan untuk otot-otot rangka dan untuk melatih

ekstremitas bawah, *gluteus* dan otot perut. Latihan ini dasar dari persiapan untuk latihan gait. Perawat mengajarkan latihan ini pada pasien dan keluarganya. Pada saat latihan perawat harus mengobservasi tanda dan gejala yang ditimbulkan oleh pasien

2.) *Sitting balance*

Latihan keseimbangan pasien untuk duduk. Pasien mulai bangun dari tempat tidur dan duduk disisi tempat tidur, perawat memonitor keamanan dan kenyamanan pasien dan menganjurkan pasien untuk mempertahankan keseimbangan saat duduk kemudian dilanjutkan belajar keseimbangan untuk berdiri. Latihan ini berfungsi untuk melatih otot-otot ekstremitas bawah.

3.) *Standing balance*

Pada tahap ini pasien mulai melakukan aktivitas berdiri. Anjurkan pasien agar mempertahankan tahanan tubuhnya. Pasien mempertahankan *kontraksi otot* sampai dengan lima hitungan dan rileks selama lima hitungan, latihan ini mencegah *kontraktur fleksi* lutut. Setelah keseimbangan berdiri dikuasai oleh pasien anjurkan pasien untuk melangkah.

4.) Memakai kruk

Kruk memberikan sanggaan dan keseimbangan yang merupakan metode mudah untuk dapat bergerak dari satu tempat ketempat lain, keseimbangan

yang baik dan postur yang tegak adalah penting untuk berjalan dengan kruk untuk keselamatan, kruk harus mempunyai ujung karet penghisap yang lebar dan pasien harus menggunakan alas kaki yang pas yang mempunyai bagian sol yang kuat. Mengajarkan latihan gait dengan kruk harus disesuaikan dengan individu untuk memenuhi kebutuhan belajar. Pasien diinstruksikan untuk menggunakan alas kaki yang kuat dan pas.

Pasien dijelaskan untuk menahan berat badan pada bagian pegangan tangan, jika berat badan ditahan pada aksila, tekanan kruk akan merusak saraf fleksus brachialis. Kruk ditempatkan sekitar 20 cm sampai 25 cm didepan atau disamping pasien. Landasan ini disesuaikan berdasarkan tinggi badan pasien. Perawat secara kontinyu mengkaji kestabilan dan melindungi pasien dari jatuh, perawat berjalan dengan pasien, menahan pasien pada pinggangnya sesuai dengan yang diperlukan untuk keseimbangan. Perawat memantau toleransi pasien terhadap berjalan dengan kruk. Periode tirah baring yang lama dan inaktivitas mempengaruhi kekuatan dan daya tahan tubuh. Berkeringat dan nafas pendek merupakan indikasi bahwa latihan berjalan dengan kruk harus dihentikan dan pasien diijinkan beristirahat.

Tehnik berjalan dengan kruk:

a). Untuk duduk

- Raih kruk pada bagian pegangan tangannya sebagai kontrol

- Agak bungkuk kedepan sambil mengambil posisi duduk.
- Letakkan kaki sakit didepan untuk mencegah penahanan dan fleksi

b). Untuk berdiri dan berjalan.

- Bergerak kedepan ketepi kursi dengan kaki yang kuat agak dibawah tempat tidur
- Letakkan kedua kruk pada tangan disisi ekstrimitas yang sakit
- Dorong dibawah pada bagian pegangan tangan sambil mengangkat badan pada posisi berdiri kemudian pasien berjalan

5.) Memakai tongkat

Tongkat digunakan untuk membantu pasien berjalan dengan keseimbangan dan dukungan yang lebih besar dan untuk menghilangkan tekanan pada sendi yang menahan beban berat badan dengan meredistribusi berat badan. Tongkat *quad* (Tongkat dengan empat kaki) membuat lebih stabil dibanding tongkat lurus, untuk mengepaskan pasien dengan tongkat, pasien dinstruksikan untuk memfleksikan sikunya dengan sudut 30^0, memegang pegangan tongkat kira–kira setinggi trochanter mayor, dan meletakkan ujung tongkat 15 cm sebelah lateral terhadap jari kelingking. Tongkat yang dapat disesuaikan membuat penggunaan secara individual lebih mudah. Tongkat dipegang pada tangan yang berlawanan dengan ekstremitas yang sakit. Dalam berjalan normal, tungkai dan lengan yang berlawanan

bergerak bersama, gerakan yang demikian akan terus dilakukan selama berjalan dengan tongkat.

Perawat secara kontinyu mengkaji kestabilan pasien dan melindungi pasien dari terjatuh. Perawat berjalan bersama pasien, memegang bagian pinggang pasien sesuai yang diperlukan untuk keseimbangan. Pasien dikaji terhadap toleransi berjalan dan periode istirahat diberikan sesuai kebutuhan, Pasien diajarkan untuk latihan gait menggunakan tongkat sebagai berikut :

a). Pegang tongkat dengan tangan yang berlawanan dengan extremitas yang sakit. (jika karena berbagai alasan pasien tidak mampu untuk menggunakan tongkat pada tangan yang berlawanan, tongkat mungkin digunakan pada sisi yang sama).

b). Majukan tongkat pada waktu yang bersamaan dengan tungkai yang sakit digerakkan kedepan.

c). Jaga agar tongkat cukup dekat dengan tubuh untuk mencegah condong

d). Tahan kebawah pada tongkat, ketika ekstremitas yang tidak sakit memulai fase berayun.

6.) Memakai walker

Walker memberikan lebih banyak senggang dan kestabilan dibandingkan tongkat. Walker tidak membutuhkan pola berjalan resiprokal alamiah. Alat Bantu berjalan ini sangat berguna bagi mereka yang mempunyai keseimbangan buruk atau cadangan kardiovaskuler yang terbatas. Tinggi

walker disesuaikan dengan pasien. Lengan pasien yang terletak pada bagian genggaman walker harus menunjukkan fleksi pada siku dengan sudut 20^0 sampai 30^0. Pasien harus menggenakan sepatu yang kuat dan pas dengan baik. Perawat secara kontinyu mengkaji kestabilan pasien dari terjatuh, perawat berjalan bersama pasien, memegang pada bagian pinggangnya sesuai dengan yang diperlukan untuk keseimbangan (Hoeman,1996; Ducll & Smith, 1996).

Pasien diajarkan untuk berjalan dengan walker sebagai berikut:

a). Memegang walker pada bagian tengah untuk kestabilan

b). Angkat walker, tempatkan didepan anda sementara anda agak menyorongkan tubuh anda kedepan

c). Berjalan kedalam walker, dengan menyangga berat badan anda pada tangan anda ketika anda memajukan tungkai anda yang lebih lemah, dengan menahan berat badan sebagian atau tidak menahan berat badan sesuai dengan yang diharuskan

d). Seimbangkan diri anda pada kedua kaki anda

e). Angkat walker dan letakkan didepan anda lagi, lanjutkan pola berjalan seperti ini.

C. Teori Kemandirian

Menurut Barnadib (2002), Kemandirian adalah perilaku mampu berinisiatif, mampu mengatasi hambatan/masalah, mempunyai rasa percaya diri dan dapat melakukan sesuatu sendiri tanpa bantuan orang lain**.** Pendapat tersebut juga diperkuat oleh Kartini dan Dali (2007) yang mengatakan bahwa kemandirian adalah hasrat untuk mengerjakan segala sesuatu bagi diri sendiri

Menurut Havighurst (1992) mengatakan bahwa kemandirian terdiri dari beberapa aspek, yaitu:

1. Emosi, aspek ini ditunjukkan dengan kemampuan mengontrol emosi dan tidak tergantung kebutuhan emosi dari keluarga atau orang lain.
2. Intelektual merupakan aspek ini ditunjukkan dengan kemampuan untuk mengatasi berbagai masalah yang dihadapi.
3. Sosial, aspek ini ditunjukkan dengan kemampuan untuk mengadakan interaksi dengan orang lain dan tidak bergantung pada keluarga dan orang lain.

Kemandirian merupakan suatu sikap individu yang diperoleh secara kumulatif selama perkembangan, individu akan terus belajar untuk bersikap mandiri dalam menghadapi berbagai situasi dilingkungan, sehingga individu pada akhirnya akan mampu berfikir dan bertindak sendiri, dengan kemandiriannya seseorang dapat memilih jalan hidupnya untuk dapat berkembang dengan lebih mantap. Untuk dapat mandiri seseorang membutuhkan kesempatan, dukungan

dan dorongan dari keluarga serta lingkungan disekitarnya, agar dapat mencapai otonomi pada diri sendiri. Kemandirian dapat berkembang dengan baik jika diberikan kesempatan untuk berkembang melalui latihan yang dilakukan secara terus menerus dan dilakukan sejak dini. Mengingat kemandirian akan banyak memberikan dampak yang positif bagi perkembangan individu, sebaiknya kemandirian diajarkan sedini mungkin sesuai kemampuan yang dimiliki oleh individu (Sadari, 2007, Kemandirian, ¶, 1, http://www.damandiri.or. id/file/setiabudi ipbprakata. diperoleh pada tanggal 22 januari 2008).

Di dalam Ilmu Keperawatan kemandirian merupakan fokus/inti dari teori *self care* yang dikembangkan oleh Dorothea E. Orem, mengatakan *Self care* merupakan praktek dimana seseorang memulai dan menunjukkan kepentingannya dalam mempertahankan kehidupan, kesehatan dan kesejahteraan, maksudnya tidak ada keterbatasan pada seseorang untuk melakukan perawatan bagi dirinya sendiri, termasuk memberikan perawatan bagi kepentingan orang lain. Teori *self care* menyebutkan bahwa merawat diri dan ketergantungan dalam perawatan diri adalah sesuatu prilaku yang dipelajari setiap individu untuk mempertahankan hidup, kesehatan dan kehidupan yang lebih baik, individu dapat melakukannya sendiri sesuai dengan tingkat ketergantungan dan kemampuan yang dimilikinya. (Louis. 2005, Self care, ¶, 1, http://www.sandiego.edu/academics/nursing/theory. diperoleh pada tanggal 2 januari 2008).

Teori self care didasarkan pada 4 konsep dasar antara lain adalah :

1. *Self care* adalah suatu kegiatan individu untuk meningkatkan kehidupan dan mempertahankan kehidupan yang lebih baik
2. *Self care agency* adalah kemampuan seseorang untuk menampilkan aktifitas perawatan dirinya. Ini tergantung dua komponen yaitu *self care agen* (individu yang mampu melakukan perawatan dirinya sendiri) dan *dependent care agent* (orang lain yang memberikan perawatan diri pada orang lain)
3. *Self care requisites/self care needs* adalah aktifitas yang diambil untuk menyediakan perawatan diri, terdapat 3 kategori dalam *self care reguisites* :
   - *Universal requisites* (untuk semua orang) yang meliputi keseimbangan pemasukan air, udara, dan makanan, pengeluaran (eliminasi), pemeliharaan aktifitas dan istirahat serta pemeliharaan keseimbangan antara interaksi sosial, hambatan hidup dan kesejahteraan, peningkatan dan pengembangan fungsi manusia selama hidup dalam kelompok sosial sesuai dengan potensi dan norma.
   - *Developmental self care requisites* kebutuhan–kebutuhan yang dikhususkan untuk proses perkembangan kebutuhan akibat adanya suatu kondisi yang baru, kebutuhan yang dihubungkan dengan suatu kejadian, contohnya penyesuian diri tehadap pertambahan usia, penyesuian diri terhadap perubahan bentuk tubuh
   - *Health deviation requisites* adalah kebutuhan yang berkaitan dengan adanya penyimpangan status kesehatan seperti: kondisi sakit atau injuri,

yang dapat menurunkan kemampuan individu untuk memenuhi kebutuhan self carenya baik secara permanen atau kontemporer, sehingga individu tersebut memerlukan bantuan orang lain, kebutuhan itu meliputi mencari pengobatan yang tepat dan aman, menyadari dampak dari patologi penyakit, memilih prosedur diagnostik, terapi dan rehabilitasi yang tepat dan efektif, memodifikasi konsep diri agar dapat menerima status kesehatannya dan mengatasi hal tersebut, belajar hidup dengan keterbatasan sebagai dampak dari kondisi patologis, efek pengobatan dan diagnostik serta selalu meningkatkan kemampuan

4. *Therapeutik self care demand* adalah jika seseorang tidak mampu memenuhi kebutuhan *self care* maka akan dibutuhkan *therapeutic self care demand* yaitu totalitas dari tindakan *self care* yang di inisiasikan dan di bentuk untuk memenuhi kebutuhan *self care* dengan menggunakan metode yang valid yang berhubugan dengan tindakan yang akan dilakukan. Dalam penerapanya seorang perawat harus dinamis karena *therapeutic self care demand* sangat spesifik untuk tiap–tiap individu tergantung waktu, tempat dan situasi (Tomey, 2006).

Self care defisit merupakan gambaran konseptual penerima asuhan keperawatan sebagai seseorang yang tidak mampu melakukan perawatan dirinya secara terus menerus atau keperawatan mandiri terhadap hal-hal yang berkaitan dengan kesehatanya.

Orem Mengidentifikasi 5 (lima) metode yang dapat digunakan dalam menyelesaikan *self care deficit* :

1). Aktifitas yang dilakukan untuk orang lain

2). Memberikan petunjuk dan pengarahan

3). Memberikan dukungan fisik dan psikologis

4). Memberikan dan memelihara lingkungan yang mendukung kemajuan pengembangan personal

5). Pendidikan.

Perawat dapat membantu individu dengan menggunakan beberapa atau semua metode tersebut dalam memenuhi *self care* (Tomey, 2006)

Menurut Orem (2005) setiap orang memiliki kemampuan untuk merawat diri untuk mempertahankan hidup, sehat dan memperoleh hidup yang lebih baik kemudian individu tersebut dapat melakukannya sendiri sesuai dengan kemampuan yang dimiliki. Hal ini juga didukung oleh teori Wade (1992) yang mengatakan bahwa individu yang dirawat dirumah sakit, memiliki kemampuan untuk merawat dirinya sendiri dengan tidak bergantung pada orang lain dan memiliki motivasi untuk beraktivitas secara mandiri.

Fungsi kemandirian merupakan hal yang sangat penting dipelajari oleh individu, agar individu mampu mandiri melakukan aktivitas dan terbebas dari ketergantungan pada keluarga atau orang lain serta individu bisa

bergerak dan berjalan kembali, seperti sebelum serangan stroke dialami. Untuk memeriksa status fungsional dan kemampuan beraktivitas seseorang dapat digunakan *Barthel Index* yang diperkenalkan oleh Mahoney dan Barthel.

Wade (1992), Menggunakan *Barthel Index* ini untuk mengevaluasi ketidak mampuan saat pasien mulai dan selama dirawat dirumah sakit. *Index* ini direkomendasikan sebagai salah satu instrumen yang sering dipakai untuk menilai kegiatan dan kemandirian keseharian. Keunggulan *Barthel Index* ini mempunyai reabilitas dan validitas yang tinggi, mudah dan cukup sensitif untuk mengukur perubahan fungsi serta keberhasilan rehabilitasi (Gleadle, 2007)

Pada penelitian ini, digunakan skala *Barthel Index* karena skala ini memiliki nilai yang sensitif untuk mengevaluasi kemampuan pergerakan otot/ekstremitas pada pasien stroke. *Barthel index* ini juga merupakan salah satu instrumen yang direkomendasikan pada pasien stroke untuk menilai ketidakmampuan pasien saat mulai dan selama di rawat di rumah sakit.

Tabel 2.1

Penilaian *Barthel Index* Meliputi :

No	Kegiatan	Skor
1.	Makan	0 = tidak mampu mandiri 1= Perlu bantuan memotong mengoles mentega, dan sebagainya, atau perlu mengubah diet 2 = mandiri
2.	Mandi	0 = tidak mampu mandiri 1 = mandiri
3.	Merawat diri	0 = perlu bantuan untuk perawatan diri 1 = mandiri untuk wajah/rambut/gigi
4	Berpakaian	0 = tidak mampu mandiri 1= perlu bantuan untuk bisa melakukan sendiri atau setengah dibantu 2 = mandiri (termasuk kancing, resleting dan sebagainya)
5.	Buang air besar	0 = tidak mandiri 1 = Kadang - kadang mandiri 2 = mandiri
6.	Buang air kecil	0 = tidak mandiri 1 = Kadang – kadang mandiri 2 = mandiri
7.	Menggunakan toilet	0 = tidak mampu mandiri 1 = perlu bantuan 2 = mandiri

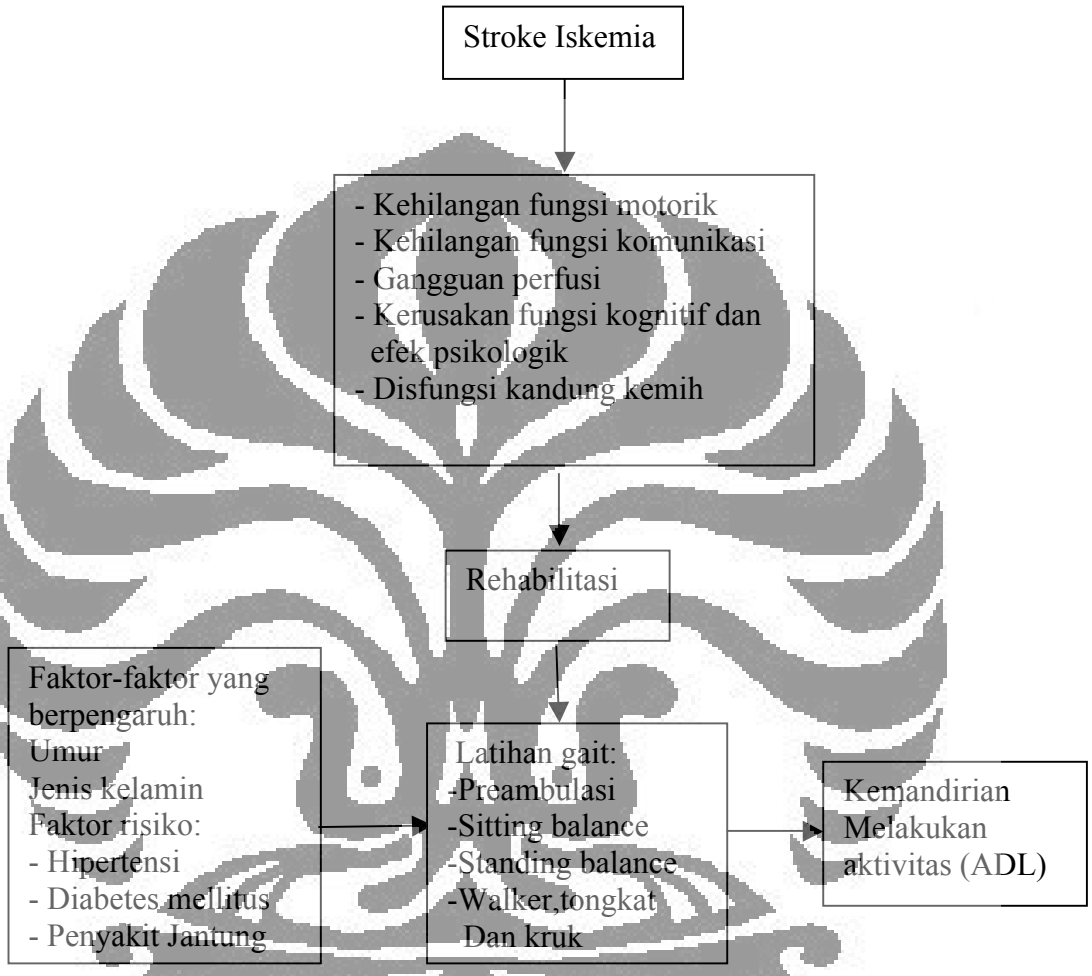
8.	Bergerak	0 = tidak mampu, tidak seimbang 1 = butuh bantuan satu atau dua orang 2 = bantuan minimal 3 = mandiri
9.	Mobilitas	0 = tidak bisa berjalan 1 = tergantung pada kursi roda 2 = berjalan dengan bantuan satu orang 3 = mandiri
10.	Tangga	0 = tidak mampu mandiri 1 = butuh bantuan 2 = mandiri
	Total	0 – 20

D. Kerangka Teori

Dari uraian di atas maka peneliti mencoba mengambarkan kerangka teori pengaruh latihan gait terhadap fungsi kemandirian pasien stroke. Adapun kerangka teori dalam penelitian ini seperti skema 2. 1 adalah sebagai berikut:

Skema 2.1

Kerangka Teori



(Modifikasi Gleadle, 2007; Hudak & Gallo, 2005; Hoeman,1996; Lumbantobing, 2006;Smeltzer & Bare,2004; Tomey, 2006; Umphred, 2001; Warlow,2001)

BAB III

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

A. Kerangka Konsep

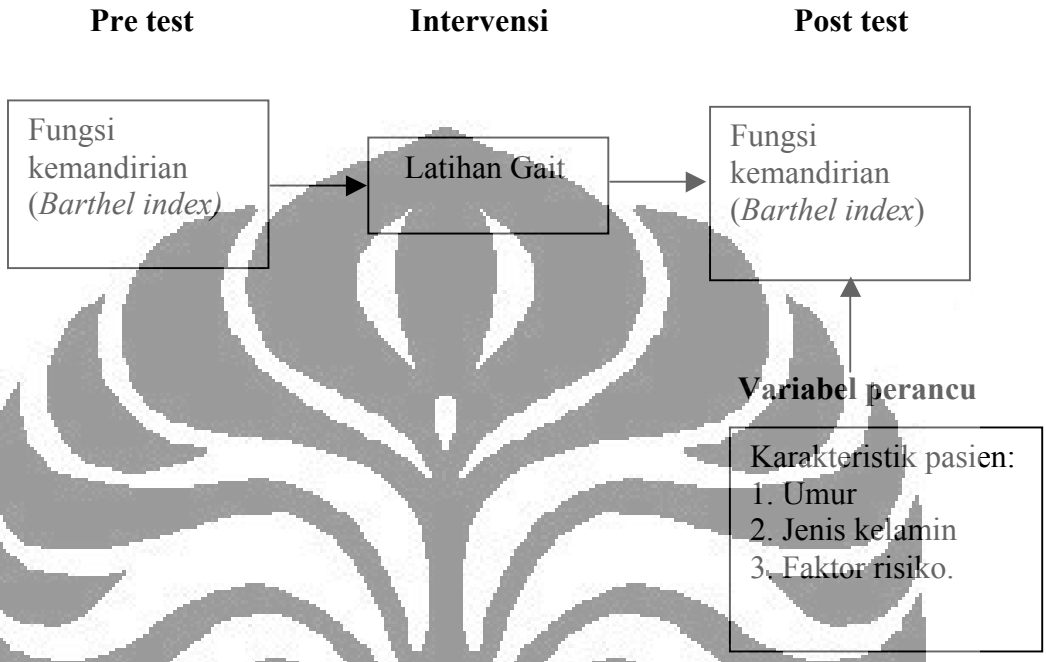
Kerangka konsep pada penelitian ini didasarkan pada teori Umphred (2003) dimana penderita secepat mungkin dapat bangkit dari tempat tidur dan bebas dari ketergantungan pada orang lain terutama dalam kegiatan hidup sehari–hari dan teori Dorothea E. Orem yang menjelaskan *Self care* merupakan praktek dimana seseorang memulai dan menunjukkan kepentingannya dalam mempertahankan kehidupan, kesehatan dan kesejahteraan, maksudnya tidak ada keterbatasan pada seseorang untuk melakukan perawatan bagi dirinya sendiri.

Pada penelitian ini peneliti ingin melihat pengaruh latihan gait terhadap fungsi kemandirian pasien dengan kerangka konsepnya sebagai berikut :

Pengaruh latihan,,,M Marlina, FIK UI, 2008

Skema 3.1

Kerangka Konsep Penelitian



Variabel yang dilihat pada penelitian ini adalah variabel independen dan variabel dependen; Variabel independen adalah pasien stroke jenis iskemia dan variabel dependen adalah pasien stroke yang telah memperoleh latihan gait terhadap fungsi kemandirian.

B. Hipotesis Penelitian

1. Ada pengaruh Latihan gait terhadap peningkatan kemandirian pasien dengan stroke di BPK RSU Sigli Kabupaten Pidie Nanggroe Aceh Darussalam.
2. Ada pengaruh umur terhadap peningkatan kemandirian pasien dengan stroke di BPK RSU Sigli Kabupaten Pidie Nanggroe Aceh Darussalam.

3. Ada pengaruh jenis kelamin terhadap peningkatan kemandirian pasien dengan stroke di BPK RSU Sigli Kabupaten Pidie Nanggroe Aceh Darussalam.
4. Ada pengaruh faktor risiko terhadap peningkatan kemandirian pasien dengan stroke di di BPK RSU Sigli Kabupaten Pidie Nanggroe Aceh Darussalam.

C. Definisi Operasional

Tabel 3.1

Definisi Operasional Variabel penelitian

No	Variabel	Definisi operasional	Cara ukur	Hasil ukur	Skala ukur
1	**Independen** Latihan gait	Latihan pola berjalan dan bergerak untuk melatih kemampuan motorik yang diberikan pada pasien stroke iskhemia	-	-	-
2	**Dependen** Fungsi kemandirian	Kemampuan pasien stroke iskhemia yang mampu melakukan aktivitas harian tanpa bantuan perawat dan keluarga	*Barthel Index*	0 – 20	Interval

3	**Perancu**				
	umur penderita	Usia penderita stroke iskemia pada saat dirawat	Studi dokumentasi dan anamnese	-	Interval
	Jenis kelamin	Gender pasien stroke yang dibawa sejak lahir yang dibedakan antara jenis kelamin laki – laki dan perempuan	Studi dokumentasi dan anamnese	1: laki – laki 2: perempuan	Nominal
	Faktor risiko	Faktor penyebab pasien sehingga mengalami stroke yang terdiri dari: hipertensi, diabetes mellitus dan penyakit jantung	Studi dokumentasi dan anamnese	1: Hipertensi 2: Diabetes mellitus 3: Penyakit jantung	Nominal

BAB IV

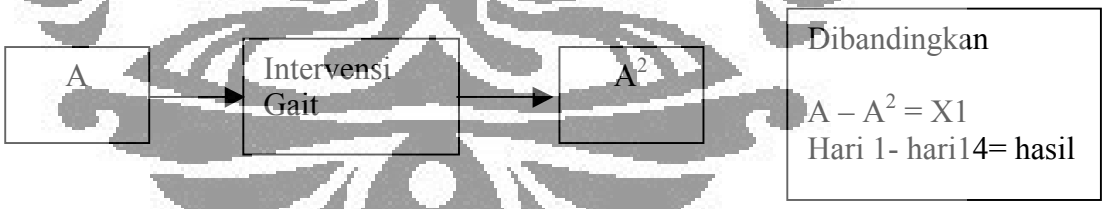
METODE PENELITIAN

A. Desain penelitian

Penelitian ini menggunakan metode *Quasi Eksperimen* dengan pendekatan *Pretest – Posttest Group design,* karena penelitian ini mencari pengaruh satu perlakuan terhadap efek perlakuan (Sugiyono, 2005). Dalam penelitian ini penulis ingin mengidentifikasi pengaruh latihan gait terhadap fungsi kemandirian pasien dengan stroke. Pada penelitian ini dilakukan pada pasien stroke iskemia.

skema 4.1

Bentuk Rancangan penelitian



A = Fungsi kemandirian pasien dengan stroke sebelum dilakukan latihan gait

A^2 = Fungsi kemandirian pasien dengan stroke sesudah dilakukan latihan gait

X1 = Hasil perbedaan fungsi kemandirian pasien dengan stroke sebelum dan sesudah dilakukan latihan gait.

Pengaruh latihan,,,M Marlina, FIK UI, 2008

Prosedur penelitian dilakukan sebagai berikut:

1. Memilih unit penelitian sesuai tujuan penelitian
2. Melakukan Pretest (Menilai Fungsi Kemandirian Sebelum dilakukan Latihan Gait) dengan cara menghitung mean kemandirian pasien stroke pada hari pertama.
3. Melakukan Posttest (Menilai Fungsi Kemandirian Sesudah dilakukan Latihan Gait) dengan cara menghitung mean kemandirian pasien stroke pada hari keempat belas.
4. Menghitung perbedaan mean (Pretest dan Postest) dari masing–masing kelompok dan membandingkan perbedaan tersebut secara statistik.

Dalam penelitian ini akan dipelajari pengaruh latihan gait terhadap fungsi kemandirian, jadi untuk mencapai kemandirian tergantung dari luasnya efek nyata dari latihan gait yang dapat dilihat dengan melakukan penilaian kemandirian pasien stroke, dalam hal ini yang dikaji adalah pasien stroke iskemia.

B. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah subjek yang mempunyai kuantitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian dapat ditarik kesimpulan (Sugiyono, 2005). Populasi pada penelitian ini adalah : semua

pasien stroke iskemia yang dirawat diruang saraf di Badan pelayanan kesehatan Rumah Sakit Umum Sigli Kabupaten Pidie Di Naggroe Aceh Darussalam.

2. Sampel

Besar sampel diperoleh dari populasi berdasarkan pasien yang dirawat inap Saraf BPK RSU Sigli Kabupaten pidie Nanggroe Aceh Darussalam. Metode pengambilan sampel adalah *non probability sampling* jenis *consecutif sampling* yaitu mengambil seluruh sampel yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi selama penelitian berlangsung. Tehnik *consecutif sampling* adalah setiap pasien yang memenuhi kriteria penelitian dimasukkan dalam sampel sampai kurun waktu tertentu, sehingga jumlah sampel yang diperlukan terpenuhi (Sastroasmoro & Ismael, 2006).

Menurut Sastroasmoro & Ismael (2006) rumus pengambilan sampel berpasangan (dependen t- test) yang digunakan adalah:

$$n = \left[\frac{(Z\alpha + Z\beta) \times Sd}{d} \right]^2$$

Keterangan : Sd = Simpangan Baku dari selisih rata-rata

α = Tingkat kemaknaan (ditetapkan oleh peneliti)

β = Nilai Z pada kekuatan uji.

d = Presisi dari rata – rata (power) ditetapkan peneliti

Jika Jumlah sampel diasumsikan sebesar 30 orang dengan hasil yang didapat rerata selisih kemandirian sebelum dan setelah intervensi adalah 2, standar deviasi 4, derajat kemaknaan 95% dan kekuatan uji 80%.

$$n = \left[\frac{(1{,}96 + 0{,}842) \times 4}{2} \right]^2$$

n = 31 orang

Jadi peneliti memerlukan 31 responden . untuk menghindari adanya kesalahan maka dilakukan koreksi 10 % schingga menjadi 34 responden.

Sampel pada penelitian ini adalah sampel yang memenuhi :

kriteria inklusi penelitian sebagai berikut ;

1. Pasien terdiagnosa stroke iskemia yang dirawat di ruang saraf BPK RSU Sigli Kabupaten Pidie Nanggroe Aceh Darussalam.
2. Pasien yang telah diobsevasi dan telah melewati fase akut.
3. Pasien dengan kesadaran penuh *(compos mentis*)
4. Bersedia menanda tangani *informed consent*/orang yang mewakili

Kriteria eklusi adalah sebagai berikut :

1. Pasien terdiagnosa stroke berulang
2. Pasien yang tidak kooperatif.

Pada penelitian ini pasien yang menderita stroke diidentifikasi oleh sejawat yang ada diruangan Saraf Badan Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit Umum Sigli Kabupaten Pidie Nanggroe Aceh Darussalam, tetapi pengkajian dilakukan oleh peneliti. Pasien kemudian diberikan penjelasan tentang pengertian penelitian, tujuan, kegunaan, untung dan ruginya mengikuti penelitian ini (lampiran 1). Setelah pasien mengerti dan setuju maka pasien menandatangani lembar persetujuan dan peneliti akan melakukan pengkajian lebih lengkap lagi. Pengambilan data dan pengkajian awal dilakukan terhadap setiap pasien stroke yang meliputi: karakteristik pasien: umur, jenis kelamin, faktor risiko dan fungsi kemandirian sebelum dilakukan latihan gait dengan menggunakan skala *Barthel Index*.

C. Tempat Penelitian

Penelitian ini bertempat diruang rawat inap saraf BPK RSU Sigli Kabupaten Pidie di Nanggroe Aceh Darussalam. Dengan alasan pengambilan lokasi penelitian ini didasarkan pada :

1. BPK RSU Sigli Kabupaten Pidie Nanggroe Aceh Darussalam, merupakan rumah sakit rujukan didaerah Kabupaten Pidie
2. Belum pernah dilakukan penelitian tentang pengaruh latihan gait terhadap fungsi kemandirian pasien dengan stroke
3. Penulis merupakan salah satu tenaga kesehatan yang berasal dari Propinsi Nanggroe Aceh Darussalam sehingga memudahkan penulis dalam melaksanakan penelitian.

D. Waktu Penelitian

Waktu penelitian mulai pada tanggal 24 Maret sampai dengan 26 Mei 2008.

E. Etika penelitian

Sebagai bentuk pertimbangan etik, peneliti berupaya untuk memenuhi *The Five Right of Human Subjects in Research* (ANA,1985 dalam Macnee, 2004) lima hak tersebut meliputi hak untuk *self determination*; hak terhadap *privacy* dan martabat; hak terhadap *anonymity* dan *confidentiality*; hak untuk mendapatkan penanganan yang adil dan hak terhadap perlindungan dari ketidaknyamanan.

Hak *self determination* adalah responden memiliki otonomi dan hak untuk membuat keputusan secara sadar dan dipahami secara baik, bebas dari paksaan, untuk berpartisipasi atau tidak, dalam penelitian ini. Hak terhadap *privacy* dan martabat berarti bahwa, responden memiliki hak untuk dihargai tentang apa yang mereka lakukan dan apa yang dilakukan terhadap mereka dan untuk mengontrol kapan dan bagaimana informasi tentang mereka dibagi dengan orang lain.

Berdasarkan Hak *anonimity* dan *confidentiality*, semua informasi yang di dapatkan dari responden harus dijaga dengan sedemikian rupa dan responden juga harus dijaga kerahasiaan atas keterlibatannya dalam penelitian ini. Hak terhadap penanganan yang adil, memberikan individu hak yang sama untuk dipilih dan terlibat dalam penelitian tanpa diskriminasi. Diberikan penanganan yang sama dengan menghormati seluruh persetujuan yang telah disepakati dan untuk

memberikan penanganan terhadap masalah yang muncul, selama responden dalam penelitian. Sedangkan hak untuk mendapatkan perlindungan dari ketidaknyamanan dan kerugian mengharuskan agar responden terlindungi dari eksploitasi. Peneliti harus menjamin semua kerahasiaan, semua usaha dilakukan untuk meminimalkan bahaya atau kerugian dari suatu penelitian, dan akan merujuk pasien kebagian ahli jika terjadi komplikasi. Serta memaksimalkan manfaat dari penelitian.

Perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan juga memegang prinsip adil *(juctice*) pada semua pasien, menghargai keunikan pasien dan tidak terpengaruh oleh pertimbangan suku, agama, umur, jenis kelamin dan kedudukan sosial serta senantiasa memelihara suasana lingkungan yang menghormati nilai-nilai budaya, adat istiadat dan kelangsungan hidup beragama.

Guna memenuhi hal tersebut diatas, peneliti menggunakan pendekatan *consensual decision making* atau yang disebut dengan *process informed consent*, pendekatan ini memungkinkan peneliti untuk mengevaluasi kesediaan responden dalam penelitian dengan berbagai tahap dalam proses penelitian. Maksud dari *Informed consent* adalah agar responden dapat membuat keputusan yang dipahami dengan benar berdasarkan informasi yang tersedia dalam dokumen *informed consent*.

Pada penelitian ini, peneliti melindungi responden dengan memperhatikan aspek-aspek *self determination*; *privac*y dan martabat; *anonymity* dan *confidentiality*; hak untuk mendapatkan penanganan yang adil dan hak terhadap perlindungan dari

ketidaknyamanan. Responden diberi kebebasan untuk menentukan apakah bersedia atau tidak mengikuti penelitian secara suka rela. Responden juga dijaga akan kerahasiaan informasinya, hanya untuk peneliti. Selama penelitian nama responden tidak digunakan, namun hanya menggunakan nomor responden. Sebelum pasien menyatakan bersedia menjadi responden, pasien dan keluarga diberi informasi tentang pelaksanaan latihan gait, keuntungan dan kemungkinan dampak yang mungkin timbul. Apabila pasien bersedia ikut serta dalam penelitian ini, maka diminta untuk memberikan persetujuan berdasarkan informasi yang diterima berupa *informed consent*

F. Instrumen Penelitian

Data pada penelitian ini terkumpul dari responden, instrumen yang digunakan berupa format pengkajian dengan beberapa pertanyaan tentang karakteristik responden, seperti: Usia, jenis kelamin, faktor risiko. Format observasi terdiri dari: tanda–tanda vital dan pemeriksaan status neurologi dan format untuk menilai fungsi kemandirian pasien menurut *Barthel Index*. instrumen penelitian yang terkumpul dijadikan data untuk menilai hasil akhir atau nilai evaluasi pada pasien stroke sesudah dilakukan latihan gait dengan cara menghitung selisih kemandirian hari pertama dengan hari keempat belas yang menjadi nilai fungsi kemandirian pasien sesudah dilakukan latihan gait.

G. Prosedur Pengumpulan Data

Langkah – langkah prosedur pengumpulan data

1. Tahap Persiapan (Administrasi)

Peneliti meminta persetujuan pembimbing untuk melakukan penelitian diruang rawat inap saraf BPK RSU Sigli Kabupaten Pidie di Nanggroe Aceh Darussalam dan mengajukan surat ijin melakukan penelitian dari Universitas Indonesia ditujukan kepada Direktur BPK RSU Sigli Kabupaten Pidie di Nanggroe Aceh Darussalam.

2. Tahap Pelaksanaan (Pengkajian dan Observasi)

Setelah mendapatkan ijin melakukan penelitian di BPK RSU Sigli Kabupaten Pidie di Nanggroe Aceh Darussalam, peneliti datang dan menyampaikan maksud dan tujuan penelitian keruang rawat inap saraf, dengan melakukan hal sebagai berikut :

a. Peneliti menjelaskan maksud dan tujuan dilakukan penelitian, serta meminta kesediaan kepala ruangan untuk memberikan ijin untuk penelitian.Peneliti melatih 3 (tiga) orang kolektor data dari perawat dengan dasar pendidikan D3 Keperawatan, untuk menyamakan persepsi latihan gait yang akan diberikan pada pasien stroke.

b. Peneliti memastikan bahwa responden adalah pasien terdiagnosa stroke iskemia.

c. Peneliti mencocokkan pasien sesuai dengan kriteria yang masuk dalam penelitian ini.

d. Menyampaikan tujuan penelitian kepada pasien sebagai responden
e. Memberikan formulir *informed consent* dan meminta tanda tangan bila bersedia mengikuti penelitian (lampiran 2)
f. Mencatat data responden sesuai tujuan penelitian (lampiran 3)
g. Peneliti dan kolektor data menilai fungsi kemandirian pasien sebelum dilakukan latihan gait (lampiran 5)
h. Kolektor data mengobservasi pasien (lampiran 4) selama 2 x 24 jam untuk melihat kestabilan tanda-tanda vital: tekanan darah, nadi, pernafasan dan suhu. menilai status neurologi: tingkat kesadaran dan kekuatan otot. Jika terjadi perubahan tekanan darah lebih dari 20 mmHg, latihan gait tidak dilakukan kemudian peneliti dan kolektor data melakukan observasi ulang.

3. Tahap pelaksanaan (Intervensi)

a. Peneliti bersama kolektor data menyiapkan pelaksanaan latihan gait
b. Melakukan intervensi latihan gait selama empat belas hari (lampiran 6)
c. Menilai fungsi kemandirian pasien sesudah dilakukan latihan gait

H. Pengolahan Data

Semua data yang telah dikumpulkan kemudian dilakukan pengolahan data melalui langkah – langkah sebagai berikut :

1. *Editing*:

Pada langkah ini peneliti melakukan pengecekan terhadap data yang telah diperoleh, pengecekan ini mencakup karakteristik responden, seperti : Usia,

jenis kelamin, dan factor risiko serta fungsi kemandirian pasien stroke sebelum dan sesudah dilakukan latihan gait. Dengan tujuan adalah untuk mengetahui kelengkapan data.

2. *Coding*

Pada tahap ini peneliti memberikan kode atau nilai pada tiap item data, dengan tujuan untuk menghindari kesalahan dan memudahkan dalam pengolahan data. Peneliti harus teliti dalam memberi kode atau dalam memasukkan data.

3. *Entry data*

Merupakan langkah memasukkan data dalam komputer untuk selanjutnya dilakukan analisis data dengan menggunakan program computer.

4. *Tabulasi data (tabulating)*

Data dikelompokkan menurut kategori yang telah ditentukan selanjutnya data ditabulasi. Tabulasi dengan cara memberikan kode untuk keperluan analisis statistik dengan menggunakan computer.

I. Analisis Data

1. Analisis univariat

Analisis univariat dilakukan untuk memberi gambaran atau mendeskripsikan dari masing–masing variabel yang diteliti. Untuk data numerik dengan cara menghitung mean, median, simpangan baku, nilai minimal dan nilai maksimal. Untuk data kategorik dengan menghitung frekuensi dan prosentasi. Pengujian masing–masing variabel dengan menggunakan tabel dan diinterpretasikan berdasarkan hasil yang diperoleh.

2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk membuktikan hipotesis penelitian yaitu latihan gait berpengaruh terhadap fungsi kemandirian pasien dengan stroke. Adapun analisis yang digunakan untuk menjelaskan perbedaan fungsi kemandirian sebelum dan sesudah dilakukan latihan gait. Penelitian ini menggunakan uji beda dua mean yaitu: t–test, independent sampel test (*pooled t–test*), untuk test sampel berbeda. Untuk dependent sampel test (*Paired t–test*) adalah untuk sampel yang sama, *pearson colleration* untuk data numerik dan *anova one way* untuk variabel data lebih dari dua kategori. Pada penelitian ini menggunakan paired t-test dengan derajat kemaknaan 95 % atau alpha 0,05 (Hastono, 2007).

BAB V

HASIL PENELITIAN

Pada bab ini menguraikan tentang hasil penelitian pengaruh latihan gait terhadap fungsi kemandirian pasien dengan stroke Di Badan Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit Umum Sigli Nanggroe Aceh Darussalam. Berdasarkan data yang diperoleh yaitu pada bulan Maret sampai dengan bulan Mei 2008, telah diteliti sebanyak 34 responden. Intervensi yang diberikan selama 14 hari setelah kondisi pasien stabil dan tidak terjadi peningkatan tekanan darah lebih dari 20 mmHg. Fungsi nilai kemandirian pasien dinilai pada pretest dan postest kemudian dilakukan perbandingan hasil pretest dan postest tersebut. Hasil penelitian dapat diuraikan sebagai berikut:

A. Analisis Univariat

Hasil analisis univariat menggambarkan karakteristik responden berdasarkan umur, jenis kelamin, faktor risiko, fungsi kemandirian sebelum dilakukan latihan dan fungsi kemandirian setelah dilakukan latihan

Pengaruh latihan,,,M Marlina, FIK UI, 2008

Tabel 5.1
Distribusi Responden Berdasarkan Usia Pasien Stroke Di BPK RSU Sigli Kabupaten Pidie NAD, Maret-Mei 2008
(n=34)

Variabel	*Mean*	*Median*	SD	Min-Max	95%CI
Umur	58	60	5,29	45,00-65,00	56,89-60,58

Berdasarkan tabel 5.1 hasil analisa diperoleh rata-rata umur responden adalah 58 tahun (95%CI: 56,89-60,58) dengan *median* 60 tahun dan standar deviasi 5,29 tahun umur tertua adalah 65 tahun dan umur termuda adalah 45 tahun. Dari hasil estimasi interval didapatkan 95% diyakini umur responden adalah 56 tahun sampai dengan 60 tahun

Tabel 5.2
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Pasien Stroke Di BPK RSU Sigli NAD, Maret- Mei 2008
(n=34)

Variabel	Frekuensi	Prosentase (%)
Jenis kelamin		
Laki-laki	16	47,1
Perempuan	18	52,9

Tabel 5.2 menunjukkan distribusi frekuensi jenis kelamin responden terbanyak adalah perempuan sebanyak 18 orang (52,9%)

Tabel 5.3
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Faktor Risiko
Pasien Stroke Di BPK RSU Sigli NAD, Maret- Mei 2008
(n=34)

Variabel	Frekuensi	Prosentase (%)
Faktor Risiko		
Hipertensi	25	73,5
Diabetes Mellitus	4	11,8
Penyakit Jantung	5	14,7

Tabel 5.3 menunjukkan distribusi frekuensi faktor risiko responden terbanyak adalah Hipertensi sebanyak 25 orang (73,5%)

Tabel 5.4
Distribusi Responden Berdasarkan Fungsi Kemandirian Sebelum dan Sesudah Intervensi Pada Pasien Stroke Di BPK RSU Sigli NAD, Maret- Mei 2008
(n=34)

No	Variabel	*Mean*	*Median*	SD	Min-Max	95%CI
1	Sebelum intervensi	1,02	1,00	1,68	0,00 - 9,00	0,44 – 1,62
2	Sesudah intervensi	7,29	7,50	3,54	2,00 – 15,00	6,06 – 8,53

Berdasarkan tabel 5.4 hasil analisa diperoleh rata-rata nilai kemandirian sebelum intervensi adalah 1,02 (95%CI: 0,44-1,62) dengan *median* 1,00 dan standart deviasi 1,68. Nilai tertinggi kemandirian sebelum intervensi adalah 9,00 dan nilai terendah adalah 0,00. Dari hasil *estimasi* interval didapatkan 95% diyakini nilai kemandirian sebelum intervensi adalah 0,44 sampai dengan 1,62. Sedangkan rata-rata nilai kemandirian pasien sesudah intervensi adalah 7,29 (95%CI: 6,06-8,53) dengan

median 7,50 dan standart deviasi 3,54. Nilai tertinggi kemandirian setelah intervensi adalah 15,00 dan nilai terendah adalah 2,00. dari hasil *estimasi* didapatkan 95% diyakini nilai kemandirian sesudah intervensi adalah 6,06 sampai dengan 8,53. Dapat disimpulkan bahwa rata-rata nilai kemandirian pasien berbeda jauh antara nilai sebelum latihan dengan nilai sesudah latihan.

B. Analisis Bivariat

Analisis bivariat menggambarkan mean variabel nilai kemandirian sebelum dan sesudah intervensi selama 14 hari, serta akan menguraikan hubungan faktor konfonding dengan fungsi kemandirian pasien sebelum dan sesudah intervensi, dilakukan dengan menggunakan uji *dependen sampel t-test (Paired t-test), independent t-test (Pooled t-test), anova one way, dan Pearson correlation.*

Tabel 5.5
Analisis Peningkatan Kemandirian Sebelum dan Sesudah Intervensi Pada Pasien Stroke Di BPK RSU Sigli NAD, Maret-Mei 2008 (n=34)

Variabel	*Mean*	*SD*	P	N
Selisih nilai kemandirian sebelum dan sesudah diberikan intervensi	6,26	3,36	0,000	34

Hasil analisis pada tabel 5.5. Rata-rata selisih nilai kemandirian pasien setelah di berikan intervensi adalah 6,26, dengan standar deviasi 3,36. Hasil uji statistik didapatkan p= 0,000 (α=0,05) dengan demikian dapat disimpulkan bahwa ada

pengaruh yang bermakna latihan gait terhadap peningkatan kemandirian pasien dengan stroke di BPK RSU Sigli Kabupaten Pidie NAD

Tabel 5.6
Rata-rata Umur Dengan Peningkatan Kemandirian Setelah Intervensi Pada pasien Stroke Di BPK RSU Sigli NAD, Maret-Mei 2008 (n=34)

Variabel	N	r	P
Umur	34	-0,388	0,023

Hasil analisis pada tabel 5.6 menunjukkan nilai kolerasinya -0,388 artinya ada hubungan antara umur dengan peningkatan kemandirian semakin tua usia pasien semakin rendah nilai kemandirian dan hasil uji statistik didapatkan p=0,023 (α=0,05) dengan demikian dapat disimpulkan ada hubungan yang bermakna antara umur dengan peningkatan kemandirian, hal ini dapat dilihat pada diagram 5.1. yang menjelaskan hubungan umur dengan kemandirian pasien.

Diagram 5.1
Pengaruh Umur dengan Peningkatan Kemandirian Setelah Intervensi Pada Pasien Stroke Di BPK RSU Sigli NAD, Maret-Mei 2008 (n=34)

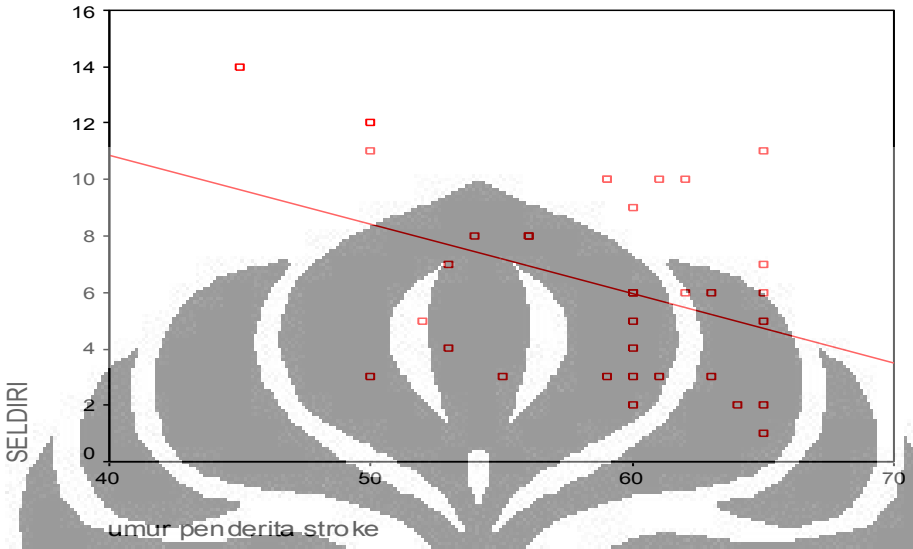


Diagram 5.1 menjelaskan bahwa ada pengaruh yang negatif antara umur dengan kemandirian yaitu semakin tua usia pasien stroke maka semakin rendah peningkatan kemandiriannya.

Tabel 5.7
Pengaruh Jenis Kelamin Terhadap Peningkatan Kemandirian Sesudah Intervensi Pada Pasien Stroke Di BP KRSU Sigli NAD, Maret-Mei 2008 (n=34)

Variabel	N	Mean	SD	p
Jenis kelamin				
Laki-laki	16	5.38	3,32	0,148
Perempuan	18	7.05	3,28	

Hasil analisis pada tabel 5.7 rata-rata peningkatan kemandirian pasien stroke yang telah mendapat intervensi pada jenis kelamin laki-laki adalah 5,38 dengan standar

deviasi 3,32 sedangkan rata-rata peningkatan kemandirian pasien stroke yang telah mendapatkan intervensi pada jenis kelamin perempuan adalah 7,05 dengan standar deviasi 3,28 dan hasil uji statistik didapatkan p= 0,148 (α=0,05) dengan demikian dapat disimpulkan bahwa tidak ada pengaruh yang bermakna antara rata-rata nilai ke mandirian pasien stroke dengan jenis kelamin.

Tabel 5.8
Rata –rata Faktor Risiko Terhadap Peningkatan Kemandirian Sesudah Intervensi Pada Pasien Stroke Di BPK RSU Sigli NAD, Maret-Mei 2008
(n=34)

Variabel	N	Mean	SD	p
Faktor risiko				
Hipertensi	25	6,88	3,42	
Diabetes mellitus	4	5,75	3,20	0,13
Penyakit jantung	5	3,60	1,95	

Hasil analisis pada tabel 5.8 rata-rata peningkatan kemandirian pasien stroke yang telah mendapat intervensi yang paling banyak adalah dengan faktor risiko hypertensi adalah 6,88 dengan standar deviasi 3,42 dan hasil uji statistik didapatkan p= 0,13 (α=0,05) dengan demikian dapat disimpulkan bahwa tidak ada pengaruh yang bermakna antara rata-rata nilai kemandirian pasien stroke dengan faktor risiko penyakit.

BAB VI

PEMBAHASAN

Bab ini akan menguraikan tentang pembahasan yang meliputi interpretasi dan diskusi hasil penelitian seperti yang telah dipaparkan pada bab v, keterbatasan penelitian yang terkait dengan *design* penelitian yang digunakan dan karakteristik sampel yang digunakan serta pembahasan tentang bagaimana implikasi hasil penelitian ini terhadap pelayanan kesehatan dan pengembangan penelitian selanjutnya.

A. Interpretasi dan Diskusi Hasil

Penelitian ini dilakukan dengan tujuan untuk menjelaskan pengaruh latihan gait terhadap fungsi kemandirian pasien dengan stroke diBPK RSU Sigli Kabupaten Pidie Nanggroe Aceh Darussalam. Nilai fungsi kemandirian sebelum dilakukan latihan akan dibandingkan dengan nilai peningkatan kemandirian sesudah dilakukan latihan selama 14 hari, dengan cara menilai kemandirian pasien menurut skala *Barthel Indeks* dengan rentang 0 – 20

Pelaksanaan latihan gait dalam penelitian ini adalah rangkaian kegiatan yang dimulai dari *preambulasi, sitting balance*, *standing balance*, memakai kruk, walker dan tongkat.. Latihan ini dilakukan sebagai salah satu upaya dari tindakan

Pengaruh latihan,,,M Marlina, FIK UI, 2008

rehabilitasi pada pasien stroke. Setelah latihan ini dilakukan maka dapat meningkatkan kemampuan fungsi kemandirian seseorang semaksimal mungkin, serta mencegah terjadinya kecacatan dan komplikasi (WHO, 2000)

Selama pelaksanan latihan gait peneliti tetap memantau tanda– tanda vital pasien dan status oksigenasi untuk mempertahankan aliran darah ke otak dan oksigenasi jaringan. Peneliti juga memotivasi pasien dan keluarga agar terus berlatih jika pasien toleransi terhadap latihan, tetapi apabila pasien lelah, tekanan darah meningkat, pernafasan meningkat maka latihan dapat dihentikan sampai kondisi pasien kembali normal atau stabil.

1. Pengaruh latihan gait terhadap peningkatan kemandirian pasien stroke

Rata-rata nilai kemandirin pasien stroke sebelum diberikan intervensi adalah 1,02 dan rata-rata peningkatan kemandirian sesudah intervensi selama empat belas hari adalah 7,29 dan hasil uji statistik didapatkan p= 0,000 (α=0,05). Berarti nilai kemandirian pasien stroke meningkat sesudah dilakukan latihan. Hal ini menunjukkan bahwa intervensi yang telah diberikan dapat diterima oleh pasien stroke di BPK RSU Sigli Kabupaten Pidie Naggroe Aceh Darussalam sehingga pasien dapat meningkatkan nilai kemandiriannya.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Chefez, Dickstein, Laufer & Marcovitz (2001) mengemukakan bahwa latihan gait merupakan intervensi yang sangat berpengaruh terhadap fungsi kemandirian pasien. Hal ini terjadi karena dengan

latihan ini pasien dapat mengembalikan kemampuan untuk duduk, berdiri. Latihan berjalan bisa melatih distribusi berat badan pada kedua tungkai, sekaligus melatih keseimbangan dalam berbagai posisi.

Asuhan keperawatan yang diberikan pada pasien stroke diantaranya adalah: pengaturan posisi tidur, pemenuhan kebutuhan oksigen, melakukan latihan gerak pasif dan latihan gerak aktif, mempertahankan kesejajaran posisi tubuh secara anatomis dan melakukan *preambulasi, sitting balance, standing balance* serta kolaborasi dengan dokter terkait dengan pemberian obat-obatan. Beberapa latihan tersebut merupakan upaya yang dapat membantu pasien dalam meningkatkan kemampuan fungsi kemandirian pasien untuk memenuhi kebutuhannya sehari-hari dan dapat mencegah kecacatan serta komplikasi.

Pada pasien stroke sebagian besar akan mengalami kecacatan, terutama pada kelompok usia diatas 45 tahun (Black, 2005). Manifestasi klinis biasanya terjadi kelumpuhan yang mendadak pada salah satu sisi tubuh, hal tersebut diakibatkan oleh lesi (pembuluh darah yang tersumbat) yang secara khusus dapat mengenai sisi kontra lateral dari tubuh. Derajat kelainan akibat lesi berbeda satu pasien dengan pasien lainnya, tergantung dari lokasi dan luas lesi yang akan tampak pada disfungsi motorik (Smelzert & Bare, 2004).

Kompleknya permasalahan yang muncul pada pasien stroke, sehingga perlu penanganan yang segera, tepat, teliti dan penuh kesabaran dan melibatkan kerja

sama antar disiplin ilmu seperti dokter, *Physiotherapist, speech therapist, occupational therapist* juga termasuk keterlibatan keluarga pasien (Warlow, 2001) Penanganan yang cepat, tepat dan adekuat diharapkan akan mempercepat penyembuhan serta dapat memperkecil risiko kecacatan fisik dan komplikasi lainnya yang akan timbul.

Permasalahan yang sering ditemui dapat berupa kelemahan pada anggota gerak yang berakibat berkurangnya kemampuan fungsional motorik, namun dengan latihan gait (Hoeman,1996) berupa latihan mobilisasi dini/ *preambulasi, sitting balance, standing balance,* memakai kruk, walker dan tongkat maka diharapkan pasien dapat meningkatkan nilai kemandiriannya serta dapat meningkatkan kemampuan fungsional motorik.

Pelaksanaan latihan gait pada pasien stroke secara intens, terarah dan teratur, maka dapat mempengaruhi kemampuan motorik pasien untuk meningkatkan kemandirian. Setelah latihan ini dilakukan maka pasien dapat melakukan aktivitas sehari-hari sehingga pasien pulang tidak lagi ketergantungan pada perawat maupun keluarga ataupun orang lain

Hasil uji statistik menunjukkan bahwa selisih peningkatan kemandirian sebelum diberikan intervensi dan sesudah diberikan intervensi adalah sebesar 6,26, hal ini dapat dilihat dari hasil nilai p sebesar 0,000 (α=0,05). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa intervensi yang telah diberikan pada pasien stroke disertai

dengan latihan gait berpengaruh terhadap peningkatan kemandirian. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa; ada pengaruh latihan gait terhadap peningkatan kemandirian pasien dengan stroke di BPK RSU Sigli Kabupaten Pidie NAD. Hal ini terjadi karena intervensi yang diberikan sesuai dengan landasan teori dan intens latihan yang teratur dan tepat.

2. Pengaruh Umur dengan peningkatan kemandirian pasien stroke

Rentang umur pasien stroke yang dalam penelitian ini sebagai responden adalah 45-65 tahun sebanyak 34 orang. Hal ini sesuai dengan perkiraan Depkes bahwa mayoritas angka kejadian stroke terjadi pada usia diatas 40 tahun, demikian pula menurut Lumbantobing (2004) yang mengatakan angka kejadian stroke meningkat seiring dengan bertambahnya usia seseorang.

Menurut WHO (2002) pasien stroke lanjut usia sangat terbatas dalam upaya pemulihan fungsional, hal ini disebabkan keadaan mental dan adaptasi, selain itu pemulihan pasien stroke akan lebih cepat terjadi pada usia muda dibandingkan usia lanjut yang mengalami defisit lebih berat namun tidak semua pasien stroke mempunyai manifestasi klinis yang sama tergantung dari lokasi dan luasnya lesi yang terkena.

Pada pasien lanjut usia kelenturan otot-otot sudah berkurang dibandingkan pada usia muda, usia lanjut sulit beradaptasi pada saat latihan, kadang-kadang juga kurang kooperatif. Selain itu pasien usia lanjut sudah kurang memperhatikan

penampilan diri, sehinga bila hendak dilakukan suatu tindakan harus dilakukan hubungan interpersonal yang intens.

Hasil penelitian Smith (2001), menjelaskan bahwa pemulihan pada pasien stroke lanjut usia sangat terbatas, hal ini berhubungan dengan keadaan mental dan adaptasi. Biasanya pemulihan pada pasien stroke usia muda lebih cepat karena usia muda lebih cepat beradaptasi. Penelitian Smith memiliki hasil yang sama dengan penelitian di BPK RSU Sigli Kabupaten Pidie NAD semakin tua umur seseorang yang terkena stroke maka semakin sulit pasien untuk beradaptasi terhadap latihan.

Hasil uji statistik menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara umur dengan peningkatan kemandirian pasien, dengan nilai r kolerasinya adalah -0,388. p=0,023 (α=0,05), Maka dapat disimpulkan bahwa semakin tua usia pasien stroke maka semakin rendah nilai kemandiriannya. Hasil ini menunjukkan bahwa ada pengaruh umur terhadap peningkatan kemandirian pasien dengan stroke di BPK RSU Sigli Kabupaten Pidie NAD.

3. pengaruh jenis kelamin terhadap peningkatan kemandirian pasien stroke

Hasil penelitian yang dilakukan pada bulan Maret sampai dengan bulan Mei 2008 di BPK RSU Sigli Kabupaten Pidie Nanggroe Aceh Darussalam menunjukkan bahwa kejadian stroke pada jenis kelamin perempuan sebanyak 18 orang (52,9 %), lebih tinggi dibandingkan jenis kelamin laki-laki sebanyak 16

orang (47,1%). Angka kejadian stroke pada kelompok perempuan ini meningkat karena pada kelompok perempuan terdapat responden yang memiliki riwayat beberapa penyakit seperti hypertensi, diabetes mellitus dan penyakit jantung yang sebenarnya dapat dicegah dengan olah raga teratur (Black, 2005).

Penelitian Chefez (2001) yang mengatakan bahwa risiko jenis kelamin laki-laki berpengaruh terhadap kejadian stroke. Hal ini dilihat dari gaya hidup laki-laki yang banyak merokok, minum alkohol, sehingga dapat merusak pembuluh darah. Hasil univariat responden sebagian besar adalah perempuan yang biasanya lebih banyak mengerjakan pekerjaan rumah tangga dan jarang melakukan prilaku gaya hidup seperti merokok dan minum alkohol, sehingga rata-rata peningkatan kemandirian pada perempuan yaitu sebesar 7,05

Hasil uji statistik pada penelitian di BPK-RSU Sigli Kabupaten Pidie NAD mulai bulan Maret sampai dengan bulai Mei menunjukkan bahwa p=0,148 (α=0,05), sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada pengaruh yang bermakna antara jenis kelamin dengan peningkatan nilai kemandiriaan pada pasien stroke.

4. Pengaruh faktor risiko stroke terhadap peningkatan nilai kemandirian

Pada penelitian ini reponden yang paling tinggi peningkatan nilai kemandirian adalah faktor risiko hipertensi yaitu sebesar 6,88. Faktor risiko terjadi stroke dibagi menjadi dua bagian, yaitu faktor risiko yang dapat dikontrol dan faktor risiko yang tidak dapat dikontrol. Faktor risiko yang tidak dapat dikontrol adalah

umur, jenis kelamin dan ras atau etnik. Sedangkan faktor risiko yang dapat dikontrol adalah hipertensi, diabetes mellitus, penyakit jantung dan hiperlipidemia serta pola hidup seperti perokok, peminum alkohol serta kegemukan (Smeltzert & Bare, 2004).

Menurut hasil penelitian Misbach & Ali (2002) menyebutkan bahwa faktor risiko stroke turut berperan serta dalam proses pemulihan, karena faktor risiko yang tidak terkontrol akan menyebabkan komplikasi sehingga dapat menghambat program rehabilitasi. Faktor risiko utama stroke dapat berupa hipertensi dan penyakit jantung yang akan dapat menimbulkan komplikasi seperti pembesaran jantung kiri, infark miocard dan insufisiensi ginjal keadaan tersebut akan menyebabkan kemampuan pasien stroke untuk berlatih berkurang dan menghambat pemulihan.

Banyak cara untuk menghindari terjadinya serangan stroke, salah satunya dengan cara meningkatkan kebugaran jasmani, mengendalikan faktor risiko stroke dan menghindari konsumsi lemak serta merokok yang berlebihan, karena seseorang yang memiliki kebugaran jasmani yang baik relatif kecil terkena stroke dan terjaga kebugaran jantung dan paru-paru serta dapat mempertahankan kelenturan otot dan berat badan yang seimbang.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa p=0,13 (α=0,05) yang artinya dapat disimpulkan bahwa tidak ada pengaruh yang bermakna antara faktor risiko

terjadinya stroke dengan peningkatan nilai kemandirian. Hal ini disebabkan karena pasien pada penelitian ini adalah pasien yang hanya memiliki satu faktor risiko saja, sehingga akan mempengaruhi terhadap peningkatan nilai kemandirian pasien.

Hasil riset diatas menunjukkan tidak ada pengaruh latihan terhadap peningkatan kemandirian. Hal ini dapat terlihat bahwa rata-rata pasien dengan riwayat hipertensi lebih tinggi nilai kemandirian dibandingkan riwayat diabetes mellitus dan penyakit jantung. Faktor risiko hypertensi lebih toleran terhadap latihan dibandingkan penyakit jantung yang harus lebih banyak istirahat untuk mencegah komplikasi.

B. Keterbatasan penelitian

Keterbatasan yang ditemui peneliti selama penelitian ini berlangsung adalah waktu Hal ini disebabkan karena rata-rata hari rawatan 14 sampai 16 hari, dan menurut teori dijelaskan bahwa semakin intens latihan dilakukan maka semakin meningkat nilai kemandirian pada pasien stroke. Sebaiknya latihan ini dilakukan dua sampai dengan tiga bulan untuk mengevaluasi kemajuan kemandirian serta dapat mencegah stroke berulang.

C. Implikasi Hasil Penelitian

Penelitian ini memiliki beberapa implikasi bagi praktek pelayanan keperawatan dan implikasi bagi ilmu keperawatan:

1. Implikasi terhadap praktek pelayanan keperawatan.

   Terkait dengan penelitian ini, dimana latihan gait memiliki pengaruh terhadap peningkatan kemandirian pasien, sehingga pasien dapat toleransi terhadap aktivitas sehari-hari. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan pengetahuan bagi praktek keperawatan profesional sehingga dapat dijadikan standar asuhan keperawatan (SAK) dan standar operasional prosedur (SOP) untuk menangani pasien stroke.

2. Implikasi terhadap ilmu keperawatan

   Hasil penelitian ini dapat menjadi landasan untuk mengembangkan ilmu dalam bidang keperawatan, khususnya masalah *Cerebro Vasculer Accident*, maka kiranya perlu dilakukan beberapa penelitian yang dapat menvalidasikan kembali hasil penelitian ini.

BAB VII

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

1. Penelitian ini telah mengidentifikasi beberapa karakteristik dari 34 responden, usia responden berada antara 45–65 tahun, jenis kelamin terbanyak pada penelitian ini adalah pada kelompok jenis kelamin perempuan, faktor risiko terbanyak pada penelitian ini adalah faktor risiko hypertensi.
2. Rata-rata nilai kemandirian pasien stroke berbeda yang berarti bermakna antara nilai kemandirian sebelum diberikan intervensi dengan nilai kemandirian sesudah diberikan intervensi yang artinya bahwa latihan gait dapat meningkatkan nilai kemandirian pada pasien stroke.
3. Ada pengaruh antara umur dengan peningkatan nilai kemandirian pasien stroke sebelum dan sesudah latihan yang berarti semakin tinggi umur pasien stroke maka semakin rendah nilai kemandirian.
4. Tidak ada pengaruh antara jenis kelamin dengan peningkatan nilai kemandirian pasien stroke sebelum dan sesudah dilakukan latihan gait.
5. Tidak ada pengaruh antara faktor risiko dengan peningkatan nilai kemandirian pada pasien stroke sebelum dan sesudah dilakukan latihan gait.

Pengaruh latihan,,,M Marlina, FIK UI, 2008

B. Saran

1. Untuk Institusi Pelayanan

   a. Pihak rumah sakit atau pengelola pelayanan kesehatan hendaknya perlu mengadakan pelatihan tenaga keperawatan secara terencana, dan berkesinambungan terkait dengan latihan gait

   b. Pihak rumah sakit atau pengelola pelayanan kesehatan hendaknya perlu mewujudkan *discharge planning* program pada pasien stroke untuk menjamin latihan dirumah.

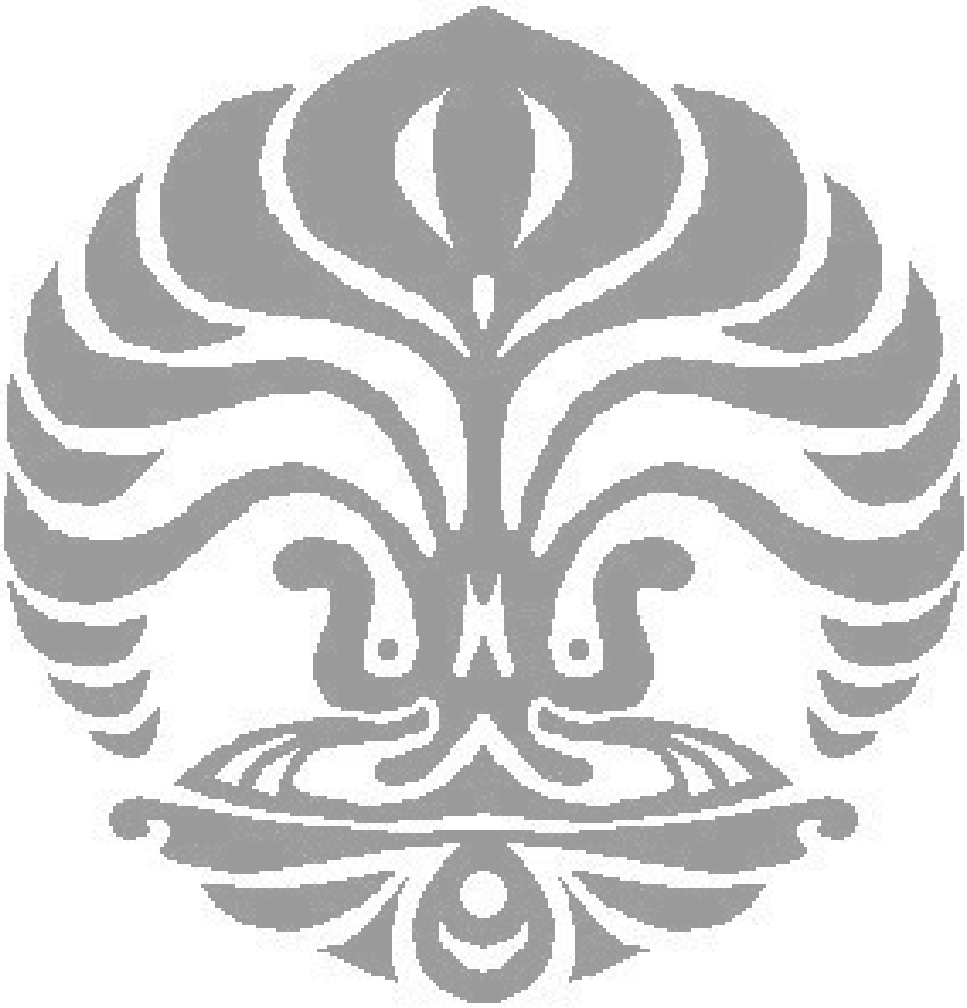
   c. Pihak rumah sakit atau pengelola pelayanan kesehatan hendaknya perlu mengadakan program khusus memberikan bimbingan dan latihan untuk keluarga cara-cara melakukan latihan gait dirumah pada pasien stroke, sebagai salah satu upaya mengurangi kecacatan dan meningkatkan fungsi kemandirian pasien sehingga dengan demikian pasien dapat melakukan aktivitas sehari-hari serta dapat memenuhi kebutuhan dasar.

   d. Pihak rumah sakit atau pengelola pelayanan kesehatan hendaknya perlu menginisiasi dan menfasilitasi kelompok stroke (*stroke club)* bagi pasien agar dapat bersosialisasi dengan kelompok yang memiliki masalah serupa.

2. Untuk penelitian lebih lanjut

   Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai data awal sekaligus sebagai motivasi untuk melakukan penelitian lanjutan dilingkup keperawatan medikal bedah, baik dilakukan diinstitusi pelayanan maupun di keperawatan komunitas dan dapat menambah jumlah responden, menambah waktu dan lamanya hari

penelitian serta dapat melakukan kunjungan rumah untuk melihat apakah latihan dapat dilakukan secara teratur, tepat dan terarah serta dapat mencegah terjadinya stroke berulang sehingga hasil dapat digeneralisasikan.



DAFTAR PUSTAKA

Barker, E. (2002). *Neuroscience nursing: A spectrum of care*, 2nd edition, St. Louise : Mosby, Inc

Barnadib. (2002). *Psikologi dan kemandirian*. EGC, Jakarta

Black, . J , M. (2005). *Medical surgikal nursing*, Clinikal Management For Positive Outcome, 7th , Philadelphia. United Stated of America.

Chefez, B.A, Dickstein,R, Laufer,Y & Marcovitz,E. (2001). *Journal of rehabilitation research&development*,http://www.rehab.research.va.gov/jour/01/38/1/pdf/laufer.pdf. Diperoleh pada tanggal 2 januari 2008.

Dochterman, J. M & Bulechek,G. M. (2004). *Nursing intervention classification (NIC)* 4th edition. Mosby. United States of America

Departemen kesehatan Republik Indonesia. (2002). *Profil kesehatan Indonesia 2001*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.

Ducll & Smith. (1996). *Clinical nursing skill basic to advance*. 4th Mosby. United States of America

Gleadle, J. (2007). *Anamnesis dan pemariksaan fisik*. Air Langga. Surabaya

Hastono, S.P (2007). *Analisis data kesehatan*, Basic data analysis for health training : Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia

Havighurst, R. (1992). *Kemandirian*, ¶, 1, http://www.epsikologi.com/remaja/250602 htm, Diperoleh pada tanggal 22 januari 2008.

Hickey & Hock. (2003). Stroke and other cerebrovascular disease, dalam Hickey, J.V. (2003). *The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing*, 5th edition. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.

Hickey, J.V. (2003). *The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing*, 5th edition. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.

Hoeman. S. (1996). *Rehabilitation Nursing*, Proses and application, 2nd editon. Mosby. United States of America

Hudak, C.M & Gallo, B. M (2005) *nursing* : A Holistik Approach 6th edition, Philadelphia : Lip ay

Pengaruh latihan,,,M Marlina, FIK UI, 2008

Kartini & Dali (2007). *Aktivitas individu*, Surabaya : Perpustakaan Universita Airlangga.

Kompas. (2005). *Stroke hilangkan waktu produktif individu* ,¶,1, http://www.kompas.co.id/kompascetak/0506/27/humaniora/1844080.htm, diperoleh pada tanggal 9 Oktober 2007.

Kozier et al. (2004). *Fundamental of nursing: conceps, process,and practice*, 7th edition. Upper Sanddle River: Pearson education, Inc.

Louis. (2005). *Self care* ,¶,1, http://www.sandiego.edu/academics/nursing/theory. diperoleh pada tanggal 2 januari 2008).

Lumbantobing, S.M (2004) *Neurologi klinik pemeriksaan fisik dan mental*, Jakarta. Balai Penerbit FKM Universitas Indonesia

Macnee, C. L. (2004) *Understanding nursing research: reading and using research in practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Misbach. J.(1999) *Stroke aspek diagnostic, patofisiologi dan manajemen*. Jakarta. Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia

Moorhead,S, Jhonson,M & Maas, M. (2004). *Nursing outcomes classification (NOC)* 4th edition. Mosby. United States of America.

Mulvihill et al. (2001*). Human disease : A systemic Approach*, 5th edition. Upper Saddle River: practice-Hall, inc.

Sadari. (2007). *Kemandirian* ¶,1. http://www.damanduri.or.id/file/setiabudiipbprakata. diperoleh pada tanggal 22 Januari 2008.

Sastroasmoro. S & Ismael. S., (2006), *Dasar – dasar metodelogi penelitian klinik*, edisi 2, : CV Sagung Seto. Jakarta

Smith, Hauser & Easton. (2001), *Disease of central nervous system, dalam Braunwald et al. (Eds). Harrisons Prinsiples of internal medicine*, 15th edition, New york: McGraw hill companies, Inc.

Sugijanto.(2007), *Latihan berjalan,* ¶,1..http://www.republika.co.id/suplemen/cetak_detail.asp?mid=2&id=237336&kat_id=105&kat_id1=150 diperoleh pada tangal 22 januari 2008).

Sugiyono. (2005). *Metodelogi peneli* lfa beta, Bandung

Suhardi. (2005). *Profil insan paska srtoke*. ¶, 2. (http://www.yastroki.or.id/read.php?id=86 diperoleh pada tanggal 22 januari 2008).

Smeltzer & Bare. (2004). *Medical surgical nursing*, 7th edition, Lippincort. United Sated of America.

Tomey.A.M. (2006). *Nursing theories and their work.* 6th edition. Philadelphia, United Stated of America.

Umphred, D. A. (2001). *Neurological rehabilitation*, 4th edition. Philadelphia, Mosby. Inc.

Warlow. M.S. (2001). *A practical guide to management*, 2th edition. Blackwell science Ltd. Oxford, London

Yordian. (1995). *Pemulihan Neurologi dan perbaikan fungsional pada pasien infark serebri yang telah mengikuti program rehabilitasi secara teratur*, Fakultas Kedokteran. Universitas Padjajaran, Bandung.

Pengaruh latihan,,,M Marlina, FIK UI, 2008

Lampiran 1

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
PROGRAM PASCASARJANA UNIVERSITAS INDONESIA

PENJELASAN PENELITIAN

Judul penelitian : Pengaruh Latihan "Gait" Terhadap Fungsi Kemandirian Pasien Dengan Stroke di Badan Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit Umum Sigli Kabupaten Pidie Nanggroe Aceh Darussalam.
Peneliti : Marlina
NPM : 0606039335

Saya adalah mahasiswa program pascasarjana Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah Universitas Indonesia, bermaksud mengadakan penelitian untuk mengetahui fungsi kemandirian pasien dengan stroke. Bapak/Ibu/Saudara yang berpartisipasi dalam penelitian ini, maka akan mendapat latihan gait selama 14 hari yang dilaksanakan selama 15 menit setiap hari. Sebelum dan sesudah diberikan akan dilakukan penilaian terhadap fungsi kemandirian.

Saya akan menjamin bahwa penelitian ini tidak berdampak negatif atau merugikan pasien. Bila selama penelitian ini, Bapak/Ibu/Saudara merasa ketidaknyamanan, maka Bapak/ibu/Saudara berhak untuk tidak melanjutkan mengikuti penelitian ini, serta mendapatkan pelayanan keperawatan dari perawat lainnya.

Saya akan berusaha menjaga hak–hak Bapak/Ibu/Saudara sebagai responden dari kerahasiaan selama penelitian berlangsung, peneliti menghargai keinginan responden . Hasil penelitian yang peneliti peroleh maka akan digunakan sebagai bahan masukan bagi perawat dalam memberikan Asuhan Keperawatan terhadap pasien stroke.

Dengan adanya penjelasan penelitian ini, saya sangat mengharapkan keikutsertaan Bapak/Ibu/Saudara. Atas Partisipasi dan perhatian Bapak/Ibu/Saudara dalam penelitian ini, saya ucapkan terima kasih.

Sigli, April 2008

Peneliti

Lampiran 2

LEMBAR PERSETUJUAN

Saya sebagai reponden pada penelitian yang berjudul Pengaruh Latihan "Gait" Terhadap Fungsi Kemandirian Pasien Dengan Stroke Di Badan Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit Umum Sigli Kabupaten Pidie Nanggroe Aceh Darussalam yang dilakukan oleh saudari Marlina. saya telah mengerti maksud dan tujuan dari penelitian ini yaitu untuk menilai fungsi kemandirian pasien dengan stroke sesbelum dan sesudah dilakukan latihan pola berjalan. Saya mengerti resiko yang ditimbulkan sangat kecil. Apabila ada resiko ketidaknyamanan bagi saya maka saya dapat berhenti sebagai responden.

Saya mengerti bahwa penelitian ini akan dijaga kerahasiaan dengan tidak mencantumkan nama pasien dalam pengumpulan data dan penyimpanan data oleh peneliti sangat baik, hati–hati dan hanya ada dalam komputer dan file pribadi peneliti.

Saya memahami dengan keikutsertaan saya menjadi responden pada penelitian ini sangat besar manfaatnya bagi peningkatan pelayanan kesehatan khususnya dalam merawat pasien stroke.

Demikianlah secara suka rela dan tidak ada paksaan dari pihak manapun dan dengan penuh kesadaran saya bersedia berpartisipasi dengan ikhlas dan sungguh dalam penelitian ini.

Sigli, April 2008

Responden

Lampiran 3

FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN

Petunjuk :

Isilah kotak yang tersedia disamping pertanyaan dibawah ini:

No Responden : ☐

No Rek Medis : ☐☐☐☐☐☐

Tanggal MRS : ☐☐ / ☐☐ / ☐☐

Tanggal pengkajian: ☐☐ / ☐☐ / ☐☐

Usia : ☐☐ tahun

Jenis kelamin : ☐ 1 : laki – laki
2 : perempuan

Faktor risiko : ☐ 1 : Hypertensi
2 : Diabetes mellitus
3 : Penyakit jantung

Lampiran 4

FORMAT OBSERVASI

Petunjuk :

1. Isilah pertanyaan yang terdapat dibawah ini
2. Lingkari nilai kekuatan sesuai dengan hasil pemeriksaan anda

No Responden :
Tanggal Observasi :
Nama Kolektor :

Jenis pemeriksaan

1. Tanda – tanda Vital:

   TD : MmHg
   Pernafasan : x/Menit
   Nadi : x/Menit
   Suhu : ^{o}C

2. Status Neurologi :

   Kesadaran :

   Kekuatan Otot : 0 = Tidak ada gerakan

   1 = Gerakan/ kontraksi minimal,tetapi tidak ada gerakan persendian

   2 = Gerakan pada persendian, namun tidak ada gravitasi

   3 = Ada gravitasi namun minimal

   4 = Ada gravitasi namun tidak dapat melawan tahanan

   5 = Gerak maksimal/mampu melawan tahanan

Lampiran 5

SKOR NILAI FUNGSI KEMANDIRIAN PASIEN STROKE

No Responden : ……

Petunjuk:

1. Tunjukkan nilai Barthel index pada pasien
2. Jelaskan pada pasien arti angka yang tertera, ajari responden bagaimana menunjukkan nilai barthel index
3. isilah angka yang ditunjuk responden dan dokumentasikan
4. Lakukan evaluasi pada saat sebelum dan sesudah intervensi
5. Dokumentasi

No	Kegiatan	Tanggal		Ket
		/ /	/ /	
1	Makan			
2	Mandi			
3	Merawat diri			
4	Berpakaian			
5	Buang air besar			
6	Buang air kecil			
7	Menggunakan toilet			
8	Bergerak			
9	Mobilitas			
10	Tangga			
	Total			

Keterangan :

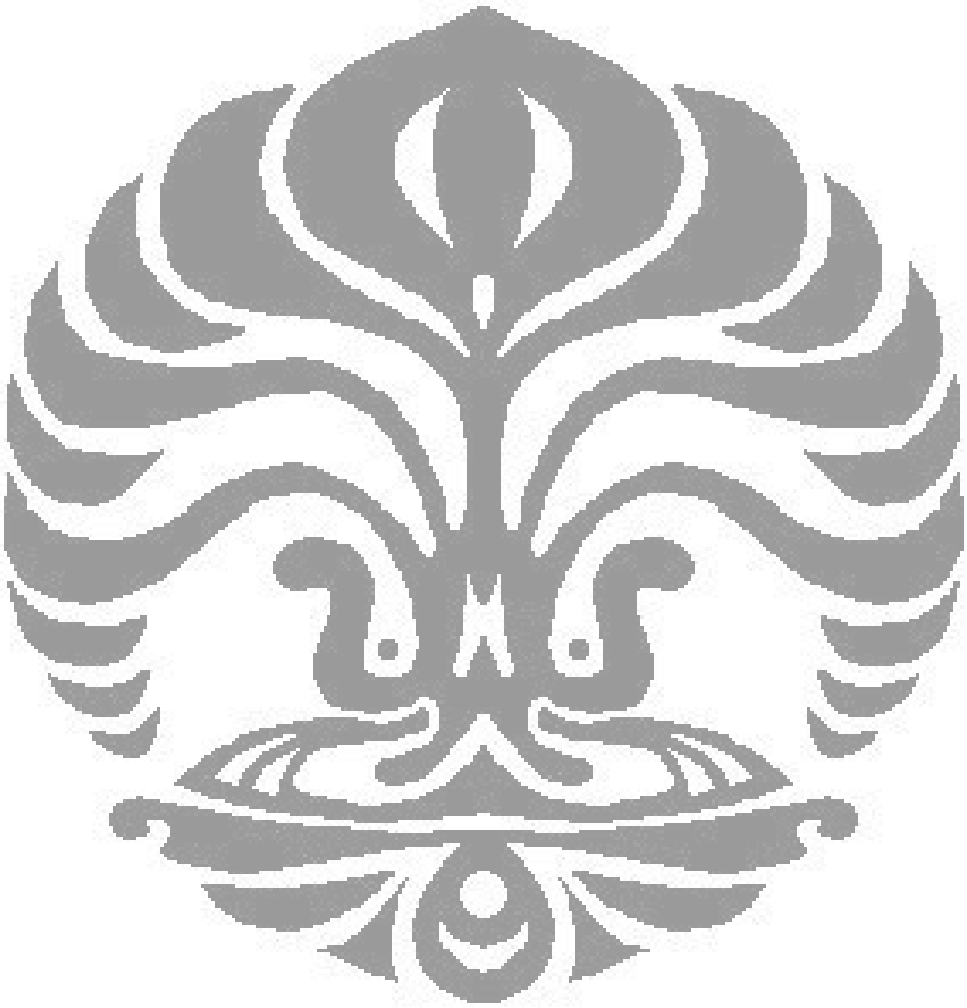
1. Makan : 0= tidak mampu mandiri
   1= perlu bantuan memotong, mengoles Mentega dan sebagainya
   2= Mandiri
2. Mandi : 0= Tidak mampu mandiri
   1= Mandiri
3. Merawat diri: 0= Perlu bantuan perawatan diri
   1= Mandiri untuk wajah/rambut/gigi
4. Berpakaian: 0= Tidak mampu mandiri
   1= perlu bantuan untuk melakukan Sendiri/ bantuan minimal
   2= mandiri (Kancing,resleting dan
6. Buang air kecil: 0= tidak mandiri
   1= kadang-kadang mandiri
   2= mandiri
7. Menggunakan toilet: 0= tidak mampu mandiri
   1= perlu bantuan
   2= mandiri
8. Bergerak : 0=Tidak mampu, tidak seimbang
   1= butuh bantuan 1 atau 2 orang
   2= bantuan minimal
   3= Mandiri

sebagainya

5. Buang air besar : 0= tidak mandiri
1= Kadang-kadang mandiri
2= mandiri

9. Mobilitas: 0= tidak bisa berjalan
1= tergantung pada kursi roda
2= Bantuan 1 orang
3= mandiri

10. Tangga: 0= tidak mampu
1= butuh bantuan
2= mandiri



Lampiran 6 **PEDOMAN LATIHAN GAIT**

1. Mobilisasi dini / Preambulasi

   a. Posisi kepala, leher dan punggung pasien harus lurus.

   b. Letakkan bantal dibawah bahu dan lengan yang lemah secara hati-hati sehingga bahu terangkat keatas dan lengan agak ditinggikan dan memutar kearah luar, siku dan pergelangan tangan agak ditinggikan.

   c. Letakkan pula bantal dibawah pangkal paha yang lemah dengan posisi agak memutar kearah dalam, lutut agak ditekuk.

   d. Tangan yang satu penolong memegang siku pasien, tangan lainnya memegang lengan pasien, luruskan siku, naikkan dan turunkan lengan dengan siku tetap lurus.

   e. Pegang lengan atas dengan tangan satu, tangan lainnya menekuk dan meluruskan siku.

   f. Pengang lengan bawah dengan tangan satu, tangan lainnya menggenggam telapak tangan pasien, putar pergelangan tangan pasien kearah luar, terlentang dan kearah luar.

   g. Pegang lengan bawah dengan tangan yang satu, tangan lainnya memegang pergelangan tangan pasien, tekuk pergelangannya keatas dan kebawah.

h. Pegang telapak tangan dan keempat jari dengan tangan satu, tangan lainnya memutar ibu jari pasien.

i. Pegang pergelangan tangan dengan tangan yang satu, tangan lainnya menekuk dan meluruskan jari-jari tangan.

j. Pegang lutut dengan tangan yang satu, tangan lai nnya memegang tungkai, menaikkan dan menurunkan kaki dengan lutut tetap lurus.

k. Pegang lutut dengan tangan yang satu, tangan lainnya memegang tungkai kemudian tekuk dan luruskan lutut.

l. Gerakkan kaki pasien menjauh dan mendekati badan.

m. Pegang tungkai dengan tangan yang satu, tangan lainnya memutar pergelangan kaki

n. Anjurkan pasien untuk menekuk lututnya, bantu pegang pada lutut yang lemah dengan tangan yang satu, tangan lainnya memegang pinggang pasien, anjurkan pasien untuk mengangkat bokongnya, kembali keposisi semula dan ulangi lagi.

o. Bantu pasien untuk mengangkat kepala 30^0 hitung selama 5 hitungan, jika pasien cukup kuat maka lanjutkan keposisi 45^0 sampai dengan *sitting balance*

2. *Sitting Balance*

a. Penolong berdiri disebelah sisi yang lemah, penolong lainnya berdiri disisi yang sehat (Jika diperlukan)

b. Letakkan lengan perawat yang dekat dengan kepala pasien dipunggung pasien

c. Tarik tubuh pasien kearah duduk yang tegak

d. Jika pasien telah mampu menjaga keseimbangan waktu duduk, letakkan bantal dibelakang kepala, leher dan bahu yang lemah (4 bantal), letakkan juga 1 bantal dibawah lengan yang lemah.

e. Setelah pasien mampu duduk, letakkan lengan pasien diatas paha.

f. Perawat berdiri dengan lutut mendekati kaki pasien, satu tangqan perawat memegang bahu pasien dan tangan lainnya memegang paha.

g. Putar tubuh pasien kesamping tempat tidur turunkan kakinya.

h. Instruksikan pasien untuk duduk dengan kondisi yang stabil dengan tangannya tetap diatas paha.

i. Perawat membantu pasien untuk berdiri dengan menjaga keseimbangan sisi-sisi tubuh pasien kemudian perawat meletakkan lengannya dipunggung pasien, lutu dilemeskan/feksi lutut serta mengangkat tubuh pasien untuk posisi berdiri.

3. *Standing Balance*

a. Anjurkan pasien menumpu berat badannya dengan tumit untuk melatih otot-otot tubuh agar mampu menahan keseimbangan berat badan atau dengan cara menyedikan cermin besar supaya pasien dapat melihat apakah berdirinya sudah tegak apa belum, berikan kesempatan pada pasien untuk berusaha berdiri sendirisemaksimal mungkin.

b. Perawat memegang punggung pasien dan menganjurkan pasien agar berdiri tegak selama 5x hitungan

c. Anjurkan pasien untuk melangkah kaki yang sehat kedepan satu langkah kaki yang lemah berusaha menumpu.

d. Anjurkan pasien untuk mundur satu langkah dengan kaki yang kuat, kaki yang lemahmenumpu. Ulangi selama 5x hitungan

e. Jika pasien telah mampu melangkah satu langkah lanjutkan dengan latihan maju dua langkah

f. Jika pasien telah mampu melakukan latihan dua langkah lanjutkan latihan sampai dengan pasien mampu melangkah hingga sepuluh langkah

g. Jika pasien telah toleransi terhadap latihan berjalan anjurkan pasien agar berjalan sendiri.

4. Memakai kruk

a. Untuk duduk

- Raih kruk pada bagian pegangan tangannya sebagai kontrol
- Agak bungkuk kedepan sambil mengambil posisi duduk.
- Letakkan kaki sakit didepan untuk mencegah penahanan dan fleksi

b. Untuk berdiri dan berjalan.

- Bergerak kedepan ketepi kursi dengan kaki yang kuat agak dibawah tempat tidur
- Letakkan kedua kruk pada tangan disisi ekstrimitas yang sakit
- Dorong dibawah pada bagian pegangan tangan sambil mengangkat badan pada posisi berdiri kemudian pasien berjalan

5. Memakai tongkat

a. Pegang tongkat dengan tangan yang berlawanan dengan extremitas yang sakit. (jika karena berbagai alasan pasien tidak mampu untuk menggunakan tongkat pada tangan yang berlawanan, tongkat mungkin digunakan pada sisi yang sama).

b. Majukan tongkat pada waktu yang bersamaan dengan tungkai yang sakit digerakkan kedepan.

c. Jaga agar tongkat cukup dekat dengan tubuh untuk mencegah condong

d. Tahan kebawah pada tongkat, ketika ekstremitas yang tidak sakit memulai fase berayun.

6. Memakai walker

Pasien diajarkan untuk berjalan dengan walker sebagai berikut:

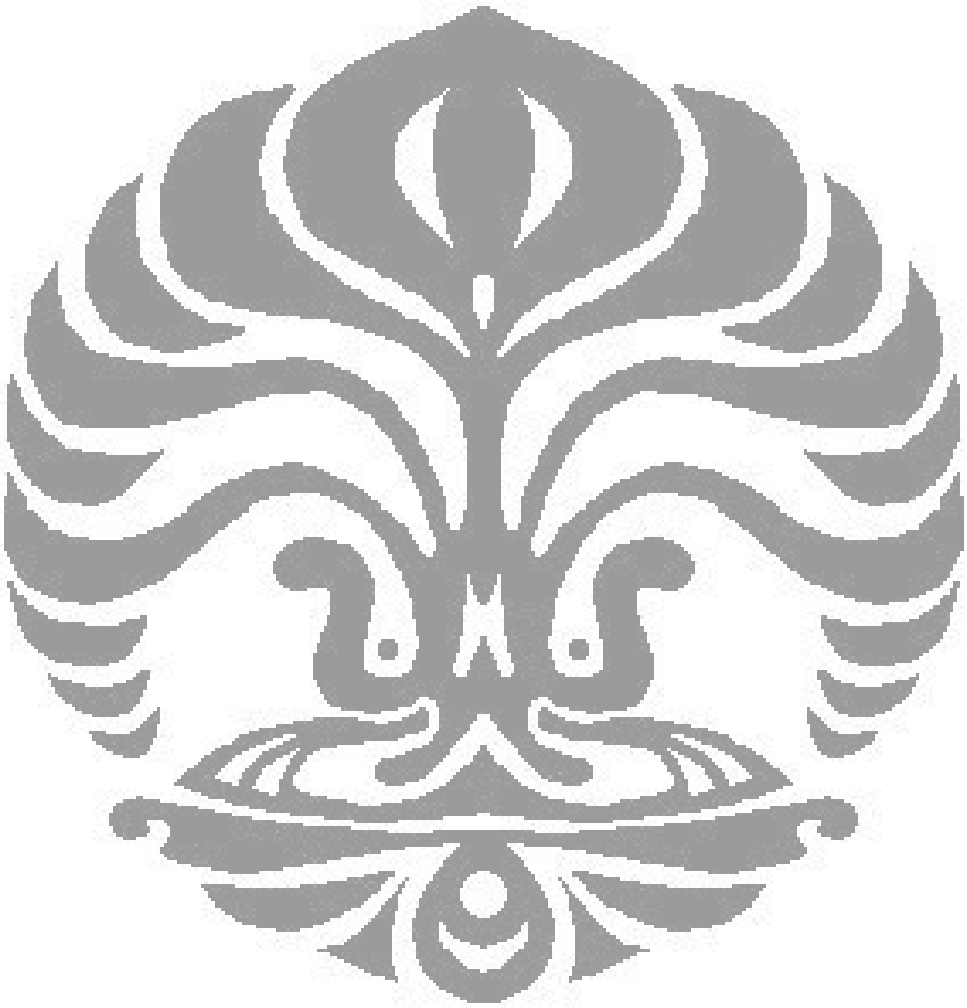
a. Memegang walker pada bagian tengah untuk kestabilan

b. Angkat walker, tempatkan didepan anda sementara anda agak menyorongkan tubuh anda kedepan

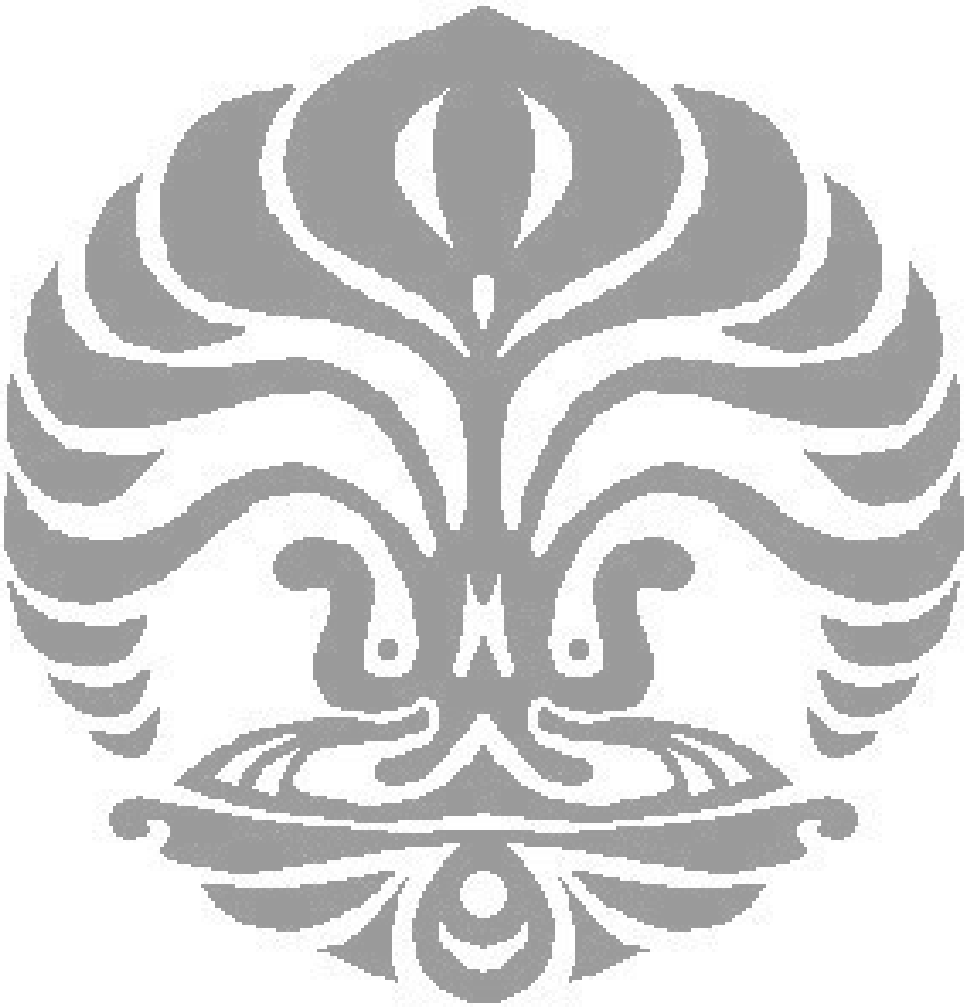
c. Berjalan kedalam walker, dengan menyangga berat badan anda pada tangan anda ketika anda memajukan tungkai anda yang lebih lemah, dengan menahan berat badan sebagian atau tidak menahan berat badan sesuai dengan yang diharuskan

d. Seimbangkan diri anda pada kedua kaki anda

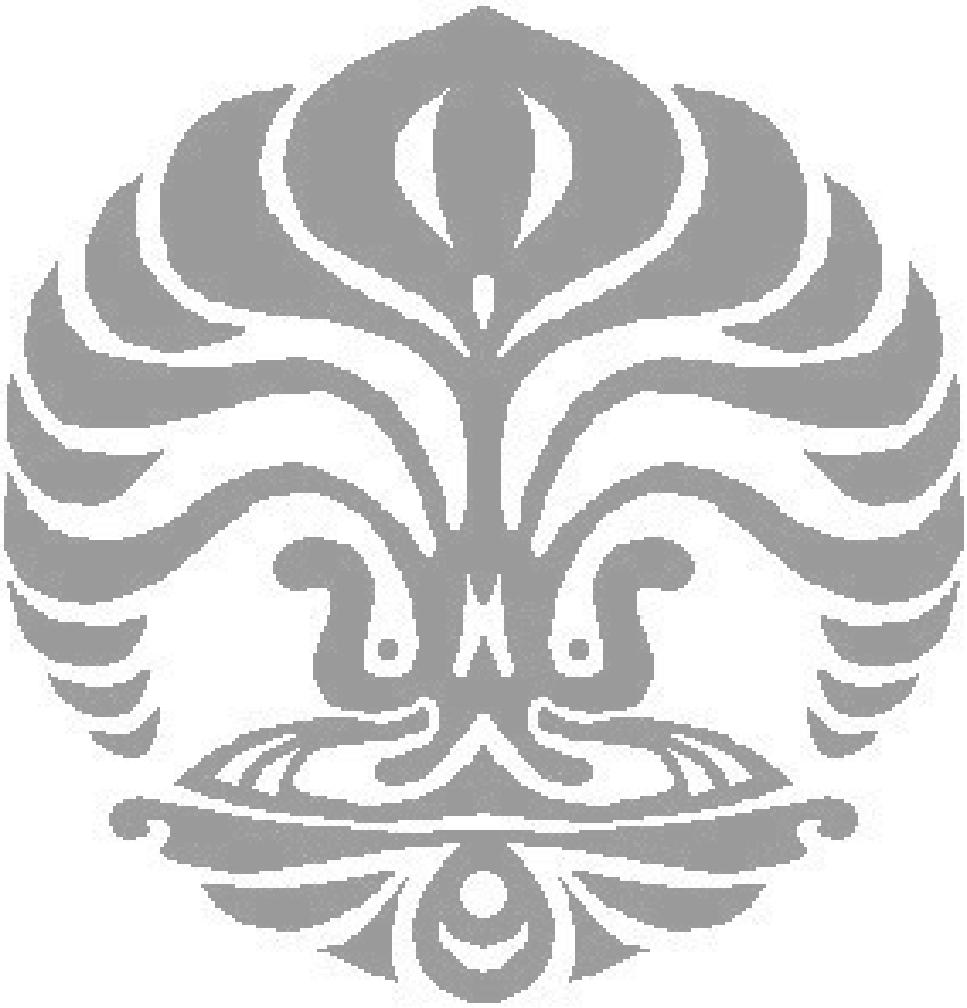
e. Angkat walker dan letakkan didepan anda lagi, lanjutkan pola berjalan seperti ini.



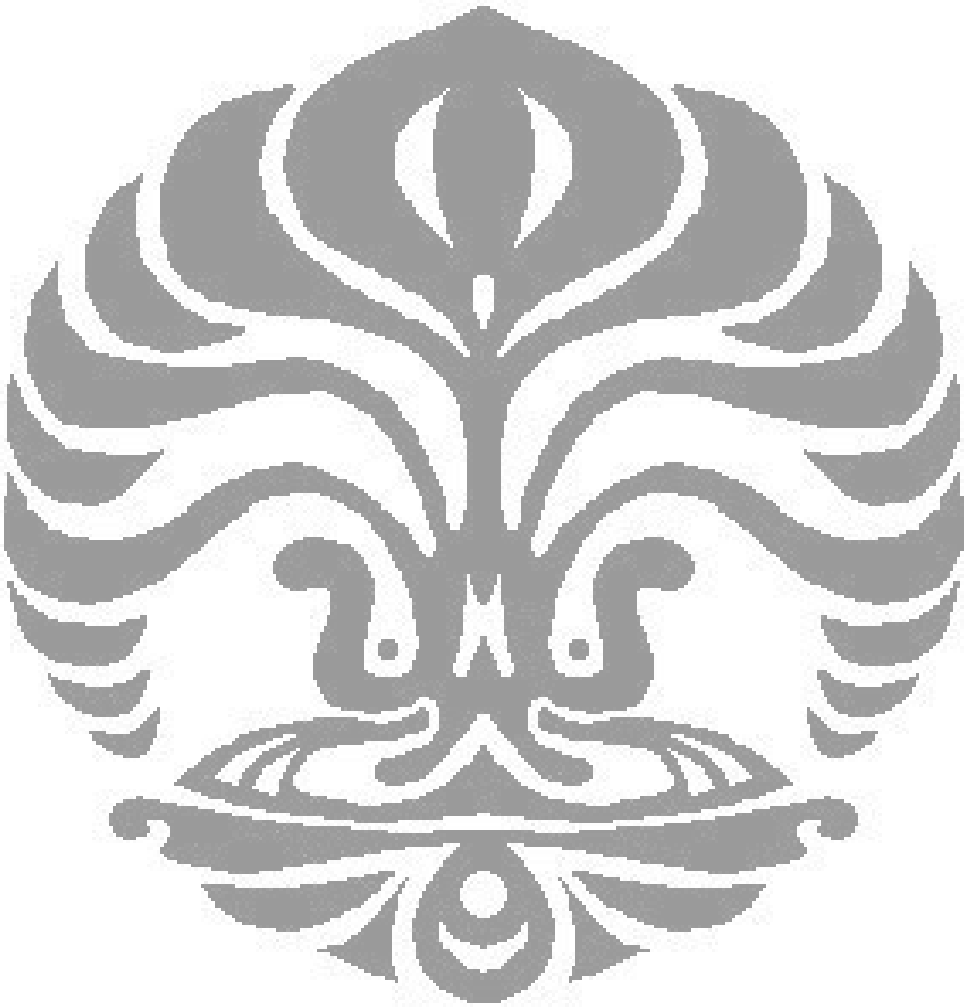
Pengaruh latihan,,,M Marlina, FIK UI, 2008



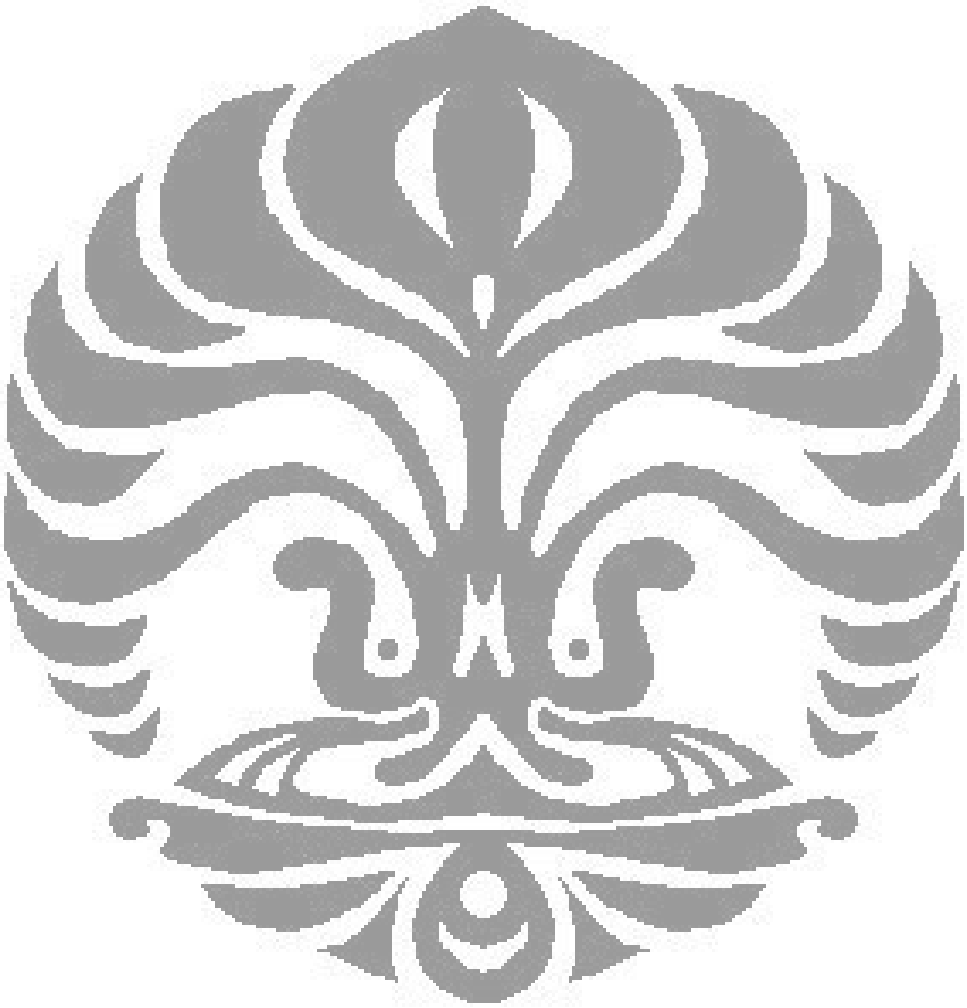
Pengaruh latihan,,,M Marlina, FIK UI, 2008



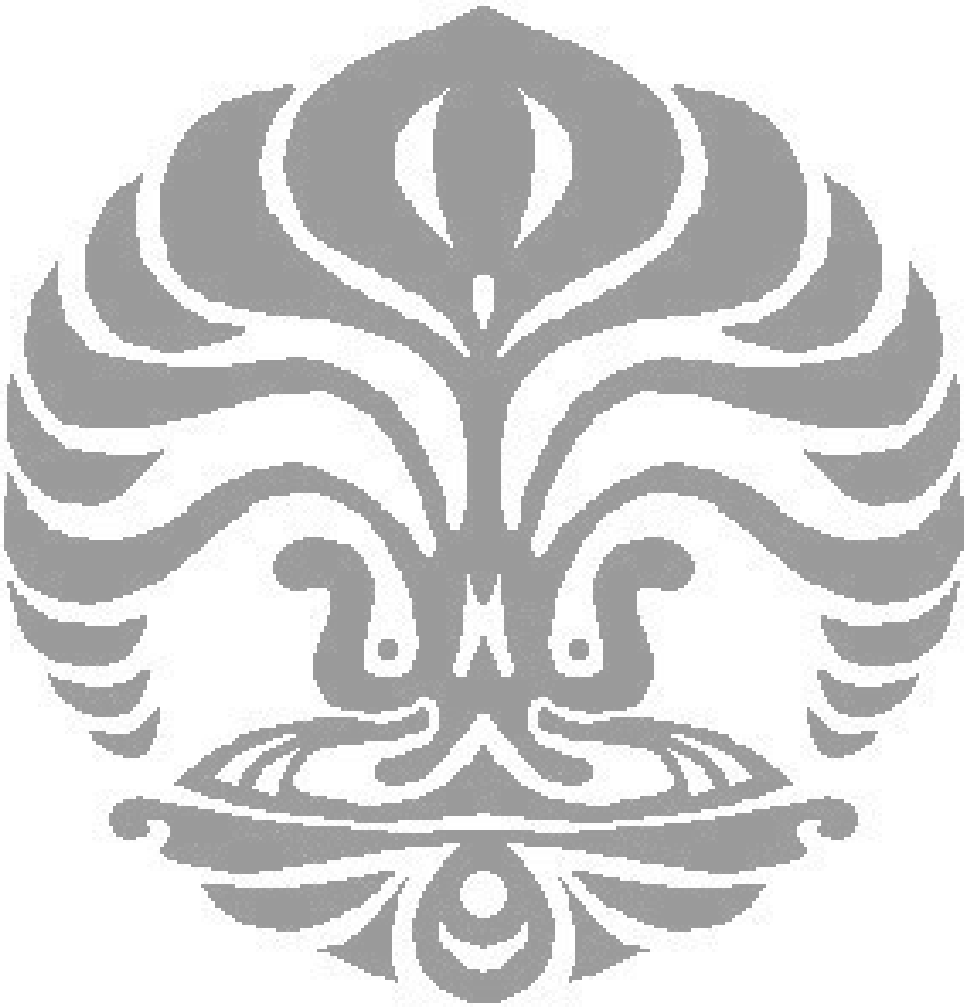
Pengaruh latihan,,,M Marlina, FIK UI, 2008



Pengaruh latihan,,,M Marlina, FIK UI, 2008



Pengaruh latihan,,,M Marlina, FIK UI, 2008



Pengaruh latihan,,,M Marlina, FIK UI, 2008