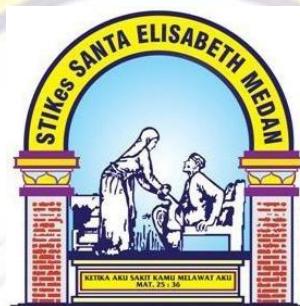


SKRIPSI

GAMBARAN KARAKTERISTIK PENYAKIT STROKE RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT SANTA ELISABETH MEDAN TAHUN 2018

-AN



Oleh :

MARIA MELISA HARDIKA TAMBA
012016015

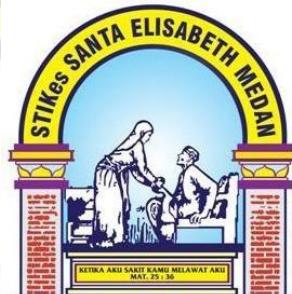
STIK

PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH
MEDAN
2019

SKRIPSI

GAMBARAN KARAKTERISTIK PENYAKIT STROKE RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT SANTA ELISABETH MEDAN TAHUN 2018

-AN



Memperoleh Untuk Gelar Ahli Madya Keperawatan
Dalam Program Studi D3 Keperawatan
Pada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan

Oleh:

MARIA MELISA HARDIKA TAMBA
012016015

KETIKA AKU SAJU KAMU MELAWAT AKU
MAT 25: 36

STIK

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN SEKOLAH TINGGI
ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH MEDAN TAHUN
2019**

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama " MARIA MELISA HARDIKA TAMBA
NIM " 012016015
Program Studi .. D3 Keperawatan
Judul Skripsi .. Gambaran Karakteristik Penyakit Stroke Rawat
Inap Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan
Tahun 2018.

Dengan ini menyatakan bahwa hasil penulisan skripsi yang telah saya buat ini merupakan hasil karya sendiri dan benar keasliannya. Apabila ternyata ini kemudian hari penulisan skripsi ini merupakan hasil plagiat atau penjiplakan terhadap karya orang lain, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan sekaligus bersedia menerima sanksi berdasarkan aturan tata tertib di STIKesSanta Elisabeth Medan.

Demikian, pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tidak dipaksakan dari pihak manapun.

Peneliti,





JAN

PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN STIKes SANTA ELISABETH MEDAN

Tanda Persetujuan

Nama : Maria Melisa Hardika Tamba
NIM : 012016015
Judul : Gambaran Karakteristik Penyakit Stroke Rawat Inap Di Rumah
Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2018

Menyetujui Untuk Diujikan Pada Ujian Ahli Madya Keperawatan.
Medan, 23 Mei 2019

ST



(Indra Hizkia P., S.Kep., Ns., M.Kep.)

Pembimbing



(Magda Siringo-ringo, SST., M.Kes.)

Telah diuji

Pada tanggal 23 Maret 2019

PANITIA PENGUJI

Ketua :



Magda Siringo-ringo, SST., M.Kes

Anggota :

1.



Nasipta Ginting, SKM., S.Kep., Ns., M.Pd

2.



Rusmauli Lumban Gaol, S.Kep., Ns., M.Kep



(Indra Hizkia P., S.Kep., Ns, M.Kep)



AN

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
STIKes SANTA ELISABETH MEDAN**

Tanda Pengesahan

Nama : Maria Melisa Hardika Tamba
NIM : 012016015
Judul : Gambaran Karakteristik Penyakit Stroke Rawat Inap Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2018

Telah Disetujui, Diperiksa dan Dipertahankan Dihadapan Tim Penguji Skripsi
Sebagai Persyaratan Untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan
Pada Kamis, 23 Mei 2019 dan Dinyatakan LULUS

TIM PENGUJI

TANDA TANGAN

Penguji I : Magda Siringo-ringgo, SST.,M.Kes

Penguji II : Nasipta Ginting, SKM., S.Kep.,Ns.,M.Pd

Penguji III : Rusmauli Lumban Gaol, S.Kep., Ns., M.Kep

Ketua Program Studi D3 Keperawatan



Mengesahkan

Ketua STIKes Santa Elisabeth Medan



(Indra Hizkia P., S.Kep., Ns., M.Kep)

(Mestiana Br. Kurniawati, M.Kep., DNSc)

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai sivitas akademik Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan, saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : MARIA MELISA HARDIKA TAMBA
NIM : 012016015
Program Studi : D3 Keperawatan
Jenis Karya : Skripsi

Demi perkembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan Hak Bebas Royalti Non-ekskutif (*Non-Exclusive Royalty Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul: **Gambaran Karakteristik Penyakit Stroke Rawat Inap Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2018.**

Dengan hak bebas *royalty Non-ekskutif* ini Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*data base*), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis atau pencipta dan sebagai pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di Medan, 23 Mei 2019

Yang menyatakan



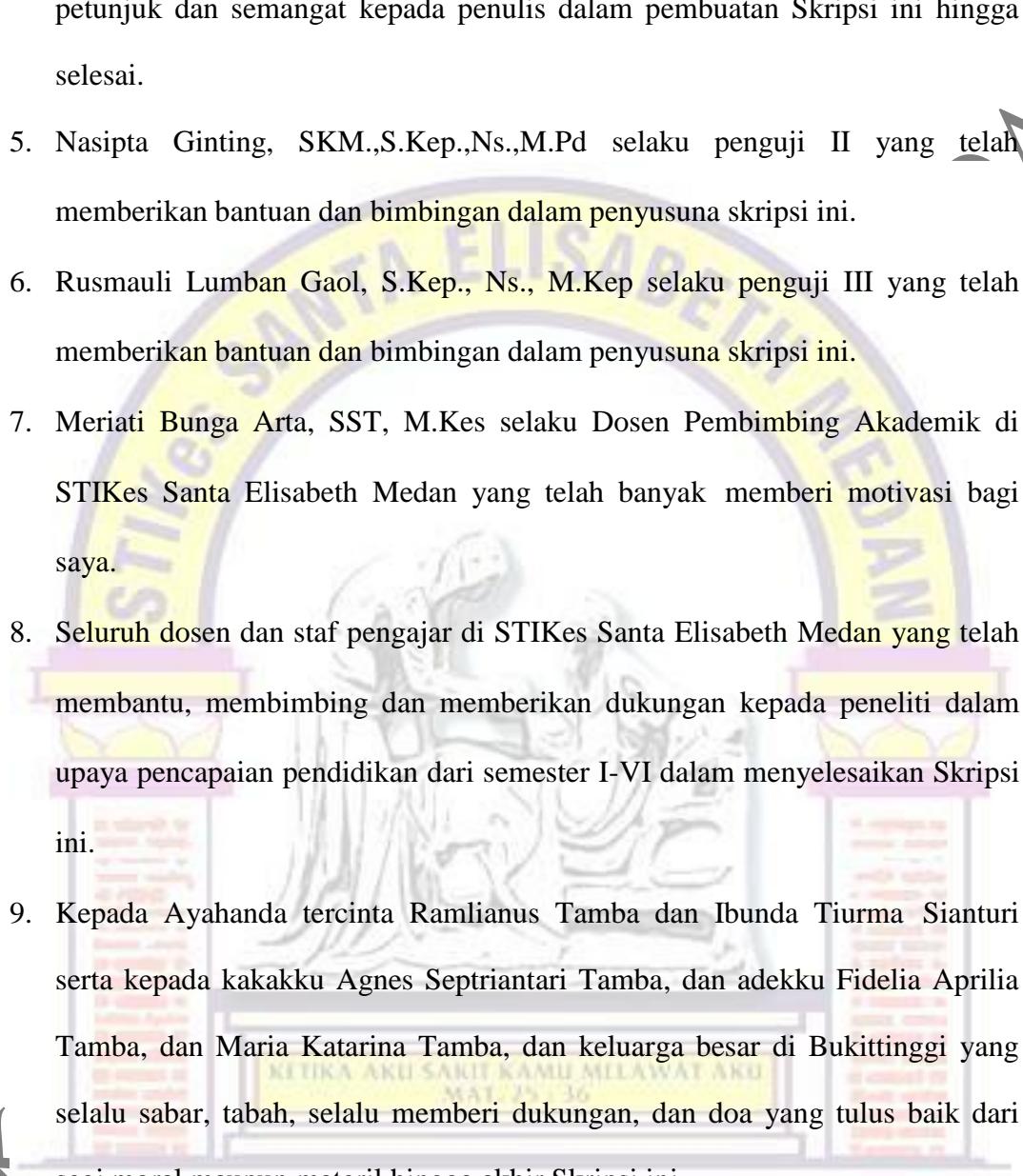
(Maria Melisa Hardika Tamba)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis ucapkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan kasih-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi ini dengan baik dan tepat pada waktunya. Adapun judul skripsi ini adalah **“Gambaran Karakteristik Penyakit Stroke Rawat Inap Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2018”**. Skripsi ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan Pendidikan Tahap Akademik Program Studi D3 Keperawatan STIKes Santa Elisabeth Medan.

Penyusunan Skripsi ini telah banyak mendapatkan bantuan, bimbingan, dan dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu peneliti mengucapkan banyak terimakasih kepada :

1. Mestiana Br. Karo, M.Kep., DNSc selaku Ketua STIKes Santa Elisabeth Medan yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan.
2. Dr. Maria Christina, MARS selaku Direktur Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan yang telah memberi ijin kepada peneliti untuk melakukan pengambilan data awal dari Rekam Medik dan melakukan penelitian di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan.
3. Indra Hizkia Perangin-angin, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Ketua Program Studi D3 Keperawatann STIKes Santa Elisabeth Medan yang memberikan bimbingan dan pengarahan dalam menyelesaikan pendidikan di Program D3 Keperawatan STIKes Santa Elisabeth Medan.



4. Magda Siringo-ringo SST., M.Kes selaku Dosen Pembimbing dan penguji I Skripsi yang telah banyak meluangkan pikiran, waktu dan sabar, serta petunjuk dan semangat kepada penulis dalam pembuatan Skripsi ini hingga selesai.

5. Nasipta Ginting, SKM.,S.Kep.,Ns.,M.Pd selaku penguji II yang telah memberikan bantuan dan bimbingan dalam penyusuna skripsi ini.

6. Rusmauli Lumban Gaol, S.Kep., Ns., M.Kep selaku penguji III yang telah memberikan bantuan dan bimbingan dalam penyusuna skripsi ini.

7. Meriati Bunga Arta, SST, M.Kes selaku Dosen Pembimbing Akademik di STIKes Santa Elisabeth Medan yang telah banyak memberi motivasi bagi saya.

8. Seluruh dosen dan staf pengajar di STIKes Santa Elisabeth Medan yang telah membantu, membimbing dan memberikan dukungan kepada peneliti dalam upaya pencapaian pendidikan dari semester I-VI dalam menyelesaikan Skripsi ini.

9. Kepada Ayahanda tercinta Ramlianus Tamba dan Ibunda Tiurma Sianturi serta kepada kakakku Agnes Septriantari Tamba, dan adekku Fidelia Aprilia Tamba, dan Maria Katarina Tamba, dan keluarga besar di Bukittinggi yang selalu sabar, tabah, selalu memberi dukungan, dan doa yang tulus baik dari segi moral maupun materil hingga akhir Skripsi ini.

10. Kepada sahabatku di asrama STIKes Santa Elisabeth Maria Puspa Sinaga, dan Kristina Giawa, yang selalu memberikan dukungan dan semangat kepada penulis selama penulis menjalani pendidikan dan dalam menyelesaikan skripsi ini.

11. Frenci Marudin Tua Silaban yang bersedia menemani saya selama proses perkuliahan dan selalu memberi motivasi kepada saya sehingga tetap semangat hingga saat ini.

12. Teman- teman seperjuangan Prodi D3 Keperawatan STIKes Santa Elisabeth Medan Angkatan XXV yang telah memberikan dukungan dan masukan dalam penyusunan Skripsi ini.

Saya juga menyadari bahwa Skripsi penelitian ini masih jauh dari sempurna, baik isi maupun teknik penulisan. Oleh karena itu, dengan segala kerendahan hati penulis menerima kritik dan saran yang bersifat membangun untuk kesempurnaan skripsi ini. Semoga Tuhan senantiasa mencurahkan Rahmat yang melimpah kepada semua pihak yang telah banyak membantu penulis.

Akhir kata saya ucapakan terimakasih, semoga Skripsi ini dapat bermanfaat bagi kita semua dalam pengembangan ilmu pengetahuan khususnya profesi keperawatan.

Medan, Mei 2019

Penulis

(Maria Melisa Hardika Tamba)

ABSTARK

Maria Melisa Hardika Tamba 012016015

Gambaran Karakteristik Penyakit Stroke Rawat Inap Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2018

Program Studi D3 Keperawatan tahun 2019

Kata Kunci: Stroke Rawat Inap, Karakteristik.

(xxi+74+ Lampiran)

Latar Belakang: Stroke merupakan penyakit akibat gangguan peredaran darah otak yang dipengaruhi oleh banyak faktor risiko terdiri dari yang tidak dapat diubah berupa usia, jenis kelamin, suku, pendidikan dan pekerjaan dan yang dapat diubah seperti hipertensi, peningkatan kadar gula darah dan kolesterol. **Tujuan:** Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui karakteristik penyakit stroke yang dirawat inap di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2018. **Metode:** Metode penelitian yang digunakan bersifat deskriptif yaitu dengan mengambil data sekunder penderita penyakit stroke tahun 2018. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien stroke yang di rawat inap di RS Santa Elisabeth Medan tahun 2018. **Hasil:** Hasil penelitian menunjukkan bahwa presentase terbanyak pasien stroke berumur >75 tahun (50,2%), jenis kelamin laki-laki (52,9%), suku batak (88,7%), pendidikan terakhir SMA (51,1%) yang bekerja sebagai wiraswasta (33,9%). Faktor resiko yang dapat diubah tertinggi adalah hipertensi (65,2%), stroke non hemoragik (82,8%), obat amoldipine (82,8%), komplikasi hemiparesis (79,6%), dan status kepulangan pasien tertinggi adalah hidup (86%). **Kesimpulan:** Berdasarkan hasil penelitian ini disimpulkan bahwa ada hubungan antara usia, jenis kelamin, pendidikan, status pekerjaan, dan faktor resiko stroke adalah hipertensi di RS Santa Elisabeth Medan tahun 2018. **Saran:** Kita perlu meningkatkan pentingnya melakukan pencegahan sekunder meliputi pengobatan dan perawatan.

Daftar Pustaka: (2008-2017)

ABSTARK

Maria Melisa Hardika Tamba 012016015

The Overview of Characteristics of inpatient Stroke at Saint Elisabeth Medan Hospital 2018

D3 of Nursing Study Program 2019

Keywords: Inpatient Stroke, Characteristics.

(xxi+74+Attachment)

Background: Stroke is a disease caused by cerebral circulatory disorders that is influenced by many risk factors consisting of irreversible age, sex, ethnicity, education and occupation and which can be changed such as hypertension, increased blood sugar levels and cholesterol. **Objective:** This study aims to determine the characteristics of stroke treated at Saint Elisabeth Hospital Medan 2018. **Method:** The research method used is descriptive by taking secondary data of stroke patients 2018. The populations in this study are all stroke patients hospitalized at Saint Elisabeth Medan Hospital 2018. **Results:** The results show that the highest percentage of stroke patients aged > 75 years (50.2%), male (52.9%), Batak tribe (88.7 %), last high school education (51.1%) working as entrepreneurs (33.9%). The highest risk factors that can be changed are hypertension (65.2%), non-hemorrhagic stroke (82.8%), amoldipine drugs (82.8%), complications of hemiparesis (79.6%), and the highest return status of patients is life (86%). **Conclusion:** Based on the results of this study it can be concluded that there is a relationship between age, sex, education, occupational status, and risk factors for stroke is hypertension at Saint Elisabeth Hospital Medan 2018. **Suggestion:** We need to increase the importance of secondary prevention including treatment and care.

Bibliography: (2008-2017)

STIK

-AN

DAFTAR ISI

SAMPUL DEPAN	i
SAMPUL DALAM	ii
HALAMAN PERSYARATAN GELAR	iii
SURAT PERNYATAAN	iv
PERSETUJUAN	v
PENGESAHAN	vi
SURAT PERNYATAAN PUBLIKASI	vii
KATA PENGANTAR	viii
ABSTRAK	xi
ABSTRACT	xii
DAFTAR ISI	xiii
DAFTAR GAMBAR	xvi
DAFTAR TABEL	xvii
DAFTAR BAGAN	xviii
DAFTAT LAMPIRAN	xix
DAFTAR SINGKATAN	xx
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	7
1.3 Tujuan	7
1.3.1 Tujuan umum	7
1.3.2 Tujuan khusus	8
1.4 Manfaat Penelitian	8
1.4.1 Manfaat teoritis	8
1.4.2 Manfaat praktis	9
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	10
2.1 Stroke	10
2.1.1 Definisi	10
2.1.2 Klasifikasi	11
2.1.3 Faktor-faktor resiko	12
2.1.4 Patofisiologi	20
2.1.5 Manifestasi klinis	22
2.1.6 Pemeriksaan diagnostik	23
2.1.7 Epidemiologi	24
2.1.8 Etiologi	25
2.1.9 Manajemen pencegahan	26
2.1.10 Pertolongan pertama	31

2.1.11	Lama di rawat.....	33
2.1.12	Komplikasi	34
2.1.13	Pemeriksaan Diagnostik.....	36
2.1.14	Pulang.....	38
BAB 3 KERANGKA KONSEP.....		39
3.1	Kerangka Konsep	39
BAB 4 METODE PENELITIAN.....		40
4.1	Rancangan Penelitian	40
4.2	Populasi Sampel.....	40
4.2.1	Populasi	40
4.2.2	Sampel.....	41
4.2.3	Teknik Sampling	41
4.3	Variabel penelitian dan definisi operasional	41
4.3.1	Variabel Penelitian	41
4.3.2	Definisi operasional.....	42
4.4	Instrumen Penelitian.....	45
4.5	Lokasi dan waktu penelitian.....	45
4.5.1	Lokasi	45
4.5.2	Waktu	45
4.6	Prosedur Penggumpulan Dan Pengambilan Data.....	45
4.6.1	Teknik pengambilan data	45
4.6.2	Teknik pengumpulan data	46
4.7	Kerangka Operasional	47
4.8	Analisa Operasional	48
4.9	Etika Penulisan.....	48
BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHSAN.....		49
5.1	Hasil Penelitian.....	49
5.1.1	Gambaran Lokasi Penelitian	49
5.2	Pembahasan.....	56
5.2.1	Karakteristik berdasarkan umur	57
5.2.2	Karakteristik berdasarkan jenis kelamin	58
5.2.3	Karakteristik berdasarkan suku	60
5.2.4	Karakteristik berdasarkan pendidikan.....	61
5.2.5	Karakteristik berdasarkan pekerjaan	62
5.2.6	Karakteristik stroke berdasarkan faktor resiko	63
5.2.7	Karakteristik stroke berdasarkan klasifikasi	65
5.2.8	Karakteristik stroke berdasarkan penanganan.....	66

STIK

AN

5.2.9 Karakteristik stroke berdasarkan lama perawatan	68
5.2.10 Karakteristik stroke berdasarkan komplikasi	68
5.2.11 Karakteristik stroke berdasarkan status kepulangan	69
BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN	70
6.1 Kesimpulan.....	70
6.2 Saran.....	73
DAFTAR PUSTAKA	74
LAMPIRAN 1. Surat Pengajuan Judul Proposal	76
2. Usulan Judul Proposal	77
3. Surat Permohonan Pengambilan Data Awal	78
4. Surat Pemberian Izin Penelitian Data Awal	79
5. Surat Izin Penelitian	80
6. Surat Balasan Izin Penelitian	82
7. Surat Selesai Izin Meneliti	84
8. Daftar Distribusi Penelitian.....	90
9. Hasil Output Distribusi Frekuensi Penelitian.....	91
10. <i>Ethical Exemption</i>	92
11. Daftar Bimbingan Konsultasi	93

AN

STIK

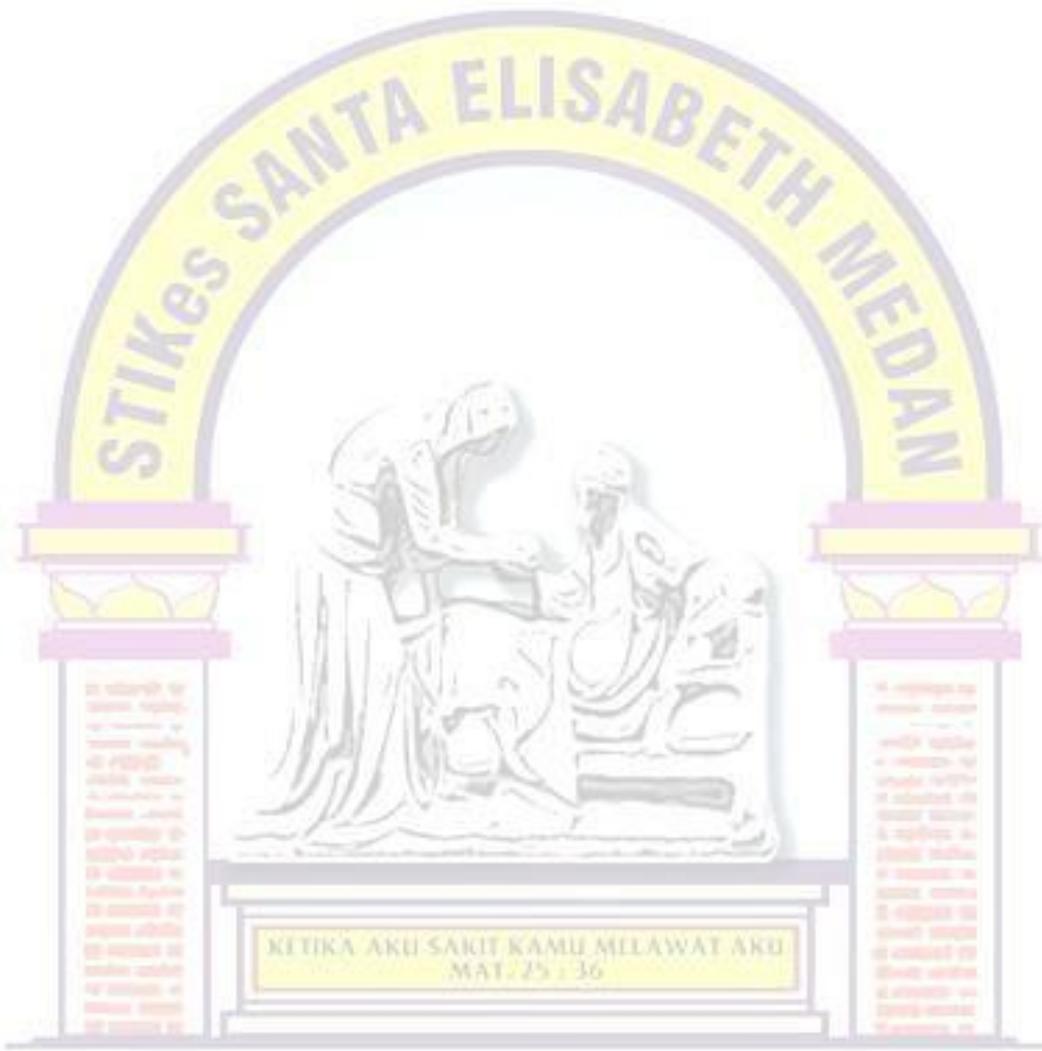


DAFTAR GAMBAR

Halaman

Gambar 2.1 Fast	23
Gambar 2.2 Segera Ke RS	24

AN



STIK

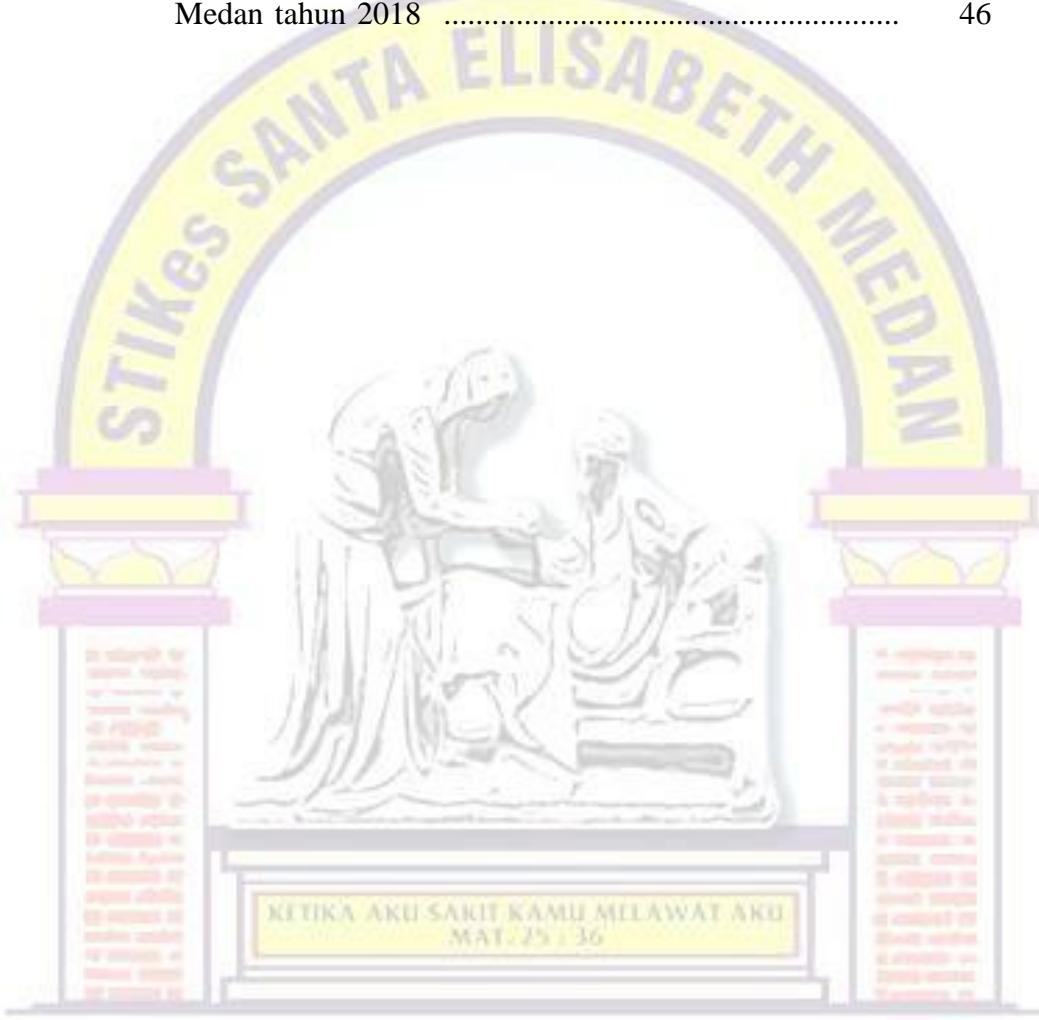
DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 4.1 Gambaran Karakteristik Penyakit Stroke Rawat Inap Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2018	48
Tabel 5.1 Gambaran Karakteristik Penyakit Stroke Rawat Inap Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2018 Berdasarkan Usia, Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan	50
Tabel 5.2 Gambaran Karakteristik Penyakit Stroke Rawat Inap Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2018 Berdasarkan Faktor Resiko yang Dapat Diubah	51
Tabel 5.3 Gambaran Karakteristik Penyakit Stroke Rawat Inap Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2018 Berdasarkan Klasifikasi	52
Tabel 5.4 Gambaran Karakteristik Penyakit Stroke Rawat Inap Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2018 Berdasarkan Penanganan	52
Tabel 5.5 Gambaran Karakteristik Penyakit Stroke Rawat Inap Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2018 Berdasarkan Lama Perawatan	53
Tabel 5.6 Gambaran Karakteristik Penyakit Stroke Rawat Inap Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2018 Berdasarkan Komplikasi	53
Tabel 5.7 Gambaran Karakteristik Penyakit Stroke Rawat Inap Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2018 Berdasarkan Satus Kepulangan	54

DAFTAR BAGAN

Halaman

Bagan 3.1	Kerangka Konsep Gambaran Karakteristik Penyakit Stroke rawat inap di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2018	38
Bagan 4.1	Kerangka Operasional Gambaran Karakteristik Penyakit Stroke Rawat Inap Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2018	46



STIK

AN

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1: Surat Pengajuan Judul Proposal
- Lampiran 2: Usulan Judul Proposal
- Lampiran 3: Lembar Permohonan Pengambilan Data Awal
- Lampiran 4: Lembar Pemberian Izin Penelitian Data Awal
- Lampiran 5: Surat Izin Penelitian
- Lampiran 6: Surat Balasan Izin Penelitian
- Lampiran 7: Surat Selesai Meneliti
- Lampiran 8: Daftar Distribusi Penelitian
- Lampiran 9: Hasil Output Distribusi Frekuensi Penelitian
- Lampiran 10: *Ethical Exemption*
- Lampiran 11: Daftar Bimbingan Konsultasi

DAFTAR SINGKATAN

SEAMIC : *South East Asian medical Information Centre*

AHA : *American Heart Association*

GPDO : Gangguan Peredaran Darah Otak

LDL : *Low Density Lipoprotein*

WHO : *World Health Organization*

HDL : *High density lipoprotein*

LDL : *low density lipoprotein*

RISKESDAS : Riset Kesehatan Dasar

KEMENKES : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

PIS : Pendarahan *Intra Serebral*

PSA : Pendarahan *Sub Arachanoid*

BAB 1 **PENDAHULUAN**

1.1 Latar Belakang

Stroke merupakan penyakit saraf yang menjadi fokus perhatian karena sering menyebabkan gangguan fisik keseluruhan dan kematian bagi penderitanya. Setiap tahun, lima belas juta orang di dunia terserang stroke (WHO, 2014).

Stroke merupakan salah satu masalah kesehatan yang cukup serius karena angka kematian dan kesakitannya yang tinggi serta dampaknya yang dapat menimbulkan kecacatan yang berlangsung kronis dan bukan hanya terjadi pada orang lanjut usia, melainkan juga pada usia muda (Nuraisyah, 2017).

Terjadinya stroke berkaitan erat dengan beberapa karakteristik yang dipunyai oleh penderita yaitu umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan hipertensi, diabetes melitus, dislipidemia, merokok, dan minuman alkohol. (Nuraisyah, 2017).

Untuk mengetahui karakteristik stroke tersebut Berikut ini adalah cara melakukan pemeriksaan stroke *Hemoragik* menggunakan teknik “**Segera Ke RS**” dan untuk stroke Non *Hemoragik* menggunakan teknik “**Fast**” (Kemenkes, 2013).

Menurut Kemenkes RI (2013) stroke adalah penyakit pada otak berupa gangguan fungsi syaraf lokal atau global, munculnya mendadak, progresif dan cepat. Gangguan fungsi syaraf pada stroke disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak non traumatis. Stroke merupakan masalah kesehatan global dan penyebab utama kecacatan. Serta Stroke dapat mengakibatkan masalah kesehatan yang serius dan berdampak pada disfungsi motorik dan sensorik. Kelemahan

fungsi motorik yang dapat terjadi antara lain: kelemahan menggerakkan kaki, kelemahan menggerakkan tangan, kelemahan untuk bangun dari tempat tidur, kelemahan untuk duduk, kelemahan untuk aktifitas sehari-hari, ketidakmampuan bicara, dan ketidakmampuan fungsi motorik lainnya (Napitupulu, 2009).

Laporan World Health Organisation (WHO) tahun 2008 menyatakan bahwa 7,3 juta jiwa meninggal akibat *ischemic heart disease* dan 6,2 juta jiwa diantaranya adalah disebabkan oleh stroke dan penyakit kardiovaskuler lainnya. Stroke merupakan penyebab kematian keenam pada negara-negara berpendapatan rendah dan merupakan penyebab kematian kedua pada negara-negara berpendapatan menengah dan tinggi.

Dari data *South East Asian medical Information Centre* (SEAMIC) diketahui bahwa angka kematian stroke yang terbesar adalah Indonesia yang kemudian diikuti secara berurutan oleh Filipina, Singapura, Brunei, Malaysia, dan Thailand. Negara Singapura, angka kematian akibat stroke menurun dari 99 menjadi 55 per 100.000 penduduk, seiring dengan meningkatnya mutu pelayanan dan teknologi kesehatan. Sementara di Thailand kematian akibat stroke adalah 11 per 100.000 penduduk. Hal ini mengakibatkan jumlah penderita pasca stroke yang selamat dengan kecacatan (*disability*) meningkat di masyarakat. (Dinata et al, 2013).

Sementara itu, di Indonesia berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007 stroke merupakan penyebab kematian. Prevalensi stroke di Indonesia sebesar 830 per 100.000 penduduk dan yang telah didiagnosis oleh tenaga kesehatan adalah 600 per 100.000 penduduk. NAD merupakan provinsi

dengan prevalensi stroke tertinggi, yaitu sebesar 16,6 % dan terendah di Papua (3,8%) (Kemenkes RI, 2013). Berdasarkan hasil Riskesdas tahun 2013 menunjukkan adanya peningkatan prevalensi stroke per 100.000 di Indonesia, yaitu 830 pada tahun 2007 meningkat menjadi 1.210 pada tahun 2013.

Berdasarkan hasil Riskesdas tahun (2018), prevalensi penyakit stroke di Indonesia meningkat seiring bertambahnya umur. Kasus stroke tertinggi yang terdiagnosis tenaga kesehatan adalah usia 75 tahun keatas (50,2%) dan terendah pada kelompok usia 15-24 tahun yaitu sebesar (0,6%). Prevalensi stroke berdasarkan jenis kelamin lebih banyak laki-laki (11,0%) dibandingkan dengan perempuan (10,9%). Berdasarkan tempat tinggal, prevalensi stroke di perkotaan lebih tinggi (12,6%) dibandingkan dengan daerah pedesaan (8,0%). Berdasarkan pendidikan lebih banyak tidak sekolah (21,2%) dibandingkan tamatan diploma atau sarjana (9,1%). Berdasarkan pekerjaan lebih banyak tidak bekerja (21,8%) dibandingkan pegawai swasta (3,4%).

Penelitian Marlina (2011) pada penderita stroke di RSUP H.Adam Malik menemukan sebanyak 74,2% menderita hipertensi, 31,3% mempunyai riwayat TIA/stroke sebelumnya, 30% mempunyai riwayat Diabetes Mellitus, 26,7% mempunyai riwayat hiperkolesterolemia, 17,1% mempunyai riwayat merokok dan 15,7% mempunyai riwayat penyakit jantung.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan di ruangan Internis pada tahun 2017-2018 didapatkan dari data medik record pasien yang mengalami stroke tahun 2017 yaitu sejumlah 178 orang

sedangkan tahun 2018 yaitu 221 orang (Medical Record RS Elisabeth Medan, 2017).

Data Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2008) memperlihatkan bahwa stroke merupakan penyebab kematian nomor satu pada pasien yang dirawat di Rumah Sakit. Sedangkan Permasalahan yang muncul pada pelayanan stroke di Indonesia adalah: rendahnya kesadaran akan faktor risiko stroke, kurang dikenalnya gejala stroke, belum optimalnya pelayanan stroke, ketaatan terhadap program terapi untuk pencegahan stroke ulang yang rendah. Keempat hal tersebut berkontribusi terhadap peningkatan kejadian stroke baru dan tingginya angka kematian akibat stroke di Indonesia serta tingginya kejadian stroke ulang (Pinzon dan Asanti, 2010).

Penyebab stroke dapat dikarenakan oleh prilaku yang tidak sehat oleh penderita. Prilaku gaya hidup yang tidak sehat adalah faktor resiko utama yang menyebabkan stroke menyerang pada usia dewasa, dalam hal ini seperti kebiasaan merokok, pemakain alkohol, penggunaan amfetamin atau penyalahgunaan obat seperti kokain dan heroin. Seseorang yang menderita stroke dan memiliki kebiasaan merokok adalah perokok aktif. Kebiasaan tersebut mengakibatkan timbulnya aterosklerosis dan penyakit hipertensi yang merupakan faktor resiko utama stroke, kebiasaan tersebut sering dilakukan pada laki-laki dan khususnya pada orang dewasa, sehingga menyebabkan angka kejadian stroke pada orang dewasa semakin mengalami berbagai macam penyakit degenerative seperti stroke, yang dapat menimbulkan kelemahan sensori, kognitif, serta emosional (Burhannudin 2012 dalam Khairatunnisa 2017).

Berdasarkan etiologinya, stroke dibedakan menjadi stroke *non hemoragik* terserang sekitar 80% dari semua stroke yang disebabkan oklusi pembuluh darah otak yang menyebabkan terhentinya pasokan oksigen dan glukosa ke otak karena trombosis akibat plak aterosklerosis arteri otak atau emboli pembuluh darah diluar otak yang tersangkut di arteri otak. Stroke *hemoragik* sekitar 20% dari semua stroke yang diakibatkan oleh pecahnya mikro aneurisma dari Charcot atau etat crible di otak. Stroke jenis ini dibedakan menjadi perdarahan intraserebral, subdural, dan subarachnoid (Sudoyo 2009 dalam Utami 2013).

Hasil penelitian di Indonesia penderita stroke 60,7% disebabkan oleh stroke *non hemoragik* (stroke trombotik 58,3% dan emboli 2,4%) sedangkan 36,3% disebabkan oleh stroke *hemoragik* (stroke perdarahan intraserebral (PIS) 35,6% dan perdarahan subaraknoid 1%) (Widjaja 2000 dalam Utami 2013).

Faktor risiko stroke dibedakan menjadi dua, yaitu : faktor yang tidak dapat dimodifikasi adalah usia, jenis kelamin, keturunan, dan ras. Sedangkan yang dapat dimodifikasi adalah hipertensi, diabetes melitus, dislipidemia, merokok, alkohol, obesitas. Misbach melaporkan penyebab utama terjadinya stroke di 28 rumah sakit di Indonesia, yaitu : hipertensi (73,9%), merokok (20,41%), dan diabetes mellitus (17,3%) (Tndrajaya 2006 dalam Utami 2013).

Peningkatan frekuensi stroke seiring dengan peningkatan usia berhubungan dengan proses penuaan dimana semua organ tubuh mengalami kemunduran fungsi termasuk pembuluh darah otak yang tidak elastis lagi terutama bagian endotelnya mengalami penebalan pada intimanya sehingga mengakibatkan

lumen pembuluh darah menjadi semakin sempit dan berdampak pada penurunan cerebral blood (Feigin 2007 dalam Utami 2013).

Dalam penelitian Kashinkunti (2013) mengatakan bahwa hipertensi adalah penyebab paling terkemuka *non hemoragik* dan stroke *hemoragik* di orang dewasa muda yang dirawat di rumah sakit. Hipertensi dapat mengakibatkan pecahnya maupun menyempitnya pembuluh darah otak. Apabila pembuluh darah otak pecah maka akan timbul perdarahan otak, dan apabila pembuluh darah otak menyempit maka aliran darah ke otak akan terganggu dan sel-sel otak akan mengalami kematian. Pada individu berusia 40-70 tahun, setiap kenaikan tekanan sistole 20 mmHg atau kenaikan diastole 10 mmHg akan meningkatkan risiko stroke 2 kali lipat. Berdasarkan status hipertensi, terbanyak adalah subjek dengan hipertensi (88,3%) (Fandri et al, 2014).

Untuk mengurangi jumlah pasien dengan stroke, penting bagi pasien untuk tidak hanya memahami pentingnya proses rehabilitasi saja tetapi juga memahami pentingnya pengendalian faktor resiko. Pedoman Stroke Nasional mengidentifikasi faktor gaya hidup adalah faktor risiko yang harus ditargetkan untuk pencegahan sekunder. (Fukuoka et al 2015 dalam Ramdani 2018).

Berdasarkan American Heart Association (AHA)/American Stroke Association (ASA), pedoman dari pencegahan stroke seperti kontrol hipertensi, diabetes mellitus, dislipidemia, dan program berhenti merokok, terutama dalam mengurangi asupan garam, membatasi asupan gula, olahraga teratur, manajemen stres yang baik, dan berhenti mengkonsumsi alkohol dapat menurunkan angka

kematian stroke dan juga kekambuhan stroke (Rahman 2010 dalam Ramdani 2018).

Menurut *Centers for Disease Control/CDC* (2015) terdapat tanda pasti seseorang terkena serangan stroke yang perlu diketahui antara lain, adalah cara melakukan pemeriksaan FAST yaitu F- *Face*, Instruksikan pasien untuk tersenyum. Kaji jika salah satu sisi wajah yang menurun. A-*Arms*, Instruksikan pasien untuk mengangkat kedua tangan dan ditahan untuk beberapa saat. Kaji jika pasien hanya mampu mengangkat salah satu tangganya. S-*Speech*, Instruksikan pasien untuk berbicara dan menggulang kalimat pemeriksa. Kaji jika pasien berbicara seperti orang cadel. T-*Time*, catat waktu setiap kali gejala muncul.

Berdasarkan latar belakang di atas, maka peneliti tertarik untuk mengangkat permasalahan tersebut untuk dilakukan penelitian tentang Gambaran Karakteristik Penyakit Stroke Rawat Inap di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2018.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana gambaran karakteristik penyakit stroke rawat inap di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2018?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui gambaran karakteristik penyakit stroke rawat inap di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2018?

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui distribusi presentasi penyakit stroke berdasarkan faktor resiko yang tidak dapat dimodifikasi yaitu (umur, jenis kelamin, suku, pendidikan, pekerjaan) di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2018.
2. Mengetahui distribusi presentasi penyakit stroke berdasarkan faktor resiko yang dapat dimodifikasi yaitu (Hipertensi, Kolesterol, DM) di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2018.
3. Mengetahui distribusi presentasi penyakit stroke berdasarkan klasifikasi dan manifestasi klinis stroke di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2018.
4. Mengetahui distribusi presentasi penyakit stroke berdasarkan penanganan farmakologi dan non farmakologi stroke di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2018.
5. Mengetahui distribusi presentasi penyakit stroke berdasarkan lama dirawat di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2018.
6. Mengetahui distribusi presentasi penyakit stroke berdasarkan komplikasi di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2018.
7. Mengetahui distribusi presentasi penyakit stroke berdasarkan pulang di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2018.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Penelitian ini berguna sebagai salah satu bahan sumber bacaan mengenai gambaran karakteristik pasien penderita stroke yang dirawat di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2018.

1.4.2 Manfaat Praktisi

1. Bagi Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan

Hasil penelitian ini dijadikan sebagai salah satu kebijakan untuk dapat diberikan sebagai bahan masukan bagi pihak Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan mengenai karakteristik penyakit stroke pada tahun 2018 sehingga dapat membantu dalam merumuskan kebijakan mengenai penaggulangan stroke dan penyedian fasilitas perawatan yang lebih memadai untuk penderita stroke.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai referensi atau bahan informasi bagi institusi pendidikan dalam mata kuliah yang berhubungan dengan hal-hal yang berkaitan dengan penelitian tentang karakteristik stroke.

3. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan masukan bagi peneliti lain untuk melakukan penelitian tentang karakteristik penyakit stroke.

4. Bagi mahasiswa

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai tambahan pengetahuan bagi mahasiswa tentang gambaran karakteristik penyakit stroke.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Stroke

2.1.1 Definisi

Stroke atau yang dikenal juga dengan istilah gangguan peredaran darah otak (GPDO), merupakan suatu sindrom yang diakibatkan oleh adanya gangguan aliran darah pada salah satu bagian otak yang menimbulkan gangguan fungsional otak berupa *defisif neurologic*. Atau kelumpuhan saraf (Dinata et al, 2012).

Stroke adalah gangguan fungsi otak yang timbulnya mendadak, berlangsung selama 24 jam atau lebih, akibat gangguan peredaran darah di otak (Yastroki 2010 dalam sofyani, 2017).

Stroke adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh terhentinya suplai darah ke bagian otak. (Brunner and Sudrat, 2002 : 2131 dalam Pudiastuti 2011).

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mendefinisikan stroke sebagai deficit neurologis fokal (ataupun global) oleh karena gangguan fungsi otak yang terjadi secara tiba-tiba dan berlangsung selama lebih dari 24 jam atau kurang tetapi dapat menyebabkan kematian tanpa penyebab lain selain masalah vascular (WHO 2014 dalam Eka et al, 2014).

Dari semua definisi stroke diatas dapat diambil kesimpulan bahwa stroke adalah suatu serangan mendadak yang terjadi di otak dan dapat mengakibatkan kerusakan pada sebagian atau secara keseluruhan dari otak yang disebabkan oleh

gangguan peredaran pada pembuluh darah yang mensuplai darah ke otak biasanya berlangsung lebih dari 24 jam.

2.1.2 Klasifikasi Stroke

Stroke terjadi ketika terjadi hambatan suplai darah atau kebocoran darah dari pembuluh darah menyebabkan kerusakan pada otak. Ada dua jenis utama stroke yaitu *Hemoragik* dan *iskemik* (Ratna, 2011).

1. Stroke *Hemoragik* (jenis perdarahan)

Stroke hemoragik adalah stroke karena pecahnya pembuluh darah (pembuluh darah otak, baik intrakranial maupun subaraknoid). sehingga menghambat aliran darah yang normal dan darah merembes kedalam suatu daerah otak dan merusaknya. Hampir 70% kasus *stroke hemoragik* diderita oleh penderita hipertensi.

Stroke Hemoragik umumnya disebabkan oleh adanya perdarahan intracranial dengan gejalaah peningkatan tekanan darah systole >200 mmhg pada hipertonik dan 180 mmhg pada nonmotonik, bradikardi, wajah keungguan, sianosi,dan pernafasan mengorok (Fransisca, 2011 dalam Dewi 2018).

Stroke *hemoragik* ada 2 jenis :

- a. Hemoragik intraserebral : pendarahan yang terjadi di dalam jaringan otak.
- b. Hemoragik subaraknoid : pendarahan yang terjadi pada ruang subaraknoid (ruang sempit antara permukaan otak dan lapisan jaringan yang menutupi otak).

2. Stroke *Iskemik* (Jenis oklusif)

Stroke *iskemik* adalah terjadi karena tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti. Hal ini disebabkan oleh aterosklerosis yaitu penumpukan kolesterol pada dinding pembuluh darah atau bekuan darah yang telah menyumbat suatu pembuluh darah ke otak.

Hampir sebagian besar pasien atau sebesar 83 mengalami stroke jenis ini. Penyumbatan biasa terjadi di sepanjang jalur pembuluh darah arteri menuju otak.

Stroke *Iskemik* sebagian besar merupakan komplikasi dari beberapa penyakit vaskuler yang ditandai dengan gejala penurunan tekanan darah yang mendadak, takikardi, pucat, dan pernafasan yang tidak teratur (Fransisca, 2011 dalam Dewi 2018).

Stroke iskemik ini dibagi menjadi 3 jenis yaitu :

- a. Stroke trombotik: proses terbentuknya thrombus hingga menjadi gumpalan.
- b. Stroke embolik: tertutupnya pembuluh arteri oleh bekuan darah.
- c. Hipoperfusion sistemik: aliran darah keseluruhan bagian tubuh berkurang karena adanya gangguan denyut jantung.

2.1.3 Faktor-Faktor Resiko

Stroke merupakan suatu penyakit yang disebabkan oleh banyak faktor risiko atau biasa disebut *Multikausal*. Faktor risiko yang berhubungan dengan

kejadian stroke dibagi menjadi dua kelompok yaitu faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi dan faktor yang dapat dimodifikasi (Wahjoepramono, 2005).

Faktor yang dapat menimbulkan stroke dibedakan menjadi faktor risiko yang tidak dapat diubah atau tidak dapat dimodifikasi dan faktor resiko yang dapat diubah atau dapat dimodifikasi (Dinata et all, 2012).

Faktor risiko yang tidak dapat diubah diantaranya peningkatan usia, jenis kelamin, suku dan keturunan. Kemudian faktor risiko yang dapat diubah antara lain hipertensi, diabetes mellitus, merokok, obesitas dan dislipidemia atau yang disebut kadar kolesterol yang tinggi (Dinata et all, 2012).

Stroke merupakan penyakit yang disebabkan oleh banyak faktor risiko atau biasa disebut *multikausal*. Menurut *American Heart Association* (2012), ada 2 tipe faktor resiko terjadinya stroke, yaitu :

1. Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi

Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi adalah faktor risiko yang tidak dapat dilakukan intervensi, karena sudah merupakan karakteristik dari seseorang dari awal mula kehidupanya. Berikut ini merupakan faktor risiko stroke yang tidak dapat dimodifikasi (Nastiti, 2012).

a. Umur

Peningkatan frekuensi stroke seiring dengan peningkatan umur berhubungan dengan proses penuaan, dimana semua organ tubuh mengalami kemunduran fungsi termasuk pembuluh darah otak. Pembuluh darah menjadi tidak elastic terutama bagian endotel yang mengalami penebalan pada bagian intima, sehingga mengakibatkan

- AN

STIK

lumen pembuluh darah semakin sempit dan berdampak pada penurunan aliran darah otak (Kristiyawati dkk,2009 dalam Sofyan 2017).

Umur menjadi faktor resiko stroke yang tidak dapat di ubah. Bertambahnya usia seseorang akan berdampak pada fisiologis tubuhnya yang mengalami kemunduran fungsi. Sel-sel yang menua ini akan mengakibatkan penyakit-penyakit degenerative. Stroke dapat dijumpai pada semua usia, disebabkan oleh proses penuaan terjadi pada semua organ tubuh termasuk pembuluh darah otak yang menjadi rapuh. (Riyanto, 2017 dalam Bariroh 2016).

b. Jenis kelamin

Laki-laki memiliki faktor risiko yang lebih tinggi untuk terkena stroke dibanding perempuan, dikarenakan laki-laki lebih cenderung memiliki kebiasaan merokok dan riwayat mengkonsumsi alkohol. Namun, pada perempuan pengguna kontrasepsi oral yang mengandung kadar estrogen tinggi maka risiko terkena stroke pun makin meningkat. Sedangkan setelah perempuan menopause mulai angka insiden terjadinya stroke hampir sama dengan laki-laki (Halter, 2009 dalam Purnomo 2014).

c. Faktor keturunan

Faktor keturunan berperan penting dalam meningkatkan resiko terjadinya stroke. Faktor keturunan yang biasanya terjadi adalah faktor penyakit degenerative seperti hipertensi, diabetes, kadar kolesterol yang tinggi, yang biasanya bisa diwariskan dalam keluarga penderita. Risiko

terhadap stroke terkait dengan garis keturunan. Para ahli menyatakan adanya gen resensif yang mempengaruhinya (Nastiti, 2012).

Mahannad menyatakan bahwa gaya hidup tidak sehat pada suatu keluarga juga dapat mendukung risiko stroke (Sai 2013 dalam Udani 2017).

d. Ras atau Suku

Di Indonesia sendiri, suku Batak dan Padang lebih rentan terserang stroke dibandingkan suku jawa, hal ini disebabkan oleh pola dan jenis makanan yang lebih banyak mengandung kolesterol (Minarti dkk, 2015 dalam Dewi 2018).

e. Pekerjaan

Stroke terjadi pada penderita tidak tetap. Bekerja tidak tetap menjadi penyebab terjadinya stroke seperti penelitian (Hartono 2007 dalam Dewi 2018). Penderita yang tidak mendapatkan pekerja maka akan mengalami stress karena memikirkan bagaimana cara mencari pekerjaan dan mendapatkan pekerjaan, sebaliknya pada saat penderita mendapat pekerjaan juga akan mengalami stress karena akan berfikir bagaimana cara mengembangkan usahanya agar lebih maju, faktor pekerjaan tersebut memunculkan terjadinya stress seperti yang dikemukakan oleh (Irfan M 2010 dalam Dewi 2018).

f. Pendidikan

Semakin tinggi pendidikan seseorang maka akan semakin tinggi pula pemahamanya tentang suatu hal. Sehingga tingkat pendidikan

mempunyai peran penting dalam menentukan kualitas manusia atau sebagai pola pikir, semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka akan semakin berkualitas atau semakin bagus pola pikir hidupnya. Akan tetapi ,tingkat pendidikan seseorang menentukan sikap orang tersebut terhadap perilaku hidup sehat (Notoadmodjo 2010 dalam Dewi 2018).

2. Faktor risiko yang dapat dimodifikasi

Faktor risiko yang dapat dimodifikasi adalah faktor risiko yang dapat dilakukan intervensi untuk mencegah terjadinya suatu penyakit. Faktor resiko ini bukan merupakan suatu karakteristik mutlak dari seseorang, yang biasanya di pengaruhi oleh banyak hal, terutama perilaku. Berikut ini merupakan faktor risiko yang dapat dimodifikasi (Nastiti, 2012).

a. Hipertensi

Hipertensi diartikan sebagai suatu keadaan dimana tekanan darah seseorang melebihi batas tekanan darah normal. Hipertensi merupakan faktor resiko yang mengakibatkan pecahnya pembuluh darah otak atau menyebabkan penyempitan pembuluh darah otak. Pecahnya pembuluh darah otak akan mengakibatkan perdarahan otak, sedangkan jika terjadi penyempitan pembuluh darah otak akan menganggu aliran darah ke otak yang pada akhirnya menyebabkan kematian sel-sel otak (Dinata et al, 2012).

Hipertensi merupakan faktor risiko utama, baik pada *stroke iskemik* maupun *stroke hemoragik*. Hal ini disebabkan oleh hipertensi memicu proses aterosklerosis oleh karena tekanan yang tinggi dapat mendorong

Low Density Lipoprotein (LDL) kolesterol untuk lebih mudah masuk kedalam lapisan intima lumen pembuluh darah dan menurunkan elastisitas dari pembuluh darah tersebut (Lumongga 2007 dalam Nastiti 2012) .

Hipertensi mempercepat pengerasan dinding pembuluh darah arteri dan mengakibatkan penghancuran lemak pada sel otot polos sehingga mempercepat proses arteriosklerosis, melalui efek penekanan pada sel endotel atau lapisan dalam dinding arteri yang berakibat pembentukan plak pada pembuluh darah semakin cepat (Junaidi 2011 dalam Chaniago 2018).

b. Diabetes Melitus

Diabetes mellitus adalah suatu keadaan yang ditandai dengan hiperglikemia yang terjadi karena adanya gangguan skresi insulin atau kerja insulin ataupun keduanya, dan termasuk suatu kelompok penyakit metabolismik. Pada seseorang dengan diabetes melitus, risiko terjadinya stroke meningkat dua kali lipat dibandingkan dengan orang tanpa diabetes.

Hal ini terjadi karena peningkatan gula darah dapat meningkatkan risiko atherosklerosis. Diabetes melitus menyebabkan stroke melalui kemampuannya menebalkan pembuluh darah otak yang berukuran besar. Penebalan tersebut akan mengakibatkan diameter pembuluh darah mengecil yang mengakibatkan gangguan aliran darah ke otak yang berujung pada kematian sel-sel otak (Dinata, et al 2012).

Keadaan hiperglikemia atau kadar gula dalam darah yang tinggi dan berlangsung kronis memberikan dampak yang tidak baik pada jaringan tubuh, salah satunya adalah dapat mempercepat terjadinya atherosklerosis

baik pada pembuluh darah kecil maupun besar termasuk pembuluh darah yang mensuplai darah ke otak. Keadaan pembuluh darah otak yang sudah mengalami aterosklerosis sangat berisiko untuk mengalami sumbatan maupun pecahnya pembuluh darah yang mengakibatkan timbulnya serangan stroke (Dinata, et al 2012).

Kadar glukosa darah yang tinggi akan menghambat aliran darah dikarenakan pada kadar gula darah tinggi terjadinya pengentalan darah sehingga menghambat aliran darah ke otak. Hiperglikemia dapat menurunkan sintesis prostasiklin yang berfungsi melebarkan saluran arteri, meningkatkannya pembentukan trombosis dan menyebabkan glikolisis protein pada dinding arteri (Wang, 2005).

Pasien yang memiliki riwayat diabetes melitus dan menderita stroke mungkin diakibatkan karena riwayat diabetes mellitus diturunkan secara genetik dari keluarga dan diperparah dengan pola hidup yang kurang sehat seperti banyak mengkonsumsi makanan yang manis dan makanan siap saji yang tidak diimbangi dengan berolahraga teratur atau cenderung malas bergerak (Burhanuddin 2012 dalam Khairatunnisa 2017).

c. Dislipidemia

Dislipidemia merupakan suatu kelainan jumlah lipid dalam darah. Kelainan ini dapat dilihat dari hasil pemeriksaan profil lipid. Oleh karena itu, jika kadar kolesterol dalam darah meningkat, maka risiko untuk aterosklerosis meningkat juga. (Soeharto 2004 dalam Nastiti 2012).

LDL membawa kolesterol dari hati ke sel-sel. Jika kadarnya tinggi akan mengakibatkan terjadinya penumpukan kolesterol di dinding pembuluh darah dan memicu terjadinya pengerasan dinding pembuluh darah yang berujung pada atherosklerosis. Sementara itu, HDL peranya adalah sebagai pembawa kolesterol dari sel-sel tubuh kembali ke hati, dapat membersihkan penimbunan kolesterol yang terjadi pada pembuluh darah, sehingga dapat mencegah terjadinya atherosklerosis (Dinata et al, 2012).

d. Merokok

Merokok adalah penyebab nyata kejadian stroke yang lebih banyak terjadi pada usia dewasa awal dibandingkan lebih tua. Risiko stroke akan menurun setelah berhenti merokok dan terlihat jelas dalam periode 2-4 tahun setelah berhenti merokok. Merokok adalah salah satu faktor resiko terbentuknya lesi atherosklerosis yang paling kuat. Nikotin akan menurunkan aliran darah ke ekstermitas dan meningkatkan frekuensi jantung atau tekanan darah dengan menstimulasi sistem saraf simpatik. Merokok dapat menurunkan elastisitas pembuluh darah yang disebabkan oleh kandungan nikotin di rokok dan terganggunya konsentrasi fibrinogen, kondisi ini mempermudah terjadinya penebalan dinding pembuluh darah dan peningkatan kekentalan darah (Prr5iyanto, 2008 dalam Arisoy 2018).

Perlu diketahui bahwa merokok memicu produksi fibrinogen (faktor penggumpal darah) lebih banyak sehingga merangsang timbulnya atherosklerosis (Pizon & Asanti, 2010). Arteriosklerosis dapat menyebabkan pembuluh darah menyempit dan aliran darah yang lambat karena terjadi

viskositas (kekentalan). Sehingga dapat menimbulkan tekanan pembuluh darah atau pembekuan darah pada bagian dimana aliran melambat dan menyempit (Burhanuddin 2012 dalam Khairatunnisa 2017).

Selain itu, merokok dapat mengakibatkan hal buruk bagi lemak darah dan menurunkan kadar HDL dalam darah. Semua efek nikotin dari rokok dapat mempercepat proses aterosklerosis dan penyumbatan pada pembuluh darah. Karbon monoksida dari rokok juga dapat mengurangi jumlah oksigen yang dibawa oleh darah, sehingga menyebabkan ketidakseimbangan antara oksigen yang dibawa oleh darah, sehingga menyebabkan ketidakseimbangan antara oksigen yang dibutuhkan dengan oksigen yang dibawa oleh darah (*Stroke Association, 2010*).

e. Konsumsi Alkohol

Alkohol merupakan faktor resiko untuk *stroke iskemik* dan kemungkinan juga terkena serangan *stroke hemoragik*. Minuman beralkohol dalam waktu 24 jam sebelum serangan stroke merupakan faktor resiko untuk terjadinya perdarahan subaraknoid. Alkohol merupakan racun untuk otak dan apabila seseorang mengkonsumsi alkohol akan mengakibatkan otak akan berhenti berfungsi (Priyanto 2008 dalam Arisoy 2018).

2.1.4 Patofisiologi

Infark serbral adalah berkurangnya suplai darah ke area tertentu di otak. Luasnya infark bergantung pada faktor-faktor seperti lokasi dan besarnya pembuluh darah dan adekuatnya sirkulasi kolateral terhadap area yang disuplai

oleh pembuluh darah yang tersumbat. Suplai darah ke otak dapat berubah (makin lambat atau cepat) pada gangguan lokal (thrombus, emboli, perdarahan dan spasme vaskuler) atau oleh karena gangguan umum (hipoksia karena gangguan paru dan jantung).

Thrombus dapat pecah dari dinding pembuluh darah terbawa sebagai emboli dalam aliran darah. Thrombus mengakibatkan; iskemia jaringan otak yang disuplai oleh pembuluh darah yang bersangkutan dan edema dan kongesti disekitar area. Area edema ini menyebabkan disfungsi yang lebih besar daripada area infark itu sendiri. Edema dapat berkurang dalam beberapa jam atau kadang-kadang sesudah beberapa hari. Dengan berkurangnya edema pasien mulai menunjukkan perbaikan. Oleh karena thrombosis biasanya tidak fatal, jika tidak terjadi perdarahan masif. Oklusi pada pembuluh darah serebral oleh embolus menyebabkan edema dan nekrosis diikuti thrombosis. Jika terjadi septik infeksi akan meluas pada dinding pembuluh darah maka akan terjadi abses atau ensefalitis, atau jika sisa infeksi berada pada pembuluh darah yang tersumbat menyebabkan dilatasi aneurisma pembuluh darah. Hal ini akan menyebabkan perdarahan cerebral, jika aneurisma pecah atau ruptur.

Selain kerusakan parenkim otak, akibat volume perdarahan yang relatif banyak akan mengakibatkan peninggian tekanan intrakranial dan menyebabkan menurunnya tekanan perfusi otak serta terganggunya drainase otak. Elemen-elemen vasoaktif darah yang keluar serta kaskade iskemik akibat menurunnya tekanan perfusi, menyebabkan neuron-neuron di daerah yang terkena darah dan sekitarnya tertekan lagi.

Jumlah darah yang keluar menentukan prognosis. Apabila volume darah lebih dari 60 cc maka resiko kematian sebesar 93 % pada perdarahan dalam dan 71 % pada perdarahan lobar. Sedangkan bila terjadi perdarahan cerebelar dengan volume antara 30-60 cc diperkirakan kemungkinan kematian sebesar 75 % tetapi volume darah 5 cc dan terdapat di pons sudah berakibat fatal. (Muttaqin 2008).

2.1.5 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis stroke dapat dilihat dari defisit neurologiknya, yaitu:

No	Gejala Klinis	Stroke <i>Hemoragik</i>		Stroke <i>Non Hemoragik</i>
		PIS	PSA	
1	Gejala deficit local	Berat	Ringan	Berat/ringan
2	SIS	Amat jarang	-	+/biasa
3	Permulaan(omset)	Menit/jam	1-2 menit	Pelan(jam/hari)
4	Nyeri kepala	Hebat	Sangat hebat	Ringan/tak ada
5	Muntah pada awalnya	Sering	Sering	Tidak,kecuali lesi batang otak
6	Hipertensi	Hampir selalu	Biasanya tidak	Sering kali
7	Kesadaran	Bisa hilang	Bisa hilang sebentar	Dapat hilang
8	Kaku kuduk	Jarang	Bisa ada pada permulaan	Tidak ada
9	Hemiparesisi	Sering sejak awal	Tidak ada	Sering dari awal
10	Deviasi mata	Bisa ada	Tidak ada	Sering dari awal
11	Gangguan bicara	Sering	jarang	Sering
12	Likuor	Sering berdarah	Selalu berdarah	Jernih
13	Perdarahan subhialoid	Tidak ada	Bisa ada	Tak ada
14	Paresis/gangguan nervus ke III	-	Mungkin (+)	-

Sumber : (Wangi, 2013)

2.1.6 Pemeriksaan Diagnostik Stroke

Berikut ini adalah cara melakukan pemeriksaan stroke *Non Hemoragik* menggunakan teknik **Fast**:

1. **F-Face** : Instruksikan pasien untuk tersenyum. Kaji jika salah satu sisi wajah yang menurun.
2. **A-Arms** : Instruksikan pasien untuk mengangkat kedua tangan dan ditahan untuk beberapa saat. Kaji jika pasien hanya mampu mengangkat salah satu tangganya.
3. **S-Speech** : Instruksikan pasien untuk berbicara dan mengulang kalimat pemeriksa. Kaji jika pasien berbicara seperti orang cadel.
4. **T-Time** : catat waktu setiap kali gejala muncul.



Berikut ini adalah cara melakukan pemeriksaan stroke *Hemoragik* menggunakan teknik "**Segera Ke RS**", yaitu:

1. Senyum tidak simetris.
2. Gerak separuh anggota tubuh melemah tiba-tiba.
3. Bicara pelo atau tiba-tiba tidak dapat bicara atau tidak mengerti kata-kata/bicara.
4. Kebas atau baal.

5. Rabun.
6. Sakit kepala hebat yang muncul tiba-tiba dan gangguan fungsi keseimbangan (Kementerian Kesehatan RI, 2017).



2.1.7 Epidemiologi

Stroke merupakan penyebab kematian ketiga setelah penyakit jantung dan kanker dan masih merupakan penyebab kecacatan (Misbach, 2001). Data dari NHBL's Framingham Heart Study, di Amerika Serikat diperkirakan terdapat 600.000 penderita stroke yang terdiri dari 500.000 penderita stroke baru dan 100.000 penderita stroke ulang. Berdasarkan jenis kelamin diperoleh bahwa insiden stroke di Amerika Serikat sebesar 270 per 100.000 pada laki-laki dan 201 per 100.000 pada perempuan. Sedangkan di Inggris, insiden stroke di perkirakan sebesar 174 per 100.000 pada laki-laki dan 223 per 100.000 pada perempuan (Ritarwan, 2003). Data WHO menyebutkan penderita stroke yang meninggal 2005 berjumlah 5,7 juta orang. Sementara di Indonesia sendiri belum ada data epidemiologis stroke yang lengkap, tetapi proporsi penderita stroke dari tahun ke tahun cenderung meningkat. Di perkirakan ada 500.000 penduduk terkena stroke

dan menyebabkan kematian sebesar 15,4 % (Elida, 2010). Dari jumlah tersebut, sepertiganya bisa pulih kembali, sepertiga lainnya mengalami gangguan fungsional ringan sampai sedang dan sepertiga sisanya mengalami gangguan fungsional berat yang mengharuskan penderita ters menerus dikasur. Bahkan diprediksikan tahun 2020, jika tidak ada penanggulangan stroke yang lebih baik, maka jumlah penderita stroke pada tahun 2020 diprediksikan akan meningkat dua kali lipat (Yayasan Stroke Indonesia, 2009 dalam sofyan, 2017).

2.1.8 Etiologi

Menurut Smeltzer dan Bare (2012) stroke biasanya diakibatkan oleh salah satu dari empat kejadian dibawah ini, yaitu:

1. Trombosis yaitu bekuan darah yang terjadi di dalam pembulu darah atau leher. Secara umum penyebab terjadinya stroke yaitu thrombosis dan arteriosklerosis serebral adalah penyebab utama terjadinya thrombosis. Biasanya trombosi tidak terjadi secara tiba-tiba, dan kehilangan kemampuan berbicara sementara, hemiplegia, atau paresthesia pada setengah tubuh dapat mendahului paralisis berat pada beberapa jam atau hari.
2. Embolisme serebral yaitu bekuan darah atau benda asing lain yang dibawa ke otak dari bagian tubuh yang lain. Embolus biasanya menyumbat arteri pada otak dibagian tengah atau arteri pada otak dibagian tengah atau arteri perifer di otak yang merusak sirkulasi serebral (Valente *et al*, 2015).
3. Iskemia yaitu menurunnya laju aliran darah di otak yang menyebabkan bagian otak mengalami penurunan pasokan darah. Iskemia terutama

karena terjadinya vasokonstriksi pada pembuluh darah arteri yang menyuplai darah ke otak (Valente *et al*, 2015).

4. Hemoragi serebral yaitu terjadinya perdarahan di jaringan otak yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah di otak. Pasien dengan perdarahan dan hemoragi mengalami penurunan pada tingkat kesadaran dan dapat menjadi stupor atau tidak responsive. (Muttaqin, 2011)

2.1.9 Penanganan Stroke

Sebagai upaya pencegahan, penyandang resiko stroke sebaiknya memeriksakan kesehatan secara berkala (Nastiti, 2012).

1. Pencegahan primer

Pencegahan primer yaitu pasien belum pernah mengalami *TIA* ataupun *stroke* dan sangat dianjurkan. Pencegahan primer dapat dilakukan dengan mengetahui secara dini pengendalian faktor risiko, caranya adalah dengan mempertahankan gaya hidup sehat yaitu dengan 3 M :

- a) Menghindari: rokok, stress mental, minum kopi dan alkohol, kegemukan, dan golongan obat-obatan yang dapat mempengaruhi serebrovaskular (amfetamin,kokain,dan sejenis nya)
- b) Mengurangi: asupan lemak, kalori garam, dan kolesterol yang berlebihan.
- c) Mengontrol atau mengendalikan: hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung dan aterosklerosis, kadar lemak darah, konsumsi makanan seimbang, serta olahraga teratur 3-4 kali seminggu.

2. Pencegahan sekunder

Pencegahan sekunder dilakukan pada mereka yang pernah mengalami TIA atau memiliki riwayat stroke sebelumnya, yaitu dengan cara :

- a) Mengontrol faktor resiko stroke atau aterosklerosis, melalui modifikasi gaya hidup, seperti mengobati hipertensi, DM dan penyakit jantung dengan obat diit, stop merokok dan minum alkohol, turunkan berat badan dan rajin olahraga, serta menghindari stress.
- b) Melibatkan peran serta keluarga seoptimal mungkin, yang dapat mengatasi krisis sosial dan emosional penderita stroke dengan cara memahami kondisi baru bagi pasien pasca stroke yang bergantung pada orang lain.
- c) Menggunakan obat-obatan dalam pengelolaan dan pencegahan stroke, seperti anti-agegasi trombosit dan anti-koagulan.

3. Penanganan secara farmakologi

- a) Aspirin

Aspirin Salah satu obat stroke iskemik yang paling umum digunakan dokter selama keadaan darurat. Obat ini terbukti efektif mengencerkan darah yang telah menggumpal, aspirin dapat membantu melancarkan aliran darah ke daerah yang terkena.

- b) Amlodipine

Adalah obat untuk mengatasi hipertensi atau tekanan darah tinggi.

c) Methyldopa

Methyldopa menurunkan tekanan darah dengan cara mengurangi kadar kimia tertentu dalam darah.

d) Metropolo

Menurunkan tekanan darah tinggi dapat membantu mencegah stroke, serangan jantung, dan masalah ginjal. (Reslina, 2017).

4. Penanganan secara non farmakologis

a) **Fisioterapi**

Fisioterapi merupakan terapi untuk mengobati kelainan otot pada manusia yang sering terjadi pada pengidap stroke ringan, metode yang diberikan sangat sederhana dengan mengobati fisik dengan *exercise* (pelatihan), *massage* (pemijatan), dan modilitas alat (penggunaan alat bantu untuk berjalan).

b) **Terapi mobilitas**

Pasien stroke mungkin perlu belajar menggunakan alat bantu mobilitas, seperti alat bantu berjalan, tongkat, kursi roda atau penahan pergelangan kaki. Penyangga pergelangan kaki dapat menstabilkan dan memperkuat pergelangan kaki Anda untuk membantu mendukung berat badan Anda saat Anda belajar kembali berjalan (Reslina, 2017).

5. Diet untuk penderita stroke

Berikut adalah jenis-jenis bahan makanan yang dianjurkan dan dibatasi untuk para penderita stroke:

Sesuai dengan fase penyakit diberikan diet Stroke I atau II.

1. Diet Stroke I

Diet stroke I diberikan kepada pasien dalam fase akut atau bila ada gangguan fungsi menelan. Makanan diberikan dalam bentuk cair kental yang diberikan secara oral atau NGT sesuai dengan keadaan penyakit. Makanan diberikan dalam porsi kecil tiap 2-3 jam. Lama pemberian makanan disesuaikan dengan keadaan pasien. Bahan makanan yang dianjurkan disajikan dalam Tabel

Tabel Bahan Makanan yang Dianjurkan Pada Diet Stroke I

Bahan Makanan	Dianjurkan
Sumber karbohidrat	Maizena, tepung beras, tepung hunkwe dan sagu
Sumber protein hewani	Susu <i>whole</i> dan skim, telur ayam 3-4 btr/minggu
Sumber protein nabati	Susu kedelai, sari kacang hijau dan susu tempe
Sumber lemak	Margarin, minyak jagung
Buah	Sari buah yang dibuat dari: jeruk, pepaya, tomat, sirsak dan apel
Minuman	Teh encer, sirup, air gula, madu dan kaldu

2. Diet Stroke II

Diet stroke II diberikan sebagai makanan perpindahan dari diet stroke I atau kepada pasien pada fase pemulihan. Bentuk makanan merupakan kombinasi Cair jernih dan Cair kental, Saring, Lunak dan Biasa. Pemberian diet pada pasien stroke disesuaikan dengan penyakit penyertanya. Diet stroke II dibagi dalam tiga tahap, yaitu:

Diet Stroke II A	Makanan cair + Bubur saring	1700 Kalori
Diet Stroke II B	Lunak	1900 Kalori
Diet Stroke II C	Biasa	2100 Kalori

Tabel Bahan Makanan yang Dianjurkan dan Tidak Dianjurkan Pada Diet Stroke II

Bahan makanan	Dianjurkan	Tidak dianjurkan
Sumber Karbohidrat	Beras, kentang ubi, singkong, terigu, hunkwe, tapioka, sagu, gula, madu serta produk olahan yang dibuat tanpa garam dapur atau soda/ <i>baking powder</i> , seperti makaroni, mi, bihun, roti, biskuit dan kue kering.	Produk olahan yang dibuat dengan garam dapur atau soda/ <i>baking powder</i> ; kue-kue yang terlalu manis dan gurih.
Sumber protein hewani	Daging sapi dan ayam tak berlemak, ikan, telur ayam, susu skim dan susu penuh dalam jumlah terbatas.	Daging sapi dan ayam berlemak, jeroan, otak, hati, ikan banyak duri, susu penuh, keju, es krim dan produk olahan protein hewani yang diawet seperti daging asap, ham, <i>bacon</i> , dendeng dan kornet.
Sumber protein nabati	Semua kacang-kacangan dan produk olahan yang dibuat dengan garam dapur, dalam jumlah terbatas.	Pindakas dan semua produk olahan kacang-kacangan yang diawet dengan garam natrium atau digoreng.
Sayuran	Sayuran berserat sedang dimasak, seperti bayam, kangkung, kacang panjang, labu siam, tomat, tauge dan wortel.	Sayuran yang menimbulkan gas, seperti sawi, kol, kembang kol dan lobak; sayuran berserat tinggi, seperti daun singkong, daun katuk, daun melinjo, daun pare; sayuran mentah.
Buah	Buah segar, dibuat jus atau disetup, seperti pisang, pepaya, jeruk, mangga, nenas dan jambu biji (tanpa bahan pengawet).	Buah yang menimbulkan gas, seperti nangka dan durian; buah yang diawet dengan natrium seperti buah kaleng dan asinan.

Lemak	Minyak jagung dan minyak kedelai; margarin dan mentega tanpa garam yang digunakan untuk menukar atau setup; santan encer.	Minyak kelapa dan minyak kelapa sawit; margarin dan mentega biasa; santan kental, krim dan produk gorengan.
Minuman	Teh, kopi, cokelat dalam jumlah terbatas dan encer.	Coklat, kopi dan teh kental.
Bumbu-bumbu	Bumbu yang tidak tajam, seperti garam (terbatas), gula, bawang merah, bawang putih, jahe, laos, asem, kayu manis dan pala.	Bumbu yang tajam, seperti cabe, merica dan cuka; yang mengandung bahan pengawet garam natrium, seperti kecap, maggi, terasi, petis, vetsin, soda dan <i>baking powder</i> .

2.1.10 Pertolongan Pertama

(Muhammad, 2009) Mencegah lebih baik dari pada mengobati. Meskipun demikian, bila seseorang mengalami gejala-gejala seperti yang telah disebutkan di atas, inilah beberapa tips yang barangkali dapat menolong penderita sebelum sampai ke rumah sakit terdekat :

1. Bila penderita pingsan, atau mengorok, segera bawa ke rumah sakit terdekat. Saat dibawa ke rumah sakit, perhatikan jalan nafas penderita agar tetap lancar. Misalnya, bila mulut atau hidung penderita mengeluarkan busa, segera dibersihkan. Kadang-kadang penderita muntah. Segera sisa muntahannya dibersihkan dari mulut maupun hidungnya, sambil posisi tubuh berbaring tubuhnya dibuat miring. Hal ini penting untuk menghindarkan agar sisa muntahannya tidak masuk ke jalan napas yang dapat mengakibatkan komplikasi infeksi saluran napas bahkan dapat menyumbat jalan napas sehingga menyebabkan kematian.

2. Hindari memberi minuman atau makanan pada penderita yang pingsan, atau kesadarannya tampak menurun dibanding dengan orang normal. Hal ini untuk mencegah air atau makanan yang diberi tidak mengganggu jalan nafas penderita tersebut.
3. Bila penderita mengalami salah satu atau beberapa gejala seperti disebutkan di atas, namun penderita tetap sadar, penderita sebaiknya tetap dibawa ke rumah sakit. Agak berbeda dengan penderita yang tidak sadar dapat dibawa dalam posisi atau berbaring, tergantung kenyamanan penderita.
4. Sebaiknya tidak panik bila menemukan seseorang terserang stroke. Bila serangan stroke cepat ditangani, kemungkinan hasilnya akan lebih baik dari pada kita panik dan akhirnya tidak melakukan apa-apa.
5. Orang yang mendapat serangan stroke, seluruh darah di tubuhnya akan mengalir dengan sangat kencang menuju pembuluh darah di otak. Apabila pertolongan diberikan terlambat sedikit saja, maka pembuluh darah pada otak tidak akan kuat menahan aliran darah yang mengalir dengan deras dan akan segera pecah sedikit demi sedikit.

Biasanya *stroke hemoragic* lebih berat kondisinya dibandingkan dengan

stroke infark/iskemik. Penangan pertama tergantung pada kondisi pertama kali kita temukan pada penderita. Bila penderita sudah didapatkan dalam kondisi tidak sadar bahkan sudah mendengkur, maka tindakan pertama yang dilakukan:

1. Cek kesadaran, jika tidak sadar hubungi RS terdekat
2. Cek jalan nafas, bila sudah muncul dengkuran, segera terlentangkan penderita dan kepala didongokkan (teknik angkat dagu dengan dahi) atau leher diganjal bantal kecil dan sejenisnya.
3. Cek nafas, dengan cara lihat naik turunnya dada, dengar suara nafas dan rasakan hembusan nafas. Jika tidak ada nafas, kasih nafas buatan (CPR). Jika nafas masih ada, pasang selang oksigen saja (jika ada).
4. Cek nadi di leher, jika tidak berdenyut lakukan pijat jantung (bagi yang sudah terlatih).
5. Segera di bawa ke RS terdekat.

2.1.11 Lama dirawat

Pada umumnya seseorang menderita stroke *iskemik* (sumbatan) akan dirawat kurang lebih 7-10 hari. Pasien dengan stroke *hemoragik* biasanya dirawat lebih lama, yaitu antara 14-21 hari. Pasien stroke yang mengalami komplikasi hipertensi terjadi karena tekanan darah terlalu tinggi, jadi tekanan darah harus diturunkan secara cepat harus dilakukan dirumah sakit untuk memudahkan pemantauan terhadap efek samping yang diturunkanya (Pinzon 2001 dalam Herminawati 2013).

Sebagai yang dijelaskan oleh Pinzon (2001) bahwa faktor resiko yang berhubungan dengan perburukan kondisi stroke adalah usia tua, menderita diabetes melitus, menderita penyakit jantung koroner, penurunan kesadaran saat masuk rumah sakit, tekanan darah yang sangat tinggi atau tekanan darah rendah

saat masuk rumah sakit, dan kenaikan suhu tubuh, sedangkan pasien stroke tanpa komplikasi akan mengalami lama rawat inap yang lebih cepat dikarenakan tidak mempunyai faktor resiko yang harus disembuhkan selain penyakit stroke. Untuk pasien yang pulang hidup didapatkan rata-rata lama perawatan selama 11 hari (fase stabilisasi), sedangkan untuk pasien yang pulang meninggal di rumah sakit didapatkan rata-rata lama perawatan selama 6 hari (fase akut).

Jadi dapat disimpulkan bahwa pasien yang mengalami stroke dengan komplikasi akan mengalami lama rawat inap lebih lama dibandingkan pasien yang mengalami stroke tanpa komplikasi, karena pasien yang mengalami stroke dengan komplikasi mempunyai faktor resiko yang harus disembuhkan selain penyakit stroke itu sendiri (Pinzon 2001 dalam Herminawati 2013).

2.1.12 Komplikasi

Stroke dapat menyebabkan munculnya berbagai masalah kesehatan lain atau komplikasi, dan sebagian besar komplikasi tersebut dapat membahayakan nyawa. Beberapa jenis komplikasi yang mungkin muncul, antara lain:

1. *Dekubitus (tidur yang terlalu lama dan menyebabkan lecet tubuh)*

Jika pasien stroke berbaring terlalu lama, akan mengakibatkan luka lecet pada bagian tubuh yang sering sebagai tumpuan berbaring, misalnya, pinggul, pantat dan kaki. Sehingga di daerah itu sering infeksi. Biasanya, insan pasca stroke yang sangat depresi, mereka justru malas untuk berpindah posisi dalam berbaring. Bisa seharian dalam posisi sama karena mereka ingin merasakan mati dari pada terus tahu bahwa tubuh fisiknya mengalami cacat dan dalam derajat kecacatan tinggi.

2. *Deep vein thrombosis.*

Sebagian orang akan mengalami penggumpalan darah di tungkai yang mengalami kelumpuhan. Kondisi tersebut dikenal sebagai *deep vein thrombosis*. Kondisi ini terjadi akibat terhentinya gerakan otot tungkai, sehingga aliran di dalam pembuluh darah vena tungkai terganggu. Hal ini meningkatkan risiko untuk terjadinya penggumpalan darah. *Deep vein thrombosis* dapat diobati dengan obat antikoagulan.

3. Hidrosefalus.

Sebagian penderita *stroke* hemoragik dapat mengalami hidrosefalus, yakni komplikasi yang terjadi akibat menumpuknya cairan otak di dalam rongga otak (ventrikel). Dokter bedah saraf akan memasang sebuah selang ke dalam otak untuk membuang cairan yang menumpuk tersebut.

4. Disfagia

Kerusakan yang disebabkan oleh *stroke* dapat mengganggu refleks menelan, akibatnya makanan dan minuman berisiko masuk ke dalam saluran pernapasan. Masalah dalam menelan tersebut dikenal sebagai disfagia. Disfagia dapat menyebabkan pneumonia aspirasi.

5. Atrofi dan kekakuan sendi (Kontraktur)

Hal ini disebabkan karena kurang gerak dan immobilisasi.

6. Hemiparesis

Kondisi di mana seseorang masih dapat menggerakan sisi tubuh yang terpengaruh, namun kekuatan ototnya menurun. Hemiparesis bisa

juga disebut paralisis parsial atau setengah lumpuh. Pasien hemiparesis masih bisa menggerakkan sisi tubuh yang mengalami gangguan, namun hanya gerakan kecil dan sangat lemah.

7. Hemiplegai

Kondisi di mana satu sisi tubuh tidak bisa digerakkan sama sekali (lumpuh). Umumnya, lokasi pada otak di mana stroke terjadi akan menentukan letak sisi tubuh yang mengalami lumpuh. Cedera pada sisi kiri otak akan menyebabkan hemiplegia kanan dan sebaliknya (Suwantara, 2004).

(Reslina, 2017).

2.1.13 Pemeriksaan pada stroke

1. Pemeriksaan Radiologis

a. CT Scan

Pada kasus stroke, CT Scan dapat membedakan stroke infrak dan stroke hemoragik. Pemeriksaan CT Scan kepala merupakan gold standart untuk menegakkan diagnosis stroke (Rahmawati, 2009).

b. Magnetic Resonance Imaging (MRI)

Secara umum pemeriksaan Magnetic Resonance Imaging (MRI) lebih sensitive dibandingkan CT Scan. MRI mempunyai kelebihan maupun melihat adanya iskemik pada jaringan otak dalam waktu 2-3 jam setelah onset stroke non hemoragik. MRI juga digunakan pada kelainan medulla spinalis. Kelemahan alat ini adalah tidak dapat mendeteksi adanya emboli paru, udara bebas dalam peritoneum dan

fraktur. Kelemahan lainnya adalah tidak bisa memeriksa pasien yang menggunakan protese logam dalam tubunya, prosedur pemeriksaan yang lebih rumit dan lebih mahal, serta harga pemeriksaan yang lebih mahal (Notosiswoyo, 2007).

2. Pemeriksaan laboratorium

Pada pasien yang diduga mengalami stroke perlu dilakukan pemeriksaan laboratorium. Parameter yang diperiksa meliputi kadar glukosa darah, elektrolit, analisa gas darah, hematologi lengkap, kadar ureum, kreatinin, enzim jantung, prothrombin time (PT) dan activated partial thromboplastin time (aPTT). Pemeriksa kadar glukosa darah untuk mendeteksi hipoglikemia maupun hiperglikemi, karena pada kedua keadaan ini dapat dijumpai gejala neurologis. Pemeriksaan elektrolit ditujukan untuk mendeteksi adanya gangguan elektrolit baik untuk natrium, kalium, kalsium, fosfat maupun magnesium (Rahajuningshi, 2009).

Pemeriksaan analisa gas darah juga perlu dilakukan untuk mendeteksi asidosis metabolic. Hipoksia dan hiperkapnia juga menyebabkan gangguan neurologis. Prothrombin time (PT) dan activated partial thromboplastin time (aPTT) digunakan untuk menilai aktivasi koagulasi serta monitoring terapi. Dari pemeriksaan hematologi lengkap dapat diperoleh data tentang kadar hemoglobin, nilai hematokrit, jumlah eritrosit, leukosit, dan trombosit serta morfologi sel darah. Polisitemia vara, anemia sel sabit, dan trombositemia esensial adalah kelainan sel darah yang dapat menyebabkan stroke (Rahajuningshi, 2009)

2.1.14 Rencana pulang

Rencana pemulangan merupakan suatu proses mempersiapkan klien untuk mendapatkan kontinuitas perawatan baik dalam proses penyembuhan maupun dalam mempertahankan derajat kesehatannya sampai klien merasa siap untuk kembali ke lingkungannya dan harus dimulai sejak awal klien datang ke pelayanan kesehatan. Tindakan utama dalam rencana pemulangan adalah pemberian pendidikan kesehatan pada klien dan keluarga yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, pemahaman, dan dukungan terhadap kondisi kesehatan klien, serta tindak lanjut yang harus dilakukan setelah pulang ke rumah (Cawthorn, 2005 dalam Pemila 2010).

Pasien stroke akan diperbolehkan pulang setelah kondisi medisnya stabil dan faktor resikonya terkendali. Program rehabilitasi dapat dilakukan sambil berobat jalan untuk meningkatkan kemandirian pasien. Masa peralihan stroke adalah 6 bulan setelah serangan stroke (Pinzon, 2001 dalam Pemila 2010).

BAB 3 **KERANGKA KONSEP**

3.1 Kerangka Konsep

Tahap yang penting dalam suatu penelitian adalah menyusun kerangka konsep. Konsep abstraktif dari suatu realistik agar dapat dikomunikasi dan membentuk suatu teori yang menjelaskan keterkaitan antar variabel (baik variabel yang diteliti maupun yang tidak diteliti). Kerangka konsep akan membantu peneliti menghubungkan hasil penemuan dengan teori (Nursalam, 2014).

Bagan 3.1 Kerangka Konsep Gambaran Karakteristik Penyakit Stroke Rawat Inap Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2018.

Karakteristik Penyakit Stroke Rawat Inap

1. Faktor resiko yang tidak dapat di ubah (Umur, suku, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan)
2. Faktor resiko dapat diubah (Hipertensi, DM, Kolesterol).
3. Manifestasi klinis stroke berdasarkan klasifikasi Stroke
 - a. *Hemoragik* (“Segera Ke RS”)
 - b. *Non hemoragik* (“Fast”)
4. Penanganan stroke
5. Komplikasi
6. Lama dirawat

BAB 4 **METODE PENELITIAN**

4.1. Rancangan Penelitian

Jenis rancangan yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah dengan deskriptif. Deskripsi peristiwa dilakukan secara sistematis dan lebih menekankan pada data faktual dari pada penyimpulan. Fenomena disajikan secara apa adanya tanpa manipulasi oleh karena itu penelitian jenis ini tidak memerlukan adanya suatu hipotesis (Nursalam, 2014). Tujuan dari studi deskriptif adalah untuk mengamati, menggambarkan (memaparkan) dan mendokumentasikan aspek situation karena secara alami terjadi (Polit and Beck, 2012:226). Rancangan dalam penelitian ini untuk menggambarkan Karakteristik Penyakit Stroke Rawat Inap Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2018.

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi adalah wilayah subjek maupun objek yang, memenuhi kriteria yang telah di tetapkan untuk diteliti dan mempunyai kualitas serta karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulan (Nursalam, 2014). Populasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah seluruh pasien stroke yang dirawat di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan pada tahun 2018 yang berjumlah 221 orang.

4.2.2 Sampel

Sampel adalah bagian yang terdiri dari populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subjek penelitian melalui total sampel (Nursalam, 2014). Sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah seluruh pasien stroke yang dirawat di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2018 yang berjumlah 221 orang.

4.2.3 Teknik Sampling

Menurut Sugiono (2013:124) *Total Sampling* yaitu teknik penentuan sampel dengan cara mengambil seluruh anggota populasi sebagai responden atau sampel. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan *nonprobability* yaitu sampel jenuh atau sering disebut *Total Sampling*. Jadi sampel dalam penelitian ini adalah seluruh pasien yang mengalami penyakit stroke ruangan rawat inap di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2018.

4.3. Variabel Penelitian dan Defenisi Operasional

4.3.1 Variabel Penelitian

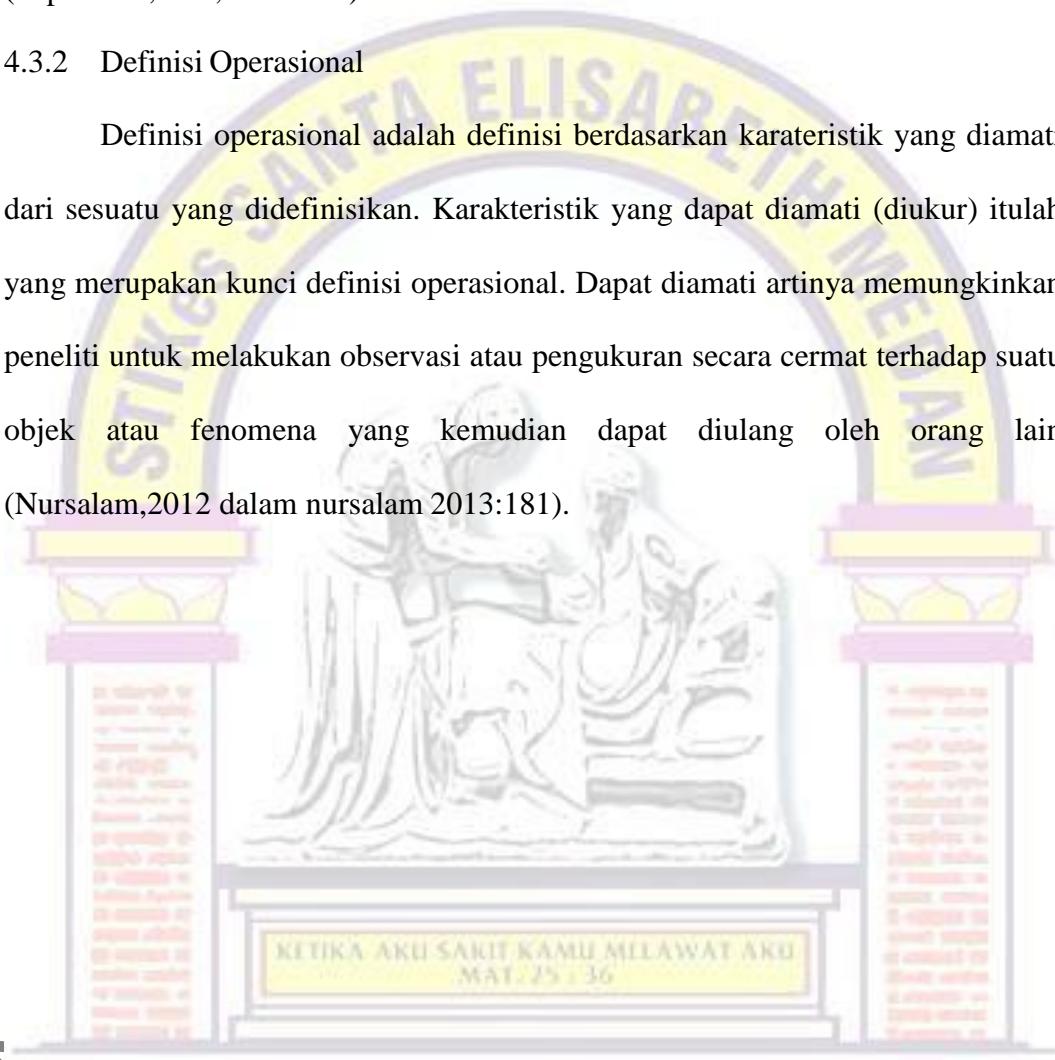
Variabel adalah konsep dari berbagai level abstrak yang didefinisikan sebagai fasilitas untuk pengukuran dan atau manipulasi suatu penelitian (Nursalam, 2014). Dalam rangka penelitian ini yang digunakan adalah jenis variabel Independen (variabel Bebas) dimana Variabel Independen merupakan bagian metode yang harus mencantumkan dengan jelas mengidentifikasi semua variabel independen dan eksperimen, dan variabel yang mempengaruhi atau nilainya menentukan variabel lain variabel bebas biasanya

dimanipulasi, diamati dan diukur untuk diketahui hubungannya atau pengaruhnya terhadap variabel lain (Creswell, 2009:157). Variabel independen dalam penelitian ini adalah Karakteristik Stroke yang meliputi data demografi yaitu (umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan) dan penyakit penyerta yaitu (Hipertensi, DM, Kolesterol).

-AN

4.3.2 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari sesuatu yang didefinisikan. Karakteristik yang dapat diamati (diukur) itulah yang merupakan kunci definisi operasional. Dapat diamati artinya memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena yang kemudian dapat diulang oleh orang lain (Nursalam, 2012 dalam Nursalam 2013:181).



STIK

Tabel 4.1 Variabel Dan Definisi Operasional Gambaran Karakteristik Penyakit Stroke Rawat Inap di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2018.

Variabel	Dimensi	Definisi	Indikator	Alat ukur	Skala	Hasil ukur
Variabel Independen: Faktor resiko yang tidak dapat diubah		Rentang kehidupan seseorang yang diukur dengan tahun (Harlock, 2004)	a. 15-30 tahun b. 31-45 tahun c. 46-60 tahun d. >75 tahun	Data rekam medis	Ordinal	1=15-30 tahun 2=31-45 tahun 3=46-60 tahun 4=>75 tahun
	1.Umur					
	2. Jenis Kelamin	Perbedaan antara perempuan dengan laki-laki secara biologis sejak seseorang lahir. (Cahaya, 2012).	a. Laki-laki b. Perempuan.	Data rekam medis	Nominal	1= Laki-laki 2= Perempuan
	3. Suku	Himpunan manusia yang memiliki atau mempunyai kesamaan dari segi ras, agama, asal-usul bangsa, juga sama-sama terikat didalam nilai kebudayaan tertentu (Frederick, 2013).	a. Minang b. Batak c. Jawa d. Nias e. Chiness	Data rekam medis	Nominal	1=Minag 2=Batak 3=Jawa 4=Nias 5=Chiness
	4. Pendidikan	Pendidikan merupakan tuntunan tumbuh dan berkembangnya seseorang (Kihajar Dewantoro).	a. SD b. SMP c. SMA d. Strata 1 e. Strata 2 f. Strata 3	Data rekam medis	Ordinal	1=SD 2=SMP 3=SMA 4=Strata 1 5=Strata 2 6=Strata 3
	5. Pekerjaan	Pekerjaan adalah sekumpulan kedudukan (posisi) yang memiliki persamaan kewajiban atau tugas-tugas pokoknya (Budi,2012).	a. Pegawai Negeri. b. Pegawai swasta. c. Wiraswasta d. Petani. e. Ibu Rumah Tangga. f. Pensiunan	Data rekam medis	Nominal	1=Pegawai Negeri 2=Pegawai Swasta 3=Wiraswasta 4=Petani 5=Ibu rumah tangga 6=Pensiunan

Variabel	Dimensi	Definisi	Indikator	Alat Ukur	Skala	Hasil Ukur
Faktor resiko yang dapat diubah	Faktor tambahan yang menyertai penyakit tersebut.	a. DM b. Hipertensi c. Kolesterol	Data rekam medis	Ordinal	1=DM 2= Hipertensi 3= Kolesterol	
Manifestasi klinis berdasarkan Klasifikasi stroke	Pembagian penyakit stroke menurut tanda dan gejalahnya.	a. <i>Hemoragik</i> (Segera Ke RS) b. <i>Iskemik</i> (Fast)	Data rekam medis	Ordinal	1= <i>Hemoragik</i> (Segera Ke RS) Kesadaran bisa hilang. Se=Senyum tidak simetris. Ge=Gerakan separuh Ra = Bicara pelo Ke = Kebas R = Rabun Sa = Sakit kepala	
					2= <i>Iskemik</i> (Fast) F=Face A=Arms S=Speech T=Time	
Penanganan stroke	Usaha untuk memulihkan kesehatan orang yang sedang sakit (Reslina, 2017).	1. Farmakologi a. Obat Amlodipine b. Obat Citicoline c. Fisioterapi 2. Non Farmakologi a. Fisioterapi b. Diet stroke	Rekam medis	Ordinal	1= Obat Amlodipine 2=Obat Citicoline 3=Fisioterapi 4=Diet stroke	
Lama Perawatan	Lama hari perawatan yang mengharuskan pasien dirawat inap (Herminawati, 2013).	a. <5 hari b. 5-10 hari c. 11-16 hari d. 17-21 hari e. >21 hari	Data rekam medis	Ordinal	1=<5 hari 1= 5-10 hari 2= 11-16 hari 3= 17-21 hari 4=> 21 hari	
Komplikasi	Sebuah perubahan tak diinginkan dari sebuah penyakit, kondisi kesehatan atau terapi (Macmillan, 2002).	a. Dekubitus b. Disfagia c. Hemiplegia d. Hemiparesis	Data rekam medis	Ordinal	1=Dekubitus 2=Disfagia 3=Hemiplegia 4=Hemiparesis	
Status Kepulangan	Status Pasien stroke saat keluar dari RS Pemila 2010).	a. Hidup b. Paps c. Meninggal.	Data rekam medis	Ordinal	1= Hidup 2=Paps 3=Meninggal	

4.4 Instrument Penelitian

Instrument penelitian adalah alat bantu yang dipilih dan digunakan oleh peneliti dalam kegiatanya menggumpulkan data agar menjadi sistematis(Creswell,2009). Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini berupa pengumpulan data dari Rekam Medis dengan menggunakan buku status pasien di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan.

4.5 Lokasi dan Waktu Penelitian

4.5.1 Lokasi

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan. Adapun alasan peneliti memilih rumah sakit Santa Elisabeth Medan sebagai lokasi penelitian adalah karena lokasi yang strategis dan merupakan lahan praktek peneliti selama kuliah di STIKes Santa Elisabeth Medan.

4.5.2 Waktu Penelitian

Penelitian ini akan dilaksanakan setelah mendapat izin meneliti dan dilaksanakan pada Maret sampai dengan bulan April 2019 yang sudah ditentukan untuk diadakan penelitian di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan.

4.6 Prosedur Pengambilan dan Pengumpulan Data

4.6.1 Pengambilan Data

Data yang dikumpulkan adalah data sekunder, data-data yang didapatkan dari institusi terkait yang akan dicari keterangan seputar penelitian yang akan dilakukan.

4.6.2 Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subyek dan proses pengumpulan karakteristik subyek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2014). Langkah-langkah dalam pengumpulan data bergantung pada rancangan penelitian dan teknik instrument yang digunakan. Pada penelitian ini peneliti menggunakan metode studi dokumentasi dengan cara melengkapi data-data dari Rekam Medik di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan.

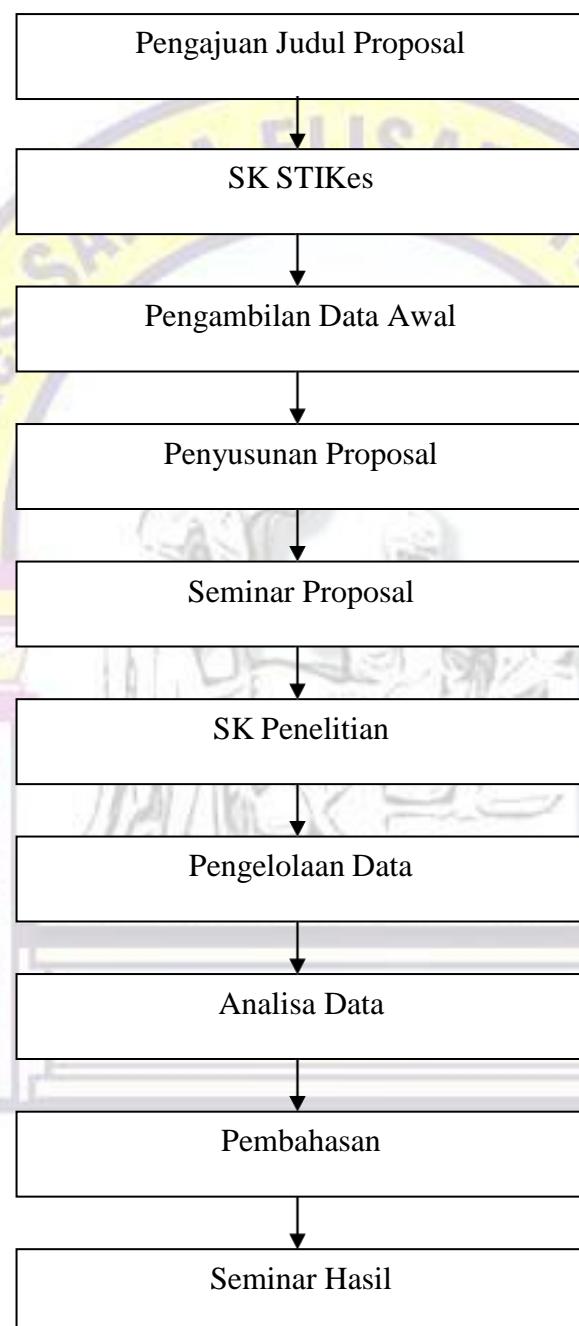
STIK



AN

4.7 Kerangka Operasional

Bagan 4.1 Kerangka Operasional Penelitian Gambaran Karakteristik Penyakit Stroke Rawat Inap di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2018.



4.8 Analisa Data

Analisa deskriptif merupakan suatu prosedur pengolahan data dengan menggambarkan dan meringkas data secara ilmiah dalam bentuk tabel pengumpulan data, (Nursalam,2014). Analisis data berfungsi mengurangi, mengatur, dan memberi makna pada data. (Grove, 2015). Analisa yang digunakan untuk menjelaskan karakteristik setiap variabel penelitian adalah analisis univariat (analisa deskriptif) untuk mengetahui karakteristik penyakit stroke rawat inap 00di RumahSakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2018. Pada penelitian ini metode statistic univariat digunakan untuk mengidentifikasi variabel yaitu Gambaran Karakteristik Penyakit Stroke Rawat Inap Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2018 dalam bentuk lembar ceklist untuk mengetahui hasil jumlah pasien stroke yang di rawat inap di RSE Medan berdasarkan, umur, jenis kelamin, disajikan dengan bentuk tabel distribusi frekuensi menggunakan Mic. Excel. Tujuan peneliti menggunakan Mic. Exel adalah untuk menggambarkan hasil penelitian dalam bentuk tabel atau diagram dalam statistik.

4.9 Etika Penulisan

Sebelum penulis melakukan penelitian,tentunya tahap awal yang dilakukan penulis adalah mengajukan permohonan izin pelaksanaan penelitian kepada pihak Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan. Setelah mendapat izin penelitian, penulis melaksanakan pengumpulan data penelitian. Penelitian ini sudah layak etik oleh komite ETIK STIKes SANTA ELISABETH MEDAN dengan nomor surat 0112/KEPK/PE-DT/V/2019.

BAB 5 **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan adalah Rumah Sakit swasta yang beralamat di Jl. Haji Misbah No. 7. Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan dibangun pada tanggal 11 Februari 1929 dan diresmikan 17 November 1930. Rumah Sakit ini memiliki motto “Ketika Aku Sakit Kamu Melawat Aku (Matius 25:36)”. Visi yang dimiliki Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan mampu berperan aktif dalam memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas tinggi atas dasar cinta kasih dan persaudaraan. Misi Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan terdiri dari 3, yaitu: memberikan pelayanan kesehatan yang aman dan berkualitas atas dasar kasih, meningkatkan sumber daya manusia secara profesional untuk memberikan pelayanan kesehatan yang aman dan berkualitas, meningkatkan sarana dan prasarana yang memadai dengan tetap mempertahankan masyarakat yang lemah.

Tujuan dari Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan yaitu mewujudkan secara nyata kharisma kongregasi Fransiskanes Santa Elisabeth Medan dalam bentuk pelayanan kesehatan kepada masyarakat umum tanpa membedakan suku, bangsa, agama, ras dan golongan serta memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh (holistik) bagi orang-orang sakit dan menderita serta membutuhkan pertolongan.

Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan terakreditasi Paripurna sejak tanggal 21 oktober 2016. Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan menyediakan beberapa

STIK
AN

pelayanan medis, yaitu: di Ruangan gawat darurat terdiri dari ruangan Instalasi Gawat Darurat (IGD), Ruangan Operasi (OK), Ruangan Intermedite (HCU, ICU, ICCU, PICU dan NICU), Ruangan Rawat Inap terdiri dari: Ruangan Bedah (Santa Maria, Santa Martha, Santo Yosep, Santa Lidwina), Ruangan Internis (Santa Fransiskus, Santa Ignatius, Laura, Pauline dan Santa Melania), Ruangan Anak (Santa Theresia), Ruangan Bayi (Santa Monika), Ruangan Maternitas (santa Elisabeth) dan Ruangan Bersalin (Santa Katarina), Hemodialisa (HD), Ruangan Kemoterapi, Fisioterapi, Farmasi, Laboratorium, Klinik/Patologi Anatomi, Unit Transfusi Darah (UTD), adapun Poli di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan yaitu: BKIA, Poli Onkologi, Poli Orthopaedi, Poli Saraf, Poli Urologi, Poli THT, Poli Gigi dan Mulut, Poli Bedah Anak, Poli Kebidanan, Poli Anestesi, Poli Penyakit Dalam dan VCT, Poli Spesialis Anak, Poli Urologi, Poli Jantung, Poli Kejiwaan, Poli Paru, Poli Kulit dan Kelamin, Poli Konsultasi Vaskuler.

Berdasarkan data yang saya ambil dari Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan, adapun ruangan yang menjadi tempat penelitian peneliti adalah seluruh ruangan rawat inap Rumah Sakit Santa Elisabeth.

Tabel 5.1 Distribusi Presentasi Karakteristik Penyakit Stroke Berdasarkan Faktor Resiko yang Tidak Dapat Diubah Rawat Inap di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2018.

Faktor resiko yang tidak dapat diubah:	(f)	(%)
Umur:		
15-30 tahun	1	0,5
31-45 tahun	16	7,2
46-60 tahun	93	42,1
75 tahun	111	50,2
Jumlah	221	100
Jenis Kelamin:		
Laki-Laki	117	52,9
Perempuan	104	47,1
Jumlah	221	100
Suku:		
Minang	5	2,3
Batak	196	88,7
jawa	8	3,6
Nias	4	1,8
Chines	8	3,6
Jumlah	221	100
Pendidikan:		
SD	3	1,4
SMP	38	17,2
SMA	113	51,1
Strata 1	27	12,2
Starata 2	20	9,1
Starata 3	27	12,2
Jumlah	221	100
Pekerjaan:		
Pegawai Negeri	56	25,3
Pegawai swasta	5	2,3
Wiraswasta	75	33,9
Petani	34	15,4
Ibu Rumah Tangga	41	18,6
Pensiunan	10	4,5
Jumlah	221	100

Berdasarkan tabel 5.1 hasil penelitian yang dilakukan di Rekam Medis Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan pada bulan Januari sampai dengan Desember tahun 2018 adalah 221 orang pasien stroke yang di rawat di ruangan rawat inap. Dapat diketahui bahwa distribusi presentasi penyakit stroke berdasarkan usia tertinggi adalah usia >75 tahun ke atas sebanyak 111 pasien (50,2%) dan yang paling terendah adalah usia 15-30 tahun sebanyak 1 pasien (0,5%). Distribusi penyakit stroke berdasarkan jenis kelamin, laki-laki lebih tinggi yaitu 117 pasien (52,9%) dan terendah yaitu berjenis kelamin perempuan yaitu 104 pasien (47,1%). Distribusi penyakit stroke berdasarkan suku yang tertinggi yaitu suku Batak sebanyak 196 pasien (47,1%) dan terendah suku Nias yaitu sebanyak 4 pasien (1,8%). Distribusi stroke berdasarkan Pendidikan tertinggi adalah SMA 113 pasien (51,1%) dan terendah adalah pendidikan SD yaitu sebanyak 3 pasien (1,4%). Dan distribusi penyakit stroke berdasarkan Pekerjaan tertinggi adalah Wiraswasta sebanyak 75 pasien (33,9%) dan yang terendah adalah pekerjaan Pegawai Swasta yaitu 5 pasien (2,3%).

Tabel 5.2 Distribusi Presentasi Karakteristik Penyakit Stroke Berdasarkan Faktor Resiko yang Dapat Diubah Rawat Inap di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2018.

Faktor resiko yang dapat diubah:	(f)	(%)
DM	77	33,3
Hipertensi	125	54,1
Kolesterol	29	12,6
Jumlah	231	100

Berdasarkan tabel 5.2 hasil penelitian yang dilakukan di unit rekam medis RSE Medan tahun 2018 dapat diketahui bahwa distribusi penyakit stroke berdasarkan faktor resiko yang dapat diubah yang tertinggi adalah hipertensi yaitu

125 pasien (54,1%) dan yang terendah adalah kolesterol sebanyak 29 pasien (12,6%).

Tabel 5.3 Distribusi Presentasi Karakteristik Penyakit Stroke Berdasarkan Manifestasi Berdasarkan Klasifikasi Stroke Rawat Inap di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2018.

Manifestasi berdasarkan klasifikasi stroke:	(f)	(%)
Hemoragik (Segera)	38	17,2
Non Hemoragik (Fast)	183	82,8
Jumlah	221	100

Berdasarkan tabel 5.3 hasil penelitian yang dilakukan di unit rekam medis dapat diketahui bahwa distribusi penyakit stroke berdasarkan klasifikasi stroke yang tertinggi adalah Stroke *Non Hemoragik* sebanyak 183 pasien (82,8%) dan yang terendah adalah Stroke *Hemoragik* sebanyak 38 pasien (17,2%).

Tabel 5.4 Distribusi Presentasi Karakteristik Penyakit Stroke Berdasarkan Penanganan Rawat Inap di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2018.

Penanganan penyakit stroke	(f)	(%)
Obat Amlodipine	183	61,7
Obat Citicoline	38	12,8
Fisioterapi	76	25,5
Diet Stroke	20	6,8
Jumlah	297	100

Berdasarkan tabel 5.4 hasil penelitian yang dilakukan di unit rekam medis dapat diketahui bahwa distribusi penyakit stroke berdasarkan pengobatan yang tertinggi adalah obat Amlodipine yaitu sebanyak 183 pasien (61,7%) dan terendah adalah obat Citicoline yaitu sebanyak 38 pasien (12,8%) sedangkan pasien yang menggunakan pengobatan fisioterapi yaitu sebanyak 76 pasien (25,5%).

Tabel 5.5 Distribusi Presentasi Karakteristik Penyakit Stroke Berdasarkan Lama Perawatan Stroke Rawat Inap di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2018.

Lama Perawatan:	(f)	(%)
<5 hari	52	23,5
5-10 hari	145	65,6
11-16 hari	16	7,2
17-21 hari	2	1
>21 hari	6	2,7
Jumlah	221	100

Berdasarkan tabel 5.5 hasil penelitian yang dilakukan di rekam medis dapat diketahui bahwa distribusi penyakit stroke berdasarkan lama perawatan selama di rumah sakit yang tertinggi adalah 5-10 hari yaitu sebanyak 145 pasien (65,6%) dan lama perawatan selama di rumah sakit yang terendah adalah 17-21 hari yaitu sebanyak 2 pasien (1%).

Tabel 5.6 Distribusi Presentasi Karakteristik Penyakit Stroke Berdasarkan Komplikasi Stroke Rawat Inap di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2018.

Komplikasi:	(f)	(%)
Dekubitus	28	11,9
Disfagia	12	5,1
Hemiplegia	19	8,1
Hemiparesis	176	74,8
Jumlah	235	100

Berdasarkan tabel 5.6 hasil penelitian yang dilakukan di unit rekam medis dapat diketahui bahwa distribusi penyakit stroke berdasarkan komplikasi stroke tertinggi adalah Hemiparesis yaitu sebanyak 176 pasien (74,8%) dan komplikasi stroke terendah adalah Disfagia yaitu sebanyak 12 pasien (5,1%).

Tabel 5.7 Distribusi Presentasi Karakteristik Penyakit Stroke Berdasarkan Status Kepulangan Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2019.

Status Kepulangan:	(<i>f</i>)	(%)
Hidup	190	86
Paps	8	3,61
Meninggal	23	10,4
Jumlah	221	100

Berdasarkan tabel 5.7 hasil penelitian yang dilakukan di unit rekam medis dapat diketahui bahwa distribusi penyakit stroke berdasarkan status kepulangan tertinggi adalah hidup yaitu sebanyak 190 pasien (86%) dan status kepulangan terendah adalah Paps yaitu sebanyak 8 pasien (3,61%).

- AN

STIK



5.2 Pembahasan

Stroke terjadi ketika terjadi hambatan suplai darah atau kebocoran darah dari pembuluh darah menyebabkan kerusakan pada otak. Ada dua jenis utama stroke yaitu *Hemoragik* dan *iskemik* (Ratna, 2011).

Hampir 70% kasus *stroke hemoragik* diderita oleh penderita hipertensi, stroke hemoragik ini dapat menyebabkan kematian pada 40 persen pasiennya. Sedangkan stroke *Iskemik* sebagian besar merupakan komplikasi dari beberapa penyakit vaskuler yang ditandai dengan gejala penurunan tekanan darah yang mendadak, takikardi, pucat, dan pernafasan yang tidak teratur. Yang perlu diperhatikan juga adalah stroke iskemik ringan yang gejalanya mirip stroke, tetapi akan hilang dengan sendirinya dalam 24 jam (*transient ischemic attacks* (TIA) (Fransisca, 2011 dalam Dewi 2018).

Adapun beberapa gejala yang menandakan seseorang terserang stroke adalah hipertensi, hemiplegia (ketidakmampuan untuk menggerakkan satu atau lebih anggota badan dari salah satu sisi badan, aphasia (ketidakmampuan untuk mengerti atau berbicara), atau tidak mampu untuk melihat salah satu sisi dari luas pandang (visual field).

Terjadinya stroke berkaitan erat dengan beberapa karakteristik yang dipunyai oleh penderita yaitu umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan hipertensi, diabetes melitus, dislipidemia, merokok, dan minuman alkohol. Penyebab stroke dapat dikarenakan oleh prilaku yang tidak sehat oleh penderita. Prilaku gaya hidup yang tidak sehat adalah faktor resiko utama yang menyebabkan stroke (Nuraisyah, 2017).

Untuk mengurangi jumlah pasien dengan stroke, penting bagi pasien untuk tidak hanya memahami pentingnya proses rehabilitasi saja tetapi juga memahami pentingnya pengendalian faktor resiko. Pedoman Stroke Nasional mengidentifikasi faktor gaya hidup adalah faktor risiko yang harus ditargetkan untuk pencegahan sekunder. (Fukuoka et al 2015 dalam Ramdani 2018).

- AN

5.2.1 Karakteristik penyakit stroke berdasarkan umur

Hasil penelitian yang didapatkan dari 221 pasien yang mengalami stroke di ruang Rawat Inap Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan pada tahun 2018. Berdasarkan kategori usia pasien yang mengalami stroke sebagian besar adalah umur >75 tahun keatas yaitu 111 pasien (50,2%). Penelitian ini di dukung oleh penelitian yang dilakukan pada pasien stroke rawat inap di Rumah Sakit Dr. Cipto Mangunkusumo(RSCM), yaitu sebanyak 74 pasien berumur 51-65 tahun, 44 pasien berumur 35-50 tahun, 31 pasien dan sisanya 3 pasien berumur dibawah 35 tahun (Nastiti, 2011). Hasil penelitian yang sama dilakukan oleh Jayanti (2015) bahwa proporsi pasien yang mengalami stroke pada kategori usia >40 tahun lebih besar dibandingkan dengan pasien kategori usia <40 tahun. Hal ini memberikan gambaran bahwa pola penyakit stroke pertama kali cenderung terjadi pada golongan umur yang lebih tua dikarenakan semakin bertambahnya umur seseorang maka semua organ tubuh akan mengalami kemunduran fungsi termasuk pembuluh darah otak yang akan menjadi rapuh (Riyanto, 2017 dalam Bariroh, 2016).

Usia merupakan faktor risiko stroke yang tidak dapat dimodifikasi dan ketika lanjut usia risiko seseorang terkena stroke akan meningkat dua kalinya

(Brainin & Wolf-Dieter, 2010). Kejadian stroke akan meningkat seiring dengan bertambahnya usia, terutama pada waktu memasuki usia > 55 tahun. Penyakit stroke tidak hanya terjadi pada usia lansia saja, tetapi sekarang juga terjadi pada usia produktif dibawah 45 tahun, bahkan ada penderita stroke yang berusia dibawah 30 tahun (Junaidi, 2014). Oleh karena itu, penyakit stroke yang dahulu diberi tanda ~~stroke~~ diberita pada usia lansia sekarang juga diberita pada usia produktif, hal ini disebabkan karena gaya hidup masyarakat zaman sekarang yang tidak sehat seperti kebiasaan merokok, makan makanan yang tidak sehat, dan kurang aktivitas. Umur merupakan faktor resiko stroke yang tidak dapat diubah. Insiden stroke meningkat dengan bertambahnya usia. Penyakit stroke baik yang stroke *iskemik* maupun *hemoragik* sering dianggap sebagai penyakit monopoli orang tua, namun sekarang ada kecenderungan juga diberita oleh kelompok usia muda. Hal ini terjadi karena adanya perubahan gaya hidup (Junaidi, 2011).

Menurut Kristiyanti (2009) peningkatan frekuensi stroke seiring dengan peningkatan umur berhubungan dengan proses penuaan, dimana semua organ tubuh mengalami mengalami kemunduran fungsi termasuk pembuluh darah otak. Pembuluh darah menjadi tidak elastis terutama bagian endotel yang mengalami penebalan pada bagian intima, sehingga mengakibatkan lumen pembuluh darah semakin sempit dan berdampak pada penurunan aliran darah.

5.2.2 Karakteristik penyakit stroke berdasarkan jenis kelamin

Hasil penelitian di Rekam Medis Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2018 menunjukkan bahwa dari 221 pasien mayoritas pasien berjenis kelamin laki-laki sebanyak 117 pasien (52,9%).

Pada penelitian lain juga didapatkan hasil yang serupa bahwa sebagian besar penderita stroke berjenis kelamin laki-laki sebanyak 376 pasien, sedangkan sisahnya perempuan, yaitu sebanyak 244 pasien (Nastiti, 2011). Akan tetapi berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Chih-Ying wu dan kawan-kawan pada Maret 2007-Agustus 2008 di Taiwan, didapatkan angka kejadian stroke pada laki-laki lebih tinggi dibandingkan perempuan dengan presentasi masing-masingnya 63,4% laki-laki dan 36,6%. Sedangkan, pada penelitian lain didapatkan bahwa penderita stroke laki-laki 27 pasien lebih sedikit dibandingkan dengan penderita stroke perempuan, yaitu sebanyak 39 pasien (Yanis, 2004 dalam Nastiti 2011).

Hal ini menunjukkan bahwa tidak terlihat perbedaan proporsi yang berarti antara penderita laki-laki dengan perempuan. Umumnya pada stroke akibat penyumbatan aliran darah, penderita lebih banyak dialami oleh wanita. Pria kebanyakan menderita stroke diakibatkan pendarahan, yang berkaitan erat dengan aktivitas mereka (Rahmani, 2007 dalam Nastiti, 2011). Pada penelitian ini terlihat bahwa kejadian stroke lebih banyak dialami oleh laki-laki dibandingkan perempuan. Hal ini disebabkan karena perempuan lebih terlindungi dari penyakit stroke sampai umur pertengahan hidupnya akibat hormon esterogen yang dimilikinya. Akan tetapi, setelah mengalami menopause resiko perempuan hampir sama dengan laki-laki untuk terkena serangan stroke.

Laki-laki memiliki kecenderungan lebih besar untuk terkena stroke dibandingkan dengan wanita pada usia dewasa awal, dengan perbandingan 2:1. Walaupun pria lebih rawan dari pada wanita usia muda, tetapi kejadian stroke

pada wanita akan meningkat setelah usia mencapai menopause (Burhanuddin, 2012 dalam Laily, 2016).

Hasil penelitian ini juga didukung oleh pernyataan Bushnell (2009) bahwa kejadian stroke banyak dialami oleh laki-laki, laki-laki memiliki hormon testotern yang bisa meningkatkan kadar LDL darah, apabila kadar LDL tinggi akan meningkatkan kadar kolesterol dalam darah, jika kolesterol dalam darah meningkat akan meningkatkan risiko penyakit degeneratif karena kolesterol darah tinggi merupakan salah satu faktor resiko penyebab penyakit degeneratif (Watila,2010 dalam Laily,2016).

Hal ini juga berhubungan dengan faktor pemicu lainya yang sering dilakukan oleh laki-laki misalnya merokok, laki-laki dengan perokok berat dalam jangka panjang menyebabkan darah mengental. Darah kental menghambat aliran darah, termasuk aliran darah ke sel-sel otak. Kebutuhan sel-sel saraf otak akan zat gizi dan oksigen menjadi terganggu. Merokok membuat darah menjadi kental karena merokok memicu produksi fibrinogen (faktor penggumpalan darah semakin banyak sehingga aliran darah menjadi tidak lancar, ini memicu serangan stroke. Karena itu dapat disimpulkan jika perokok berat rentan terhadap serangan stroke.

5.2.3 Karakteristik penyakit stroke berdasarkan suku

Pada penelitian ini dapat dilihat bahwa pasien stroke lebih banyak dimiliki oleh suku Batak yaitu sebanyak 196 pasien (88,7%). Hasil penelitian ini sejalan dengan teori yang dikemukakan oleh Minarti dkk, (2015) yang mengatakan bahwa di Indonesia sendiri, suku batak dan padang lebih rentan terserang stroke

dibandingkan dengan suku jawa, hal ini disebabkan oleh pola dan jenis makanan suku batak yang lebih banyak mengandung kolesterol.

5.2.4 Karakteristik penyakit stroke berdasarkan pendidikan

Berdasarkan tingkat pendidikan dari 221 pasien stroke rawat inap di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2018, didapatkan distribusi stroke terbanyak adalah tamat SMA, yaitu 113 pasien (51,1%). Hasil penelitian tersebut sejalan dengan hasil penelitian lainnya. Menurut hasil penelitian dari Puskesmas Rejosaridi Pekan Baru tahun 2018, diketahui bahwa distribusi terbanyak kejadian stroke berdasarkan tingkat pendidikan adalah tamat SMA sebanyak 8 orang (26,7%) lalu diikuti dengan tamat SMP yaitu sebanyak 7 pasien (23,3 %) dan tamat SD yaitu sebanyak 5 pasien (16,7%) (Dewi,2018). Sedangkan hasil penemuan yang dilakukan oleh Chiu pada 175 pasien stroke di rumah sakit Taiwan Selatan menunjukkan bahwa mayoritas responden (79,4%) memiliki pendidikan yang rendah yaitu lebih dari lima puluh persen responden memiliki pendidikan rendah sebanyak 60,3% telah menyelesaikan sekolah menengah pertama dan lebih rendah, dan hanya 12,3% yang berpendidikan tinggi.

Penelitian ini sejalan dengan pendapat dari Notoadmodjo (2010) menyatakan bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang maka akan semakin tinggi pula pemahamanya tentang suatu hal. Sehingga tingkat pendidikan mempunyai peran penting dalam menentukan kualitas manusia atau sebagai pola pikir, semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka akan semakin berkualitas atau semakin bagus pola pikir hidupnya.

Tingkat pendidikan sebagai faktor sosial ekonomi memang tidak berkaitan langsung dengan kejadian stroke. Akan tetapi, tingkat pendidikan seseorang menentukan sikap seseorang tersebut terhadap perilaku sehat (Notoatmodjo, 2007 dalam Nastiti 2011).

5.2.5 Karakteristik penyakit stroke berdasarkan pekerjaan

Pada hasil penelitian ini menunjukkan bahwa dari 221 pasien stroke rawat inap di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan sebagian besar bekerja yaitu sebanyak 170 pasien (76,9%). Dalam penelitian lain disebutkan bahwa dari 73 pasien penderita stroke, distribusi penderita stroke terbanyak adalah pada karyawan baik pada pegawai pemerintah atau pegawai non-pemerintah, diikuti dengan penderita stroke dengan pekerjaan sebagai Ibu Rumah Tangga yaitu sebanyak 22 pasien (30,1%), dan penderita stroke dengan jenis pekerjaan pensiunan yaitu sebanyak 6 pasien (8,2%).

Sedangkan hasil penelitian yang didapat dari RSUD A.W. Sjahranie Samarinda Periode tahun 2014 diperoleh presentase pasien yang bekerja sebagai PNS sebanyak 34 pasien (25%), swasta sebanyak 96 pasien (73%) dan IRT sebanyak 2 pasien (1%) dari jumlah pasien keseluruhan.

Pada penelitian yang didapatkan oleh peneliti sendiri didapatkan distribusi pasien stroke lebih banyak pada mereka yang bekerja. Hal ini mungkin disebakan oleh stress psikologi akibat pekerjaan yang dapat meningkatkan resiko stroke. Risiko stroke akibat stress kerja lebih besar 1,4 kali pada pria dari kalangan ekonomi menengah keatas (Mikail, 2011 dalam Nastiti 2011). Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Hartono (2007) yang mengatakan

bahwa penderita yang tidak mendapat pekerjaan maka akan mengalami stress karena memikirkan bagaimana cara mencari pekerjaan dan mendapatkan pekerjaan, sebaliknya pada saat penderita mendapat pekerjaan juga akan mengalami stress karena akan berfikir bagaimana cara mengembangkan usahanya agar lebih maju, faktor pekerjaan tersebut memunculkan terjadiya stress seperti yang telah dikemukakan oleh Hartono (2015).

Hartono, 2007 dalam Laily, 2016 menyatakan bahwa risiko terjadinya stroke pada orang tidak bekerja karena adanya kecenderungan hidup yang santai, pola makan yang tidak teratur, malas berolahraga, dan tingkat stress yang lebih tinggi dibandingkan dengan orang yang mempunyai pekerjaan. Faktor inilah yang menyebabkan kurangnya kemampuan metabolisme tubuh dalam pembakaran zat-zat makanan yang dikonsumsi. Sehingga ini dapat meningkatkan risiko menumpuknya kadar lemak dalam darah yang akan menyebabkan terbentuknya aterosklerosis dalam pembuluh darah yang akan menyumbat aliran darah yang akan menyebabkan munculnya stroke.

5.2.6 Karakteristik penyakit stroke berdasarkan faktor resiko yang dapat diubah

Pada hasil penelitian ini juga didapatkan distribusi pasien stroke berjenis kelamin laki-laki maupun perempuan lebih banyak memiliki tekanan darah tinggi yaitu sebanyak 125 pasien (54,1%). Penelitian ini juga menunjukkan bahwa distribusi pasien stroke berdasarkan faktor resiko Diabetes Melitus yaitu sebanyak 77 pasien, dan diikuti oleh faktor resiko kolesterol yaitu sebanyak 29 pasien.

Pada penelitian lain juga menunjukkan hasil serupa, dimana dari 655 penderita stroke di RSSN Bukittinggi tahun 2010 juga didapatkan sebanyak 559

orang merupakan pasien stroke dengan hipertensi (Mailisafitri, 2011 dalam Nastiti 2011). Dan pada penelitian lain mengatakan bahwa distribusi penderita stroke dengan resiko DM lebih sedikit dibandingkan dengan penderita stroke tanpa DM. Dari 655 penderita stroke di RSSN Bukittinggi tahun 2010, sebanyak 112 orang (17,1%) merupakan pasien stroke dengan DM (Mailisafitri, 2011 dalam Nastiti, 2011). Diikuti dengan penelitian lain seperti pada penelitian di RSSN Bukittinggi tahun 2010, sebanyak 142 pasien (23,7%) dari 600 pasien stroke merupakan pasien stroke dengan kolesterol (Mailisafitri, 2011 dalam Nastiti 2011). Hasil penelitian pada *Framingham Study* juga menyebutkan bahwa tidak ada hubungan antara kolesterol dengan kejadian stroke baik pada laki-laki dan perempuan (Nastiti, 2011).

Hasil penelitian ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Anwar (2012) tentang hubungan riwayat hipertensi dengan kejadian stroke, bahwa riwayat hipertensi merupakan penyebab terjadinya stroke, dikarenakan bila tekanan darah meningkat cukup tinggi selama berbulan-bulan atau bertahun-tahun akan menyebabkan hialinisasi pada lapisan otot pembuluh darah serebral yang mengakibatkan diameter lumen pembuluh darah tersebut (Aisyah, 2012).

Hasil penelitian ini juga di dukung oleh Nastiti (2012) bahwa faktor resiko utama penyakit stroke adalah tekanan darah tinggi, baik tekanan sistolik ataupun diastolik. Hipertensi akan memicu untuk timbulnya plak di pembuluh darah besar (aterosklerosis). Dampak yang ditimbulkan oleh dengan adanya plak didalam pembuluh darah akan menyebabkan penyempitan lumen/diameter pembuluh darah. Plak yang tidak stabil akan mudah menyebabkan pembuluh darah menjadi

mudah pecah dan lepas. Sehingga, jika plak terlepas akan menyebabkan peningkatan risiko tersumbatnya pembuluh darah otak. Jika proses ini terjadi, maka akan menyebabkan timbulnya penyakit stroke. (Jayanti, 2015).

Penelitian Shabnam (2011) juga menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara diabetes mellitus dengan penyakit stroke. Diabetes mellitus menyebabkan laju penuaan sel berlangsung sangat cepat akibat kadar glukosa tinggi disertai kerapuhan pembuluh darah, sehingga beresiko tinggi terhadap hipertensi dan penyakit jantung yang akhirnya meningkatkan risiko serangan stroke. Diabetes mellitus juga dapat mempercepat terjadinya aterosklerosis yang lebih berat, lebih tersebar, sehingga risiko penderita meninggal lebih besar.

Pada seseorang dengan diabetes mellitus, resiko terjadinya stroke meningkat dua kali lipat dibandingkan dengan orang tanpa diabetes mellitus. Hal ini terjadi karena peningkatan gula darah dapat meningkatkan risiko aterosklerosis dan juga resiko stroke lainnya, seperti hipertensi, obesitas dan hiperlipidemia (Nastiti, 2012).

5.2.7 Karakteristik penyakit stroke berdasarkan klasifikasi stroke

Dari hasil penelitian ini didapatkan bahwa distribusi pasien stroke *Non Hemoragik* lebih banyak dibandingkan dengan pasien stroke *hemoragik*. Dari 221 pasien stroke rawat inap didapatkan jumlah pasien stroke *Non Hemoragik* sebanyak 183 pasien, sedangkan stroke *hemoragik* sebanyak 38 pasien. Hal ini sesuai dengan berbagai penelitian tentang stroke lainnya, dimana jumlah pasien stroke jenis *iskemik* atau *non-hemoragik* memang lebih banyak dibandingkan stroke *hemoragik*.

Hasil Penelitian lain yang dilakukan di Instalasi Rawat Inap RSUD A. W. Sjahranie Samarinda Periode Tahun 2014 mendapatkan hasil bahwa dari jumlah keseluruhan pasien stroke, diperoleh sebanyak 75 pasien mengalami stroke *iskemik* dan sebanyak 57 pasien mengalami stroke *hemoragik*. Dan Hasil penelitian lain yang dilakukan di Rumah Sakit Dr. Cipto mangunkusumo(RSCM) Jakarta tahun 1997 mendapatkan hasil bahwa jumlah penderita stroke *Non Hemoragik* atau lebih dikenal dengan stroke *iskemik* sebanyak 372 orang (60%) lebih tinggi dibandingkan dengan stroke *hemoragik* 248 orang (40%) (Nastiti, 2011). Penelitian tentang stroke dilakukan lagi pada tahun 2003 di ruang rawat inap neurologi IRNA B Perjan RSCM. Proporsi penderita stroke *iskemik* atau *non hemoragik* sebanyak 367 orang (67%) lebih banyak dibandingkan dengan stroke *hemoragik* sebanyak 185 orang (33%) (Sulastriyani, 2004 dalam Nastiti, 2011).

Fransisca dalam penelitian dewi (2011) tentang Gambaran Faktor-Faktor penyebab terjadinya stroke mengatakan bahwa jumlah pasien stroke jenis *iskemik* atau *non hemoragik* memang lebih banyak dibandingkan *hemoragik*. Stroke *iskemik* terjadi akibat suplay darah ke otak berkurang hal ini disebabkan karena obstruksi total atau sebagian pembuluh darah otak sedangkan stroke *hemoragik* (pendarahan) biasanya timbul setelah beraktifitas fisik atau karena psikologis, angka kejadian stroke *hemoragik* sekitar 15% dari stroke secara keseluruhan.

5.2.8 Karakteristik penyakit stroke berdasarkan penanganan.

Pada hasil penelitian ini didapatkan bahwa penggunaan obat Amoldipine lebih banyak digunakan untuk pasien penderita penyakit stroke *Non Hemoragik* yaitu sebanyak 183 pasien dan penggunaan obat yang terendah adalah

menggunakan obat Citicoline pada pasien penderita penyakit stroke *Hemoragik* yaitu sebanyak 38 pasien sedangkan tindakan fisoterapi yaitu sebanyak 76 pasien.

Pada penelitian yang dilakukan di Instalasi Rawat Inap RSUD A.W.Sjahranie Samarinda periode 2014 mendapatkan hasil bahwa penggunaan obat citicoline (36%) sedangkan sisahnya adalah penggunaan obat amoldipine yaitu sebanyak (64%).

Amlodipine adalah obat calcium channel blockers untuk menurunkan tekanan darah tinggi. Obat untuk hipertensi ini bekerja dengan cara memasuki jaringan dan pembuluh arteri tertentu. Kemudian mengalir ke jantung sehingga bekerja sangat efektif untuk menurunkan tekanan darah.

Obat citicoline telah banyak dipelajari dan memiliki manfaat untuk kesehatan otak. Obat ini berfungsi mencegah kerusakan otak (*neuroproteksi*) dan membantu pembentukan membran sel di otak (*neurorepair*). Oleh karena fungsi citicoline sebagai *neuroproteksi* dan *neurorepair*, obat tersebut seringkali diberikan pada penderita stroke. Akan tetapi, perlu diketahui bahwa pada penelitian ICTUS tersebut, target penelitiannya adalah pasien dengan stroke iskemik akut. Ternyata citicoline dapat memperbaiki penurunan kemampuan daya pikir (kognitif) setelah serangan stroke. Salah satu penelitian yang melihat kegunaan dari citicoline tersebut adalah penelitian yang dilakukan oleh Alvarez-Sabin dan kawan-kawan. Berdasarkan hasil penelitian tersebut, didapatkan bahwa penggunaan citicoline selama 12 bulan pada pasien yang mendapatkan stroke

iskemik pertama kali terbukti aman dan dapat efektif dalam memperbaiki penurunan daya pikir setelah serangan stroke.

5.2.9 Karakteristik penyakit stroke berdasarkan lama perawatan

Pada hasil penelitian ini didapatkan sebagian besar pasien stroke menjalani pelayanan rawat inap selama 5-10 hari. Penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2018, sebanyak 145 pasien.

Menurut Pinzon (2001) pada umumnya lama perawatan pasien stroke dihitung dalam jumlah hari biasanya pada seseorang penderita stroke iskemik (sumbatan) akan dirawat kurang lebih 7-10 hari. Pasien dengan stroke hemoragik biasanya dirawat lebih lama, yaitu antara 14-21 hari. Jadi dapat disimpulkan bahwa pasien yang mengalami stroke dengan komplikasi akan mengalami lama rawat inap lebih lama dibandingkan pasien yang mengalami stroke tanpa komplikasi, karena pasien yang mengalami stroke dengan komplikasi mempunyai faktor resiko yang harus disembuhkan selain penyakit stroke itu sendiri.

5.2.10 Karakteristik penyakit stroke berdasarkan komplikasi

Pada hasil penelitian ini didapatkan bahwa sebagian besar penderita penyakit stroke mengalami komplikasi tertinggi pada hemiparesis sebanyak 176 pasien (74,8%). Sedangkan sebanyak 28 pasien (12%) memiliki komplikasi dekubitus, lalu diikuti dengan hemiplegia sebanyak 19 pasien (8,1%) dan disfagia sebanyak 12 pasien (5,1%).

5.2.11 Gambaran karakteristik berdasarkan status kepulangan pasien stroke

Pada hasil penelitian ini diketahui bahwa distribusi pasien stroke serangan pertama yang pulang dalam keadaan hidup lebih besar dibandingkan dengan

distribusi stroke yang pulang dalam keadaan meninggal. Dari 221 pasien stroke rawat inap di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan, sebanyak 190 pasien pulang dalam keadaan hidup, lalu diikuti dengan pasien stroke pulang dengan keadaan meninggal yaitu sebanyak 23 pasien (10,4%) dan pasien stroke pulang permintaan sendiri atau PAPS yaitu sebanyak 8 pasien (3,61%). Hasil penelitian lain juga menunjukkan hal serupa bahwa distribusi pasien stroke yang pulang dalam keadaan hidup memang masih lebih besar dibandingkan dengan pasien stroke yang meninggal atau pun paps.

Hasil penelitian lain yang dilakukan di RSCM pada tahun 2003, didapatkan bahwa sebanyak 417 orang (76%) pulang hidup dan 135 orang (24%) pulang dalam keadaan meninggal (Sulastriyani, 2004 dalam Nastiti, 2011). Apalagi dalam penelitian ini sampelnya adalah pasien stroke serangan pertama, yang distribusi pasien pulang hidupnya jauh lebih besar dibandingkan pasien yang meninggal. Hal ini mungkin disebabkan oleh kemajuan teknologi kedokteran yang semakin cepat dan tepat dalam mendiagnosis jenis stroke dan penanganan yang lebih komprehensif.

BAB 6

SIMPULAN DAN SARAN

6.1 Simpulan

Penelitian ini telah dilakukan pada tanggal 20 april hingga 25 april 2019 di Ruang Rekam Medik Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan dengan jumlah data pasien sebanyak 221 orang. Berdasarkan hasil penelitian yang telah dianalisa dapat disimpulkan bahwa pasien yang mengalami stroke di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan pada tahun 2018 meningkat dibandingkan dengan jumlah pasien stroke pada tahun 2017, dan dapat disimpulkan:

1. Gambaran karakteristik penyakit stroke Rawat Inap Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2018 berdasarkan usia didapatkan sebagian besar adalah umur >75 tahun yaitu 111 pasien (50,2%). Semakin bertambahnya umur seseorang maka semua organ tubuh akan mengalami kemunduran fungsi termasuk pembuluh darah otak yang akan menjadi rapuh.
2. Gambaran karakteristik penyakit stroke Rawat Inap Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2018 berdasarkan jenis kelamin didapatkan sebagian besar adalah laki-laki yaitu 117 pasien (52,9%). Stroke lebih sering menyerang laki-laki dari pada perempuan dikarenakan perempuan masih dilindungi oleh hormon esterogen sampai menopause.
3. Gambaran karakteristik penyakit stroke Rawat Inap Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2018 berdasarkan suku didapat

sebagian besar adalah suku batak yaitu sebanyak 196 pasien (88,7%). Dikarenakan mayoritas suku batak lebih banyak mengkonsumsi makanan yang banyak mengandung kolesterol.

4. Gambaran karakteristik penyakit stroke Rawat Inap Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2018 berdasarkan pendidikan didapatkan sebagian besar berpendidikan tamat SMA yaitu 113 pasien (51,1%). Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka akan semakin berkualitas atau semakin bagus pola pikir hidupnya.
5. Gambaran karakteristik penyakit stroke Rawat Inap Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2018 berdasarkan pekerjaan didapatkan sebagian besar adalah pasien yang bekerja sebagai wiraswasta yaitu sebanyak 75 pasien (33,9%). Pada saat penderita mendapat pekerjaan ia akan mengalami stress, karena akan berfikir bagaimana cara mengembangkan usahanya agar lebih maju, faktor pekerjaan tersebut memunculkan terjadinya stress.
6. Gambaran karakteristik penyakit stroke Rawat Inap Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2018 berdasarkan faktor resiko yang dapat diubah didapatkan sebagian besar adalah pasien mengalami hipertensi yaitu 144 pasien (65,2%). Hipertensi merupakan penyebab terjadinya stroke, dikarenakan bila tekanan darah meningkat cukup tinggi selama berbulan-bulan atau bertahun-tahun akan menyebabkan hialinisasi pada lapisan otot

pembuluh darah serebral yang mengakibatkan diameter lumen pembuluh darah tersebut.

7. Gambaran karakteristik penyakit stroke Rawat Inap Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2018 berdasarkan klasifikasi didapatkan bahwa sebagian besar pasien terbanyak adalah pasien dengan stroke *non hemoragik* yaitu 183 pasien (82,8%). Dikarenakan stroke *non hemoragik* terjadi akibat tersumbatnya pembuluh darah sedangkan stroke *hemoragik* terjadi akibat pencahnya pembuluh darah otak.
8. Gambaran karakteristik penyakit stroke Rawat Inap Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2018 berdasarkan pengobatan dan terapi diperoleh dengan hasil pasien yang menggunakan obat amlodipine yaitu sebanyak 183 pasien (61,7%) dan terapi fisioterapi sebanyak 76 pasien (25,5%).
9. Gambaran karakteristik penyakit stroke Rawat Inap Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2018 berdasarkan lama perawatan di peroleh hasil bahwa perawatan lebih lama terjadi pada 5-10 hari yaitu sebanyak 145 pasien (65,6%). Dikarenakan pada pasien yang mengalami stroke dengan komplikasi akan mengalami lama rawat inap lebih lama dibandingkan pasien yang mengalami stroke tanpa komplikasi.
10. Gambaran karakteristik penyakit stroke Rawat Inap Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2018 berdasarkan komplikasi

didapatkan sebagian besar adalah dengan hemiparesis yaitu sebanyak 176 pasien (79,6%). Sebagian besar penderita stroke akan mengalami hemiparesis atau sebagian tubuh tidak bisa digerakkan namun tidak sepenuhnya.

11. Gambaran karakteristik penyakit stroke Rawat Inap Di Rumah

Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2018 berdasarkan status kepulangan pasien didapatkan sebagian besar pulang dengan keadaan hidup yaitu sebanyak 190 pasien (86%).

6.2 Saran

1. Bagi Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan

Diharapkan hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan informasi bagi pihak Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tentang gambaran karakteristik penyakit stroke rawat inap tahun 2018.

2. Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan masukan dan menjadi data tambahan bagi peneliti selanjutnya dalam meneliti gambaran tentang karakteristik penyakit stroke rawat inap di rumah sakit santa elisabeth medan tahun 2018.

3. Bagi Institusi

Diharapkan pihak institusi Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan menjadikan hasil penelitian ini sebagai salah satu bahan bacaan di perpustakaan untuk memperluas wawasan mahasiswa lainnya.

DAFTAR PUSTAKA

Adib, Muhammad . 2009. *Cara Mudah Memahami dan Menghindari Hipertensi Jantung dan Stroke*.Yogyakarta : Rineka Cipta

Arisoy, Y. M., PS, J. M., & Runtuwene, T. (2016). *Gambaran NIHSS pada Pasien Stroke di Ruang Rawat Inap Neurologi RSUP Prof. Dr. RD Kandou Manado* periode Juli 2014-Juni 2015. *e-CliniC*, 4(1).

Bariroh, U., Susanto, H. S., & Adi, M. S. (2016). *Kualitas hidup berdasarkan karakteristik pasien pasca stroke* (studi di RSUD Tugurejo Kota Semarang). *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal)*, 4(4), 486-495.

Chaniago, E. M. (2018). *Karakteristik Penderita Stroke yang di Rawat Inap di RSUD Kota Padangsidimpuan Tahun 2015– 2016*.

Dewi Ratna.2011.*Penyakit Pemicu Stroke*.Yogyakarta:Nuha Medika.

Dinata, C. A., Safrita, Y. S., & Sastri, S. (2013). *Gambaran faktor risiko dan tipe stroke pada pasien rawat inap di bagian penyakit dalam RSUD Kabupaten Solok Selatan* periode 1 Januari 2010-31 Juni 2012. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 2(2), 57-61.

Ds, R. N. P., Safri, S., & Dewi, Y. I. (2018). *Gambaran Faktor-Faktor Penyebab Terjadinya Stroke*. *Jurnal Online Mahasiswa (JOM) Bidang Ilmu Keperawatan*, 5, 436-443.

Herminawati, A., & Suryani, M. (2013). *Perbedaan Lama Rawat Inap Antara Stroke Hemoragik Dan Stroke Non Hemoragik Di Rsud Tugurejo Semarang*. Karya Ilmiah.

Khairatunnisa, K. (2017). *Faktor Risiko Yang Berhubungan Dengan Kejadian Stroke Pada Pasien Di Rsu H. Sahudin Kutacane Kabupaten Aceh Tenggara*. *Jumantik (Jurnal Ilmiah Penelitian Kesehatan)*, 2(1), 60-70.

Napitupulu, R. (2009). *Karakteristik Penderita Stroke Haemoragik Yang Dirawat Inap Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2004-2008*.

Nastiti, D. (2012). *Gambaran faktor risiko kejadian stroke pada pasien stroke rawat inap di Rumah Sakit Krakatau Medika tahun 2011*. Skripsi, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Sumatera Utara, Jakarta.

Nuraisyah, S. (2017). *Gambaran Faktor Risiko Stroke Pada Pasien Stroke Di Poliklinik Saraf Rsud Indramayu*. *Jurnal Kesehatan Indra Husada*, 5(2), 72-80.

Patricia, H., Kembuan, M. A., & Tumboimbela, M. J. (2015). *Karakteristik Penderita Stroke Iskemik yang di Rawat Inap di RSUP Prof. Dr. RD Kandou Manado Tahun 2012-2013.* *e-CliniC*, 3(1).

Pemila, U., Sitorus, R., & Hastono, S. P. (2010). *Penurunan Risiko Kambuh dan Lama Rawat Pada Klien Stroke Iskemik Melalui Rencana Pemulangan Terstruktur.* *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 13(3), 187-194.

Polit F. Denise and Beck T. Cheryl. (2012). *Textbook of Nursing Research: Generating And Assesing Evidence For Nursing Practice* (ninth Edition) Lippincott Williams & Wilkins

Purnomo, N. A. S. (2014). *Resiliensi Pada Pasien Stroke Ringan Ditinjau Dari Jenis Kelamin.* *Jurnal Ilmiah Psikologi Terapan*, 2(2), 241-262.

Ramdani, M. L. (2018). *Karakteristik dan Periode Kekambuhan Stroke pada Pasien dengan Stroke Berulang di Rumah Sakit Margono Soekardjo Purwokerto Kabupaten Banyumas.* *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*, 3(1).

Reslina, I., & Almasdy, D. (2017). *Hubungan Pengobatan Stroke dengan Jenis Stroke dan Jumlah Jenis Obat.* *Jurnal Ipteks Terapan*, 9(1).

Sofyan, A. M., Sihombing, I. Y., & Hamra, Y. (2015). *Hubungan Umur, Jenis Kelamin, dan Hipertensi dengan Kejadian Stroke.* *Medula*, 1(1).

Suwantara, J. R. (2004). *Depresi pasca stroke: Epidemiologi, rehabilitasi, dan psikoterapi.* *Jurnal Kedokteran Trisakti*, 23(4), 150-156.

Udani, G. (2017). *Faktor resiko kejadian stroke.* *Jurnal Kesehatan Metro Sai Wawai*, 6(1), 49-57.

Utami, M. R. (2012). *Hubungan Antara Riwayat Hipertensi Dengan Kejadian Stroke Non Hemoragik Pada Lansia Di RS Muhammadiyah Palembang Periode 1 Januari-31 Desember 2011.*

Valentina Br S, R. (2017). *Karakteristik Penderita Hipertensi dengan Komplikasi Stroke di RSUP H. Adam Malik Tahun 2014-2016.*

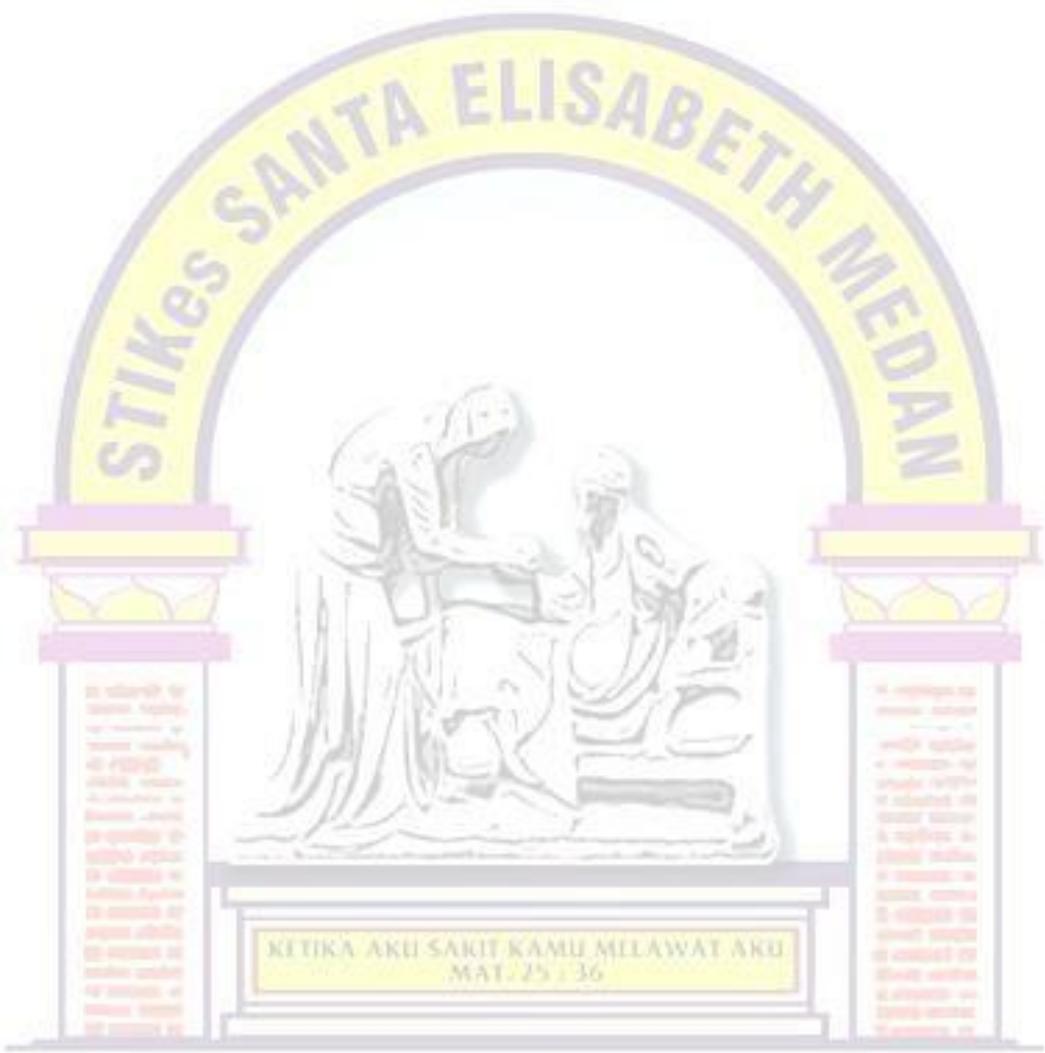
Wangi, Y. S., Widyadharma, I. P. E., & Adnyana, I. M. O. *Proporsi Dan Karakteristik Penderita Stroke Di Unit Stroke Nagasari Rsup Sanglah Denpasar Periode Januari 2013-Desember 2014.*

AN



STIK

AN



STIK

AN



STIK

AN



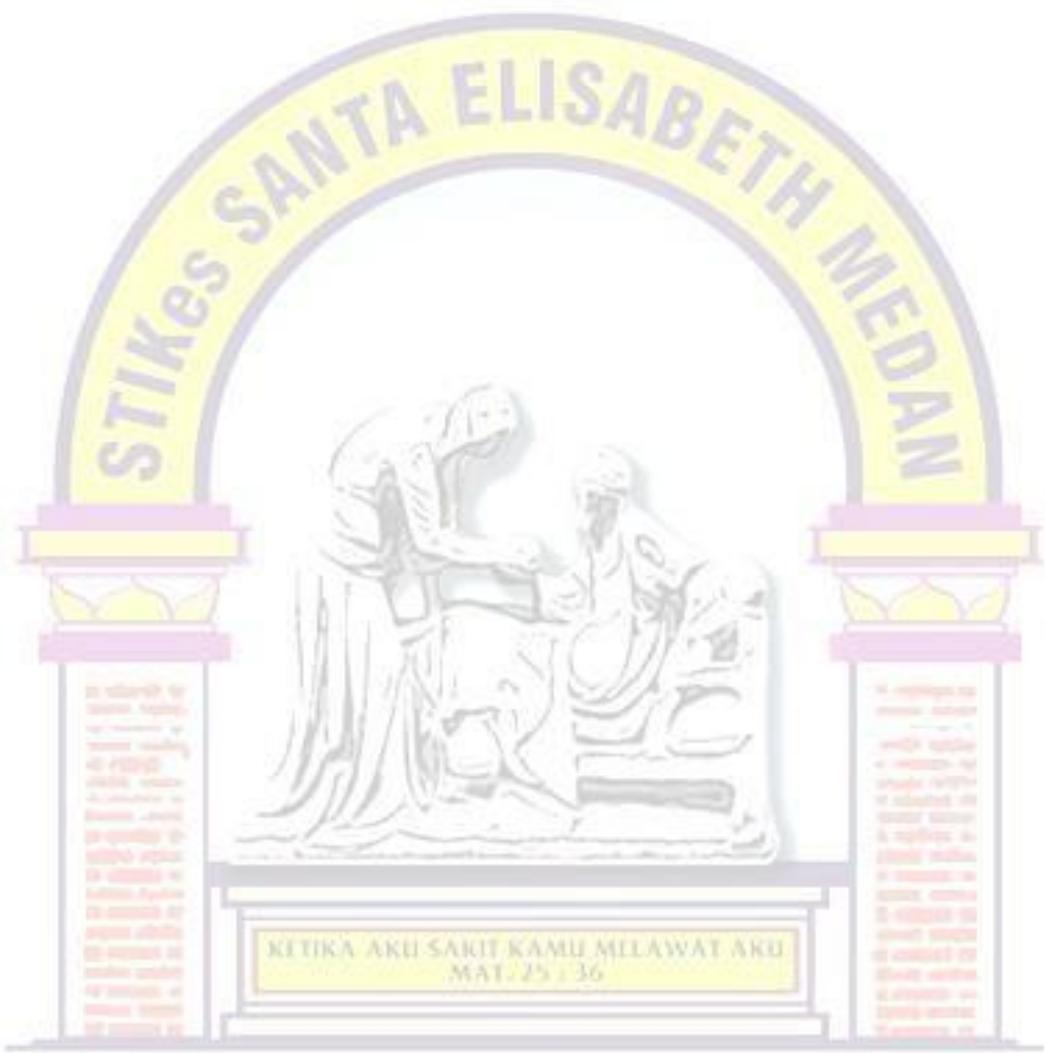
STIK

AN



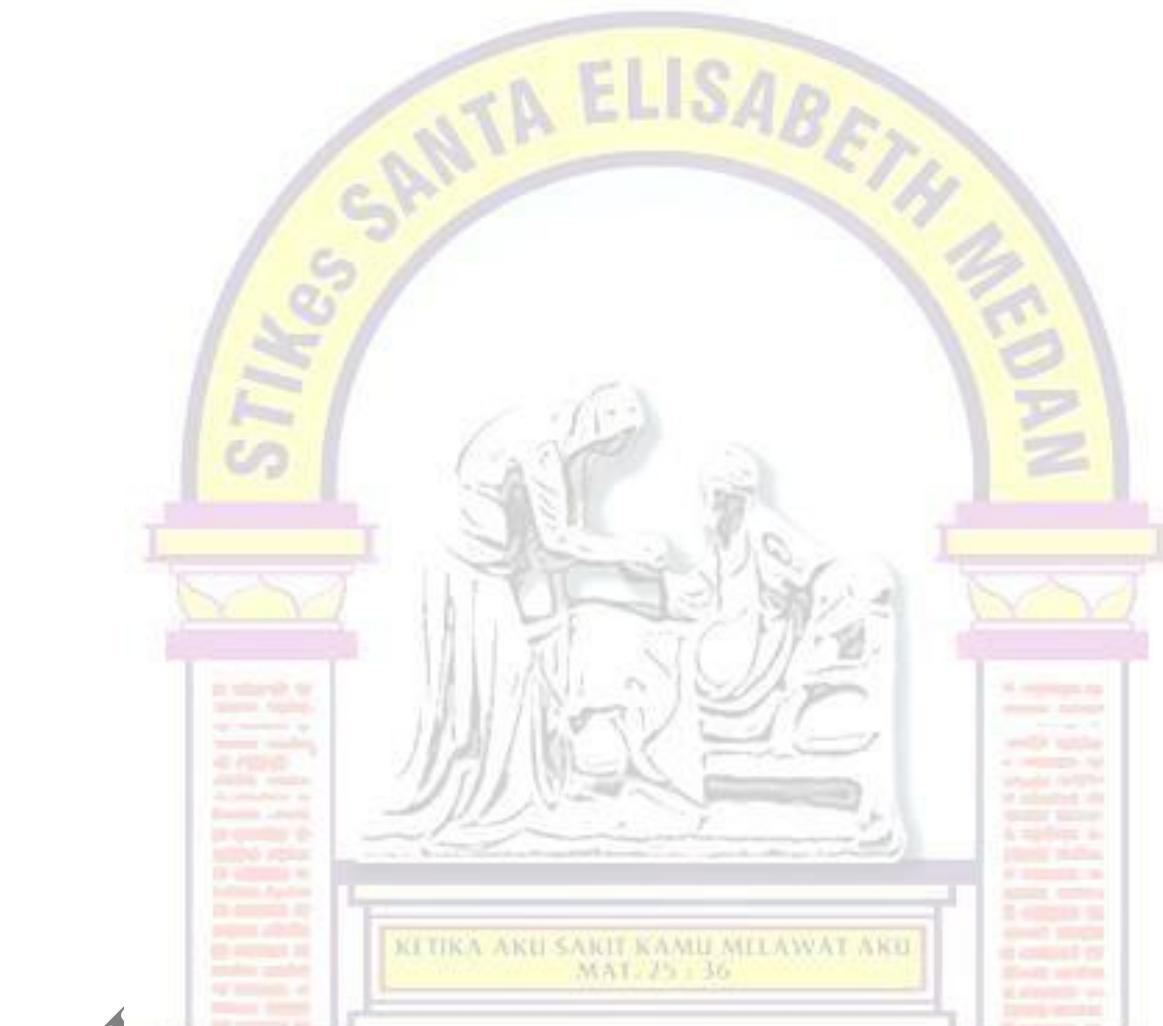
STIK

AN



STIK

DAN



ST'