

**UNIVERSITAS INDONESIA**

**PENILAIAN KEMAMPUAN FUNGSIONAL DENGAN  
*ADAPTED REHABILITATION ACTIVITIES PROFILE*  
PADA PENDERITA PASCA STROK  
DI IRM - RSUPN DR. CIPTO MANGUNKUSUMO**

**A.A.AYU SRIKANDHYAWATI  
NP. 319 120 1157**

**PROGRAM STUDI ILMU REHABILITASI MEDIK  
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS INDONESIA  
JAKARTA  
1997**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**PENILAIAN KEMAMPUAN FUNGSIONAL DENGAN  
*ADAPTED REHABILITATION ACTIVITIES PROFILE*  
PADA PENDERITA PASCA STROK  
DI IRM - RSUPN DR. CIPTO MANGUNKUSUMO**

**Penelitian ini diajukan sebagai salah satu syarat  
untuk mencapai sebutan  
SPESIALIS  
ILMU REHABILITASI MEDIK**

**A.A.AYU SRIKANDHYAWATI  
NP. 319 120 1157**

**PROGRAM STUDI ILMU REHABILITASI MEDIK  
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS INDONESIA  
JAKARTA  
1997**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**Penelitian ini telah disetujui oleh Program Pendidikan  
Dokter Spesialis Ilmu Rehabilitasi Medik  
Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia**

**dr. Angela B.M. Tulaar Ranti, DSRM  
NIP. 140 105 837**

**Sekretaris Program Studi Ilmu Rehabilitasi Medik  
Program Pendidikan Dokter Spesialis I FKUI / RSUPNCM**

**Prof. dr. H. Soelarto Reksoprodjo, DSBO, FICS  
NIP. 130 176 290**

**Ketua Program Studi Ilmu Rehabilitasi Medik  
Program Pendidikan Dokter Spesialis I FKUI / RSUPNCM  
dan  
Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik  
Rumah Sakit Umum Pusat Nasional dr. Cipto Mangunkusumo**

## HALAMAN PENGESAHAN

Usulan Penelitian ini telah disetujui oleh Instalasi/Bagian Rehabilitasi Medik, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo.

Prof. dr. H. Soelarto Reksoprodjo, DSBO, FICS

NIP : 130 176 290

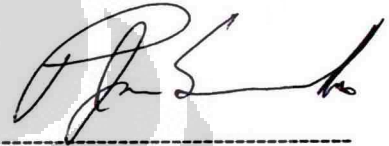
Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik  
FKUI/RSUPNCM.



dr. Jan P. Everett, DSRM

NIP : 140 149 555

Koordinator Penelitian dan Pengembangan  
Instalasi Rehabilitasi Medik  
FKUI/RSUPNCM.



Prof. dr. H. Soelarto Reksoprodjo, DSBO, FICS

NIP : 130 176 290

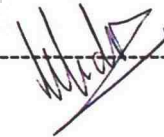
Ketua Program Studi Ilmu Rehabilitasi Medik  
FKUI/RSUPNCM.



dr. Widjaja Laksmi, DSRM, MSc

NIP : 140 254 640

Pembimbing



dr. Angela B.M. Tulaar, DSRM

NIP : 140 105 837

Pembimbing





No : 62 /PT02.FK.43/N/1996

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK  
*ETHICAL CLEARANCE*

Panitia Tetap Penilai Etik Penelitian, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kedokteran, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul:  
*The Committee of The Medical Research Ethics of the Faculty of Medicine, University of Indonesia, with regards of the protection of human rights and welfare in medical research, has carefully reviewed the proposal entitled :*

"PENELITIAN KEMAMPUAN FUNGSIONAL DENGAN "ADAPTED REHABILITATION ACTIVITIES PROFILE" PADA PENDERITA PASCA STROK DI IRM RSUPN DR. CIPTO MANGUNKUSUMO".

Nama peneliti utama : dr. A.A. AYU SRIKANDHYAWATI  
*Name of the principal investigator*

Nama institusi : INSTALASI REHABILITASI MEDIK RSCM  
*Name of institution*

dan telah menyetujui protokol tersebut di atas.  
*and approved the above mentioned proposal.*



Prof.dr. Ali Sulaiman,Ph.D

Jakarta, . .11 .NOPEMBER. 1996. . .

Ketua  
*Chairman*

Prof. dr. Sjamsuhidajat

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Maha Esa, Maha Pengasih dan Penyayang yang telah melimpahkan segala rahmat dan berkat karuniaNya sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitian ini.

Laporan penelitian ini disusun untuk memenuhi salah satu persyaratan akhir dalam menyelesaikan pendidikan keahlian di bidang Ilmu Rehabilitasi Medik, yang termasuk di dalam Program Pendidikan Dokter Spesialis pada Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.

Dalam proses pendidikan, termasuk pelaksanaan penelitian ini, penulis telah memperoleh banyak bantuan dan dorongan dari berbagai pihak. Untuk itu perkenankanlah penulis menyampaikan rasa terima kasih yang sebesar besarnya yang ditujukan kepada :

1. Prof.dr. H.Soelarto Reksoprodjo, DSBO, FICS, Ketua Program Studi Ilmu Rehabilitasi Medik, program Pendidikan Dokter Spesialis Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, dan Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik Rumah Sakit Umum Pusan Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo, atas petunjuk, nasehat dan bimbingan selama penulis mengikuti pendidikan serta dalam pelaksanaan penelitian ini.
2. dr. Angela BM. Tulaar Ranti, DSRM, Sekretaris program Studi Ilmu Rehabilitasi Medik, Program Pendidikan Dokter Spesialis Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, dan Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik Rumah Sakit Umum Pusan Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo sebagai guru yang telah memberikan bimbingan, petunjuk, dan nasehat selama pendidikan, serta pembimbing penulis sejak awal meluangkan waktunya untuk memberi petunjuk, memeriksa dan mengadakan perbaikan sampai akhir penulisan laporan penelitian ini.
3. dr. Widjaja Laksmi, DSRM, MSc, yang telah memberikan bimbingan dan nasehat selama pendidikan serta pembimbing penulis, memberi petunjuk dan memeriksa sejak awal sampai akhir penulisan laporan penelitian ini.

4. dr. Jan P. Everret, DSRM, selaku Koordinator Litbang dan Staf Pengajar Program Studi Ilmu Rehabilitasi Medik, Program Pendidikan Dokter Spesialis I Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia/Rumah Sakit Umum Pusat Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo, sebagai guru yang telah memberikan petunjuk, bimbingan dan nasehat selama pendidikan serta pembimbing penulis sejak awal sampai akhir penulisan laporan penelitian ini.
5. dr.H. Harry Hartoyo, DSRM, selaku KSMF Instalasi Rehabilitasi Medik RSUPN dr. Cipto Mangunkusumo, sebagai guru yang telah membimbing penulis selama mengikuti pendidikan.
6. dr. S.A. Nuhonni M. Jatim, DSRM, dr.Suyawan, DSS, dr. .Moerdjajati Angka W, DSRM, dr.Hulman Gultom, DSRM, dr.W.Indrasanto, DSRM, dr.Suharyuni DSRM, dr. Amendi Nasution, DSRM, dr. Wanarani A, DSRM, dr. Nusdwiringtyas, DSRM, dr. Elida Ilyas, DSRM, Staf Pengajar Program Pendidikan Dokter Spesialis Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia di Jakarta, yang telah memberikan nasehat dan bimbingan selama penulis mengikuti pendidikan.
7. Prof. dr. AR Nasution dan seluruh Staf Pengajar Subbagian Rematologi Bagian Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia/Rumah Sakit Umum Pusat Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo.  
dr. H. Errol Untung Hutagalung, DSBO, Kepala sub bagian Bedah Orthoepadi, Bagian/KSMF Ilmu Bedah Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.  
dr. H. Muki Reksoprodjo, DSOG, Staf pengajar Bagian Obstetri dan Ginekologi, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia/Rumah Sakit Umum Pusat Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo.  
dr. Masrin Munir, DSTHT dan seluruh Staf Pengajar Bagian Ilmu Penyakit Telinga, Hidung dan Tenggorok, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia/Rumah Sakit Umum Pusat Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo.  
dr. Muljana Hasan, DSBO, FICS, Kepala departemen Rehabilitasi Medik Rumah Sakit Pusat Angkatan Darat Gatot Soebroto beserta Staf.

dr. Gerry Heryati, DSRM, Kepala Unit Pelayanan Fungsional Rehabilitasi Medik Rumah Sakit Fatmawati beserta Staf.

dr. Sri Parikesit, DSRM, Kepala Bagian Rehabilitasi Medik Rumah Sakit Umum persahabatan beserta Staf.

dr. Suprandjono, DSBO, FICS, Kepala Rumah Sakit Orthopaedi dan Prothesa Prof.dr.Soeharso Solo beserta Staf.

dr. Handojo, dari Pusat Penelitian Rehabilitasi Medik Bersumber Daya Masyarakat di Solo.

Kepala Rumah Sakit Kusta Sitanala, Tangerang dan ketua Yayasan Pembinaan Anak cacat Cabang Jakarta beserta Staf.

Terima kasih dan penghargaan atas segala bimbingan dan pengetahuan yang telah diberikan selama penulis mengikuti pendidikan.

8. dr. Sumedi Sudarsono, MPH, staf pengajar pada Bagian Kedokteran Komunitas Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia atas bimbingan statistik yang diberikan sejak usulan penelitian, pengolahan data sampai penulisan hasil penelitian ini.
9. dr. P.M. Murniari Danun, DSRM, selaku atasan penulis di Instalasi Rehabilitasi Medik Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar Bali, yang telah mendorong dan membantu penulis sehingga memungkinkan penulis mengikuti pendidikan ini.
10. dr. Luh Karunia Wahyuni, DSRM, dengan ketulusan hati dan kesabarannya dalam memberikan bimbingan dan dorongan selama penulis melakukan penelitian ini.
11. Seluruh Teman Sejawat peserta Program Studi Ilmu Rehabilitasi Medik, Program Pendidikan Dokter Spesialis, atas bantuan, dorongan dan kerjasamanya selama penulis mengikuti pendidikan.
12. Seluruh Terapis dan seluruh Karyawan di Instalasi Rehabilitasi Medik Rumah Sakit Umum Pusat nasional Dr.Cipto Mangunkusumo atas bantuan dan kerjasamanya selama penulis mengikuti pendidikan.
13. Peserta klub stroke dan seluruh staf sub bagian Okupasi Terapi IRM RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo yang dengan ketulusan hati membantu penulis dalam pelaksanaan penelitian ini.



14. Seluruh penderita baik di Rumah Sakit Umum Pusat Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo, maupun ditempat tempat lainnya yang terkait dalam pendidikan ini, atas bantuan, kerjasama, dan ketulusannya selama penulis melaksanakan pendidikan.

Akhirnya, rasa terima kasih kepada orang tua, mertua, adik adik yang selalu mendoakan, memberi dorongan, kasih sayang secara khusus kepada suami saya yang tercinta I Gusti Putu Wijaya, SH beserta kelima putra putri yang tersayang, atas pengertian yang mendalam, pengorbanan yang besar serta doa yang selalu menyertai penulis sehingga terlaksananya pendidikan dan penelitian ini.

Semoga Tuhan Yang Maha Pengasih dan Penyayang dapat membalas semua kebaikan dan bantuan yang telah memungkinkan selesainya pendidikan ini dan mudah mudahan penulis dapat mengamalkan ilmu yang telah diperoleh ini dengan sebaik baiknya.

Jakarta, Mei 1997

Penulis

# DAFTAR ISI

	<b>Halaman</b>
KATA PENGANTAR .....	i
DAFTAR ISI.....	v
BAB I PENDAHULUAN .....	1
1. Latar Belakang.....	1
2. Permasalahan .....	4
3. Tujuan Penelitian .....	4
4. Hipotesis.....	5
5. Manfaat Penelitian .....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....	6
II.1. Dasar sistim klasifikasi .....	7
II.2. Syarat pemilihan alat ukur.....	8
II.2.1. Faktor penting yang harus diperhatikan dalam pemilihan alat ukur .....	8
II.2.2. Kelengkapan yang diperlukan untuk skala penilaian .....	9
II.3. Tujuan pembuatan suatu alat ukur kemampuan fungsional .....	10
II.4. Jenis alat ukur dalam rehabilitasi medis .....	10
II.5. <i>Rehabilitation Activities Profile (RAP)</i> .....	14
II.5.1. Karakteristik <i>RAP</i> .....	15
II.5.2. Spesifikasi .....	16
II.5.3. Penilaian <i>disability</i> dan <i>handicap</i> .....	16
II.5.4. Penilaian yang sejajar pada dampak masalah .....	17
II.5.5. Two level structure (struktur 2 tingkat) .....	17
II.5.6. Mengukur kesulitan dan bantuan .....	17
II.5.7. Penampilan kapasitas yang sebenarnya .....	18

II.5.8. Tim multi disiplin .....	18
II.5.9. Mudah digunakan dalam praktek sehari hari .....	18
II.5.10. Perkembangan dan operasionalisasi alat ukur .....	18
II.5.11. Penurunan jumlah item .....	19
II.6. Perbandingan beberapa skala <i>ADL</i> .....	21
II.7. <i>Adapted Rehabilitation Activities Profile (Adapted RAP)</i> .....	23
BAB III METODOLOGI PENELITIAN.....	24
III.1. Rancangan penelitian.....	25
III.2. Jadwal penelitian & Tempat penelitian .....	25
III.3. Bahan dan alat penelitian .....	25
III.4. Populasi sampel .....	25
III.5. Batasan operasional serta variabel yang diukur.....	26
III.6. Cara pengumpulan data .....	38
III.7. Pengolahan dan analisis data.....	42
III.8. Kerangka konsep .....	42
III.9. Alur penelitian .....	43
BAB IV HASIL PENELITIAN.....	44
IV.1. Karakteristik peserta penelitian .....	44
IV.2. Perbandingan hasil penilaian tingkat kemampuan fungsional antara <i>RAP</i> dan <i>Adapted RAP</i> .....	47
IV.3. Perbandingan <i>sub item</i> yang tidak dapat diaplikasi antara <i>RAP</i> dan <i>Adapted RAP</i> .....	48
BAB V PEMBAHASAN.....	49
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN.....	54
DAFTAR PUSTAKA .....	55

## DAFTAR LAMPIRAN DAN TABEL

### LAMPIRAN

1. Formulir data dasar.....	57
2. Formulir <i>Rehabilitation Activities Profile</i> .....	59
3. Formulir <i>Adapted Rehabilitation Activities Profile</i> .....	63

### TABEL

1. Gambaran prevalensi penderita stroke terhadap total penderita yang dirawat di IRNA B RSUPNCM periode 1990 - 1995.....	6
2. Perbandingan beberapa skala ADL.....	22
3. Klasifikasi afasia secara klinis.....	27
4. Karakteristik peserta penelitian.....	44
5. Perbandingan hasil penilaian tingkat kemampuan fungsional dengan <i>RAP</i> dan <i>Adapted RAP</i> pada penderita pasca stroke.....	47
6. Perbandingan <i>sub item</i> yang tidak dapat di aplikasi antara <i>RAP</i> dan <i>Adapted RAP</i> .....	48

# BAB I

## PENDAHULUAN

### I.I. LATAR BELAKANG

Strok adalah suatu gejala kerusakan otak yang bersifat akut yang disebabkan kelainan pembuluh darah otak. Jaringan otak bila tidak mendapat aliran darah yang cukup, akan menyebabkan otak kehilangan oksigen, glukosa dan keperluan lainnya, sehingga jaringan otak tersebut akan mati. Demikian pula jika pembuluh darah otak robek, akan menyebabkan perdarahan di sekitar atau di dalam otak.<sup>(1)</sup> Di Amerika Serikat strok merupakan masalah kesehatan masyarakat, karena merupakan penyebab kematian yang ke 3 setelah penyakit jantung dan kanker. Pada tahun 1985 terdapat 500.000 penderita strok di Amerika dan 152.700 penderita meninggal, jadi lebih dari dua ratus ribu penderita strok yang masih hidup<sup>(1)</sup>

Penelitian oleh **Reynolds** (1959) mengungkapkan bahwa penderita hemiparese yang berusia lebih muda menunjukkan perbaikan yang lebih optimal dibandingkan dengan penderita yang berusia lebih tua sehingga disimpulkan potensi rehabilitasi menurun dengan meningkatnya usia<sup>(2)</sup>. **Henley et. al**, (1985) pada penelitiannya menemukan bahwa penderita usia tua lebih buruk prognosisnya karena kebanyakan meninggal pada satu tahun pasca strok, terutama penderita yang berusia lebih dari 80 tahun. Sedangkan status fungsional penderita pasca strok yang hidup setelah satu tahun tidak dilaporkan.<sup>(3)</sup>

Menurut WHO 1980 dalam bidang rehabilitasi medik klasifikasi akibat penyakit dijelaskan dalam suatu sistim yang dikenal dengan *International Classification of Impairment, Disability and Handicap* (ICIDH). Yang penting dari konsep ini adalah penyakit diklasifikasikan menjadi 4 tingkat yaitu patologi, *impairment*, *disability* dan *handicap*<sup>(3)</sup>.

- *Impairment* → Menampilkan akibat penyakit pada tingkat organ
- *Disability* → Menampilkan akibat penyakit pada tingkat manusia
- *Handicap* → Menampilkan akibat penyakit pada tingkat sosial

Terapi rehabilitasi medis ditujukan pada akibat penyakit. Jika tidak ditangani secara tuntas, dapat mengakibatkan terjadinya berbagai bentuk kecacatan. Penderita pasca stroke biasanya mengalami kecacatan baik fisik maupun mental, yang selanjutnya dapat menimbulkan masalah ekonomi maupun sosial.<sup>(4,5)</sup>

Rehabilitasi medik berperan pada stroke mulai dari stadium akut (rehabilitasi akut atau rehabilitasi dini), stadium sub akut (rehabilitasi aktif pada saat penderita masih dirawat) dan pada stadium kronik yaitu rehabilitasi bersama ke keluarga.<sup>(6,7,8)</sup> Penatalaksanaan penderita pasca stroke terutama ditujukan pada peningkatan kemampuan fungsional, dengan memaksimalkan kemandirian sedemikian rupa, sehingga gaya hidup dan martabat penderita serta ke keluarga dapat dipertahankan.<sup>(2)</sup>

Penilaian kemampuan fungsional diperlukan untuk menggambarkan kemampuan dan keterbatasan penderita untuk melakukan berbagai ketrampilan termasuk dalam melakukan kegiatan yang penting pada kehidupan sehari-hari, melakukan kegemaran, pekerjaan, interaksi sosial dan keperluan tingkah laku yang lain. Agar penilaian dapat menggambarkan dengan sesungguhnya tingkat kemampuan fungsional penderita, diperlukan ketrampilan pemeriksa dalam menggunakannya<sup>(8)</sup>. Karena luas dan rumitnya metoda yang dibutuhkan untuk mengumpulkan sejumlah besar informasi yang relevan, maka Bennecom et. al. (1995) dalam penelitiannya mengungkapkan bahwa metoda penilaian rehabilitasi klinis harus :<sup>(4)</sup>

- Difokuskan pada *disability* dan *handicap*.
- Singkat dan dapat dimengerti.
- Tidak hanya ditujukan pada *disability* dan *handicap*, tetapi juga pada masalah masalah yang dirasakan penderita.
- Cocok untuk penapisan, pengawasan dan penetapan prognosis yang tepat.
- Dapat membantu dalam membuat tujuan rehabilitasi.

Ada berbagai alat ukur yang dipergunakan untuk menilai kemampuan fungsional penderita rawat inap tetapi umumnya tidak melibatkan penilaian kemampuan mobilitas di luar rumah, pekerjaan serta hubungan sosial seperti, misalnya : PULSES, Indeks Barthel, Indeks Katz, Kenny Self Care Evaluation dan sebagainya<sup>(9,10)</sup>. Beberapa alat ukur yang

sifatnya berkesinambungan, seperti *The Patient Evaluation Conference System (PECS)* dibuat untuk menginventarisasi penderita secara lebih spesifik, tidak hanya difokuskan pada *disability* dan *handicap*, tetapi juga pada *impairment*, medikasi dan nutrisi. Sedangkan di RSCM (Jakarta), **Kisworowati (1993)** dalam penelitiannya menggunakan modifikasi Indeks Barthel untuk mengukur *ADL (Activities of Daily Living)* yaitu kegiatan atau aktivitas hidup sehari-hari, pada penderita pasca stroke ternyata didapatkan validitas yang cukup tinggi dibandingkan dengan Indeks Barthel yang baku dengan  $p = 0,001$  dan reliabilitas juga lebih baik dibandingkan dengan Indeks Barthel atau Indeks Katz <sup>(11)</sup>

Alat ukur di atas memiliki beberapa kelemahan yakni :

- Tidak menilai dampak masalah yang dialami oleh penderita.
- Tidak dapat dipakai untuk penderita rawat inap sekaligus rawat jalan.

Oleh karena tidak satupun dari alat ukur di atas yang dapat menemukan spesifikasi dalam penilaian kemampuan fungsional, maka telah diputuskan untuk membuat sekumpulan metoda penilaian yang oleh ICIDH (*The International Classification of Impairment, Disability and Handicap*) disebut *Rehabilitation Activities Profile (RAP)*.<sup>(4)</sup> Yang dapat digunakan untuk penderita rawat inap maupun rawat jalan. Di sini dinilai *disability*, *handicap* dan dampak masalah akibat *disability* dan *handicap*. *RAP* yang telah dipakai di **Jan van Breemen Institute** di Amsterdam terdiri dari 5 bidang, 21 *item* dan 71 *sub item* yang dikenal dengan istilah, *Two level structure* (struktur 2 tingkat), di mana tingkat pertama terdiri dari *item* yang berguna untuk penapisan dan tingkat kedua terdiri dari *sub item* untuk pemeriksaan yang lebih luas. Lima bidang dari *RAP* tersebut terdiri dari *disability* yang merupakan 4 bidang pertama yakni komunikasi, mobilitas, perawatan diri, okupasi dan *handicap* yang merupakan 1 bidang terakhir yaitu hubungan sosial.<sup>(12)</sup>

Penilaian kemampuan fungsional yang dipakai di negara barat tidak dapat sepenuhnya diterapkan di Indonesia, oleh karena itu peneliti mencoba untuk membuat *Adapted RAP*, dengan menyesuaikan bagian tertentu yaitu bidang perawatan diri sesuai dengan kebiasaan dan sosio kultural masyarakat Indonesia untuk mengetahui kemampuan fungsional penderita pasca stroke pada khususnya.

## 2. PERMASALAHAN

Tujuan akhir dari rehabilitasi medis modern adalah meningkatkan kemampuan fungsional penderita secara optimal. Banyak alat ukur yang dapat dipakai untuk mengukur kemampuan fungsional penderita tetapi belum memuaskan, oleh karena tidak dapat mengukur kemampuan fungsional secara lengkap. Salah satu alat ukur yang lengkap dan dapat meningkatkan kualitas dalam penilaian proses rehabilitasi yaitu *Rehabilitation Activities Profile (RAP)*. Oleh karena di Indonesia belum pernah dicoba untuk menggunakan *RAP*, maka peneliti mencoba membuat *RAP* yang disesuaikan dengan faktor kebiasaan dan budaya masyarakat Indonesia dengan mengadaptasi bidang perawatan diri. Apakah *Adapted RAP* dapat menilai kemampuan fungsional penderita secara lebih sesuai dengan kondisi dan kebiasaan masyarakat di Indonesia untuk diterapkan ?

## 3. TUJUAN PENELITIAN

### TUJUAN UMUM :

Menetapkan dengan jelas suatu alat ukur yang praktis yang dapat menilai tingkat kemampuan fungsional dari penderita pasca stroke, yang sesuai dengan budaya masyarakat Indonesia.

### TUJUAN KHUSUS :

1. Membandingkan hasil penilaian *RAP* dengan *Adapted RAP* dalam hal *disability* dalam perawatan diri (tidur, makan minum, kebersihan diri, aktivitas sekitar BAK dan BAB, berpakaian).
2. Mencoba untuk melihat penerapan *RAP* yang sudah diterjemahkan ke dalam Indonesia dalam hal :
  - *Disability* dalam komunikasi (ekspresi dan pemahaman).
  - *Disability* dalam mobilitas (mempertahankan postur, merubah postur, menggunakan kursi roda, menaiki tangga, menggunakan alat transport).
  - *Disability* dalam okupasi (menyiapkan makanan, aktivitas rumah tangga, aktivitas profesional, aktivitas waktu luang).



- *Handicap* dalam hubungan sosial ( dengan pasangan, dengan anak, dengan teman/kenalan/tetangga/ke keluarga ).

3. Timbulnya masalah akibat *disability* dan *handicap*.

#### 4. HIPOTESIS

Pemeriksaan dengan *adapted RAP* memberikan hasil yang lebih sesuai dengan kondisi dan kebiasaan masyarakat di Indonesia untuk diterapkan dibandingkan dengan pemeriksaan *RAP*.

#### 5. MANFAAT PENELITIAN

- Apabila ternyata *adapted RAP* lebih tepat dari pada *RAP*, maka dapat dianjurkan untuk digunakan dalam menilai kemampuan fungsional penderita pasca stroke di Instalasi Rehabilitasi medis RSUPN Dr Cipto Mangunkusumo.
- Untuk pengawasan perkembangan kemampuan fungsional penderita secara berkesinambungan sehingga kemungkinan timbulnya *disability* dapat diketahui lebih dini.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

Strok atau CVA (*Cerebro Vascular Accident*) merupakan problem neurologi yang paling sering dan serius di dunia, separuh dari penderita yang dirawat untuk penyakit neurologis akut adalah strok. Levy RI (1979) dalam penelitiannya melaporkan bahwa di Amerika strok merupakan penyebab disabilitas neurologis kedua setelah cedera kepala. Dari penderita yang berhasil selamat 1 bulan setelah serangan strok, 10% mengalami penyembuhan spontan yang hampir sempurna, 10% lainnya tidak mendapatkan keuntungan apapun dari terapi yang diberikan karena beratnya disabilitas, tetapi 80% sisanya dengan defisit neurologis yang bermakna memperoleh keuntungan dari rehabilitasi, yang diperkirakan berjumlah antara 150.000 - 200.000 orang pertahun. Kejadian strok meningkat dengan bertambahnya usia. Di atas usia 55 tahun angka kejadiannya menjadi dua kali lipat pada setiap pertambahan usia 10 tahun <sup>(13)</sup>. Di Indonesia belum ada data mengenai penderita strok, tetapi peneliti mencoba untuk mengumpulkan data dari Bagian Neurologi RSUPN Cipto Mangunkusumo.

Tabel 1. Gambaran prevalensi penderita strok terhadap total penderita yang dirawat di IRNA B RSUPN Cipto Mangunkusumo periode 1990 - 1995.

Tahun	Total penderita yang dirawat inap (orang)	Strok (orang)		Total (orang)
		Meninggal (orang)	Hidup (orang)	
1990	3073	383 (48,36%)	409 (51,64%)	792 (25,77%)
1991	2760	267 (32,40%)	548 (66,50%)	824 (29,86%)
1992	2315	216 (33,08%)	437 (66,92%)	653 (28,21%)
1993	2345	222 (35,63%)	401 (64,37%)	623 (26,57%)
1994	2096	165 (24,44%)	510 (75,56%)	675 (32,20%)
1995	2254	161 (23,37%)	528 (76,63%)	689 (30,57%)
<b>Total</b>	<b>14843</b>	<b>1414 (33,22%)</b>	<b>2833 (66,56%)</b>	<b>4256 (28,67%)</b>

Dari data di atas, nampak bahwa lebih dari 50 % jumlah kasus stroke, masih memiliki kemungkinan hidup, dan penderita yang berhasil melewati masa kritis biasanya akan mengalami gangguan dalam fungsi motorik, fungsi sensorik, gangguan syaraf kranial, gangguan fungsi luhur, gangguan koordinasi, gangguan otonom dan sebagainya <sup>(1)</sup>. Penderita dengan gejala neurologis tersebut akan menjadi cacat dengan sifat dan derajat kecacatan tergantung pada banyak faktor <sup>(1,4)</sup>, misalnya :

- Penyebab stroke.
- Lokasi stroke.
- Luas jaringan otak yang terkena.
- Status medis penderita sebelum stroke.
- Banyaknya komplikasi yang terjadi setelah serangan stroke.
- Usia.
- Sudah pernah menderita stroke sebelumnya.

Menurut **Brandstater**, (1987) 50% penderita yang hidup akan mandiri dalam aktivitas kehidupan sehari hari dan sebagian lagi akan memerlukan bantuan atau pengawasan.<sup>(14)</sup>

### **II.1. Dasar sistim klasifikasi.**

Menurut WHO (1980), akibat penyakit dapat digolongkan menjadi 4 golongan yaitu: Patologi, *Impairment*, *Disability* dan *Handicap*. Sistem klasifikasi dikenal sebagai ICIDH (*The International Classification of Impairment Disability and Handicap*)<sup>(3)</sup>. *Impairment* adalah kehilangan atau abnormalitas psikologis, fisiologis, struktur dan fungsi anatomi. *Disability* adalah keterbatasan atau kehilangan kemampuan (akibat *Impairment*) untuk melakukan aktivitas yang normal bagi orang sehat. *Handicap* adalah akibat penyakit yang tampak pada tingkat peran sosial dan aktivitas penderita di masyarakat, misalnya kehilangan pekerjaan dan hancurnya perkawinan karena penderita tidak mampu berperan sebagai orang normal (tergantung pada usia, jenis kelamin, sosial dan faktor kebudayaan)<sup>(3,15)</sup>.

Definisi rehabilitasi medis menurut ICIDH adalah upaya mengatasi masalah yang timbul akibat suatu penyakit melalui proses belajar guna menurunkan *disability* dan *handicap* yang dialami penderita akibat suatu penyakit berupa keterbatasan fungsional<sup>(3,5)</sup>.

Dalam menangani penderita dengan *disability* neurologis langkah yang penting adalah sebagai berikut<sup>(3)</sup> :

- Penilaian : Identifikasi besarnya masalah.
- Perencanaan : Analisis masalah dan menentukan tujuan (*goal*).
- Penatalaksanaan : Intervensi untuk menurunkan *disability* dan *handicap*.
- Perawatan : Intervensi pada pengurangan akibat *disability*.
- Penilaian/evaluasi : Memelihara keefektifan intervensi.

Tampak dari penjelasan di atas, tahap awal dari penanganan penderita adalah mengidentifikasi besarnya masalah yang dihadapi dari sudut pandang rehabilitasi medik yakni tingkat kemampuan fungsionalnya, sehingga untuk identifikasi tingkat kemampuan fungsional diperlukan satu alat ukur.

## **II.2. Syarat pemilihan alat ukur.**

Karena luas dan rumitnya ruang lingkup rehabilitasi medis, maka para dokter dan peneliti ditantang untuk membuat suatu metoda penilaian (alat ukur) guna mengumpulkan dan menyingkap informasi yang diperlukan untuk membantu perencanaan perawatan dan kemajuan perkembangan pada suatu tingkat kemampuan fungsional dari penderita. Sejauh ini alat ukur yang memuaskan tersebut belum ada<sup>(5)</sup>.

### **II.2.1. Faktor penting yang harus diperhatikan dalam pemilihan alat ukur adalah :**<sup>(3)</sup>

- Relevan dan pantas, memberikan informasi yang diinginkan secara tepat dan ringkas.
- Sesuai dengan kegunaannya sehingga pengukuran menjadi cocok.
- Bermakna, sensitif dalam mendeteksi perbedaan.
- Tes yang baik harus sederhana.
- Hasilnya dapat dikomunikasikan pada orang lain tanpa kesulitan.

## II.2.2. Kelengkapan yang diperlukan untuk skala penilaian, yakni <sup>(16)</sup> :

### 1. Dapat distandarisasi

Untuk standarisasi, skala ini diperlukan harus secara eksplisit menyatakan prosedur pencatatan dan penilaian ; penampilan data populasi normal ; dapat dipakai pada usia yang berbeda ; bersifat informatif ; serta diperlukan kualifikasi pemeriksa. Saat ini sangat sedikit alat ukur yang dapat memenuhi kriteria di atas dan tampaknya sulit mengembangkan skala yang terstandarisasi yang berguna sebagai pengukur kemampuan dan fungsi sebenarnya, karena lingkungan yang penting bagi fungsi penderita tidak dapat dibandingkan dalam kondisi yang berbeda.

### 2. Berskala

Alat ukur harus memiliki skala yang benar

### 3. Reliabilitas/keandalan

Skala yang dapat diterima harus dapat menunjukkan pengukuran yang dapat diandalkan dari tingkat penampilan penderita.

Reliabilitas berarti mempunyai skala yang akurat dan konsisten dalam memberikan informasi berdasarkan waktu, keadaan atau orang yang menilai.

### 4. Validitas/kesahihan

Skala tidak sah jika tidak reliabel : sah dihubungkan dengan teori seperti halnya metodologi dan tergantung dari sejumlah faktor.

### 5. Luas

Penilaian perawatan diri lebih berguna jika dapat menentukan tingkat penampilan seluruh kecakapan *ADL (Activities of Daily Living)* dan dapat dipakai untuk setiap diagnosis. Ukuran itu menjadi lebih berguna sebagai alat ukur yang bebas pada keadaan setelah ke luar rumah sakit.

### 6. Dasar kinerja (*performance based*)

Walaupun kemampuan, perawatan diri dinilai dengan skala yang dicatat dan melalui wawancara, validitas masih kontroversial.

Klein Parris dkk, menemukan bahwa wawancara lebih akurat jika klien dengan kemampuan fungsional yang tinggi dan *item* kwesioner tidak terlalu rumit.

#### 7. Praktis

Perkembangan skala dibuat untuk mampu membuat keputusan dan penelitian. Hal ini penting dalam seleksi alat ukur. Jumlah *item* harus cukup untuk menunjukkan reliabilitas dan membutuhkan waktu yang layak (misalnya : 30 sampai dengan 45 menit) untuk pencatatan. Terminologi harus dapat dimengerti dan ditunjukkan dalam bahasa sehari hari.

### II.3 Tujuan pembuatan suatu alat ukur kemampuan fungsional. <sup>(9)</sup>

Alat ukur tingkat kemampuan fungsional harus dapat digunakan untuk memperbaiki program dan mampu menggambarkan derajat keberhasilan program rehabilitasi medis. Secara formal penilaian kemampuan fungsional yang diinginkan adalah objektif dan mencatat perbaikan kemampuan fungsional dengan jelas. Informasi dapat ditemukan dari cerita penderita yang dicatat secara khusus yang dapat terbatas penggunaannya oleh karena tidak lengkap, kehilangan standar terminologi, atau subyektif sehingga tidak cocok untuk dikumpulkan dan dianalisa secara statistik. Oleh karena itu perlu dikembangkan suatu tehnik penilaian kemampuan fungsional dengan menciptakan suatu alat ukur.

### II.4. Jenis alat ukur dalam rehabilitasi medis<sup>(9)</sup>

Berbagai alat pengukuran yang khas terhadap penilaian fungsional dalam rehabilitasi medis klinik dikelompokkan kedalam 3 tipe dasar yaitu :

1. Sejumlah alat ukur yang secara global mengandung keseluruhan profil penderita (Global berarti relatif dapat dimengerti sampai seluk beluk variabel pada komponen *item*).

Contohnya:

- \* PULSES
- \* FLS (*Functional Life Scale*)
- \* FAI (*Functional Assessment Inventory*)

2. Yang lebih sering dipakai adalah *ADL (Activities Of Daily Living) Scale*

Menggambarkan fase awal rehabilitasi medis dalam hal ketidak tergantungan maksimal dalam perawatan diri dan mobilitas yang memungkinkan peningkatan kemampuan fungsional, dapat meninggalkan tempat rawat inap dan kembali kerumah.

- *Katz Index of ADL*
- Barthel index
- *Kenny Self Care Evaluation*

3. Ada pula sejumlah kategori alat ukur yang ditujukan untuk penderita dengan kemampuan fungsional yang khas dengan penyakit yang khusus.

Contohnya:

- \* *Burke Stroke Time-Oriented Profile (BUSTOP)*.
- \* *Quadriplegia Index of Function (QIF)*.
- \* *Jepsen Test for Hand Function*.

**Beberapa alat ukur yang sering dipakai antara lain :** <sup>(3,9,16)</sup>

**1 • PULSES**

*PULSES* ini dibuat oleh **Moskowitz** dan **McCann** pada tahun 1957, yang dipakai untuk pemeriksaan fungsi di Rumah Sakit Rehabilitasi di Amerika. Alat ini memerlukan banyak struktur untuk menyatakan suatu fungsi dan disesuaikan dengan klasifikasi dalam sistem militer Amerika dan kekuatan tentara Kanada pada tahun 1940, untuk menentukan status fisik dari tentara tersebut.

*PULSES* merupakan singkatan dari :

- \* *Physical condition*.
- \* *Upper extremity*.
- \* *Lower extremity* yang berhubungan dengan fungsi mobilitas.

- \* *Sensory components* termasuk komunikasi
- \* *Excretory (bowel and bladder)*.
- \* *Status of patient (mental and physical)*.

Tiap bagian diberi angka dari 1 - 4 (dari mulai tidak ada kelainan sampai yang paling berat kelainan, sehingga menghambat kemandirian). Jadi dasar dari *PULSES* ini adalah keadaan fisik penderita yang dihubungkan dengan kemampuan fungsi penderita. Dalam penelitian lebih banyak dipakai untuk melihat perubahan keadaan fungsi yang terjadi pada penderita.

## 2 • Indeks Katz

Indeks Katz merupakan indeks kemandirian dalam aktivitas kehidupan sehari hari yang dilakukan untuk menentukan penatalaksanaan dan prognosis pada orang tua dan pada penyakit kronis.

Indeks Katz ini mengevaluasi kemandirian fungsi penderita dalam hal :

- Mandi.
- Berpakaian.
- Pergi ke kamar kecil.
- Berpindah tempat.
- Mengontrol buang air besar dan buang air kecil.
- Makan.

Keenam fungsi di atas dipakai untuk menentukan kemandirian penderita, di mana nilainya dibagi dalam katagori A,B,C,D,E,F,G atau lainnya (yang tidak termasuk dalam katagori A-G).

## 3 • Indeks Barthel

Tahun 1965, Mahoney dan Barthel mempublikasikan satu skala untuk pengukuran dasar ADL pada penderita dengan kecacatan kronis. Suatu skala tes yang sederhana untuk menentukan ketergantungan penderita dengan gangguan neuromuskuler atau muskuloskeletal . Indeks Barthel terdiri dari 10 jenis fungsi, yaitu :



- Makan.
- Berpindah tempat.
- Membersihkan diri dan berdandan.
- Pergi ke dan dari kamar kecil.
- Mandi.
- Berjalan di tempat datar.
- Naik turun tangga.
- Memakai baju termasuk memakai sepatu dan mengikat tali sepatu.
- Mengontrol buang air besar.
- Mengontrol buang air kecil.

Dengan jumlah skor maksimal 100

#### **4 • Indeks Kenny**

Indeks penilaian aktivitas kehidupan sehari hari ini diciptakan di *Sister Kenny Rehabilitation Institute* di Minneapolis pada tahun 1960.

Penilaian ini terdiri dari 6 kategori yaitu :

- Bolak balik di tempat tidur.
- Berpindah tempat.
- Bergerak.
- Berpakaian.
- Kebersihan diri.
- Makan.

Tiap tiap fungsi tersebut dinilai dalam 5 kategori mulai dari 0 (ketergantungan penuh) sampai 4 (mandiri). Jadi keenam fungsi tersebut mempunyai nilai 24 untuk yang mandiri penuh. Pada penelitian, Indeks Kenny juga sensitif untuk penilaian fungsi penderita dan juga dapat dipakai untuk menentukan keberhasilan rehabilitasi.

## 5. Skala ADL dari Klein-Bell

Dikembangkan pada tahun 1982 oleh Ronald Klein (psikolog) dan Beverly Bell (terapis okupasi). Skala ini khusus dibuat untuk tujuan jangka pendek. Terdiri dari 6 kategori dengan 170 *item* antara lain :

- Berpakaian.
- Melepas pakaian.
- Mobilitas.
- Mandi dan kebersihan diri.
- Makan.
- Komunikasi.

## 6. Functional Independence Measure (FIM)

Dievaluasi dari Task force of the American Congress of Rehabilitation Medicine and the American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation. Terdiri dari 18 *item* yang dikumpulkan dalam 6 kategori yakni :

- Perawatan diri.
- Kontrol sphingter.
- Mobilitas.
- Bergerak.
- Komunikasi.
- Kognisi sosial.

Dengan skor 1 - 7 di mana nilai 1 berarti ketergantungan penuh dan 7 berarti tidak tergantung sama sekali.

## II.5. *Rehabilitation Activities Profile (RAP)*.<sup>(12,17)</sup>

Adalah suatu metoda pengukuran yang meningkatkan kualitas proses rehabilitasi. *RAP (Rehabilitation Activities Profile)* merupakan generasi kedua dari alat ukur yang dibuat pada tahun 1988-1989 di Jan van Breemen Institute di Amsterdam.

Sebagai pendahuluan dari *RAP*, telah diseleksi 28 *item* dari ICIDH yang mencatat *disability* dan dampak masalah *disability* tersebut. Alat ukur ini dipakai oleh para dokter untuk penapisan.

Atas dasar tersebut, tahun 1990 **Jiwa-Borrigter et.al.** memodifikasi alat ukur tersebut dan disebut *RAP (Rehabilitation Activities Profile)*.

### II.5.1. Karakteristik *RAP* :

1. Informasi terutama didapat dari wawancara dan observasi sebagai tambahan informasi.
2. Oleh karena inti dari rehabilitasi medis untuk menurunkan dan mencegah *disability* dan *handicap* maka *impairment* tidak dinilai. Terapi yang ditujukan pada *impairment* adalah penting, tetapi dalam hal ini lebih ditujukan untuk penilaian hasil terapi *disability* dan *handicap*.

*Disability* yang dinilai : - Komunikasi  
- Mobilitas  
- Perawatan diri  
- Okupasi

*Handicap* yang dinilai : - Hubungan sosial

3. Dampak masalah yang dirasakan oleh penderita dengan setiap *disability* dan *handicap* dicatat sejajar dengan penilaian *disability* dan *handicap* artinya: masalah yang dirasakan penderita jelas dari sudut *disability* dan *handicap*.
4. *Disability*, *Handicap* dan masalah yang dirasakan diukur dengan *ordinal 4-point scale*, skor *disability* dalam bidang **Komunikasi, Mobilitas, Perawatan Diri Dan Okupasi**, jumlah beban aktivitas yang jelas untuk pasien. Pada **Hubungan Sosial**, jumlah perubahan dicatat sebagai tanda untuk derajat *handicap* dan nilai dilukiskan sebagai gambaran *RAP*.

Jika perlu skor *Not applicable (TA)* atau *Not assessable (TD)* dapat dinilai sesuai dengan persetujuan inter dan intra rater. Setiap bidang dari kelima bidang yang ada mengandung beberapa *item*, total terdiri dari 21 *item*. Ke 21

*item* dibagi dalam subdivisi menjadi 71 *sub item* yang dikenal dengan struktur 2 tingkat. Pada penilaian tingkat ke 2 dibuat hanya untuk *item* tersebut, di mana *disability* dan *handicap* diidentifikasi pada tingkat ke 1. Penilaian tingkat *item* adalah gambaran global dari *disability*, *handicap* dan masalah yang dirasakan. Jika *sub item* dinilai, didapat gambaran yang lebih terinci.

5. *RAP* dibuat setelah konsultasi dengan beberapa profesi rehabilitasi pada penderita rawat inap dan jalan di pusat rehabilitasi dari Departemen Rehabilitasi Medis pada 2 Rumah Sakit dan didapat metoda penilaian yang berkesinambungan.

### II.5.2. Spesifikasi

Sebelum *RAP* dirancang telah digambarkan spesifikasi dari metoda penilaian yaitu :

1. Mengumpulkan informasi yang lebih berhubungan dengan proses rehabilitasi.
2. Mudah dilakukan oleh praktek sehari hari.

Inventarisasi ini didasarkan pada literatur, direncanakan lebih awal, wawancara dengan para ahli dalam bidang rehabilitasi atau dalam metoda penilaian kesehatan.

Pada *RAP* didapatkan spesifikasi ini

### II.5.3. Penilaian *disability* dan *handicap*

Inti dari Rehabilitasi medis adalah mencegah atau menurunkan *disability* dan *handicap* yang diakibatkan oleh *impairment*. Di mana tujuan akhir dan hasil pada rehabilitasi medis didefinisikan dengan istilah *disability* dan *handicap*. *Impairment* tidak digambarkan kurang penting, tetapi penurunan *Impairment* adalah menunjukkan suatu langkah lanjutan untuk mencapai fungsi yang optimal pada tingkat *disability* dan *handicap*. Lebih dari itu *disability* dan *handicap* dapat diturunkan dengan tehnik rehabilitasi jika *impairment* stabil.

#### II.5.4. Penilaian yang sejajar pada dampak masalah

Tidak hanya *disability* dan *handicap* yang dicatat tetapi juga persepsi subjek yang meliputi setiap *disability* dan *handicap* dapat dicatat.

Dengan perkataan lain: Seberapa besar *disability* dan *handicap* mengakibatkan masalah pada kehidupannya sehari hari ?

Pertanyaan ini menempatkan *disability* dalam konteks sosial dan pandangan dasar penderita pada pengaruh *disability* terhadap kehidupan sehari hari.

Hal ini disebut dengan **dampak masalah** yang dapat lebih penting dalam merancang program rehabilitasi daripada *disability* dan *handicap* itu sendiri. Selain itu juga termasuk dalam pengambilan keputusan tentang program rehabilitasi.

#### II.5.5. *Two level structure* (struktur 2 tingkat)

Dirancang sebagai struktur 2 tingkat.

Tingkat pertama terdiri dari *item* yang berfungsi sebagai alat penapisan.

Tingkat kedua digambarkan tingkat *sub item* di mana bagian *item* pada tingkat pertama diikuti menjadi penilaian yang lebih luas.

#### II.5.6. Mengukur kesulitan dan bantuan

Metode yang paling cocok untuk menilai sejumlah bantuan diperlukan untuk mengetahui derajat beratnya *disability*. *RAP* ditujukan pada kesulitan yang terjadi pada saat melakukan aktivitas. Kesulitan biasanya berarti memerlukan waktu khusus untuk melakukan aktivitas yang biasa dilakukan. Seseorang yang dapat melakukan aktivitas dengan banyak kesulitan dapat mengambil keuntungan pokok dari terapi rehabilitasi. Karena kesulitan dan jumlah bantuan sering berbanding terbalik, maka 2 aspek tidak dapat digabungkan dalam satu derajat skala.

### II.5.7. Penampilan kapasitas yang sebenarnya

Program rehabilitasi berfungsi pada perbaikan fungsi sehari-hari penderita dilingkungannya. Yang ditanyakan adalah tentang apakah yang biasanya dikerjakan? Bukan apakah ia bisa melakukan?

### II.5.8. Tim multi disiplin

Tim multi disiplin sering diperlukan untuk suatu program rehabilitasi yang optimal. Alat metoda penilaian dapat dibentuk oleh suatu aksi dari profesi rehabilitasi dan dipakai bahasa yang umum. *RAP* dipakai oleh seluruh dokter dan paramedis. Walaupun bagian khusus pada *RAP* sering ditangani oleh ahli di bidangnya (gangguan komunikasi oleh terapis wicara) hasilnya dapat dimengerti oleh sesama orang yang bekerja di bidang rehabilitasi. Penilaian dapat diterapkan pada semua grup diagnostik, baik penderita yang dirawat maupun yang tidak dirawat.

### II.5.9. Mudah digunakan dalam praktek sehari-hari

Tujuan *RAP* pada kehidupan sehari-hari:

1. Riwayat diambil untuk penapisan *disability* dan *handicap*
2. Observasi untuk mengumpulkan informasi.

### II.5.10. Perkembangan dan operasionalisasi alat ukur

**Jaeschke dan Guyatt** membedakan 6 langkah dalam perkembangan alat ukur :

1. memilih kelompok dari *item item*.
2. menurunkan jumlah *item*.
3. respon kebebasan memilih.
4. menentukan *reproducibility*.
5. menentukan validitas
6. menentukan *responsiveness*

Langkah langkah ini mengikuti perkembangan *RAP*

### II.5.11. Penurunan jumlah *item*

Menurut bagian *handicap* pada ICIDH dibedakan menjadi 5 bidang fungsional :

1. Komunikasi
2. Mobilitas
3. Perawatan diri
4. Okupasi
5. Hubungan sosial.

Setiap bidang dengan jumlah *item* yang dipilih disebut **tingkat pertama** termasuk 21 aktivitas dan disiapkan sebagai alat penapisan. Total 71 *sub item* merupakan **tingkat kedua**. Jika *disability* atau *handicap* telah didiagnosis maka tingkat kedua dinilai untuk informasi yang lebih rinci. Skala beratnya dampak masalah adalah untuk semua bidang. Beberapa *sub item* dapat diaplikasikan dan bisa juga tidak dapat diaplikasikan (TA) diberi tanda 9. Jika informasi tidak lengkap dan tidak dapat dinilai (TD) maka diberi tanda 8. Konsep *RAP* yang pertama diuji oleh orang yang bekerja dalam bidang rehabilitasi dalam praktek sehari-hari dan mereka melaporkan pengalaman dan masalah. Kesulitan penilaian, formulasi dan instruksi dipelajari untuk menuju modifikasi pada versi akhir dari *RAP*. Panduan disusun berdasarkan struktur panduan yang dipakai pada *Groningen Social Disability Schedule*.

Panduan termasuk:

- Petunjuk penilaian.
- Penjabaran *item* dan *sub item*
- Kriteria penilaian
- Contoh pertanyaan dan lembar penilaian.

Gambaran *RAP* antara lain:

1. Difokuskan pada *disability* dan *handicap*
2. Penilaian sejajar pada dampak masalah
3. Struktur dua tingkat

- RAP* dipakai untuk :
- Mencapai tujuan akhir.
  - Evaluasi rehabilitasi.

Oleh karena pemakaian *RAP* sangat luas maka semakin diperlukan penelitian tentang reliabilitas. 2 orang pewawancara membuat pertanyaan untuk penderita dalam menentukan *inter rater* dan *intra rater agreement*. Pada *Inter rater agreement* penderita diwawancara tentang *RAP* oleh 2 orang pewawancara pada waktu yang sama.

Untuk melihat validilitas *RAP* tahun 1995 Bennecom et. al. <sup>(4)</sup>, meneliti 125 penderita strok yang dirawat di rumah sakit mulai 14 hari pasca strok, dinilai kemampuan fungsional pada minggu ke 2, 3, 4, 8, 12 dan 26. Setelah 26 minggu, 105 penderita tetap hidup, 8 penderita meninggal dan 2 penderita tidak melanjutkan penelitian. Dilakukan pengukuran dengan *RAP*. Indeks Barthel (BI) dan Frenchay Activities Index (FAI), hasil yang didapat :

- Bidang mobilitas dan perawatan diri pada *RAP* berhubungan erat dengan skor Indeks Barthel dengan  $r = 0,87 - 0,90$ .
- Bidang okupasi pada *RAP* dihubungkan dengan skor FAI sebelum strok dan 26 minggu pasca strok didapat  $r$  masing masing 0,72 dan 0,73.

Jumlah skor *disability* bidang mobilitas dan perawatan diri dihitung kemungkinan kemampuan setelah 26 minggu (ROC surface area 0,90). Pada bidang yang sama menunjukkan perbedaan yang bermakna ( $p < 0,05$ ) untuk jumlah skor *disability* 8 minggu pasca strok dan disimpulkan bahwa jumlah penilaian pada *RAP* dapat dipakai untuk indeks diskriminatif, evaluatif, prediktif.

Tahun 1995 Jelles et al <sup>(17)</sup>, bahwa *inter rater* dan *intra rater agreement* dari *RAP* baik. Untuk menghitung nilai *inter rater agreement* adalah dengan cara membandingkan jumlah nilai pewawancara I dan pewawancara II pada pasien yang sama.

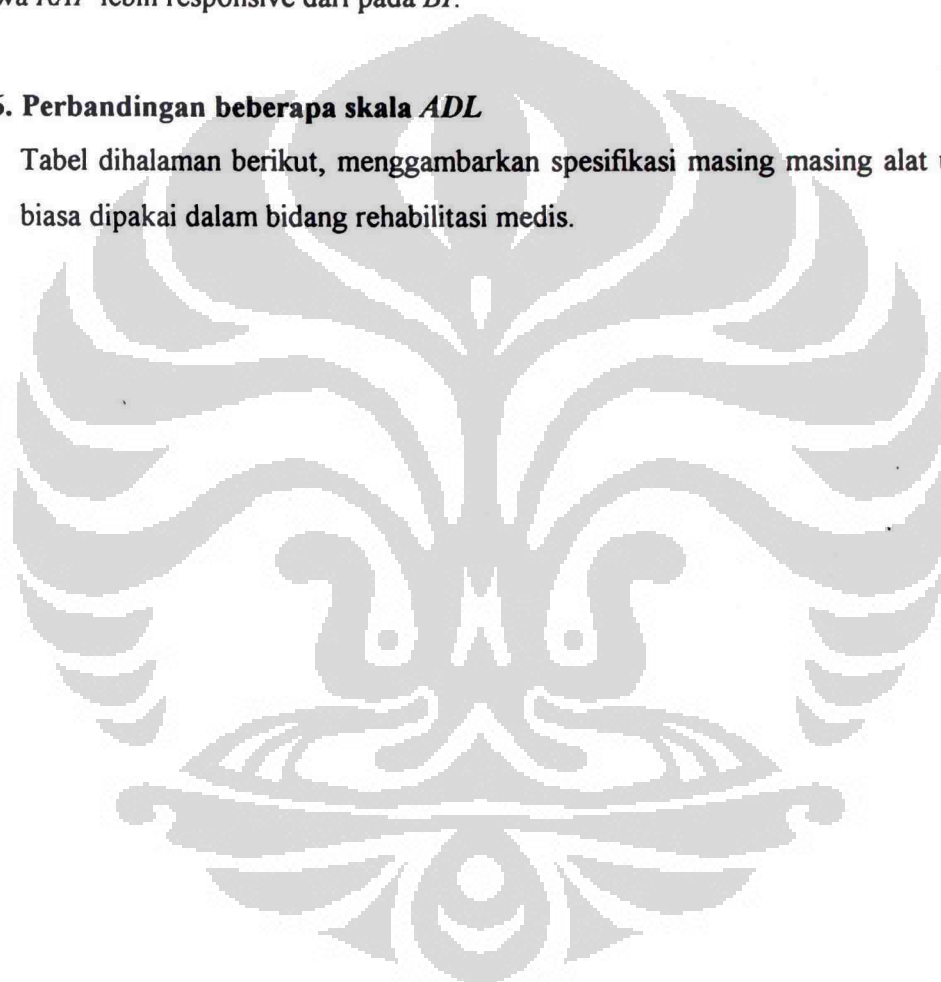
Tahun 1995 Bennecom dan Jelles<sup>(12)</sup> meneliti, *responsiveness* pada *RAP* dan BI pada 125 penderita pasca strok, dikelompokkan menjadi 2 - 12 minggu (respon dini), 12 - 26 minggu (respon lambat) dan 2 - 26 minggu (seluruh respon) didapat hasil *effect size* *RAP* tetap lebih tinggi dibandingkan dengan BI pada ketiga interval. Mengenai tehnik penilaian  $p$ , skor perubahan rata rata pada seluruh periode *RAP* ditunjukkan pada



perbedaan antara penderita yang kembali kerumah dan yang tidak kembali kerumah di mana BI gagal dalam menilai perbedaan tersebut ( $p. RAP = 0,04$ ,  $p BI = 0,496$ ). Menggunakan t-statistic *RAP* menunjukkan efisiensi yang lebih tinggi dalam menunjukkan perubahan pada ke 3 periode waktu (relatif sfficiency masing masing = 1,42, 1,77 dan 1,43). *ROC surface area* pada *RAP* mempunyai skor yang lebih tinggi dari pada daerah skor *BI* (masing masing 0,74 dan 0,59 untuk periode respon dini), dapat disimpulkan bahwa *RAP* lebih responsive dari pada *BI*.

## II. 6. Perbandingan beberapa skala *ADL*

Tabel dihalaman berikut, menggambarkan spesifikasi masing masing alat ukur yang biasa dipakai dalam bidang rehabilitasi medis.



**Tabel.2. Perbandingan beberapa skala ADL**

<i>PULSES (Moskowitz &amp; Mc Cann 1957)</i>	<i>Katz Index of Independence in ADL (Katz et.al 1963)</i>	<i>Barthel Index (Mahoney &amp; Barthel 1965)</i>	<i>Kenny Self care Evaluation (Schoening et.al 1965)</i>	<i>Klein Bell ADL Scale (Klein &amp; Bell 1982)</i>	<i>Functional Independence Measure (Hamilton et.al. 1987)</i>	<i>RAP (Jiwa Borrigter et.al. 1990)</i>
<i>Domain/Tasks Assessed</i>						
<i>Physical condition</i>	<i>Bathing</i>	<i>Feeding</i>	<i>Bed</i>	<i>Dressing</i>	<i>Self care</i>	<i>Terlampir</i>
<i>Upper extremity</i>	<i>Dressing</i>	<i>Wheelchair transfer</i>	<i>Transfer</i>	<i>Elimination</i>	<i>(feeding,</i>	
<i>Lower extremity</i>	<i>Going to toilet</i>	<i>Grooming</i>	<i>Locomotion</i>	<i>Mobility</i>	<i>grooming,</i>	
<i>Sensory components</i>	<i>Transfer</i>	<i>Toilet transfer</i>	<i>e.g.walking, stairs,</i>	<i>(including</i>	<i>bathing,</i>	
<i>Excretory (bowel and bladder)</i>	<i>Continence</i>	<i>Bathing</i>	<i>wheelchair)</i>	<i>transfers)</i>	<i>upper and lower</i>	
<i>Status of patient (mental and physical)</i>	<i>Feeding</i>	<i>Level walking</i>	<i>Dressing (e.g.upper</i>	<i>Bathing/hygiene</i>	<i>extremity</i>	
		<i>Stairs</i>	<i>extremities,</i>	<i>Eating</i>	<i>dressing,</i>	
		<i>Dressing</i>	<i>lower</i>	<i>Communication</i>	<i>toileting)</i>	
		<i>Bowel control</i>	<i>extremities, feet)</i>		<i>Sphincter control</i>	
		<i>Bladder control</i>	<i>Personal hygiene</i>		<i>Mobility</i>	
			<i>(including</i>		<i>Locomotion</i>	
			<i>bowel/bladder</i>		<i>Communication</i>	
			<i>control)</i>		<i>Social cognition</i>	
			<i>Feeding</i>			
<i>Strengths/Limitations</i>						
<i>Widely used among varying patient populations. Lacks subscore detail in</i>	<i>Derived score yields specific information about</i>	<i>Comprehensive and widely used in U.S. Adapted versions permit</i>	<i>Sensitive to patient change in overall function. Has not been extensively</i>	<i>One of the most sensitive and carefully designed</i>	<i>Using the Uniform Data System, several; hundred facilities</i>	
<i>discrete ADL variables.</i>	<i>patient's functional independence.</i>	<i>distinction between levels of independence.</i>	<i>validated.</i>	<i>scales. Has not been extensively validated</i>	<i>throughout North America have provided assessment data fro from versions of the FIM</i>	

## II.7. *Adapted Rehabilitation Activities Profile (Adapted RAP)*

Peneliti mencoba membuat *Adapted Rehabilitation Activities Profile* dengan tujuan agar perencana maupun pelaksana program dapat dengan mudah memeriksa status fungsional penderita. *Adapted Rehabilitation Activities Profile* dibuat mengacu pada *RAP* yang telah dipublikasikan tahun 1990 oleh Jiwa - Borrigter et al. Peneliti hanya mengadaptasi bagian tertentu yaitu **dalam bidang perawatan diri**, dengan alasan pada adaptasi ini disesuaikan dengan kondisi sosial dan kultural dari masyarakat Indonesia, sedangkan untuk penilaian komunikasi, mobilitas, okupasi dan hubungan sosial digunakan tanpa merubah/mengadaptasi karena *disability* maupun *handicap* yang terjadi akibat stroke untuk bidang tersebut sama pada setiap penderita tanpa memperhatikan sosial dan kultural penderita. *Adapted Rehabilitation Activities Profile* ini terdiri dari 5 bidang, 20 *item* dan 71 *sub item*.

Empat bidang yang pertama :

- Disability* :
- Komunikasi : terdiri 2 *item*.
  - Mobilitas : terdiri 6 *item*.
  - Perawatan diri : terdiri 5 *item*.
  - Okupasi : terdiri 4 *item*.

Satu bidang yang lainnya :

- Handicap* : - Hubungan sosial : terdiri 3 *item*

Selain menilai *disability* dan *handicap* juga dilihat **dampak masalah** dari *disability* dan *handicap*. TA (tidak dapat diaplikasikan) atau TD (tidak dapat dinilai) dihubungkan dengan *disability/handicap* seperti halnya pada dampak masalah (DM). Pada kasus di mana *disability* dan *handicap* tidak dapat diaplikasikan atau tidak dapat dinilai, maka dampak masalah juga tidak dapat dinilai.

Di bawah ini tampak perbedaan *item* dan *sub item* **bidang perawatan diri** antara *RAP* dan *Adapted RAP*.

## PERAWATAN DIRI

<i>RAP</i>	<i>Adapted RAP</i>
<p>Tidur : - mulai tidur. - proses tidur.</p> <p>Makan dan Minum :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Persiapan sebelum makan &amp; minum.</li><li>• Memasukkan makan &amp; minum ke mulut (memotong makanan)</li><li>• Mengunyah/menelan.</li></ul> <p>Mencuci diri dan berhias (persiapan mandi mengangkat &amp; memakai shower)</p> <p>Mencuci tangan, menyisir, berhias.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Muka dan rambut.</li><li>• Tubuh bagian atas.</li><li>• Tubuh bagian bawah.</li></ul> <p>Berpakaian :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Tubuh bagian atas.</li><li>• Tubuh bagian bawah.</li><li>• Mengancing/mengkait/mengikat.</li><li>• Pemakaian alat bantu.</li><li>• Memakai perhiasan.</li></ul> <p>Melepas Pakaian :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Tubuh bagian atas.</li><li>• Tubuh bagian bawah.</li><li>• Melepas kancing/kait/tali.</li><li>• Melepas alat bantu.</li><li>• Melepas perhiasan.</li></ul> <p>Aktivitas sekitar BAB/BAK</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Dpt menahan sampai kamar mandi/WC.</li><li>• Melepas &amp; memasang celana.</li><li>• <i>Transfer</i>.</li><li>• Membersihkan diri pasca BAB/BAK.</li><li>• Menyiram kotoran termasuk buka kateter, <i>stoma bag</i>.</li></ul>	<p>Tidur : - mulai tidur. - proses tidur.</p> <p>Makan dan Minum :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Mengambil nasi dan lauk.</li><li>• Memotong lauk.</li><li>• Memasukkan makanan &amp; minuman ke mulut dengan/tanpa sendok.</li><li>• Mengunyah makanan.</li><li>• Menelan makanan &amp; minuman.</li></ul> <p>Kebersihan diri (mulai dari persiapan) utk :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Mencuci tangan dan muka.</li><li>• Memutar kran.</li><li>• Mandi dengan gayung.</li><li>• Menyabuni badan.</li><li>• Mencuci rambut.</li><li>• Menggosok gigi.</li><li>• Memakai handuk.</li><li>• Menyisir rambut.</li><li>• Berhias dan mencukur janggut.</li></ul> <p>Berpakaian (mulai dari mengambil)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Memakai /melepas celanan dalam.</li><li>• Memakai/melepas kancing.</li><li>• Memakai/melepas <i>zipper</i>.</li><li>• Memakai/melepas celana panjang/kemeja/gaun/kain panjang.</li><li>• Memakai/melepas sepatu.</li><li>• Memakai/melepas perhiasan.</li></ul> <p>Aktivitas sekitar BAB/BAK.</p>

## **BAB III**

### **METODOLOGI PENELITIAN**

#### **III.1. RANCANGAN PENELITIAN**

Rancangan penelitian ini berupa membandingkan dua macam tehnik pemeriksaan untuk penderita pasca strok ialah *RAP* dan *Adapted RAP* : Uji Diagnostik.

#### **III.2. JADWAL PENELITIAN**

Persiapan : Juni - Desember 1996.  
Pelaksanaan : Januari - Februari 1997.  
Analisis data : Maret - April 1997.  
Penulisan/penyajian : Mei 1997.

#### Tempat Penelitian

Poliklinik Instalasi Rehabilitasi Medis RSUPN Dr Cipto Mangunkusumo

#### **III.3. BAHAN DAN ALAT PENELITIAN**

- Formulir data dasar
- Formulir *Rehabilitation Activities Profile*.
- Formulir *Rehabilitation Activities Profile* yang diadaptasi
- Alat peraga untuk melakukan aktivitas tertentu.

#### **III.4. POPULASI SAMPEL**

Subyek yang termasuk dalam penelitian adalah penderita pasca strok yang dirawat jalan di Instalasi Rehabilitasi Medis yang tergabung dalam klub strok RSUPNCM yang memenuhi syarat kriteria penerimaan periode bulan Januari - Februari 1997.

Kriteria penerimaan :

- Penderita dengan kesadaran kompos mentis.
- Tidak dibedakan antara laki dan perempuan .
- Penderita dengan afasia dan gangguan kognitif ringan bisa diikuti sertakan.
- Usia di atas 45 tahun.
- Bersedia mengikuti penelitian, dapat ditentukan oleh penderita langsung atau oleh ke keluarga terdekat.

Kriteria penolakan :

- Penderita dengan gangguan kognitif berat.

### III.5. BATASAN OPERASIONAL SERTA VARIABEL YANG DIUKUR

1. Strok (menurut WHO, 1989)

Adalah suatu gangguan neurologi akut yang disebabkan oleh karena gangguan pembuluh darah, diawali secara mendadak (dalam beberapa detik) atau secara cepat (dalam beberapa jam) timbul gejala dan tanda yang sesuai dengan daerah fokal di otak yang terganggu.

2. Usia

Dihitung dalam tahun sesuai dengan kartu tanda penduduk.

3. Pendidikan

Rendah : Mengikuti pendidikan dan tamat SD.

Sedang : Mengikuti pendidikan sampai tamat SMP dan tamat SMA.

Tinggi : Pernah mengikuti kuliah di tingkat akademi tamat sarjana muda atau tamat sarjana.

4. Lama pasca strok : dihitung dalam bulan yaitu mulai saat terjadinya strok sampai penelitian dilakukan.

5. Spastisitas : Dinilai dengan modifikasi *Ashworth Scale*.<sup>(19)</sup>

Derajat 0 : tidak ada peningkatan tonus otot.

Derajat 1 : Peningkatan ringan tonus otot yang ditunjukkan dengan dipegang dan lepas kembali ada tahanan minimal pada akhir gerakan dari pada lingkup gerak sendi misalnya dari gerak fleksi atau ekstensi.

Derajat 1+ : Peningkatan ringan tonus otot ditunjukkan dengan dipedang dan diikuti oleh tahanan minimal waktu mengembalikan LGS (kurang dari setengah LGS).

Derajat 2 : Peningkatan tonus otot lebih melebihi setengah LGS, tetapi kelihatannya mudah digerakkan.

Derajat 3 : Peningkatan tonus otot sangat sulit digerakkan secara pasif.

Derajat 4 : Tampak rigiditas pada gerakan fleksi dan ekstensi.

6. Gangguan berbahasa (afasia) ditentukan secara klinis berdasarkan klasifikasi

Kirshner, dimodifikasi dari Benson dan Geschwind (1976) → dikutip dari afasia gangguan berbahasa oleh Prof dr Sidiarto Kusumoputro<sup>(20)</sup>

**Tabel.3. Klasifikasi afasia secara klinis**

	Bicara spontan	Penamaan	Pengertian auditorik	Pengulangan	Membaca	Menulis
Broca (motorik)	Telegrafik atau mutisme	neg	pos	neg	pos	neg
Wernicke (sensorik)	Fluen dengan kesalahan	tetapi neg	neg	neg	neg	neg
Global	Telegrafik atau mutisme	neg	neg	neg	neg	neg
Konduksi	Fluen dengan kesalahan	tetapi pos/neg	pos	neg	pos	pos
Anomik	Fluen dengan pencarian kata	neg	pos	pos	pos	pos
Transkortikal motorik	Seperti Broca	pos/neg	pos	pos	pos	pos
Transkortikal sensorik	Seperti Wernicke	neg	neg	pos	neg	pos/neg
Sindrom isolasi	Menurun atau absen	neg	neg	pos	neg	neg
Aleksia dengan agrafia	Hampir normal	pos/neg	pos	pos	neg	neg
Aleksia tanpa agrafia	Normal	pos/neg	pos	pos	neg	pos

Catatan : Positif berarti normal.

Negatif berarti terganggu.

Positif/negatif berarti normal atau sedikit terganggu.

7. Gangguan kognitif berat <sup>(21)</sup> : penderita hanya dapat menjawab paling banyak 3 dari pertanyaan pertanyaan berikut : umur, waktu/jam sekarang, tahun ini, saat ini berada di mana, mengenali 2 orang di RS ini (dokter, perawat, dan lain lain).

8. *RAP* dan *Adapted RAP*

*RAP* dan *Adapted RAP* terdiri dari *disability* yaitu untuk bidang komunikasi, mobilitas, perawatan diri, okupasi dan *handicap* untuk bidang hubungan sosial, dengan *item* dan *sub item* sebagai berikut :

**8.1. Komunikasi (*RAP* dan *Adapted RAP*)**

- Ekspresi: Kemampuan penderita untuk menghasilkan atau menyampaikan pesan kepada orang lain secara :
  - Verbal : Berbicara dalam bahasa Indonesia /bahasa daerah.
  - Non verbal : Suara (tidak ada kata kata), mimik, gambar/symbol (menunjuk ya/tidak)
  - Tulisan : Menulis dalam bahasa Indonesia/bahasa daerah
- Pemahaman : Memahami informasi yang diberikan oleh seseorang dalam hubungannya dengan lingkungan sekitar atau orang lain, antara lain :
  - Non verbal : Memahami informasi melalui mimik : gambar/symbol.
  - Tulisan : Memahami informasi yang ditunjukkan dalam tulisan.
  - Bahasa : Memahami informasi yang diberikan secara bahasa lisan.



- Bentuk : Memahami dan mengenali bentuk
- : objek, wajah, tempat, bayangan.
- Suara : Memahami dan mengenali suara.

## 8.2. Mobilitas (*RAP* dan *Adapted RAP*)

- Mempertahankan postur/sikap tubuh dapat mempertahankan sikap tubuh secara aktif oleh penderita selama aktivitas antara lain :
  - Berbaring : Mempertahankan posisi berbaring selama melakukan aktivitas.
  - Duduk : Mempertahankan posisi duduk selama melakukan aktivitas dan merubah satu posisi (duduk di kursi, sofa, kursi roda atau kendaraan umum atau di mana penderita lebih sering duduk).
  - Berdiri : Mempertahankan posisi berdiri selama melakukan aktivitas.
- Merubah postur/sikap tubuh kemampuan penderita secara aktif untuk merubah dari satu postur ke postur yang lain, misalnya dari duduk ke berbaring.  
Berpindah juga dinilai di sini
  1. berbaring → berbaring : membalik dalam posisi berbaring, misalnya : di tempat tidur dari posisi tengkurap ke posisi terlentang dan posisi lain.
  2. berbaring → duduk atau duduk → berbaring : bangkit dari posisi berbaring ke posisi duduk dan duduk ke berbaring. *Sub item* ini terdiri dari cara yang berbeda untuk merubah dari berbaring ke duduk, misalnya dari berbaring ke posisi duduk dengan lengan lurus seperti terlentang → miring → duduk ditepi tempat tidur.
  3. duduk → duduk/berpindah : merubah posisi dari duduk di suatu tempat → ke tempat lain, seperti misalnya berpindah atau

- bergeser dari kursi roda ke anak tangga atau dari kursi roda ke tempat tidur. Jika penderita pertama merubah ke posisi berdiri → lalu melalui beberapa langkah baru kemudian duduk maka di sini tidak dinilai tetapi dimasukkan pada penilaian berdiri duduk.
  - 4. duduk → berdiri atau berdiri → duduk : merubah posisi dari duduk ke berdiri atau dari berdiri ke duduk.
- Berjalan : Berpindahnya seseorang dengan cara berjalan dan menaiki tangga tidak termasuk di sini.
  - Di dalam rumah : Dinilai bagaimana seseorang berjalan dengan melewati pintu mebel, karpet dan sejenisnya.
  - Di luar rumah dinilai bagaimana seseorang berjalan di jalan aspal, rintangan antara kendaraan, sangat ramai lapangan dan sejenisnya
- Menggunakan kursi roda : kemampuan seseorang untuk berpindah dengan menggunakan kursi roda elektrik atau yang dikendarai dengan tangan. Bila menaiki tangga atau pijakan → dinilai pada *item* menaiki tangga.
  - Di dalam ruangan menggunakan kursi roda di dalam rumah dengan melewati pintu, mebel, karpet dan sejenisnya.
  - di luar ruangan menggunakan kursi roda di jalan aspal, melalui rintangan di antara mobil, sangat ramai, lapangan dan sejenisnya.
- Menaiki tangga : kemampuan untuk melalui ketinggian yang berbeda seperti anak tangga dan tanjakan yang biasa dilakukan sehari hari.
  - Di dalam ruangan : melewati ketinggian yang berbeda, seperti anak tangga ke lantai yang lebih tinggi atau lantai yang lebih rendah pemakaian tangga berjalan dinilai di sini.
  - Di luar ruangan : melewati ketinggian yang berbeda di luar ruangan, anak tangga, jalur kursi roda pada gedung atau jembatan

- Menggunakan alat transport : kemampuan seseorang untuk berpindah dengan menggunakan alat transport (sepeda, mobil dan sejenisnya)  
Pemakaian kursi roda elektrik dinilai pada *item* kursi roda
  - sepeda : semua faktor yang berhubungan dengan berpindah memakai sepeda (menaiki atau turun).
  - Sepeda motor : mengendarai sepeda motor sendiri.
  - Mobil semua faktor yang berhubungan dengan berpindah memakai mobil (naik, turun atau mengendarai).
  - Kendaraan umum : semua faktor yang berhubungan dengan berpindah memakai kendaraan umum (naik atau turun) dan melakukan perjalanan.

### 8.3. Perawatan diri

#### 8.3.1. Perawatan diri (*RAP*)

- ◆ Tidur :
  - Mulai tidur : mudah, sulit atau dengan obat.
  - Proses tidur : lamanya tidur, sering terbangun, frekwensi tidur perhari.
- ◆ Makan dan minum  
Terdiri dari mempersiapkan makanan dan minuman, seperti menuangkan, menyediakan minuman dan memotong makanan dalam arti sebenarnya :
  - Persiapan makan/minum sebelum makan/minum.
  - Memasukkan makanan/minuman ke mulut : dinilai kemampuan menggunakan pisau untuk memotong makanan, minum air hangat/panas bagaimana seorang memasukkan makanan/minuman kedalam mulut.
  - Mengunyah/menelan.

◆ Mencuci diri dan berhias

Terdiri dari persiapan mandi (mengangkat dan memakai *shower*), mencuci tangan, menyisir, berhias dengan menggunakan alat kosmetik terdiri dari :

- Muka dan rambut.
- Tubuh bagian atas termasuk anggota gerak atas.
- Tubuh bagian bawah termasuk anggota gerak bawah.

◆ Berpakaian

Terdiri dari mempersiapkan sampai dengan menggunakan pakaian yang biasa di pakai

- Tubuh bagian atas, misalnya blus atau sweater, sarung tangan.
- Tubuh bagian bawah, misalnya celana, rok, sepatu, kaos kaki.
- Mengancingkan/mengkait/mengikat.
- Pemakaian alat bantu, misalnya splint, ortosis dan protesis, *contact lens*.
- Memakai perhiasan, seperti, cincin, kalung, arloji.

◆ Melepas pakaian

Melepas pakaian dan meletakkan pakaian, misalnya dilemari pakaian atau dikursi juga melepas alat bantu dan perhiasan terdiri dari :

- Tubuh bagian atas.
- Tubuh bagian bawah.
- Membuka kancing/kait/tali.
- Membuka dan meletakkan alat bantu.
- Membuka perhiasan.

◆ Aktivitas sekitar BAB/BAK

Segala kegiatan yang dihubungkan dengan BAB/BAK terdiri dari

- Dapat menahan sampai kamar mandi/WC.
- Melepas/memasang celana.
- Transfer.

- Membersihkan diri pasca BAB/BAK.
- Menyiram kotoran/kencing termasuk membuka kateter atau *stoma bag*.

### 8.3.2. Perawatan diri (*Adapted RAP*)

#### ◆ Tidur

- Mulai tidur : mudah, sulit atau dengan obat
- Proses tidur : lamanya tidur, sering terbangun, frekwensi tidur perhari.

#### ◆ Makan dan minum

- Mengambil nasi dan lauk : dengan sendok dan melakukan sendiri
- Memotong lauk, jika perlu dan harus melakukan sendiri
- Memasukan makanan/minuman ke mulut dengan sendok/tanpa sendok.
- Mengunyah makanan
- Menelan makanan/minuman

#### ◆ Kebersihan diri : dimulai dengan persiapan untuk

- Mencuci tangan dan muka.
- Memutar kran.
- Mandi dengan gayung.
- Menyabuni badan.
- Mencuci rambut.
- Menggosok gigi.
- Memakai handuk.
- Menyisir rambut.
- Berhias dengan mencukur janggut.

- ◆ Aktivitas sekitar b.a.k./b.a.b.:  
Dapat menahan sampai ke kamar mandi/WC untuk: BAK/BAB dengan cara jongkok/duduk dan dapat cebok sendiri, termasuk memakai pembalut pada waktu menstruasi.
- ◆ Berpakaian  
Mulai dari kegiatan persiapan dalam mengambil pakaian sampai dengan memakai dan melepas kembali.
  - Memakai/melepas celana dalam.
  - Memasang/melepas kancing.
  - Memasang/melepas zipper.
  - Memakai/melepas celana panjang/kemeja/gaun/kain panjang.
  - Memakai/melepas sepatu.
  - Memakai/melepas perhiasan seperti: cincin, kalung/rantai, jam tangan.

#### 8.4. Okupasi/kesibukan (*RAP* dan *Adapted RAP*)

- ◆ Menyiapkan makanan melakukan sendiri kegiatan sebagai berikut
  - Mulai dari berbelanja sampai dengan membawa barang ke rumah.  
Berbelanja mulai dari membuat daftar barang yang akan dibeli, membawa dengan tas jinjing atau kereta dorong untuk belanja sampai dengan membayar.
  - Mempersiapkan makanan/minuman terdiri dari membuka bungkus dan mempersiapkan alat dapur juga menimbang, meracik, mencampur, mengupas dan lain-lain termasuk membuat kopi atau teh.
  - Memasak makanan terdiri dari memasak, membuat kue, menggoreng, memanggang merawat alat-alat dapur misalnya: penggorengan, piring tahan panas atau oven, kompor.

- Menyajikan makanan terdiri dari mengatur meja, membawa piring sampai dengan menuangkan makanan dan lain lain, termasuk membersihkan meja
- Membersihkan alat alat setelah makan minum terdiri dari : membersihkan kembali alat alat dapur, misalnya, mencuci, mengeringkan dan merapikan kembali alat alat dapur.

◆ **Aktivitas rumah tangga**

1. Membersihkan/merapikan tempat tidur.
2. Menyapu dan mengepel lantai.
3. Mencuci dan menyetrika pakaian.

◆ **Aktivitas profesional**

terdiri dari : pendidikan, kegiatan rutin sehari hari, pekerjaan dan hubungan dengan teman selama melakukan praktek.

Partisipasi dalam aktivitas rumah juga dinilai di sini.

1. **Belajar**

Penilaian dibuat dalam berbagai bentuk pendidikan termasuk pendidikan yang memungkinkan seseorang mempraktekkan profesinya, misalnya : pelatihan (praktek kerja).

2. **Rutinitas di tempat kerja**

Adaptasi seseorang pada tugas dan peraturan yang ada, misalnya datang tepat waktu, mentaati peraturan dan lain lain.

3. **Penampilan kerja**

Penampilan yang dinilai meliputi kualitatif (memadai, efisien, efektif) dan kuantitatif (kualitas dan frekwensi kerja)

4. **Hubungan dengan teman teman kerja.**

Dinilai hubungan seseorang dengan orang lain di lingkungan kerja.

## 5. Aktivitas waktu luang

Terdiri dari : kegemaran dan olah raga

- Kegemaran, misalnya melukis, hobi komputer, menonton TV, menjahit, merajut, bermain musik, mengisi teka teki, memelihara binatang, berkebun dan sebagainya yang menyebabkan terhibur.

- Olah raga

Dinilai keikutsertaan dalam olah raga, tidak tergantung pada olah raga yang berupa hiburan, profesional, perseorangan atau dalam suatu tim.

### 8.5. Hubungan Sosial (*RAP* dan *Adapted RAP*)

#### 1. Dengan pasangan (suami/istri)

Kesiapan hubungan dengan pasangan yang terjadi sejak sebelum sakit terdiri dari:

- Peran

Kelangsungan peran seseorang dan pasangannya

Pada *sub item* dinilai peran sebagai pengurus, ayah, ibu.

- Hubungan emosi

Kelangsungan hubungan yang tampak dengan pasangan seperti sejak sebelum sakit.

Komunikasi antara satu sama lain (bicara tentang penyakit atau kelainan, anak, berita dan kejadian sehari hari) dan adanya rasa hormat, percaya, rasa kasih sayang.

- Mengerjakan aktivitas bersama

Kelangsungan bermasyarakat, aktivitas budaya bersama (misalnya makan malam bersama, mengunjungi kenalan, nonton bioskop, dan lain lain) bersama pasangannya seperti pada saat belum sakit.

- Hubungan seksual

Kelangsungan hubungan seksual dengan pasangan seperti pada saat sebelum sakit. Aktivitas seksual yang wajar tidak mempengaruhi penilaian.



2. Dengan anak

Kelangsungan hubungan dengan anak kandung seperti waktu sebelum sakit terdiri dari : peran, hubungan emosi dan aktivitas yang meliputi : mengasuh, merawat dan mengerjakan aktivitas bersama.

– Peran

Kelangsungan pembagian tugas seperti saat sebelum sakit antara seseorang dengan anaknya, peran meliputi : sebagai pengurus, ayah, ibu, atau sejenisnya.

– Hubungan emosi

Kelangsungan hubungan yang tampak dengan anak yang ditunjukkan dengan perasaan, kepercayaan dan perhatian.

3. Aktivitas bersama

Dalam hal mendidik, merawat (misalnya memberi makan, menidurkan, mengantar ke sekolah) pada anak dan atau melakukan aktivitas bersama (misalnya, membaca cerita, menonton TV, tamasya)

4. Dengan teman/kenalan/tetangga/ke keluarga

Terdiri dari : kelangsungan hubungan dengan teman dan kenalan seperti saat sebelum sakit yang meliputi :

– Hubungan emosi

Kelangsungan hubungan yang tampak dengan teman/kenalan yang ditunjukkan dengan saling percaya.

*Sub item* ini terdiri dari : hubungan seseorang melalui partisipasi dalam grup masyarakat, organisasi dan persatuan.

– Aktivitas bersama

Kelangsungan aktivitas dengan teman/kenalan seperti saat sebelum sakit.

### III.6. CARA PENGUMPULAN DATA

- Pada semua penderita pasca stroke yang telah ditentukan dan memenuhi syarat untuk kriteria penelitian akan di anamnesis berupa :
  - a) Data dasar antara lain : nama, jenis kelamin, usia, alamat, agama, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, kinan/kidal, kapan menderita stroke, sisi yang lumpuh, diagnosis, lamanya perawatan, adanya spastisitas.
  - b) Penyakit resiko dan penyakit penyerta antara lain : hipertensi, jantung, diabetes mellitus dan lain lain.
  - c) Adanya gangguan berbahasa antara lain : afasia motorik, afasia sensorik, afasia senso motorik.
  - d) Adanya gangguan fungsi luhur lainnya, gangguan sensorik, gangguan propioseptif, gangguan nervus kranialis.
  - e) Setelah itu dilakukan pemeriksaan dengan menggunakan *RAP*.
  - f) Lalu diperiksa dengan menggunakan *RAP* yang diadaptasi.
  - g) Hasil dari kedua pemeriksaan *RAP* dibuat skor .

#### **Petunjuk penilaian *RAP* dan *Adapted RAP***

1. *Disability* dinilai untuk bidang komunikasi, mobilitas, perawatan diri dan okupasi.
2. *Handicap* dinilai untuk bidang hubungan sosial.
3. Dampak masalah akan dinilai untuk setiap *disability* dan *handicap*.
4. Dalam keadaan tertentu mungkin saja *item* atau *sub item* tidak bisa diaplikasikan (TA) atau tidak bisa dinilai (TD).

#### ***Disability***

Hal yang harus ditanyakan adalah :

- Apakah penderita dapat melakukan aktivitas ?
- Dengan seberapa kesulitan aktivitas masih dapat dilakukan ?
- Apakah penderita menerima bantuan waktu melakukan aktivitas ?

Derajat beratnya *disability* terdiri dari : aspek kesulitan dan bantuan.

Setiap *sub item* akan diberi nilai sebagai berikut :

- 0 = Tanpa kesulitan
- 1 = Dengan sedikit kesulitan
- 2 = Sangat sulit atau perlu bantuan
- 3 = Tidak dapat melakukan aktivitas

Setelah dinilai setiap *sub item* maka untuk setiap bidang didapat jumlah nilai yang merupakan gambaran derajat beratnya *disability* dari bidang tersebut.

1. Untuk Komunikasi

- \* Derajat 0 adalah untuk jumlah nilai 0
- \* Derajat 1 adalah untuk jumlah nilai antara 1 s/d 8
- \* Derajat 2 adalah untuk jumlah nilai antara 9 s/d 16
- \* Derajat 3 adalah untuk jumlah nilai antara 17 s/d 23

2. Untuk Mobilitas

- \* Derajat 0 adalah untuk jumlah nilai 0
- \* Derajat 1 adalah untuk jumlah nilai antara 1 s/d 17
- \* Derajat 2 adalah untuk jumlah nilai antara 18 s/d 34
- \* Derajat 3 adalah untuk jumlah nilai antara 35 s/d 51

3. Untuk Perawatan Diri

- \* Derajat 0 adalah untuk jumlah nilai 0
- \* Derajat 1 adalah untuk jumlah nilai antara 1 s/d 23
- \* Derajat 2 adalah untuk jumlah nilai antara 24 s/d 45
- \* Derajat 3 adalah untuk jumlah nilai antara 46 s/d 69

4. Untuk Okupasi

- \* derajat 0 adalah untuk jumlah nilai 0
- \* derajat 1 adalah untuk jumlah nilai antara 1 s/d 14
- \* derajat 2 adalah untuk jumlah nilai antara 15 s/d 28
- \* derajat 3 adalah untuk jumlah nilai antara 29 s/d 42

### **Handicap**

- Berbeda dengan bidang lain, disini lebih ditekankan pada bidang sosial.
- Tingkat beratnya bidang ini adalah berbeda.
- Yang dinilai adalah derajat perubahan yang disebabkan oleh karena mempertahankan hubungan sosial dengan pasangan, anak, teman/kenalan.
- Perubahan dalam hubungan sosial yang disebabkan oleh komplikasi juga dinilai.

Derajat beratnya *handicap* ditunjukkan dengan tingkat perubahan antara lain:

- \* Derajat 0 = tidak berubah
- \* Derajat 1 = perubahan kecil
- \* Derajat 2 = perubahan besar
- \* Derajat 3 = perubahan sangat besar

Setelah dinilai setiap *sub item* maka untuk bidang ini juga didapat sejumlah nilai yang menggambarkan derajat *handicap*

#### 5. Untuk Hubungan Sosial

- \* Derajat 0 adalah untuk jumlah nilai 0
- \* Derajat 1 adalah untuk jumlah nilai antara 1 s/d 9
- \* Derajat 2 adalah untuk jumlah nilai antara 10 s/d 18
- \* Derajat 3 adalah untuk jumlah nilai antara 19 s/d 27

### **Dampak masalah bagi penderita (DM)**

- Istilah Dampak masalah (DM) didefinisikan sebagai pengalaman seseorang dihubungkan dengan *disability/handicap* dalam kehidupan sehari hari.
- Dengan perkataan lain, adalah jumlah gangguan atau kesulitan dan pengalaman seseorang yang menghasilkan *disability/handicap*.
- Erat hubungannya dengan aktivitas seseorang.
- Derajat beratnya dampak masalah untuk semua bidang (komunikasi, mobilitas, perawatan diri, okupasi dan hubungan sosial) adalah sama.

- \* Derajat 0 = tidak ada masalah (tidak mengganggu)
  - \* Derajat 1 = masalah ringan, *disability* atau *handicap* menyebabkan masalah ringan dalam kehidupan sehari-hari tetapi masalah dapat di atasi dan tidak membahayakan *goal* kehidupan penderita = (sedikit mengganggu)
  - \* Derajat 2 = masalah sedang, *disability* atau *handicap* menyebabkan masalah yang serius dalam kehidupan sehari-hari.  
Masalah yang sulit untuk di atasi dan pencapaian *goal* kehidupan cukup terganggu).
  - \* Derajat 3 = masalah berat, *disability* atau *handicap* menyebabkan masalah yang sangat berat dalam aktivitas kehidupan sehari hari.  
Masalah ini tidak dapat di atasi dan untuk mencapai *goal* kehidupan penderita hampir tidak mungkin.
- Beratnya derajat penilaian ditentukan oleh penderita.  
Nilai dari pewawancara didasarkan pada uraian masalah untuk penderita kemudian dibandingkan dengan kebiasaan yang normal dari penderita.
  - Untuk jumlah nilai dilakukan pengelompokan sama dengan cara penjumlahan semua nilai dan pengelompokan seperti pada *disability* dan *handicap*.

**Tidak dapat diterapkan (TA) dan tidak dapat dinilai (TD) :**

- Pada keadaan tertentu tidak memungkinkan untuk menilai *disability* dan *handicap*.  
Aktivitas tidak dapat diaplikasikan pada penderita maka dipakai istilah TA (tidak dapat diaplikasikan) atau oleh karena sedikitnya informasi yang dapat dipakai untuk membuat penilaian dipakai istilah TD (tidak dapat dinilai).  
TA dan TD dihubungkan dengan *disability/handicap* juga pada dampak masalah. Pada kasus di mana *disability* dan *handicap* tidak dapat diaplikasikan (TA) dan tidak dapat dinilai (TD) maka dampak masalah juga tidak dapat dinilai.

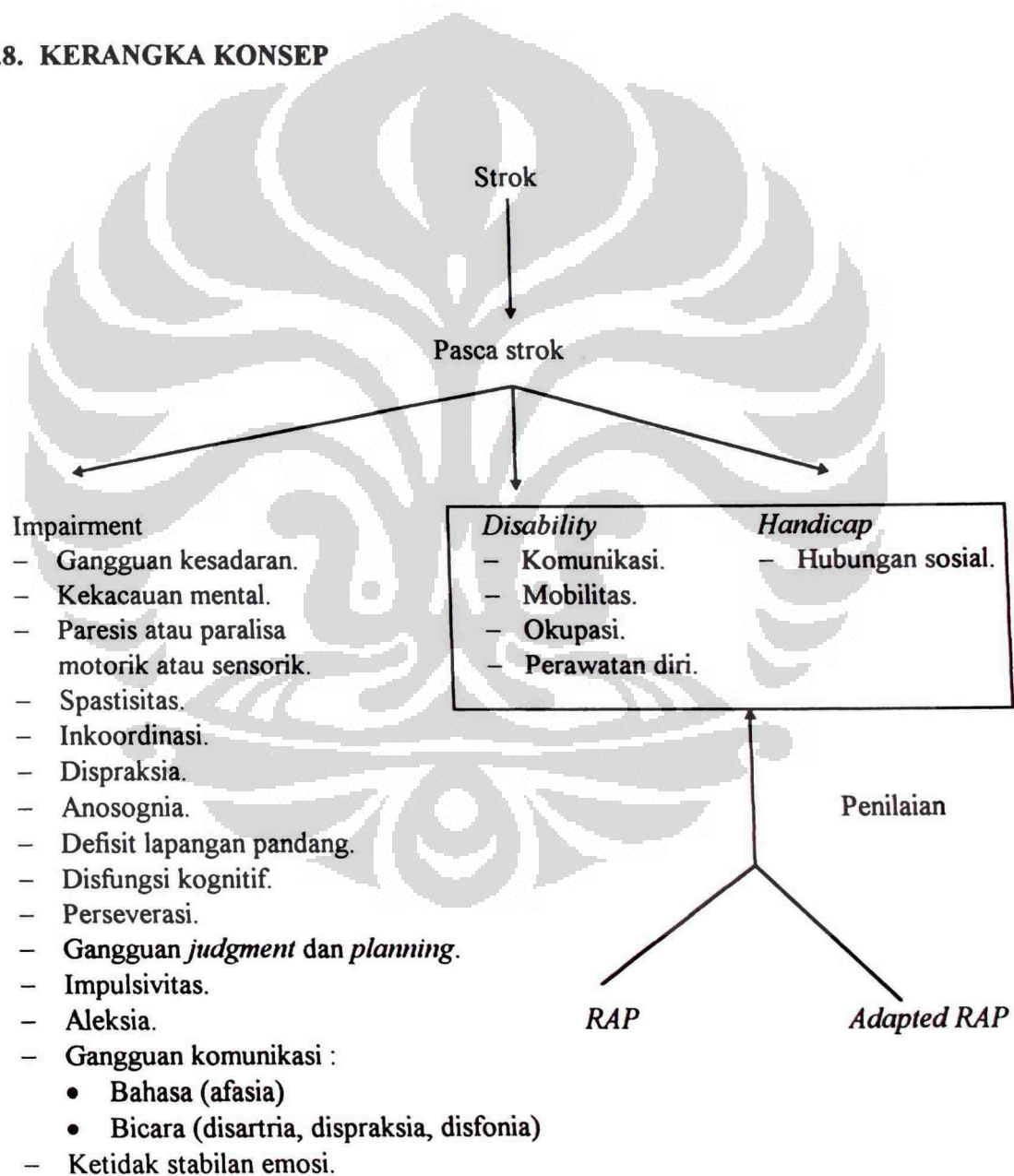
### III. 7. PENGOLAHAN DAN ANALISIS DATA

Data diolah dengan menggunakan program SPSS/PC.

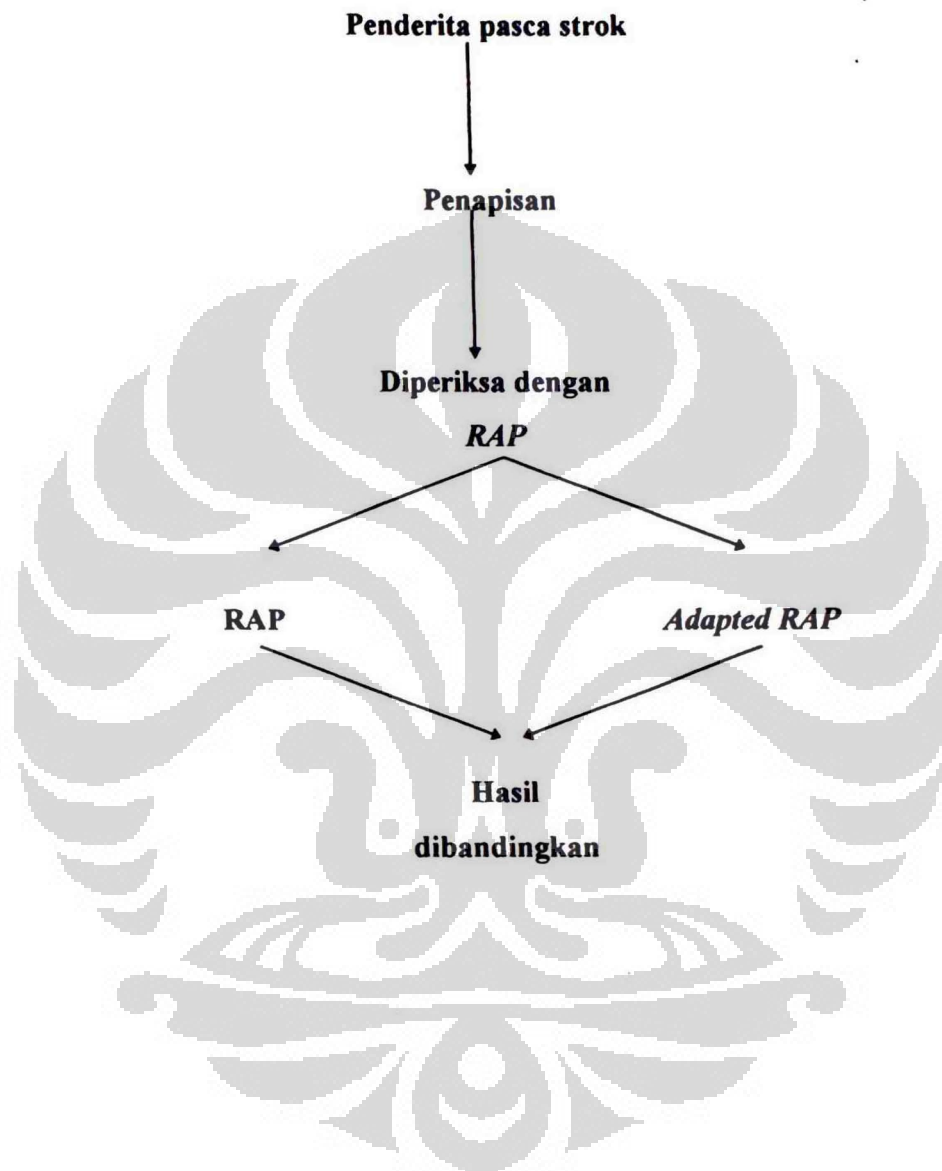
Analisis statistik yang digunakan adalah

1. Statistik deskriptif.
2. Dilakukan uji kemaknaan dari pemeriksaan *RAP* dan *Adapted RAP* dengan menggunakan uji *Wilcoxon Matched - Pairs Signed - Ranks Test*.

### III.8. KERANGKA KONSEP



### III.9. ALUR PENELITIAN



**BAB IV**  
**HASIL PENELITIAN**

**IV.1. Karakteristik Peserta Penelitian**

Pada penelitian yang dilakukan sejak awal Januari sampai dengan akhir Februari 1997 terhadap penderita pasca stroke yang datang ke poliklinik rawat jalan Instalasi Rehabilitasi Medik RSUPNCM Jakarta, yang tergabung dalam klub stroke RSUPN-CM Jakarta didapatkan 31 orang penderita yang memenuhi kriteria penelitian.

**Tabel 4. Karakteristik peserta penelitian (n = 31).**

Variabel	Nilai deskriptif
Usia (tahun)	
Kelompok 47 - 54 tahun	9 (29,03%)
Kelompok 55 - 64 tahun	12 (38,71%)
Kelompok 65 - 74 tahun	9 (29,03%)
Kelompok 75 - 79 tahun	1 (3,23%)
Pendidikan	
Rendah	1 (3,23%)
Sedang	17 (54,84%)
Tinggi	13 (41,93%)
Status perkawinan	
Kawin	28 (90,31%)
Janda	1 (3,23%)
Duda	2 (6,46%)
Dominasi anggota gerak	
Kinan	29 (93,54%)
Kidal	2 (6,46%)
Lama masa pasca stroke (bulan)	
6 - 23	12 (38,71%)
24 - 47	7 (22,58%)
≥ 48	12 (38,71%)



<b>Penyakit penyerta/faktor resiko</b>		
	Tidak ada	2 (6,46%)
	Hipertensi (HT)	17 (54,84%)
	DM	1 (3,22%)
	HT + DM	2 (6,46%)
	HT + Jantung	1 (3,22%)
	Hiperkolesterolemia	2 (6,46%)
	HT + Jantung + DM	2 (6,46%)
	Polisitemia	1 (3,22%)
	Jantung	1 (3,22%)
	HT + Hiperkolesterolemia	1 (3,22%)
	Hipotensi	1 (3,22%)
<hr/>		
<b>Ekstremitas yang mengalami parese</b>		
	Hemiparese sinistra	16 (51,61%)
	Hemiparese dekstra	13 (41,94%)
	Tidak ada	2 (6,45%)
<hr/>		
<b>Spastisitas</b>		
	Derajat 0	9 (29,03%)
	Derajat 1	20 (64,52%)
	Derajat 2	2 (6,45%)
<hr/>		
<b>Gangguan berbahasa (afasia)</b>		
	Tidak ada	28 (90,34%)
	Ada : – afasia motorik/Broca	1 (3,22%)
	– afasia sensorik/Wernicke	1 (3,22%)
	– afasia global	1(3,22%)
<hr/>		
<b>Gangguan berbicara (disartria)</b>		
	Tidak ada	16 (51,60%)
	Ada	15 (48,40%)
<hr/>		
<b>Gangguan nervi craniales</b>		
	Tidak ada	8 (25,80%)
	Ada : Parese N VII, XII sin sentral	13 (41,90%)
	Parese N VII, XII dextra sentral	10 (32,30%)

Dari tabel di atas didapat usia terbanyak adalah kelompok usia 55 - 64 tahun berjumlah 12 orang (38,71%). Pendidikan peserta penelitian bervariasi dari tingkat SD sampai dengan Perguruan Tinggi, yang dibagi menjadi kelompok pendidikan rendah, sedang dan tinggi. Yang tertinggi adalah kelompok pendidikan sedang (tamam SMP & SMA) berjumlah 17 orang (54,84%), diikuti oleh kelompok pendidikan tinggi (tamam akademis/sarjana muda dan sarjana) berjumlah 13 orang (41,93%), sedangkan yang berpendidikan rendah (tamam SD) hanya 1 orang (3,23%).

Ekstremitas yang mengalami paresis pada peserta penelitian terdiri dari hemiparesis sinistra 16 orang (51,61%) dan hemiparesis dextra 13 orang (41,94%) sedangkan pada 2 orang (6,45%) tidak didapatkan paresis. Untuk dominasi anggota gerak terdapat 29 orang (93,54%) kanan dan hanya 2 orang (6,46%) yang kidal.

Lama pasca stroke pada peserta penelitian sampai dengan dilakukan penelitian rata-rata 22,94 bulan, sama jumlahnya antara 6 - 23 bulan yaitu 12 orang (38,71%) dan yang kedua adalah di atas 48 bulan yaitu 12 orang (38,71%). Pada sebagian besar dari peserta penelitian terdapat spastisitas derajat 1 berjumlah 20 orang (64,52%), spastisitas derajat 2 ada 2 orang (6,45%) dan sisanya 9 orang (29,03%) tidak ada spastisitas (derajat spastisitas berdasarkan, *Modified Ashworth Scale*).

Faktor resiko atau penyakit penyerta yang terbanyak adalah hipertensi, baik yang hipertensi saja ataupun yang hipertensi disertai penyakit yang lain seperti jantung, DM, hiperkolesterolemia.

Dalam gangguan berbahasa ada 28 orang (90,34%) yang tidak mengalami gangguan dan 3 orang yang mengalami gangguan dengan rincian afasia motorik, afasia sensorik dan afasia global masing masing 1 orang. Untuk gangguan berbicara 15 orang (48,40%) mengalami disartri dan 16 orang (51,60%) tidak mengalami gangguan.

VI.2. Perbandingan hasil penilaian tingkat kemampuan fungsional antara *RAP* dan *Adapted RAP*

**Tabel 5. Perbandingan hasil penilaian tingkat kemampuan fungsional dengan *RAP* dan *Adapted RAP* pada penderita pasca stroke**

Bidang <i>RAP</i>	<i>Disability</i>					<i>Handicap</i>					<i>Dampak masalah</i>				
	<i>RAP</i>		<i>Adapted RAP</i>		p	<i>RAP</i>		<i>Adapted RAP</i>		p	<i>RAP</i>		<i>Adapted RAP</i>		p
$\bar{X}$	s	$\bar{X}$	s	$\bar{X}$		s	$\bar{X}$	s	$\bar{X}$		s	$\bar{X}$	s	$\bar{X}$	
Komunikasi	1,290	2,254	1,484	2,365	0,6356						1,129	2,579	1,387	2,552	0,6248
Mobilitas	5,839	5,786	4,806	4,969	0,0499 *						3,258	4,242	2,806	3,754	0,5883
Perawatan diri	5,581	5,852	3,968	4,408	0,0363 *						3,581	4,978	3,290	4,307	0,5016
Okupasi	4,516	6,361	3,806	4,922	0,3203						2,161	4,132	2,839	4,648	0,1916
Hubungan sosial						1,419	1,544	1,452	1,362	0,7120	1,419	1,544	0,581	1,057	0,8589

Keterangan \* : Berbeda bermakna dengan  $p < 0,05$ .

$\bar{X}$  : Rata rata (mean).

s : Simpang baku.

Dalam hasil perbandingan penilaian kemampuan fungsional dengan *RAP* dan *Adapted RAP*, didapat hasil rata rata tidak berbeda bermakna untuk bidang komunikasi, okupasi, hubungan sosial baik untuk disabilitas maupun dampak masalahnya. Hal ini berarti bahwa semua bidang tersebut baik pada *RAP* maupun *Adapted RAP* dapat dipakai.

Untuk bidang mobilitas dan perawatan diri jika dibandingkan antara *RAP* dan *Adapted RAP* maka didapat hasil berbeda secara bermakna untuk disabilitas dengan  $p < 0,05$ . Sesuai petunjuk penilaian pada *RAP* dan *Adapted RAP* maka jumlah skor yang lebih kecil berarti lebih baik dibandingkan dengan jumlah skor yang lebih besar, sehingga dapat disimpulkan bahwa *Adapted RAP* lebih baik dari pada *RAP* karena skor rata rata ( $\bar{X}$ ) lebih kecil dan tidak berbeda bermakna untuk dampak masalahnya.

IV.3. Untuk *sub item* yang tidak dapat dinilai sehingga tidak dapat diaplikasi (TA) jika dibandingkan antara *RAP* dan *Adapted RAP* maka :

**Tabel.6. Perbandingan *sub item* yang tidak dapat diaplikasi antara *RAP* dan *Adapted RAP***

	<i>RAP</i>		<i>Adapted RAP</i>		p
	$\bar{X}$	s	$\bar{X}$	s	
TA	13,613	4,566	11,710	4,481	0,0002 *

Keterangan \* : Berbeda bermakna dengan  $p < 0,05$ . TA : Tidak dapat diaplikasi.

$\bar{X}$  : Skor rata rata (mean) s : Simpang baku.

*Sub item* yang tidak dapat dinilai sehingga tidak dapat diaplikasi (TA) untuk semua peserta penelitian apabila dibandingkan antara *RAP* dan *Adapted RAP* maka didapatkan hasil yang berbeda bermakna dengan  $p < 0,05$ . Jika dilihat skor rata rata ( $\bar{X}$ ) maka untuk *Adapted RAP* nilainya lebih kecil dari pada *RAP*.

## BAB V

### PEMBAHASAN

Penatalaksanaan Rehabilitasi Medis lebih ditujukan kepada akibat penyakit dari pada terhadap penyakitnya sendiri, di mana penilaian, *disability* dan *handicap* merupakan bagian yang penting<sup>(4)</sup>. Bidang rehabilitasi medik berbeda dengan bidang lain oleh karena yang diperlukan adalah penilaian tingkat kemampuan fungsional. Penilaian tingkat kemampuan fungsional itu masih problematik, diantaranya kesulitan untuk membuat standarisasi, skala, reliabilitas, validitas, serta luas dan praktisnya suatu alat ukur yang dipengaruhi oleh lingkungan <sup>(16)</sup>. Tujuan diperlukannya alat ukur adalah untuk mengumpulkan dan menyingkap informasi yang diperlukan untuk membantu perencanaan perawatan dan perkembangan suatu tingkat kemampuan fungsional tertentu.<sup>(3,5,9)</sup>

Berbagai alat ukur yang dipakai seperti PULSES, Indeks Katz, Indeks Barthel, Indeks Kenny, skala ADL dari Klein Bell serta the *Functional Independence Measure (FIM)*, semua itu cocok untuk penderita rawat inap tetapi tidak termasuk okupasi, pekerjaan dan mobilisasi diluar rumah maupun hubungan sosial. Ada alat ukur yang lebih lengkap seperti the *Patient Evaluation Conference System*, yang menginventarisir karakteristik penderita tidak hanya ditujukan pada *disability* dan *handicap* tetapi juga *impairment*, medis dan nutrisi. Hal ini terlalu luas dan ternyata tidak satupun dari alat ukur tersebut yang menyebutkan pendapat tentang masalah yang dirasakan oleh penderita. Pada tahun 1980, Borrigter et. al. di Amsterdam telah memperkenalkan suatu metoda baru yang disebut *Rehabilitation Activities Profile (RAP)* yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi tentang *disability* dan atau *handicap* dari kemampuan fungsional akibat penyakit atau kecelakaan serta dampak masalah yang dihubungkan dengan *disability* dan *handicap* dalam fungsi sehari hari. RAP terdiri dari 5 bidang, 21 *item* dan 71 *sub item* <sup>(12)</sup>. Jelles et. al. (1995), meneliti reliabilitas *RAP* dengan *inter rater* dan *intra rater agreement* dan didapatkan hasil yang sangat baik <sup>(12,17)</sup>. Bennecom et. al. (1995), meneliti validitas *RAP* pada empat bidang pertama yaitu komunikasi, mobilitas, perawatan diri dan okupasi yang dibandingkan dengan Indeks Barthel (BI) dan *Frenchay Activities Index (FAI)* kemudian penilaian dilakukan

pada 2, 3, 4, 8, 12 dan 26 minggu pasca stroke. Evaluasi dilakukan dirumah sakit, dirumah, dan dipusat rehabilitasi. Disimpulkan bahwa jumlah skor *disability RAP* dapat dipakai sebagai indeks diskriminatif, evaluatif, dan prediksi<sup>(4,12)</sup>.

Pada tahun 1995, Bennecom dan Jelles meneliti tentang *responsiveness* pada penderita pasca stroke dan didapatkan RAP lebih responsif dari pada Indeks Barthel (BI)<sup>(12)</sup>. Secara umum kelebihan dari RAP adalah : dapat digunakan untuk penderita rawat inap dan rawat jalan, serta memenuhi syarat penilaian alat ukur ; selain menilai *disability* dan *handicap* juga menilai dampak masalah yang dirasakan penderita sehubungan dengan *disability* dan *handicap*.

*RAP* yang dipergunakan di negara barat belum tentu dapat sepenuhnya diterapkan di Indonesia mengingat kebiasaan dan sosio kultural yang berbeda. Oleh karena peneliti belum mendapatkan data mengenai pemakaian *RAP* di Indonesia, maka peneliti menganggap penting untuk mencoba menerapkan *RAP* yang sudah ada dengan mengadaptasi bagian tertentu yaitu bidang *perawatan diri* dengan beberapa *item* dan *sub itemnya*.

Penelitian ini merupakan penelitian pendahuluan yang bertujuan untuk membandingkan penggunaan *RAP* dan *Adapted RAP* pada penderita pasca stroke sehingga diketahui yang mana yang lebih sesuai dipakai untuk masyarakat di Indonesia.

Dari hasil penelitian, didapatkan penderita pasca stroke terbanyak berusia antara 47 tahun sampai dengan 74 tahun dengan angka tertinggi pada kelompok usia 55 - 64 tahun ; Kelumpuhan anggota gerak sisi kiri 16 (51,61%), dan kelumpuhan anggota gerak sisi kanan 15 orang (41,94%), yang disertai dengan spastisitas derajat 1 berjumlah 20 orang (64,52%), gangguan berbicara (*disartria*) 15 orang (48,40%), kesemuanya dapat menimbulkan *disability* dan *handicap*. Hal ini sesuai dengan penelitian Matsumoto et. al. di Rochester, Minnesota bahwa prevalensi penderita stroke (diperkirakan 459 per 100.000 dari kelompok populasi dan angka ini) meningkat sesuai dengan usia. Di Indonesia belum didapatkan angka prevalensi jumlah penderita yang hidup setelah menderita stroke akibat infark serebral, di mana mereka hidup cenderung lebih baik. Hidup, tidak berarti sama dengan bebas dari *impairment* dan *disability*.

Dari sisi waktu baik untuk *RAP* dan *Adapted RAP* telah memenuhi salah satu kelengkapan yang diperlukan untuk skala penilaian, yaitu waktu yang layak adalah 30 sampai 45 menit untuk pencatatan dengan jumlah *item* harus cukup reliabel<sup>(16)</sup>.

Pada waktu membandingkan antara pemakaian *RAP* dan *Adapted RAP* pada peserta penelitian, mulanya membutuhkan waktu yang agak lama rata rata  $\pm 30$  menit untuk tiap set kuesioner, tetapi setelah mewawancara beberapa penderita baik pewawancara I maupun II dapat mempersingkat waktu wawancara menjadi rata-rata 15 menit, hal ini sangat mungkin disebabkan oleh karena pewawancara sudah terbiasa dengan pertanyaan yang akan disampaikan. Masalah tersebut juga dirasakan oleh Jelles et. al.<sup>(18)</sup> mengenai lama wawancara dalam praktek sehari hari, bahwa jika pasien sudah kenal dengan pewawancara maka waktu wawancara akan lebih singkat. Ada kelemahan dari penelitian ini yaitu peneliti tidak secara khusus mengukur waktu wawancara dengan setiap peserta penelitian, tetapi peneliti hanya menarik kesimpulan secara umum, maka disarankan untuk peneliti yang akan datang agar mengukur waktu wawancara dengan setiap penderita.

Dari hasil perbandingan penilaian kemampuan fungsional dengan *RAP* dan *Adapted RAP* didapatkan hasil yang rata rata tidak berbeda bermakna untuk bidang komunikasi, okupasi, hubungan sosial baik untuk *disability* atau *handicap* maupun dampak masalahnya. Hal ini berarti bahwa semua bidang tersebut di atas, pada keduanya sesuai untuk diterapkan di Indonesia.

Pada tabel 5, disabilitas untuk **bidang mobilitas** berbeda bermakna antara *RAP* dengan *Adapted RAP* dengan  $p < 0,05$  walaupun disini peneliti tidak melakukan adaptasi. Kemungkinan ini disebabkan oleh karena waktu pewawancara menyampaikan pertanyaan, walaupun inti pertanyaan sama tetapi faktor cara penyampaian berbeda, misalnya terjadi pengulangan untuk pertanyaan yang sama, sering terjadi perbedaan interpretasi sehingga jawaban yang diberikan oleh penderita kepada pewawancara I dan II dapat berbeda. Menurut Jelles et. al.<sup>(18)</sup> dipertimbangkan untuk memberikan pertanyaan dua kali untuk pertanyaan yang tidak jelas untuk mengukur *inter rater* dan *intra rater agreement*, oleh karena itu jawaban dapat berubah dan terjadi penurunan motivasi penderita akibat pertanyaan yang sama. Kemungkinan yang lain adalah karena pada

waktu dilakukan wawancara pada penderita yang sama tidak diselingi dengan waktu istirahat sehingga faktor kelelahan dari penderita dapat menyebabkan perbedaan interpretasi.

Pada tabel 5, tampak disabilitas untuk **bidang perawatan diri** berbeda bermakna antara *RAP* dan *Adapted RAP* dengan  $p < 0,05$  dan pada *RAP* hasil skor rata rata ( $\bar{X}$ ) lebih besar dari pada *Adapted RAP* (*AR*). Sesuai dengan petunjuk penilaian pada *RAP* dan *Adapted RAP* bahwa jumlah skor yang kecil berarti lebih baik dibandingkan dengan jumlah skor yang lebih besar, maka dapat disimpulkan bahwa *Adapted RAP* lebih baik, karena skor rata rata ( $\bar{X}$ ) lebih kecil dan tidak bermakna untuk dampak masalahnya. Ini berarti bahwa *Adapted RAP* dapat dipakai dan lebih sesuai untuk diterapkan di Indonesia. Keberhasilan program rehabilitasi dapat dinilai dengan kemampuan fungsional yang dicapai penderita, untuk ini faktor usia, jenis kelamin dan kultur lingkungan sosial dari mana penderita berasal adalah sangat mempengaruhi.<sup>(18)</sup>

Selain itu *Adapted RAP* lebih dapat diterima, oleh karena jika dilihat dari hasil penelitian pada tabel induk terlihat bahwa, *sub item* yang tidak dapat diaplikasi (TA), bila di jumlahkan untuk ke 31 *subyek* penelitian, kemudian dibandingkan antara *RAP* dan *Adapted RAP* untuk bidang perawatan diri, maka TA pada *RAP* jumlahnya lebih banyak yaitu 71 dibandingkan dengan *Adapted RAP* yang jumlahnya hanya 9. Ini berarti bahwa pertanyaan pada *sub item Adapted RAP* lebih sesuai dengan kebiasaan dan sosio kultural *subyek*, sehingga lebih mudah dimengerti dan *subyek* penelitian bisa melakukan jika dibandingkan dengan *RAP* yang sudah dipakai di negara barat. Banyaknya jumlah *sub item* yang tidak dapat diaplikasi (TA) kemungkinan oleh karena banyak hal yang kurang komunikatif, sehingga sulit dimengerti oleh penderita.

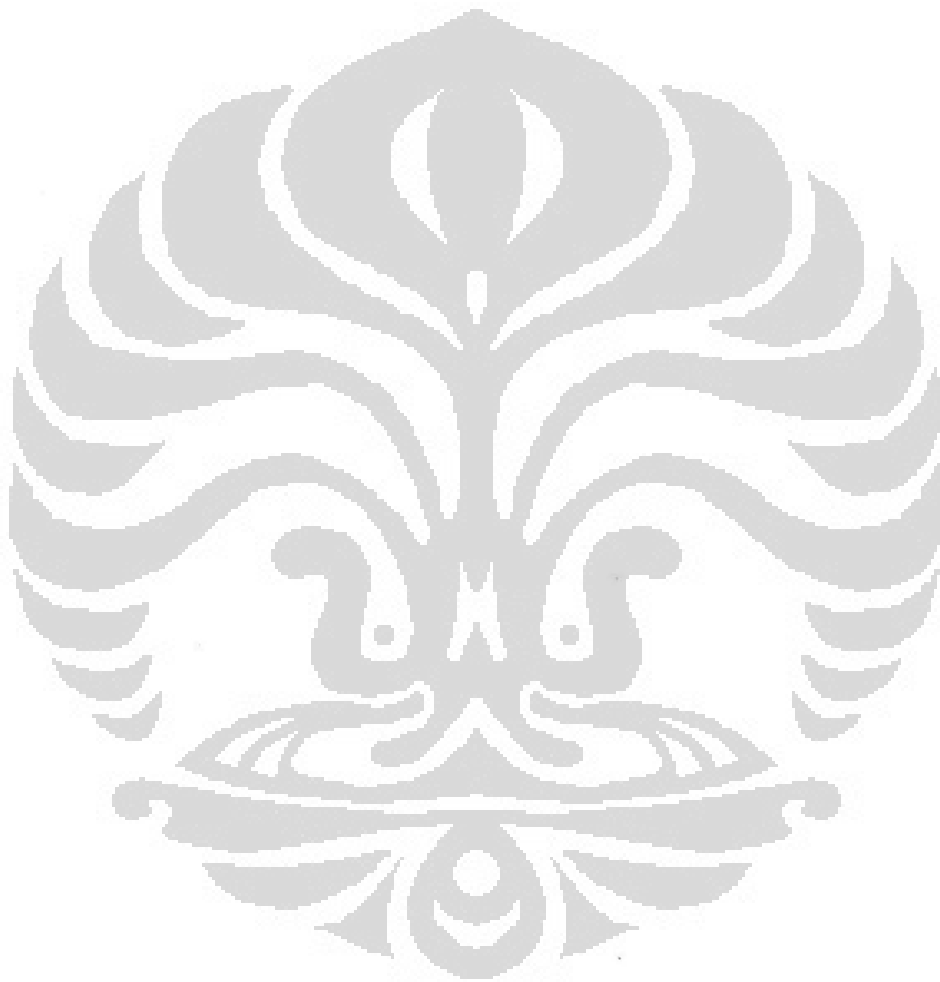
Pada tabel 6 terlihat secara keseluruhan TA pada *RAP* dibandingkan dengan TA pada *Adapted RAP* berbeda secara bermakna dengan  $p < 0,05$ , jika dilihat skor rata rata ( $\bar{X}$ ) maka *Adapted RAP*, nilainya lebih kecil dari pada *RAP*. Hal ini memperkuat hasil penelitian bahwa *Adapted RAP* bisa diterapkan.

Dari pengalaman peneliti dan PPDS Rehabilitasi Medik yang mencoba menggunakan *RAP* untuk menilai kemampuan fungsional penderita baik, pada penderita pasca stroke maupun penyakit lainnya yang dapat menyebabkan *disability* dan *handicap*, didapatkan rata rata kesulitan dalam persepsi mengenai *sub item* dan interpretasi dalam membuat skor, maka disarankan untuk



memahami terlebih dahulu *sub item* dan cara penilaian *RAP* dan *Adapted RAP* sebelum mulai menggunakannya.

Atas dasar hasil tersebut di atas peneliti berpendapat bahwa dengan mengadaptasi bidang perawatan diri, maka *RAP* yang diadaptasi (*Adapted RAP*) dapat diterapkan untuk menilai kemampuan fungsional penderita pasca stroke dan layak dipakai di IRM RSUPN CM seperti halnya pemakaian *RAP* negara barat (Amsterdam).



## BAB VI. KESIMPULAN DAN SARAN

### VI.1. Kesimpulan

- VI.1.1. Pada *disability* dalam bidang perawatan diri didapat perbedaan secara bermakna antar *RAP* dan *Adapted RAP* dengan skor rata rata ( $\bar{X}$ ) *Adapted RAP* lebih kecil, yang berarti lebih baik.
- VI.1.2. • Pada *disability* dalam bidang komunikasi, okupasi didapatkan tidak berbeda bermakna antara *RAP* dan *Adapted RAP*.
- Pada *disability* dalam bidang mobilitas didapat perbedaan secara bermakna antara *RAP* dan *Adapted RAP*.
  - Pada *handicap* dalam hubungan sosial didapat tidak berbeda bermakna antara *RAP* dan *Adapted RAP*.
- VI.1.3. Untuk dampak masalah semua bidang baik *RAP* maupun *Adapted RAP* tidak berbeda bermakna.
- VI.1.4. Secara keseluruhan *sub item* pada *item* semua bidang *RAP* maupun *Adapted RAP* yang tidak dapat diaplikasi (TA) menunjukkan perbedaan yang bermakna dengan skor rata rata ( $\bar{X}$ ) pada *Adapted RAP* lebih kecil, yang berarti lebih baik.
- VI.1.5. Pemeriksaan dengan *Adapted RAP* lebih aplikatif dibandingkan dengan pemeriksaan menggunakan *RAP* dalam **bidang perawatan diri**.

### VI.2. SARAN

- VI.2.1. Dalam menilai kemampuan fungsional penderita khususnya penderita pasca stroke sangat diperlukan alat ukur yang sesuai dengan kebiasaan dan sosio kultural penderita. Dengan *Adapted RAP*, baik pembuat program maupun pelaksana program dapat secara langsung memantau kemajuan kemampuan fungsional penderita serta menentukan *goal*.
- VI.2.2. Perlu diadakan penelitian lanjutan untuk melihat reliabilitas dan validitas dari pada *Adapted RAP*.

## DAFTAR KEPUSTAKAAN

1. Caplan LR. Clinical symposia Stroke, Ciba-Geigy, 1988 ; 40 : 1 - 32.
2. Anderson TP. Rehabilitation potential in Branstater ME, Basmajin JV. Stroke Rehabilitation, 1<sup>st</sup> ed. Baltimore : Willian and Wilkins, 1987 : 183 - 85
3. Wade, DT. Measurement in neurological Rehabilitation, New York: Oxford University Press, 1994: 3-14
4. Bennekom CAM van, Jelles F, Lankhorst GJ, Bonter Lex M. The Rehabilitation Activities Profile : A validation study of its use as disability index with stroke patient. Arch Phys Med Rehabilitation; June 1995 : 76 : 501 - 7.
5. Bennekom CAM van, Jelles F. Rehabilitation Activities Profile the ICIDH as a framework for a problem oriented assessment in rehabilitation medicine : Introduction, Haarlem, 1995
6. Stonnington, Henry H, Browne JA. Team approach to management In: Branstater ME, Basmajian JV. Stroke Rehabilitation, 1<sup>st</sup> ed. Baltimore :Willian and Wilkins, 1987: 199
7. Kaplan, PLAL Santosh . Rehabilitation of patient with stroke and traumatic brain damage In: Goodgold. J. Rehabilitation Medicine, Toronto: The CV Mosby Company, 1988: 119 - 24
8. Granger CV. Healths accounting functional assessment of the long term patient In : Kottke FJ, Lehman JF, Krusens's handbook of physical medicine and rehabilitation, 4<sup>th</sup> edition, Philadelphia : W.B.Saunders company, 1990: 270 - 82.
9. Gresham GE, Labi MLC. Functional assessment instrument currently available for documenting outcomes in rehabilitation medicine In : Granger CV Gresham GE (eds): Functional assessment in rehabilitation ,Baltimore: Williams and Wilkins, 1984: 65-98
10. Christiansen CH, Schwartz R, Barner KJ. Self care evaluation and management In: Delisa JA. Rehabilitation medicine principles and practice, Philadelphia : JB Lippincott, 1988: 95-115
11. Kisworowati. Beberapa pengukuran aktivitas kehidupan sehari-hari pada penderita Strok di Instalasi Rehabilitasi Medik Rumah Sakit Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, Laporan penelitian, 1993.

12. Lankhorst, GJ, Jelles F, Bennekom CAM van. Rehabilitation Activities Profile manual and description, Amsterdam : VU University Press, 1995.
13. Garrison, SJ, Rolak, Loren A, Dodaro, Robert R O' Callaghan, Anthony J. Rehabilitation of the stroke patient. In : Delisa JA. Rehabilitation medicine principles, Philadelphia : JB Lippincott, 1988 : 565 - 84.
14. Brandstater ME. Important practical issues in rehabilitation of the stroke patient. In: Brandstater ME ,Basmajian JV. Stroke Rehabilitation. 1<sup>st</sup> ed ,Baltimore: Williams and Wilkins, 1987: 330-68
15. Keith, RA. Functional assessment in program evaluation for rehabilitation medicine In: Granger CV, Gresham, GE (eds) Functional assessment in rehabilitation medicine, Baltimore: Williams and Wilkins, 1984: 122 - 38.
16. Christiansen CH, Schwartz RK, Barnes KJ . Self care evaluation and management In: Delisa JA. Rehabilitation medicine principles and practice, second edition, Philadelphia : JB Lippincot Company, 1993 : 178 - 200.
17. Bennecom CAM van, Jelles. F, Lankhorst GJ. Rehabilitation Activities Profile: The ICIDH as a framework for a problem oriented assessment method in rehabilitation medicine, disability rehabilitation, 1995; 17:169 - 75
18. Jelles F, Bennecom CAM, Lankhorst. GJ Sibbel, Catharina J.P, Bouter Lex M. Inter and intra rater agreement of the Rehabilitation Activities Profile, J Clin Epidemiol 1995; 48: 407-16.
19. Glenn Mel B, Whyte. J. The practical management of spasticity in children and adult, Philadelphia : Lea & Febriger, 1990 : 81.
20. Kusumoputro S : Afasia gangguan berbahasa, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, 1992, hal 26.
21. Standardized assesment scale for elderly people, A report of joint workshp of the research Unit of Royal College of Physician and British Geriatric Society. Published by the Royal Collage of Physician of London and the British Geriatric Society, 1992.

## Lampiran 1

### FORMULIR DATA DASAR PENDERITA

Tanggal :

No status IRM - RSCM :

Nama :

Jenis kelamin :

Umur :

Alamat :

Agama :

Pendidikan :

Pekerjaan :

Status perkawinan :

Dominasi anggota gerak :

Kapan menderita stroke :

Sisi yang lumpuh :

Diagnosis :

Lamanya perawatan :

Penyakit Penyerta

- Hipertensi
- Jantung
- Diabetes Melitus
- Lain-lainnya

**Gangguan Bahasa**

**Ada/Tidak**

- Afasia motorik
- Afasia sensorik
- Afasia global

.....  
.....  
.....

**Gangguan berbicara**

.....

**Gangguan sensorik**

.....

**Gangguan proprioseptif**

.....

**Gangguan nervus carnialis**

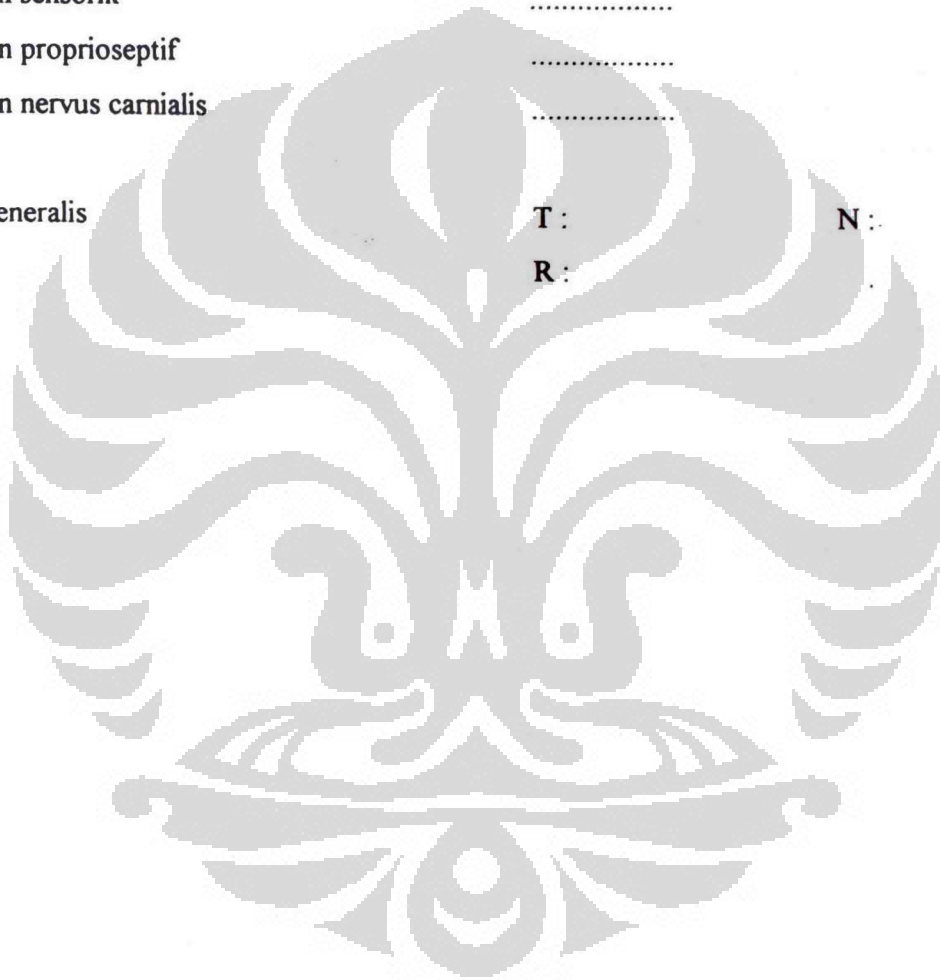
.....

**Status Generalis**

**T :**

**N :**

**R :**



Lampiran 2

**REHABILITATION ACTIVITIES PROFILE (RAP)**

Nama o.s :  
 Alamat :  
 Diagnosa :

Umur : thn. L / P  
 Tgl. Periksa :

**\* KOMUNIKASI \***

**1. Kemampuan Ekspresi**

- Non verbal
- Berbicara
- Menulis

	D	DM	
			_____
			_____
			_____

**2. Pemahaman**

- Bentuk (obyek, wajah, tempat)
- Suara
- Non verbal
- Bahasa
- Tulisan

	D	DM	
			_____
			_____
			_____
			_____

**\* MOBILITAS \***

**3. Mempertahankan Posisi**

- Berbaring
- Duduk
- Berdiri

	D	DM	
			_____
			_____
			_____

**4. Merubah Posisi**

- Miring / membalik tubuh
- Baring / duduk
- Duduk berdiri
- Pindah duduk

	D	DM	
			_____
			_____
			_____
			_____

**5. Berjalan**

- Di dalam rumah
- Di luar rumah

	D	DM	
			_____
			_____

**6. Menggunakan kursi roda**

- Di dalam rumah
- Di luar rumah

	D	DM	
			_____
			_____

7. Naik Turun Tangga

- Dalam rumah
- Luar rumah

D	DM	
		_____
		_____

8. Menggunakan Alat Transport

- Sepeda
- Mobil
- Kendaraan umum
- Kendaraan lain

D	DM	
		_____
		_____
		_____
		_____

\* PERAWATAN DIRI \*

9. Tidur

- Mulai tidur
- Proses tidur

D	DM	
		_____
		_____

10. Makan dan Minuman

- Persiapan makan/minum
- Memasukkan mkn/mnm ke mulut
- Mengunyah/menelan

D	DM	
		_____
		_____
		_____

11. Mencuci Diri dan Berhias

- Muka dan rambut
- Tubuh bagian atas
- Tubuh bagian bawah

D	DM	
		_____
		_____
		_____

12. Berpakaian

- Bagian atas tubuh
- Bagian bawah tubuh
- Mengkancing/m'kait/ikat
- Pemak. alat bantu
- Pemak. perhiasan

D	DM	
		_____
		_____
		_____
		_____
		_____

13. Melepas Pakaian

- Tubuh bagian atas
- Tubuh bagian bawah
- Buka kancing/kait/tali
- Alat bantu
- Perhiasan

D	DM	
		_____
		_____
		_____
		_____
		_____



14. Aktivitas Sekitar Bab/Bak

- Dapat menahan sp.km./wc/pan
- Melepas/memasang celana
- Transfer
- Membersihkan diri pasca bab/bak
- Menyiram kotoran/kencing

D	DM

---

---

---

---

---

\* OKUPASI \*

15. Menyiapkan Makanan & Pekerj.Dpr

- Berbelanja
- Memotong\cuci/kupas
- Memasak makanan
- Menghidangkan makanan
- Membersihkan alat masak/dapur

D	DM

---

---

---

---

---

16. Aktivitas Rumah Tangga

- Mengatur tempat tidur
- Membersihkan rumah
- Mencuci/setrika baju

D	DM

---

---

---

17. Aktivitas Profesional

- Belajar
- Rutinitas di tempat kerja
- Penampilan kerja
- Hub. dengan teman kerja

D	DM

---

---

---

---

18. Rekreasi/Hobby

- Hobby
- Sport

D	DM

---

---

\* HUBUNGAN SOSIAL \*

19. Dengan Pasangan

- Peran
- Hubungan emosi
- Aktivitas bersama
- Hubungan seksual

H	DM

---

---

---

---

20. Dengan Anak (Anak-anak)

- Peran
- Hubungan emosi
- Aktivitas bersama

H	DM

---

---

---

21. Teman/Kerabat

- Hubungan emosi
- Aktivitas bersama

H	DM

---

---

Skor DISABILITAS (D)

- 0 = tanpa kesulitan
- 1 = dgn.sdkt. kesulitan
- 2 = sgt. sulit atau perlu bantuan
- 3 = tdk. melakukan aktivitas tda.

Skor HANDICAP (H)

- 0 = tidak berubah
- 1 = perubahan kecil
- 2 = perubahan besar
- 3 = perubahan sangat besar

Skor DAMPAK MASALAH bagi o.s. (DM)

- 0 = tdk. mengganggu
- 1 = sdkt. mengganggu
- 2 = cukup mengganggu
- = sangat mengganggu

TD = tak dapat dinilai o.k.  
kurang informasi.

TA = tak dpt. diaplikasikan 3  
ok. os tdk. termasuk  
dalam kategori tersbt.

TD/TA bisa berhubungan dengan  
disabilitas/handicap/dampak problem

Lampiran 3

**ADAPTED REHABILITATION ACTIVITIES PROFILE (RAP)**

Nama o.s : Umur : thn. L / P  
 Alamat : Tgl. Periksa :  
 Diagnosa :

**\* KOMUNIKASI \***

1. Ekspresi

- verbal (berbicara)
- non verbal (suara, mimik, gbr/symbol, menunjukkan ya/tidak)
- tulisan

D	DM

2. Pemahaman

- non verbal (mimik, gbr/symbol)
- tulisan
- bahasa
- bentuk (obyek, wajah, tempat, bayangan)
- suara

D	DM

**\* MOBILITAS \***

3. Mempertahankan Postur/Sikap Tubuh

- waktu berbaring
- waktu duduk
- waktu berdiri

D	DM

4. Merubah Postur

- berbaring - berbaring
- berbaring - duduk
- duduk - duduk
- duduk - berdiri

D	DM

5. Berjalan

- di dalam rumah
- di luar rumah

D	DM

6. Menggunakan kursi roda

- di dalam rumah
- di luar rumah

D	DM

---

---

7. Naik /Turun Tangga

- di dalam rumah
- di luar rumah

D	DM

---

---

8. Menggunakan Alat Transport

- sepeda
- sepeda motor
- mobil
- kendaraan umum

D	DM

---

---

---

---

**\* PERAWATAN DIRI \***

9. Tidur

- mulai tidur (mudah, sulit, dgn obat)
- proses tidur

D	DM

---

---

10. Makan dan Minum

- mengambil nasi dan lauk
- memotong lauk
- memasukkan makanan/minuman ke mulut dengan sendok/tanpa sendok
- mengunyah makanan
- menelan makanan/minuman

D	DM

---

---

---

---

---

11. Kebersihan Diri

- mencuci tangan dan muka
- memutar kran
- mandi dengan gayung
- menyabuni badan
- mencuci rambut
- menggosok gigi
- memakai handuk
- menyisir rambut
- berhias/mencukur janggut

D	DM

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

12. Aktivitas sekitar b.a.k./b.a.b

D	DM

13. Berpakaian

- memakai/melepas celana dalam
- memasang/melepas kancing
- memasang/melepas zipper
- memakai/melepas celana panjang/kemeja/gaun/kain panjang.
- memakai/melepas sepatu
- memakai/melepas perhiasan, seperti cincin, kalung/rantai, jam tangan

D	DM

**\* OKUPASI / KESIBUKAN \***

14. Menyiapkan Makanan

- mulai dari belanja
- mempersiapkan (memotong, mengupas, mencuci)
- memasak makanan
- menyajikan makanan
- membersihkan alat stl makan dan minum

D	DM

15. Aktivitas Rumah Tangga

- membersihkan tempat tidur
- menyapu dan mengepel lantai
- mencuci dan menyetrika baju

D	DM

16. Aktivitas profesional

- belajar
- rutinitas ditempat kerja
- penampilan kerja
- hubungan dgn teman-teman kerja

D	DM

17. Aktivitas Waktu Luang

- hobby
- olah raga

D	DM

**\* HUBUNGAN SOSIAL \***

**18. Dengan Pasangan (suami/istri)**

- peran
- hubungan emosi
- mengerjakan aktivitas bersama
- hubungan sexual

H	DM

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**19. Dengan Anak**

- peran
- hubungan emosi
- aktivitas bersama (mengasuh, merawat, melakukan aktivitas bersama dirumah/ di mana saja)

H	DM

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**20. Dengan Teman/Kenalan/Tetangga/Keluarga**

- hubungan emosi
- aktivitas bersama (grup sosial/organisasi/ kelompok)

H	DM

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Skor Disabilitas (D)**

- 0 = tanpa kesulitan
- 1 = dengan sedikit kesulitan
- 2 = sangat sulit atau perlu bantuan
- 3 = tidak dapat melakukan aktivitas

**Skor Handicap (H)**

- 0 = tidak berubah
- 1 = perubahan kecil
- 2 = perubahan besar
- 3 = perubahan sangat besar

**Skor Dampak Masalah bagi o.s. (DM)**

- 0 = tidak mengganggu
- 1 = sedikit mengganggu
- 2 = cukup mengganggu
- 3 = sangat mengganggu

TD = tidak dapat dinilai  
o/k kurang informasi

TA = tidak dapat diterapkan  
o/k o.s. tidak termask dlm kategori tersebut.

TD/TA bisa berhubungan dgn D/H/DM

**Keterangan**

- D = *Disabilities*
- DM = *Dampak Masalah*
- H = *Handicap*

TABEL INDUK

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S
1	1	69	2	3	1	1	2	72	1	1	4	-	1	3	0	0	0	0
2	1	53	1	6	2	1	1	168	1	1	3	30	1	1	4	1	0	1
3	2	56	1	3	3	1	1	14	2	2	3	10	1	2	0	0	0	2
4	1	55	1	4	1	1	1	44	1	1	3	60	1	1	4	1	0	1
5	1	67	1	5	1	1	1	264	1	1	4	-	1	1	0	0	0	1
6	2	50	1	2	3	1	1	48	1	1	4	12	1	1	4	1	0	1
7	1	67	3	3	1	1	1	28	1	1	4	11	1	4	0	0	0	0
8	1	54	1	3	2	1	1	15	2	2	4	14	1	1	4	1	1	1
9	1	56	1	6	1	1	1	132	1	1	3	90	2	5	0	0	0	1
10	2	51	1	2	3	1	1	22	1	1	4	37	0	6	4	1	2	0
11	1	56	1	5	4	1	1	12	2	2	4	22	1	1	4	1	1	0
12	1	57	1	3	1	1	1	10	2	2	4	21	0	7	0	0	0	1
13	1	56	1	6	2	1	2	16	1	1	2	30	1	1	4	1	1	1
14	1	58	1	3	1	1	1	10	2	2	4	30	1	1	4	1	1	0
15	1	66	1	4	1	1	1	6	-	3	5	13	0	1	4	1	0	2
16	2	73	2	1	3	1	1	41	1	1	2	23	1	6	0	0	1	1
17	1	69	2	3	1	1	1	84	2	2	4	30	0	8	1	0	3	2
18	1	79	2	2	1	1	1	24	2	2	4	14	0	1	0	0	0	0
19	1	60	1	6	1	1	1	12	2	2	3	35	1	0	4	1	0	2
20	1	71	1	1	1	1	1	48	-	3	5	21	0	0	4	1	0	2
21	1	47	1	3	2	1	1	72	2	2	3	52	1	9	3	0	0	2
22	1	63	1	3	1	1	1	39	1	1	4	20	0	5	4	1	0	1
23	1	64	1	3	1	1	1	96	1	1	3	30	2	1	4	1	0	1
24	2	54	1	4	4	1	1	55	2	2	4	21	0	1	4	1	3	2
25	2	57	1	3	1	1	1	20	2	2	3	-	1	1	0	0	0	2
26	1	65	1	4	1	1	1	36	1	1	4	60	1	1	0	0	0	0
27	1	66	1	6	2	1	1	22	1	1	4	-	1	1	0	0	0	1
28	1	57	3	6	4	1	1	34	1	1	4	21	1	1	4	1	4	1
29	2	53	2	2	3	1	1	79	1	1	4	-	1	10	0	0	0	0
30	1	47	1	6	4	1	1	15	2	2	4	-	0	3	2	0	0	2
31	2	48	1	2	3	1	1	30	2	2	3	14	1	1	0	0	0	2

**Keterangan tabel induk**

- A : Nomor penderita
- B : Jenis kelamin : Laki laki, Perempuan.
- C : Usia (tahun).
- D : Agama : 1. Islam, 2. Kristen, 3. Katolik.
- E : Pendidikan : 1. SD. 4. Akademi.  
2. SMP. 5. Sarjana muda.  
3. SMA 6. Perguruan tinggi.
- F : Pekerjaan : 1. Pensiunan. 3. IRT.  
2. Swasta. 4. Pns. aktif.
- G : Status pekerjaan : 1. Kawin.
- H : Kinan/kidal : 1. Kanan. 2. Kidal.
- I : Lama pasca stroke (bulan).
- J : Sisi yang lumpuh : 1. kiri 2. kanan.
- K : Ekstremitas yang mengalami paresis : 1. Hemiparesis sinistra.  
2. Hemiparesis dextra.  
3. Tidak ada.
- L : MMT (sesuai dengan derajat MMT 0 sampai 5 normal).
- M : Lama rawat (hari).
- N : Spastisitas (0 : tidak ada, 1 : derajat 1, 2 derajat 2).
- O : Faktor resiko : 0 = tidak ada. 6 = HT + Jantung + DM.  
1 = HT. 7 = Polisitemia.  
2 = DM. 8 = Jantung.  
3 = HT + DM. 9 = HT + Hiperkolesterolemia.  
4 = HT + Jantung. 10 = Hipotensi.  
5 = Hiperkolesterolemia.
- P : Gangguan bahasa : 0. Tidak ada.  
1. Afasia motorik.  
2. Afasia sensorik.  
3. Afasia global.  
4. Disartria.
- Q : Gangguan berbicara : 0. Tidak ada.  
1. Disartria.
- R : Gangguan sensorik : 0. Tidak ada.  
1. Hemiparesis sinistra.  
2. Paresthesi dimuka kiri.  
3. Hemi hipotesis sinistra  
4. Paresis jari jari tangan kiri.
- S : Gangguan n.cranialis : 0. Tidak ada.  
1. Paresis N VII & XII sin sentral.  
2. Paresis N VII & XII dextra sentral.



**TABEL INDUK**

	T						U						V					
	T1		T2		T3		U1		U2		U3		V1		V2		V3	
	T1.1	T1.2	T2.1	T2.2	T3.1	T3.2	U1.1	U1.2	U2.1	U2.2	U3.1	U3.2	V1.1	V1.2	V2.1	V2.2	V3.1	V3.2
1.	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	2	2	0	0	0	0	1	0
2.	0	0	0	0	0	0	3	3	2	1	4	6	3	0	0	0	2	0
3.	1	2	2	2	0	0	3	3	3	2	4	4	12	12	11	10	2	1
4.	0	0	0	0	0	0	19	6	14	5	2	3	12	1	3	0	0	0
5.	0	0	0	0	0	0	8	1	5	1	4	5	0	0	0	0	3	0
6.	0	0	0	0	0	0	3	0	3	0	3	4	13	9	4	2	2	0
7.	0	0	0	0	0	0	11	7	9	7	4	4	3	0	1	1	3	0
8.	3	1	6	6	0	0	11	6	6	3	5	4	5	0	4	4	5	1
9.	0	0	0	0	0	0	10	2	9	0	2	2	2	0	2	0	5	1
10.	0	0	0	0	0	0	3	0	5	3	4	4	17	18	5	7	2	0
11.	3	4	2	2	0	0	15	10	17	9	2	2	11	9	5	4	3	0
12.	1	1	0	0	0	0	0	0	3	1	2	2	0	0	0	0	2	0
13.	1	1	1	1	0	0	8	2	5	8	6	6	17	11	5	7	5	1
14.	2	1	2	2	0	0	10	3	9	3	3	3	10	5	8	5	3	0
15.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	0	0	0	0	2	0
16.	0	0	0	0	0	0	14	11	16	15	5	5	11	4	4	2	0	1
17.	6	6	9	9	0	0	0	0	0	0	5	5	0	0	0	0	2	0
18.	0	0	0	0	0	0	4	0	1	1	5	5	0	0	5	6	2	1
19.	3	2	3	3	0	0	14	8	14	11	5	5	15	14	12	12	3	1
20.	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	5	4	1	1	0	0	3	1
21.	11	13	7	7	0	0	18	16	7	6	3	6	12	6	10	14	3	0
22.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	0	0	0	0	2	0
23.	1	0	0	0	0	0	3	3	3	1	5	5	7	6	2	0	2	0
24.	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	6	6	1	2	12	12	0	0
25.	2	2	1	1	0	0	9	11	5	4	5	5	8	5	15	9	2	0
26.	0	0	0	0	0	0	3	0	4	2	3	5	1	0	1	0	0	0
27.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	1	0	1	1	2	0
28.	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	4	3	0	0	1	1	2	0
29.	0	0	0	0	0	0	4	0	3	3	4	4	1	0	0	0	2	0
30.	1	0	8	8	0	0	0	0	0	0	5	6	1	1	2	0	4	0
31.	2	0	3	1	0	0	4	6	5	1	5	5	9	7	10	5	2	0

TABEL INDUK

	W												X			
	W1		W2		W3		X1		X2		X3		XA			
	W1.1	W1.2	W2.1	W2.2	W3.1	W3.2	X1.1	X1.2	X2.1	X2.2	X3.1	X3.2	XA.1	XA.2		
1.	0	0	0	0	3	2	3	1	0	0	0	0	6	4		
2.	2	1	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0	7	7		
3.	7	2	4	2	4	4	0	0	0	0	0	0	10	9		
4.	3	1	3	1	12	12	2	0	4	1	0	0	14	15		
5.	0	0	0	0	11	11	0	0	0	0	0	1	18	17		
6.	7	1	5	2	4	4	0	0	2	2	0	0	9	8		
7.	3	0	2	0	5	7	1	0	1	0	4	4	19	15		
8.	3	2	2	0	12	12	3	3	3	3	0	0	21	16		
9.	5	0	5	0	6	6	1	0	1	0	0	0	13	9		
10.	13	15	6	8	4	4	7	7	1	0	0	0	10	8		
11.	4	3	4	6	8	8	2	1	3	2	0	0	13	10		
12.	2	0	2	2	5	4	1	0	2	2	0	0	9	6		
13.	6	2	0	0	11	12	3	1	0	0	0	0	22	18		
14.	0	0	0	0	12	12	1	1	1	1	0	0	18	15		
15.	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	7	5		
16.	8	7	11	13	10	9	2	2	2	2	0	0	15	15		
17.	2	2	0	0	7	7	0	0	0	0	0	0	14	12		
18.	0	0	1	0	10	12	0	0	0	0	4	4	21	21		
19.	4	0	4	0	12	12	0	0	4	0	0	0	20	17		
20.	3	0	3	0	7	7	2	1	0	0	0	0	15	12		
21.	28	0	8	5	4	9	0	0	2	0	0	0	10	16		
22.	0	0	0	0	4	4	0	0	0	0	0	0	10	7		
23.	0	0	0	0	4	4	0	0	0	0	0	0	18	16		
24.	1	1	1	1	11	11	1	1	0	1	4	4	10	10		
25.	8	5	9	8	0	0	0	0	1	0	0	0	11	9		
26.	8	5	9	8	0	0	0	0	3	0	0	0	11	9		
27.	6	6	14	10	5	4	3	0	3	0	0	0	17	17		
28.	0	0	0	0	12	11	3	0	3	0	0	0	17	17		
29.	0	0	0	0	12	11	2	1	2	0	0	0	18	15		
30.	0	0	0	0	6	4	1	0	1	0	0	0	12	7		
31.	0	0	0	0	4	4	1	0	1	0	0	0	10	8		
32.	0	0	0	0	4	4	3	0	4	4	0	0	14	10		
33.	2	2	12	13	6	4	3	0	4	4	0	0	14	10		
34.	22	17	20	16	4	4	2	1	3	1	0	0	11	9		

## KETERANGAN VARIABEL

### T : Komunikasi.

T1 : Bidang komunikasi pada *RAP*.

T1.1 : Jumlah skor *disability* komunikasi untuk *RAP*.

T1.2 : Jumlah skor dampak masalah komunikasi untuk *RAP*.

T.2 : Bidang komunikasi pada *Adapted RAP*.

T2.1 : Jumlah skor *disability* komunikasi untuk *Adapted RAP*.

T2.2 : Jumlah skor dampak masalah komunikasi untuk *Adapted RAP*.

T.3 : *Sub item* yang tidak dapat diaplikasi (TA) untuk bidang komunikasi.

T.3.1 : Jumlah TA bidang komunikasi pada *RAP*.

T.3.2 : Jumlah TA bidang komunikasi pada *Adapted RAP*.

### U : Mobilitas.

U1 : Bidang mobilitas pada *RAP*.

U1.1 : Jumlah skor *disability* mobilitas untuk *RAP*.

U1.2 : Jumlah skor dampak masalah mobilitas untuk *RAP*.

U2: Bidang mobilitas pada *Adapted RAP*.

U2.1 : Jumlah skor *disability* mobilitas untuk *Adapted RAP*.

U2.2 : Jumlah skor dampak masalah mobilitas untuk *Adapted RAP*.

U3 : *Sub item* yang tidak dapat diaplikasikan (TA) untuk bidang mobilitas.

U3.1 : Jumlah TA bidang mobilitas untuk *RAP*.

U3.2 : Jumlah TA bidang mobilitas untuk *Adapted RAP*.

### V : Perawatan diri.

VI : Bidang perawatan diri pada *RAP*.

VI.1 : Jumlah skor *disability* perawatan diri pada *RAP*.

VI.2 : Jumlah skor dampak masalah perawatan diri pada *RAP*.

V2 : Bidang perawatan diri pada *Adapted RAP*.

V2.1 : Jumlah skor *disability* perawatan diri untuk *Adapted RAP*.

V2.2 : Jumlah skor dampak masalah perawatan diri untuk *Adapted RAP*.

V3 : *Sub item* yang tidak dapat diaplikasi (TA) untuk bidang perawatan diri.

V3.1 : Jumlah TA bidang perawatan diri pada *RAP*.

V3.2 : Jumlah TA bidang perawatan diri pada *Adapted RAP*.

### W : Okupasi.

W1 : Bidang okupasi pada *RAP*.

W1.1 : Jumlah skor *disability* okupasi untuk *RAP*.

W1.2 : Jumlah skor dampak masalah okupasi untuk *RAP*.

W2 : Bidang okupasi pada *Adapted RAP*.

W2.1 : Jumlah skor *disability* okupasi untuk *Adapted RAP*.

W2.2 : Jumlah skor dampak masalah okupasi untuk *Adapted RAP*.

W3 : *Sub item* yang tidak dapat diaplikasi (TA) untuk bidang okupasi.

W3.1 : Jumlah TA bidang okupasi pada *RAP*.

W3.2 : Jumlah TA bidang okupasi untuk *Adapted RAP*.

### X : Hubungan Sosial.

X1 : Bidang hubungan sosial untuk *RAP*.

X1.1 : Jumlah skor *handicap* hubungan sosial untuk *RAP*.

X1.2 : Jumlah skor dampak masalah hubungan sosial untuk *RAP*.

X2 : Bidang hubungan sosial untuk *Adapted RAP*.

X2.1 : Jumlah skor *handicap* hubungan sosial untuk *Adapted RAP*.

X2.1 : Jumlah skor dampak masalah hubungan sosial *Adapted RAP*.

X3 : *Sub item* yang tidak dapat diaplikasi (TA) untuk bidang hubungan sosial .

X3.1 : Jumlah TA bidang hubungan sosial pada .

X3.2 : Jumlah TA bidang hubungan sosial pada *Adapted RAP*.

XA : *Sub item* yang tidak dapat diaplikasi (TA) .

XA1 : Total jumlah skor TA pada seluruh bidang dari *RAP*.

XA1 : Total jumlah skor TA pada seluruh bidang *Adapted RAP*.

**LEMBAR PERSETUJUAN MENGIKUTI PENELITIAN  
PENILAIAN KEMAMPUAN FUNGSIONAL DENGAN MODIFIKASI  
REHABILITATION ACTIVITIES PROFILE PADA 30 PENDERITA PASCA  
STROK DI INSTALASI REHABILITASI MEDIK  
RSUPN.DR CIPTO MANGUNKUSUMO**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

Setelah mendapat penjelasan lisan dari dr. A.A Ayu Srikandhyawati, mengenai tujuan , manfaat yang diharapkan, metode / cara, maka saya bersedia mengikuti penelitian diatas di Instalasi Rehabilitasi Medik RSUPN.Dr Cipto Mangunkusumo.  
Surat pernyataan ini saya buat dengan tanpa paksaan.

Jakarta, ..... 1996

Yang membuat pernyataan,

( ..... )