

GAMBARAN TINGKAT KETERGANTUNGAN ACTIVITY DAILY LIVING PADA PASIEN STROKE HAEMORAGIK DAN NON HAEMORAGIK BERDASARKAN INDEKS BARTHEL

Raeni N¹, Christantie E², Haryani²

¹Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Sardjito Yogyakarta

²Program Studi Ilmu Keperawatan, FK UGM, Yogyakarta

ABSTRACT

Background: Stroke occupied on the third place in the world as deathly disease after heart disease and cancer, while in Indonesian stroke occupied on the first place as death contributed in hospital. Condition after stroke through intense variation, it can be totally recovered or recovered with minor, medium and serious deformity. Stroke high rate incident and the effect from residue symptom that caused from stroke need to be observe. Patient dependence variation that appear from stroke result can be manifested by Activity Daily Living (ADL) ability.

Objective: Understanding description of Activity Daily Living Dependence Level at Hemorrhagic Stroke and Non Hemorrhagic Stroke patients based from Barthel index.

Method: Non Experimental research with cross sectional approach. Research subject divided in two category, Hemorrhagic and Non Hemorrhagic stroke. 30 People research sample took by purposive sampling technique that is 7 people for Hemorrhagic Stroke group and 23 people for non-hemorrhagic stroke group. Measuring instrument used observation sheet based from Barthel index.

Result: Most of hemorrhagic stroke respondents had Barthel Index result less than 50. 3 from 7 (42,8%) respondents, need maximal assistance when performing their ADL, while 2 of them (28,6%) were in independent category. Most of non hemorrhagic stroke respondents had Barthel Index result more than or equal 50. 3 from 7 respondents (52,2%) need minimal assistance, 5 respondents (21,7%) need maximal assistance & the others (26%) were in independent category.

Conclusion: Based on Barthel Index most of hemorrhagic stroke patients need maximal assistance to performing their ADL, while most of non hemorrhagic stroke patients need minimal assistance.

Keywords: haemorrhagic stroke, non haemorrhagic stroke, activity daily living, Barthel Index

PENDAHULUAN

Stroke merupakan masalah *universal* sebagai salah satu pembunuh di dunia, sedangkan di negara maju maupun berkembang seperti di Indonesia, stroke memiliki angka kecacatan dan kematian cukup tinggi. Angka kejadian stroke dunia diperkirakan 200 per 100.000 penduduk, dalam setahun. Di Indonesia, diperkirakan setiap tahun terjadi 500.000 penduduk terkena serangan stroke, dan sekitar 25% atau 125.000 orang meninggal dan sisanya mengalami cacat ringan atau berat. Saat ini stroke menempati urutan ketiga sebagai penyakit mematikan setelah penyakit jantung dan kanker, sedangkan di Indonesia stroke menempati urutan pertama sebagai penyebab kematian di rumah sakit.¹ Tingginya angka kejadian stroke dan dampak dari gejala sisa yang ditimbulkan oleh stroke patut untuk diperhatikan, ketergantungan yang timbul akibat stroke sangatlah bervariasi yang

dapat dimanifestasikan oleh pasien lewat kemampuan dalam melakukan aktivitas sehari-harinya (*Activity Daily Living/ADL*).

Diagnosa stroke dibuat apabila didapatkan gejala gangguan fungsi cerebral baik focal maupun menyeluruh (global), yang terjadi secara tiba-tiba, dan berlangsung lebih dari 24 jam atau berakhir dengan kematian, tanpa ditemukannya penyebab lain selain gangguan vascular (tumor, trauma maupun infeksi).² Keadaan pasca stroke dalam perjalanannya sangat beragam, bisa pulih sempurna atau sembuh dengan cacat ringan, sedang, dan cacat berat. Banyak penderita stroke yang menjadi cacat sehingga tidak mampu mencari nafkah seperti sediakala, menjadi tergantung kepada orang lain dan tidak jarang menjadi beban keluarganya. Beban ini dapat berupa beban tenaga, beban perasaan, dan beban ekonomi.³

Indeks Barthel merupakan salah satu alat yang dapat digunakan untuk mengukur tingkat kemandirian terhadap aktivitas dasar sehari-hari. Penggunaan indeks Barthel akan membantu perawat dalam melakukan pengkajian dan identifikasi dini tingkat kemandirian klien dalam pemenuhan ADL-nya⁴.

Sejauh pengamatan peneliti yang bekerja di Unit Stroke bahwa pasien stroke haemoragik selama dalam perawatan, kematiannya 30% dibanding stroke non haemoragik dan herniasi serebri merupakan penyebab kematian yang utama. Penyebab mayoritas kematian minggu pertama adalah herniasi trasantorial dan setelah minggu pertama kematian relatif disebabkan oleh komorbiditas (pneumonia, emboli pulmo, dan sepsis). Status fungsional pada pasien stroke haemoragik dipengaruhi oleh ukuran lesi dan kesadaran saat serangan.⁴ Tujuan perawatan penderita stroke tidak hanya kelangsungan hidupnya tetapi juga kembalinya fungsi fungsional dari kualitas hidupnya.⁶

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian deskriptif kualitatif dengan pendekatan *cross sectional*. Jenis penelitian non eksperimental. Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien yang dirawat di Unit Stroke RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta selama penelitian berlangsung. Pengambilan sampel dengan cara *puspositive sampling*. Sampel dalam penelitian ini yaitu pasien kelompok haemoragik dan non haemoragik. Total sampel adalah 30 orang. Jadi jumlah sampel untuk masing-masing kelompok dalam penelitian ini adalah 7 pasien untuk kelompok stroke haemoragik dan 23 kelompok stroke non haemoragik.

Variabel yang digunakan dalam penelitian ini adalah variabel bebas dan variabel terikat. Variabel bebas dalam penelitian ini adalah, stroke haemoragik dan stroke non haemoragik dan variabel terikatnya adalah ketergantungan ADL berdasarkan Indeks Barthel. Instrumen penelitian ini adalah lembar observasi dengan menggunakan Indeks Barthel.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

1. Karakteristik Responden

Subjek penelitian ini adalah pasien stroke haemoragik dan stroke non haemoragik yang dirawat di Unit Stroke RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta yaitu 7 pasien untuk kelompok stroke haemoragik dan 23 kelompok stroke non haemoragik. Karakteristik responden dalam penelitian ini meliputi: umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, faktor risiko, status kesadaran masuk rumah sakit (MRS), dan defisit neurologik. Adapun deskripsi dari karakteristik responden terdapat pada Tabel 1.

Tabel 1. Karakteristik Responden Stroke Haemoragik Dan Non Haemoragik Berdasarkan Data Dasar di Unit Stroke RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta Tanggal 20 Desember 2006-18 Januari 2007

Karakteristik	Haemoragik		Non Haemoragik	
	f	%	f	%
Umur				
40-49 tahun	2	28,6	4	17,4
50-59 tahun	3	42,9	8	34,8
60-69 tahun	1	14,3	5	21,7
>70 tahun	1	14,3	6	26,1
Jenis Kelamin				
Laki-laki	4	57,1	14	60,9
Perempuan	3	42,9	9	39,1
Pendidikan				
SD	3	42,9	5	21,7
SLTP	1	14,3	1	4,3
SLTA	1	14,3	13	56,5
Sarjana	2	28,6	2	8,7
Tidak Sekolah	0	0	2	8,7
Pekerjaan				
PNS	2	28,6	4	17,4
Swasta	2	28,6	3	13
Pensiunan	0	0	7	30,4
Lain-lain	3	42,9	9	39,1
Faktor Risiko				
Diabetes Militus	1	14,3	6	26,1
Penyakit Jantung	0	0	3	13
Hipertensi	6	85,7	19	82,1
Stroke	1	14,3	7	30,4
Hyperkolesterol	1	14,3	2	8,7
Merokok	1	14,3	2	8,7
Status Kesadaran MRS				
Compos Mentis	6	85,7	20	86,9
Apatis	0	0	0	0
Somnolent	1	14,3	3	13
Stupor	0	0	0	0
Koma	0	0	0	0
Defisit Neurologik				
Lapang Penglihatan	0	0	0	0
Motorik	6	85,7	17	73,9
Sensorik	0	0	0	0
Verbal	1	14,3	3	13
Kognitif	0	0	1	4,3
Emosional	0	0	0	0

Pada Tabel 1. menunjukkan bahwa kebanyakan responden stroke haemoragik dan non haemoragik berusia antara 50-59 tahun. Untuk stroke haemoragik sebanyak 3 orang (42,9%) sedangkan stroke non haemoragik sebanyak 8 orang (34,8%). Pada usia lanjut terjadi proses klasifikasi pembuluh darah termasuk pembuluh darah otak.⁶ Risiko terkena stroke seiring bertambahnya usia khususnya usia di atas 60 tahun.⁷ Stroke banyak diderita oleh usia di atas 50 tahun.³ Risiko terkena stroke meningkat sejak usia 45 tahun.⁸ Setelah mencapai usia 40 tahun, setiap penambahan usia 3 tahun meningkatkan risiko stroke sebesar 11%-20% dengan peningkatan bertambah seiring usia. Usia mempengaruhi aktivitas hidup sehari-hari.⁴

Sebagian besar responden berjenis kelamin laki-laki. Untuk stroke haemoragik sebanyak 4 (57,1%), sedangkan stroke non haemoragik 14 orang (60,9%). Stroke lebih banyak mengenai pria daripada wanita. Risiko terkena stroke pada pria lebih tinggi daripada

wanita sampai usia 50 tahun, ketika usia 50 tahun wanita mempunyai tingkat risiko yang sama dengan pria⁷. Pria berusia kurang dari 65 tahun memiliki risiko terkena stroke iskemik atau perdarahan intraserebrum lebih tinggi sekitar 20% daripada wanita. Namun, wanita usia berapa pun memiliki risiko perdarahan subarahnoid sekitar 50% lebih besar. Dibandingkan pria, wanita juga tiga kali lipat lebih mungkin mengalami aneurisma intrakranium yang tidak pecah. Perbedaan *gender* ini tidak terlalu mencolok pada kelompok usia dewasa muda, dan stroke mengenai pria dan wanita lebih sama banyaknya.⁸

Untuk tingkat pendidikan sebagian besar responden stroke haemoragik dengan pendidikan SD, yaitu sebanyak 3 (42,9%), sedangkan stroke haemoragik sebagian besar responden berpendidikan SLTA, yaitu sebanyak 13 (56,5%).

Berdasarkan pekerjaan responden pada stroke haemoragik yang terbanyak adalah lain-lain seperti petani dan ibu rumah tangga yaitu 3 orang (42,9%), sedangkan untuk stroke non haemoragik sebanyak 9 (39,1%).

Berdasarkan faktor risiko pada penderita stroke haemoragik maupun non haemoragik yang terbanyak adalah dengan riwayat penyakit hipertensi yaitu 6 (85,7%) untuk stroke haemoragik dan 19 (82,1%) untuk stroke non haemoragik. Hipertensi dapat menyebabkan Aterosklerosis atau sebaliknya. Proses ini dapat menimbulkan pecahnya pembuluh darah atau timbulnya trombus sehingga dapat mengganggu aliran darah serebral.⁶ Hipertensi arterial yang terdapat pada kira-kira 2/3 penderita mempengaruhi prognosis menjadi kurang baik dan mempercepat timbulnya serangan ulang.⁴ Penelitian memperlihatkan bahwa sekitar sepertiga hingga hampir separuh orang yang berusia 45 tahun menderita hipertensi.⁸

Status kesadaran MRS kebanyakan responden adalah *compos mentis* yaitu 6 (85,7%) untuk stroke haemoragik dan 20 (86,9%) untuk stroke non haemoragik. Hal ini menunjukkan prognosnya baik dibanding pasien masuk dengan penurunan kesadaran. Pasien stroke haemoragik sering mengalami penurunan kesadaran dibanding dengan stroke non haemoragik.² Penyebab mayoritas kematian minggu pertama adalah herniasi transtentorial dan setelah minggu pertama kematian relatif disebabkan oleh kormobiditas (pneumonia, emboli pulmo, dan sepsis). Status fungsional pada pasien stroke haemoragik dipengaruhi oleh ukuran lesi dan kesadaran saat serangan.⁹

Berdasarkan defisit neurologik kebanyakan pasien mengalami defisit motorik yaitu untuk stroke haemoragik sebanyak 6 (85,7%), sedangkan untuk stroke non haemoragik sebanyak 17 (73,9%). Defisit neurologik berupa kelemahan merupakan faktor

prediktor nilai kualitas hidup untuk bulan 1,2, dan 6. Manifestasi neurologis dapat dijadikan prediktor kematian dan perbaikan fungsional dari penderita pasca stroke.⁴ Pasien stroke mengalami penurunan parsial atau total gerakan dan kekuatan lengan dan atau tungkai di salah satu sisi tubuh (kelumpuhan parsial disebut paresis, kelumpuhan total disebut paralisis).⁸

2. Gambaran Tingkat Ketergantungan ADL Responden

Indeks Barthel digunakan untuk menilai tingkat ketergantungan terhadap aktivitas dasar sehari-hari pasien. Indeks Barthel terdiri dari 10 komponen, meliputi: kegiatan di tempat tidur, berjalan pada tempat yang datar, naik dan turun tangga, kegiatan di kamar kecil, berpakaian dan melepas baju, pengontrolan BAB, pengontrolan BAK, perawatan diri, mandi, dan makan. Jenis tersebut dinilai dengan lembar observasi dalam 24 jam. Apabila responden merasa dalam item Indeks Barthel ada yang *privacy*, misalnya BAB, BAK, mandi, kegiatan di kamar kecil maka dilakukan wawancara. Tingkat ketergantungan terhadap ADL dikategorikan mandiri bila dinilai 100, sebagian kecil masih perlu bantuan orang lain dinilai =50, sebagian besar perlu bantuan orang lain dinilai <50, apabila seluruh komponen Indeks Barthel tidak dapat dilakukan meskipun dengan bantuan orang lain dinilai 0.

Pada Tabel 2 variabel 1, sebagian besar pasien stroke haemoragik dapat melakukan kegiatan di tempat tidur dengan bantuan minimal. Begitu juga pasien stroke non haemoragik sebagian besar mandiri dan sebagian kecil dibantu dalam melakukan kegiatan tersebut. Variabel 2, sebagian besar pasien stroke haemoragik untuk berjalan pada tempat yang datar perlu sebagian besar bantuan tetapi ada juga yang mandiri serta bantuan total, sedangkan untuk stroke non haemoragik sebagian besar mandiri tetapi ada yang sebagian dibantu bahkan ada yang perlu bantuan total. Variabel 3, pada pasien stroke haemoragik sebagian besar dalam naik dan turun tangga tidak bisa dilakukan meskipun dengan bantuan total, tetapi sebagian kecil mandiri, begitu juga pasien stroke non haemoragik sebagian besar tidak bisa melakukan meskipun dengan bantuan total, tetapi separuhnya dapat melakukan secara mandiri.

Pada variabel 4, untuk kegiatan di kamar kecil pada pasien stroke haemoragik separuhnya mandiri dan separuhnya lagi dengan bantuan total. Hal ini berbeda dengan stroke non haemoragik dimana sebagian besar mandiri serta sebagian besar dibantu. Variabel 5, dalam berpakaian dan melepas baju untuk pasien stroke haemoragik sebagian besar perlu

Tabel 2. Rincian Modifikasi Indeks Barthel Pasien Stroke Haemoragik dan Non Haemoragik di Unit Stroke RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta tanggal 20 Desember 2006-18 Januari 2007

Variabel yang Dilihat	Haemoragik		Non Haemoragik	
	f	%	f	%
Kegiatan di tempat tidur				
a. Mandiri	2	28,6	10	43,6
b. Sebagian kecil dibantu	3	42,9	10	43,5
c. Sebagian besar dibantu	2	28,6	2	8,7
d. Total	0	0	1	4,3
Berjalan pada tempat yang datar				
a. Mandiri	2	28,6	8	34,8
b. Sebagian kecil dibantu	0	0	4	17,4
c. Sebagian besar dibantu	3	42,9	5	21,7
d. Total	2	28,6	6	26,1
Naik dan turun tangga				
a. Mandiri	2	28,6	6	26,1
b. Sebagian besar dibantu	0	0	5	21,7
c. Total	5	71,4	12	52,2
Kegiatan di kamar kecil				
a. Mandiri	3	42,9	0	30,1
b. Sebagian besar dibantu	1	14,3	9	39,1
c. Total	3	42,9	5	21,7
Berpakaian dan melepas baju				
a. Mandiri	2	28,6	10	43,5
b. Dengan bantuan	3	42,9	10	43,5
c. Total	2	28,6	3	13
Pengontrolan BAB				
a. Dapat menahan BAB	5	71,4	23	100
b. Kadang-kadang tidak dapat menahan BAB	0	0	0	0
c. Tidak dapat menahan BAB	2	28,6	0	0
Pengontrolan BAK				
a. Dapat menahan BAK	5	71,4	21	91,3
b. Kadang-kadang tidak dapat menahan BAK	2	28,6	2	8,7
c. Tidak dapat menahan BAK	0	0	0	0
Perawatan diri				
a. Mandiri	5	71,4	17	73,9
b. Sebagian atau total	2	28,6	6	26,1
Mandi				
a. Mandiri	2	28,6	10	82,6
b. Sebagian atau total	5	71,4	4	17,4
Makan				
a. Mandiri	4	57,1	23	100
b. Sebagian kecil	3	42,9	0	0
c. Total	0	0	0	0

bantuan, sedangkan untuk stroke non haemoragik sebagian besar mandiri dan dengan bantuan. Variabel 6, untuk pengontrolan BAB sebagian besar pasien stroke haemoragik dapat menahan BAB, sedangkan stroke non haemoragik seluruhnya dapat menahan BAB. Variabel 7, untuk pengontrolan BAK sebagian besar pasien stroke haemoragik dapat menahan BAK, begitu juga pasien stroke non haemoragik. Variabel 8, dalam perawatan diri sebagian besar pasien stroke haemoragik mandiri, begitu juga stroke non haemoragik. Variabel 9, mandi untuk pasien stroke haemoragik sebagian besar memerlukan bantuan total. Berbeda dengan stroke

non haemoragik yang sebagian besar mandiri. Variabel 10, makan pada pasien stroke haemoragik sebagian besar mandiri dan sebagian kecil masih perlu dibantu, sedangkan untuk pasien stroke non haemoragik makan merupakan kegiatan yang mandiri.

Tabel 3 didapatkan hasil penilaian mayoritas pasien perlu bantuan maksimal dengan nilai Indeks Barthel ada dalam rentang nilai <50 sejumlah 3 (42,9%) untuk stroke haemoragik. Indikator prognosis yang paling penting dari stroke adalah tanda dan gejala neurologis pada saat onset, jenis patologi stroke, letak dan ukuran lesi yang terjadi di otak.⁴ Pada pasien ini rata-rata tidak bisa melakukan

Tabel 3. Penilaian *Activity Daily Living (ADL)* Pada Pasien Stroke Haemoragik dan Non Haemoragik di Unit Stroke RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta Tanggal 20 Desember 2006-18 Januari 2007

Nilai Barthel	Haemoragik		Non Haemoragik		Kategori
	N	%	N	%	
0	0	0	0	0	Ketergantungan total
<50	3	42,9	5	21,7	
≥50	2	28,6	12	52,2	
100	2	28,6	6	26,1	Bantuan maksimal
	7	100	23	100	Bantuan minimal
					Mandiri

kegiatan seperti berjalan di tempat yang datar, naik turun tangga meskipun dengan bantuan, mandi harus dibantu. Pasien yang pada waktu di unit rehabilitasi medis mempunyai kekuatan otot yang jelek (<2) akan kesulitan mencapai fungsi kegiatan sehari-hari, sedang pasien yang mempunyai kekuatan otot yang >3 akan mudah mencapai kembali kemandirian kegiatan kehidupan sehari-hari.¹⁰ Pasien dengan nilai Indeks Barthel <50 perlu dirujuk ke rehabilitasi medis karena hal ini akan mempunyai kemungkinan besar dalam waktu 9 minggu pasien bisa melakukan kegiatan sehari-hari dengan bantuan minimal. Untuk stroke non haemoragik mayoritas pasien perlu bantuan minimal dengan nilai Indeks Barthel ada dalam rentang nilai =50 sejumlah 12 (52,2%). Dalam komponen Indeks Barthel yang belum bisa dicapai meliputi posisi berdiri kemudian jalan paling sedikit 50 meter, naik turun tangga masih dengan bantuan, serta naik turun tempat tidur. Hampir 70% dari pasien yang bertahan hidup setelah 1 tahun mampu hidup tanpa mengandalkan orang lain dalam menjalankan aktivitas sehari-hari.⁸

Kalau dilihat dari nilai rerata pada stroke haemoragik maka Indeks Barthel adalah 61,42 berarti dalam kategori perlu bantuan minimal. Sedangkan nilai rerata Indeks Barthel pada stroke non haemoragik adalah 70,21 berarti dalam kategori perlu bantuan minimal.

KESIMPULAN DAN SARAN

Hasil penilaian Indeks Barthel menunjukkan ADL pada pasien stroke hemoragik perlu bantuan maksimal, sementara pada pasien stroke non hemoragik perlu bantuan minimal.

Saran bagi RSUP Dr. Sardjito diharapkan dapat membuat kebijakan berupa protap untuk Unit Stroke bahwa setiap pasien stroke yang diperbolehkan pulang untuk dinilai tingkat ketergantungan ADL

misalkan berdasarkan Indeks Barthel karena komponen tersebut sangat lengkap dibandingkan dengan alat ukur yang lain.

Dihimbau kepada perawat Unit Stroke agar menilai tingkat ketergantungan ADL misalkan berdasarkan Indeks Barthel pada pasien yang sudah diperbolehkan dokter melakukan aktivitas sehari-hari.

KEPUSTAKAAN

1. Informasi Stroke. www.yastroki.or.id. Diakses pada 14 Desember 2006.
2. Harsono (editor). *Kapita Selekta Neurology*. Gadjah Mada University Press. Yogyakarta. 2003.
3. Lumbantobing, S. M. *Stroke, Bencana Peredaran Darah di Otak*. Balai Penelitian Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Jakarta. 2003.
4. Wangi, H. *Faktor Prediktor Kualitas Hidup Penderita Pasca Stroke (Tesis)*. Program Pasca Sarjana UGM. Yogyakarta. 2003.
5. Kelly-Hayes, M., Paige, C. *Assessment and Psychologic Factors in Stroke Rehabilitation*. *Neurology*. 1995. 45 (suppl. 1): S29-32.
6. Depkes RI. *Standar Pelayanan Keperawatan Stroke di Rumah Sakit*. Depkes. Jakarta. 2004.
7. Meiwanto. C. *Stroke: Masalah dan Pencegahannya*. Jakarta. 2003 URL: <http://www.detikhealth.com>
8. Feigin, Valery. *Stroke*. PT. Bhuana Ilmu Populer. Jakarta. 2006.
9. Lampt, Y., Gilad, R., Eshel, Y., Sarova-Pinhas, L. *Neurological and Functional Outcome in Patients With Supratentorial Hemorrhages: A Prospective Study*. *Stroke* 1995;26: 2249-53.
10. Supraptiningsih et al. *Reliabilitas Modifikasi Indeks Barthel pada Penderita Stroke*. *B. Neuro Sains*. Fakultas Kedokteran UGM. Yogyakarta. 2002: 3(2) Februari.