

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Uraian Teori

1. Stroke

a. Pengertian

Stroke adalah suatu sindrom klinis yang ditandai dengan hilangnya fungsi otak secara akut dan dapat menimbulkan kematian (WHO), 2014). Stroke merupakan gangguan fungsi otak yang timbul mendadak karena terjadinya gangguan peredaran darah otak yang menimbulkan kehilangan fungsi neurologis secara cepat. Dampak dari penyakit stroke diantaranya keterbatasan aktivitas (Pinzon & Asanti, 2010). Secara patologi stroke dibedakan menjadi sebagai berikut :

1) Stroke Iskemik

Sekitar 80% - 85% stroke adalah stroke iskemik, yang terjadi akibat obstruksi atau bekuan di satu atau lebih arteri besar pada sirkulasi serebrum. Klasifikasi stroke iskemik berdasarkan waktunya terdiri atas:

- a) *Transient Ischaemic Attack* (TIA): defisit neurologis membaik dalam waktu kurang dari 30 menit
- b) *Reversible Ischaemic Neurological Deficit* (RIND): defisit neurologis membaik kurang dari 1 minggu
- c) *Stroke In Evolution* (SIE) / *Progressing Stroke*

d) *Completed Stroke*

Beberapa penyebab stroke iskemik meliputi:

- Trombosis

Aterosklerosis (tersering); Vaskulitis: arteritis temporalis, poliarteritis nodosa; Robeknya arteri: karotis, vertebralis 10 (spontan atau traumatik); Gangguan darah: polisitemia, hemoglobinopati (penyakit sel sabit).

- Embolisme

Sumber di jantung: fibrilasi atrium (tersering), infark miokardium, penyakit jantung reumatik, penyakit katup jantung, katup prostetik, kardiomiopati iskemik; Sumber tromboemboli aterosklerotik di arteri: bifurkasio karotis komunis, arteri vertebralis distal; Keadaan hiperkoagulasi: kontrasepsi oral, karsinoma.

- Vasokonstriksi

- Vasospasme serebrum setelah PSA (Perdarahan Subaraknoid).

Terdapat empat sub tipe dasar pada stroke iskemik berdasarkan penyebab: lakunar, thrombosis pembuluh besar dengan aliran pelan, embolik dan kriptogenik (Dewanto dkk, 2009).

2) Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik, yang merupakan sekitar 15% - 20% dari semua stroke, dapat terjadi apabila lesi vaskular intraserebrum mengalami *ruptur* sehingga terjadi perdarahan ke dalam ruang subarakhnoid atau langsung ke dalam jaringan otak. Beberapa penyebab perdarahan intraserebrum: perdarahan intraserebrum hipertensif; perdarahan subarakhnoid (PSA) pada *ruptura aneurisma sakular* (Berry), *ruptura malformasi arteriovena* (MAV), trauma, penyalahgunaan kokain, amfetamin, perdarahan akibat tumor otak, infark hemoragik, penyakit perdarahan sistemik termasuk terapi antikoagulan (Price & Wilson, 2012).

b. Patofisiologi

Oksigen sangat penting untuk otak, jika terjadi hipoksia seperti yang terjadi pada stroke, di otak akan mengalami perubahan metabolik, kematian sel dan kerusakan permanen (AHA, 2015). Pembuluh darah yang paling sering terkena adalah arteri serebral dan arteri karotis interna yang ada di leher (Guyton & Hall, 2014). Adanya gangguan pada peredaran darah otak dapat mengakibatkan cedera pada otak melalui beberapa mekanisme, yaitu :

- 1) Penebalan dinding pembuluh darah (arteri serebral) yang menimbulkan penyumbatan sehingga aliran darah tidak adekuat yang selanjutnya akan terjadi iskemik.
- 2) Pecahnya dinding pembuluh darah yang menyebabkan hemoragik.
- 3) Pembesaran satu atau sekelompok pembuluh darah yang menekan jaringan otak.
- 4) Edema serebral yang merupakan pengumpulan cairan pada ruang interstitial jaringan otak (Smeltzer & Bare, 2013).

Penyempitan pembuluh darah otak mula-mula menyebabkan perubahan pada aliran darah dan setelah terjadi *stenosis* cukup hebat dan melampaui batas krisis terjadi pengurangan darah secara drastis dan cepat. Obtruksi suatu pembuluh darah arteri di otak akan menimbulkan reduksi suatu area dimana jaringan otak normal sekitarnya masih mempunyai peredaran darah yang baik berusaha membantu suplai darah melalui jalur-jalur anastomosis yang ada. Perubahan yang terjadi pada kortek akibat oklusi pembuluh darah awalnya adalah gelapnya warna darah vena, penurunan kecepatan aliran darah dan dilatasi arteri dan arteriola (AHA, 2015).

Penyempitan atau penyumbatan pada arteri serebri media yang sering terjadi menyebabkan kelemahan otot dan spastisitas kontralateral, serta defisit sensorik (hemianestesia)

akibat kerusakan girus lateral presentralis dan 2 postsentralis. Kelemahan tangan maupun kaki pada pasien stroke akan mempengaruhi kontraksi otot. Berkurangnya kontraksi otot disebabkan karena berkurangnya suplai darah ke otak belakang dan otak tengah, sehingga dapat menghambat hantaran jaras-jaras utama antara otak dan medula spinalis. Kekuatan otot adalah kemampuan otot atau group otot menghasilkan tegangan dan tenaga selama usaha maksimal baik secara dinamis maupun statis (Jyh-Geng, et al., 2005) sedangkan fungsi paling utama lengan dan tangan adalah untuk berinteraksi dengan lingkungan (Krakauer, 2005).

c. Etiologi

Menurut Smeltzer dan Bare (2013) stroke biasanya diakibatkan oleh salah satu dari empat kejadian dibawah ini, yaitu :

- 1) Trombosis yaitu bekuan darah di dalam pembuluh darah otak atau leher. Arteriosklerosis serebral adalah penyebab utama trombosis, yang merupakan penyebab paling umum dari stroke. Secara umum, trombosis tidak terjadi secara tiba-tiba, dan kehilangan bicara sementara, hemiplegia, atau paresthesia pada setengah tubuh dapat mendahului paralisis berat pada beberapa jam atau hari.

- 2) Embolisme serebral yaitu bekuan darah atau material lain yang dibawa ke otak dari bagian tubuh yang lain. Embolus biasanya menyumbat arteri serebral tengah atau cabang-cabangnya yang merusak sirkulasi serebral (Valante dkk, 2015).
- 3) Iskemia yaitu penurunan aliran darah ke area otak. Iskemia terutama karena konstiksi atheroma pada arteri yang menyuplai darah ke otak (Valante dkk, 2015).
- 4) Hemoragi serebral yaitu pecahnya pembuluh darah serebral dengan perdarahan ke dalam jaringan otak atau ruang sekitar otak. Pasien dengan perdarahan dan hemoragi mengalami penurunan nyata pada tingkat kesadaran dan dapat menjadi stupor atau tidak responsif.

Akibat dari keempat kejadian di atas maka terjadi penghentian suplai darah ke otak, yang menyebabkan kehilangan sementara atau permanen fungsi otak dalam gerakan, berfikir, memori, bicara, atau sensasi.

d. Klasifikasi

Berdasarkan perjalanan penyakitnya, stroke dapat dibagi menjadi tiga kategori, antara lain :

- 1) Serangan iskemik sepintas, yang merupakan gangguan neurologis fokal atau saraf pusat yang timbul secara mendadak dan menghilang beberapa menit sampai

beberapa jam. Stroke ini bersifat sementara, namun jika tidak ditanggulangi akan berakibat pada serangan yang lebih fatal.

- 2) Progresif atau *involution* (stroke yang sedang berembang), yaitu perjalanan stroke berlangsung perlahan meskipun akut. Stroke dimana defisit neurologisnya terus bertambah atau gangguan pada sistem saraf pusat mengalami gangguan.
- 3) Stroke lengkap/*completed*, yaitu gangguan neurologis maksimal sejak awal serangan dengan sedikit perbaikan. Stroke di mana fungsi sistem saraf menurun pada saat onset atau serangan lebih berat. Stroke ini dapat menyebabkan kelumpuhan permanen jika tidak segera ditanggulangi (Arya, 2011).

e. Tanda dan Gejala

- 1) Kehilangan motorik
 - a) Adanya defisit neurologis/kelumpuhan fokal seperti hemiparesis (lumpuh sebelah badan kanan/kiri saja).
 - b) Baal mati rasa sebelah badan, rasa kesemutan, terasa seperti terkena cabai (terbakar)
 - c) Mulut mencong, lidah moncong, lidah mencong bila diluruskan.
 - d) Berjalan menjadi sulit, langkahnya kecil-kecil.

- 2) Kehilangan komunikasi
 - a) Bicara jadi pelo
 - b) Sulit berbahasa kata yang diucapkan tidak sesuai dengan keinginan/gangguan berbicara berupa pelo, cegal dan kata-katanya tidak bisa dipahami (afasia).
 - c) Bicara tidak lancar hanya sepatah kata yang terucap.
 - d) Bicara tidak ada artinya.
 - e) Tidak memahami pembicaraan orang lain.
 - f) Tidak mampu membaca dan menulis.
- 3) Gangguan persepsi
 - a) Penglihatan terganggu, penglihatan ganda (diplopia)
 - b) Gerakan tidak terkoordinasi, kehilangan keseimbangan.
- 4) Defisit intelektual
 - a) Kehilangan memori/pelupa
 - b) Rentang perhatian singkat
 - c) Tidak bisa berkonsentrasi
 - d) Tidak dapat berhitung
- 5) Disfungsi kandung kemih Tidak bisa menahan kemih dan sering berkemih (Junaidi, 2011).

f. Faktor Risiko Stroke

Faktor risiko stroke dapat dibagi menjadi dua bagian, yaitu:

- 1) Faktor yang tidak dapat dimodifikasi

Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi merupakan faktor yang berupa karakteristik atau sifat pada seseorang yang dapat meningkatkan kemungkinan berkembangnya suatu penyakit tertentu. Faktor risiko stroke yang tidak dapat dimodifikasi yaitu faktor yang berupa karakteristik atau sifat pasien yang tidak dapat diubah. Contoh dari faktor ini yaitu usia, jenis kelamin, dan faktor genetik (Goldstein dkk, 2010).

a) Usia

Risiko mengalami stroke akan semakin meningkat seiring dengan bertambahnya usia (Pinto & Caple, 2010). Menurut hasil penelitian Saraswati (2009), diketahui bahwa pada orang lanjut usia pembuluh darah lebih kaku karena adanya plak. Hal ini berkaitan dengan proses degenerasi (penuaan) yang terjadi secara alamiah. Pada saat umur bertambah kondisi jaringan tubuh sudah mulai kurang fleksibel dan lebih kaku, termasuk pembuluh darah (Farida, 2009).

b) Jenis kelamin

Menurut Bornstein (2009), survey ASNA (*ASEAN Neurologic Association*) melakukan penelitian berskala cukup besar di 28 rumah sakit

seluruh indonesia. Penelitian dilakukan pada penderita stroke akut yang dirawat di rumah sakit (*hospital based study*) dengan analisis penelitian ini, dapat diperoleh gambaran bahwa penderita laki-laki lebih banyak dari perempuan. Jenis kelamin merupakan salah satu faktor risiko stroke yang tidak dapat dimodifikasi. Lebih tingginya kejadian stroke pada laki-laki diduga karena jenis kelamin laki-laki berhubungan dengan faktor risiko stroke lainnya yakni kebiasaan merokok dan konsumsi alcohol (Wirasakti, 2012). Gaya hidup tidak sehat juga dapat menyebabkan stroke berulang karena laki-laki lebih cenderung mempunyai kebiasaan suka memakan makanan siap saji disaat makan siang saat bekerja dan selesai bekerja. Hormon juga mempengaruhi laki-laki lebih banyak terkena stroke daripada perempuan, karena laki-laki tidak memiliki hormon estrogen dan progesteron (Farida, 2009).

c) Faktor genetik

Riwayat stroke dalam keluarga ada hubungannya dengan stroke berulang. Terkait dengan riwayat stroke di keluarga, orang dengan

riwayat stroke yakni 7,75 kali dibanding orang yang tanpa riwayat stroke pada keluarga. Keturunan dari penderita stroke diketahui menyebabkan perubahan dalam penanda aterosklerosis awal yaitu proses terjadinya timbunan lemak di bawah lapisan dinding pembuluh darah yang dapat memicu terjadinya stroke (Aguslina, 2005). Beberapa penelitian lain yang telah dilakukan mengesankan bahwa riwayat stroke dalam keluarga mencerminkan suatu hubungan antara faktor genetik dengan tidak berfungsinya lapisan dinding pembuluh darah dalam arteri koronia. Karena orang yang terkena stroke gennya sangat berpengaruh terhadap keturunannya (Farida, 2009).

2) Faktor yang dapat dimodifikasi

Faktor yang dapat dimodifikasi terdiri dari tingkatan pertama dan kedua.

- a) Tingkat pertama faktor risiko stroke yang dapat dimodifikasi, diurutkan dari tingkat banyaknya kejadian yaitu hipertensi, diabetes mellitus, merokok, fibrilasi atrium dan disfungsi ventrikel kiri.

b) Tingkatan kedua yaitu terdiri dari kolesterol, hiperlipidemia, asimtomatik karotid stenosis, *sickle cell disease*, terapi hormon esterogen, diet, obesitas, alkohol, migrain, dan hiperkoagulasi. Kebanyakan dari faktor risiko yang tingkatan kedua ini, memiliki hubungan dengan pengembangan faktor risiko tingkat pertama, misalnya obesitas merupakan faktor risiko untuk terjadinya hipertensi dan diabetes (Goldstein dkk, 2010).

Faktor risiko yang umumnya menyebabkan stroke yaitu tekanan darah tinggi (hipertensi). Tekanan darah tidak boleh melebihi 140/90 mmHg. Tekanan darah yang tinggi akan menyebabkan tingginya tekanan di dinding arteri sehingga bisa menyebabkan bocornya arteri otak, bahkan ruptur pada arteri otak yang akan mengakibatkan terjadinya stroke hemoragik. Tekanan darah tinggi juga bisa menyebabkan stroke iskemik yang dikarenakan oleh adanya atherosclerosis (Silva dkk, 2014).

2. ADL (*Activity Daily Living*)

a. Pengertian

ADL (*Activity Daily Living*) adalah kegiatan melakukan pekerjaan rutin sehari hari. ADL merupakan

aktivitas pokok bagi perawatan diri. ADL meliputi antara lain : ke toilet, makan, berpakaian dan berhias, mandi, dan berpindah tempat (Hardywinito & Setiabudi, 2005).

ADL adalah ketrampilan dasar dan tugas okupasional yang harus dimiliki seseorang untuk merawat dirinya secara mandiri yang dikerjakan seseorang sehari-harinya dengan tujuan untuk memenuhi atau berhubungan dengan perannya sebagai pribadi dalam keluarga dan masyarakat. Istilah ADL mencakup perawatan diri (seperti berpakaian, makan & minum, *toileting*, mandi, berhias, juga menyiapkan makanan, memakai telepon, menulis, mengelola uang dan sebagainya) dan mobilitas (seperti berguling di tempat tidur, bangun dan duduk, *transfer* atau berpindah dari tempat tidur ke kursi atau dari satu tempat ke tempat lain) (Fajar, 2017).

b. Klasifikasi ADL (*Activity Daily Living*)

- 1) ADL dasar, yaitu keterampilan dasar yang harus dimiliki seseorang untuk merawat dirinya meliputi berpakaian, makan, *toileting*, mandi, berhias. Ada juga yang memasukkan kontinensi buang air besar dan buang air kecil, serta kemampuan mobilitas dalam kategori ADL dasar ini.

- 2) ADL instrumental, yaitu ADL yang berhubungan dengan penggunaan alat atau benda penunjang kehidupan sehari - hari seperti menyiapkan makanan (penggunaan alat - alat makan), menggunakan telepon, menulis, mengetik, mengelola uang kertas.
- 3) ADL vokasional, yaitu ADL yang berhubungan dengan pekerjaan atau kegiatan sekolah.
- 4) ADL non vokasional, yaitu ADL yang bersifat rekreasional, hobi, dan mengisi waktu luang (Fajar, 2017).

c. Faktor yang Mempengaruhi Pemenuhan ADL

Menurut Pujiono (2009), Faktor-faktor yang mempengaruhi kemampuan melakukan *Activity of Daily Living* (ADL), yaitu :

1) Umur dan status perkembangan

Umur dan status perkembangan seorang menunjukkan tanda kemauan dan kemampuan, ataupun bagaimana seseorang tersebut bereaksi terhadap ketidakmampuan melaksanakan ADL (*Activity Daily Living*).

2) Kesehatan fisiologis

Kesehatan fisiologis seseorang dapat mempengaruhi kemampuan dalam *activity of daily*

living, seperti sistem muskuloskeletal yang dikoordinasikan dengan sistem saraf/neurologi sehingga dapat merespon sensori yang masuk dengan cara melakukan gerakan atau motorik. Gangguan pada sistem ini misalnya karena penyakit, atau trauma dapat mengganggu pemenuhan seseorang dalam ADL (*Activity Daily Living*).

3) Fungsi Kognitif

Tingkat kognitif dapat mempengaruhi kemampuan seseorang dalam melakukan ADL (*Activity Daily Living*). Fungsi kognitif menunjukkan proses seseorang dalam menerima, mengorganisasikan dan menginterpretasikan sensor stimulus untuk berpikir dan menyelesaikan masalah. Proses mental yang buruk dapat memberikan kontribusi pada fungsi kognitif dapat mengganggu dalam berpikir logis dan menghambat kemandirian dalam melaksanakan ADL (*Activity Daily Living*).

4) Fungsi Psikososial

Fungsi psikososial menunjukkan kemampuan seseorang dalam mengingat sesuatu hal yang lalu dan menampilkan informasi pada suatu cara yang realistis. Proses ini meliputi interaksi yang kompleks antara

perilaku intrapersonal dan interpersonal. Gangguan pada intrapersonal contohnya akibat gangguan konsep diri atau ketidakstabilan emosi dapat mengganggu dalam tanggung jawab terhadap keluarga dan pekerjaan. Sedangkan gangguan interpersonal seperti masalah komunikasi, gangguan interaksi sosial atau disfungsi dalam penampilan peran juga dapat mempengaruhi dalam pemenuhan ADL (*Activity Daily Living*).

5) Tingkat stress

Stress merupakan respon fisik nonspesifik terhadap berbagai macam kebutuhan. Banyak faktor yang dapat menyebabkan timbulnya stress (stressor), dapat timbul dari dalam tubuh atau lingkungan yang mengakibatkan dapat terganggunya keseimbangan tubuh dan kualitas hidup seseorang. Stressor tersebut dapat berupa fisiologis seperti trauma atau psikologi seperti kehilangan.

6) Ritme biologi

Ritme atau irama biologi membantu homeostasis internal (keseimbangan dalam tubuh dan lingkungan) dan membantu makhluk hidup dalam mengatur lingkungan fisik disekitarnya. Salah satu irama biologi

yaitu irama sirkadian, berjalan pada siklus 24 jam. Perbedaan irama sirkadian dalam membantu pengaturan aktivitas meliputi tidur, temperatur tubuh, dan hormon.

7) Status mental

Status mental menunjukkan keadaan intelektual seseorang. Keadaan status mental akan memberi implikasi pada pemenuhan kebutuhan dasar individu. Seperti halnya pada lansia yang memorinya mulai menurun atau mengalami gangguan, lansia yang mengalami apraksia tentunya akan mengalami gangguan dalam pemenuhan kebutuhannya.

8) Pelayanan kesehatan

Pelayanan kesehatan dan kesejahteraan sosial tidak dapat dipisahkan satu sama lain. Pelayanan kesehatan yang berbasis masyarakat salah satunya adalah posyandu. Jenis pelayanan kesehatan dalam posyandu salah satunya adalah pemeliharaan *Activity of Daily Living*.

3. Kemampuan Pemenuhan ADL

Menurut Moorhead, Jhonson, Maas dan Swanson (2013) bahwa yang menjadi bagian dari kegiatan aktivitas sehari-hari adalah sebagai berikut:

a. Mandi

Mandi merupakan kebutuhan fisiologis yang harus didapat oleh pasien stroke. Pasien stroke yang mengalami ketergantungan sedang hingga ketergantungan total mengalami gangguan dalam memenuhi kebutuhan mandi. Mandi merupakan praktik menjaga kebersihan tubuh dengan menggunakan agen pembersih seperti sabun, shampo, air, odol, penyikat gigi, dan *shower puff* digunakan untuk membersihkan tubuh dari kotoran, keringat, dan mikroorganisme seperti bakteri dan jamur yang dapat menempel di kulit (Rosiana, 2009).

b. Berpakaian dan berhias

Berpakaian dan berhias merupakan salah satu perawatan diri yang perlu dilakukan pada pasien stroke. Penggunaan celana dan baju dapat dipakai dengan mengenaikannya pada bagian ekstremitas yang sakit terlebih dahulu dan melepaskannya dari ekstremitas yang sehat. Orang terdekat seperti keluarga dan perawat dapat membantu terpenuhinya kebutuhan mandi, berpakaian, dan berhias pada pasien stroke, sehingga pasien stroke dapat terawat, rapi, dan bersih walaupun dalam keterbatasan fisik yang dialami (Rosiana, 2009).

c. Makan

Kebutuhan nutrisi merupakan kebutuhan terhadap proses pemasukan dan pengolahan zat makanan oleh tubuh yang bertujuan untuk menghasilkan energi dan digunakan dalam aktivitas sehari-hari tubuh (Hidayat & Uliyah, 2012). Aktivitas makan merupakan kegiatan yang terdiri dari mengambil makanan dengan sendok, memasukkan makanan ke mulut dengan tangan, menelan makanan, membuka botol atau kaleng minuman dan minum menggunakan gelas atau cangkir sekaligus menelan makanan dan mengunyah bahan makanan yang keras (Moorhead dkk, 2013).

d. Penggunaan Toilet

Kegiatan aktivitas sehari-hari toileting meliputi kemampuan pergi ke kamar mandi dan menyiram setelah buang air besar, mengenal dan merespon keinginan untuk berkemih, berjalan ke toilet, memakai pakaian setelah buang air besar dan buang air kecil serta mampu bangun dari kloset setelah buang air besar (Moorhead dkk, 2013).

e. Pengontrolan BAB dan BAK

Kebutuhan fisiologis seperti eliminasi urin BAK dan BAB atau aktivitas *toileting* pada pasien stroke dapat dibantu oleh perawat maupun keluarga. Namun, apabila

pasien stroke masih dalam kategori ketergantungan ringan hingga sedang, yang masih memungkinkan pasien untuk beraktivitas *toileting* mandiri dapat dilakukan tanpa bantuan. Pasien stroke yang mengalami kelumpuhan tubuh akan mengalami kesulitan dalam aktivitas *toileting* karena minimnya gerakan tubuh yang dilakukan sehingga dapat menyebabkan konstipasi pada pasien. Hal ini menyarankan perawat maupun keluarga untuk dapat memastikan diberikannya makanan yang bergizi dengan serat yang tinggi untuk membantu memperlancar eliminasi (Rosiana, 2009).

f. Mobilitas

Mobilitas atau pergerakan (berpindah) pada pasien stroke perlu dilakukan secara teratur. Dalam hal ini perawat maupun keluarga harus dapat memotivasi dan memberikan semangat pada pasien untuk melakukan pergerakan, agar dapat melatih kemampuan fungsi tubuh. Keteraturan dalam mengikuti fisioterapi perlu diperhatikan untuk dapat meningkatkan status fungsi tubuh pasien, namun tidak langsung diperoleh secara instan, tetapi diperoleh secara perlahan dan dibutuhkan kesabaran (Rosiana, 2009).

4. Cara Pengukuran ADL

Pengkajian ADL penting untuk mengetahui tingkat ketergantungan atau besarnya bantuan yang diperlukan dalam kehidupan sehari-hari. Pengukuran kemandirian ADL akan lebih mudah dinilai dan dievaluasi secara kuantitatif dengan sistem skor yang sudah banyak dikemukakan oleh berbagai penulis ADL dasar, sering disebut ADL saja, yaitu keterampilan dasar yang harus dimiliki seseorang untuk merawat dirinya meliputi berpakaian, makan, *toileting*, mandi, berpakaian. Ada juga yang memasukkan kontinensi buang air besar dan buang air kecil dalam kategori ADL dasar ini. Dalam kepustakaan lain juga disertakan kemampuan mobilitas (Sugiarto, 2005).

Tabel 1 Macam-macam Pengukuran ADL

Alat Ukur	Deskripsi & jenis skala	Kehandalan, kesahihan & sensitivitas	Waktu & pelaksanaan	Komentar
Indeks barthel	Skala ordinal dengan skor 0 – 20 : 10 item : makan, mandi, berhias dan berpakaian, membersihkan diri (lap muka, sisir rambut, sikat gigi) kontrol kandung kencing dan kontrol anus, <i>toileting</i> , tranfer kursi/tempat tidur, mobilitas dan naik tangga.	Sangat handal & sangat sah, dan cukup sensitif.	< 10 menit, sangat sesuai untuk skrinning, penilaian formal, pemantauan dan pemeliharaan terapi.	Skala ADL yang sudah diterima secara luas, kehandalan dan kesahihan sangat baik.
Indek Katz	Penilaian dikotomi dengan urutan <i>dependensi</i> yang	Kehandalan & kesahihan cukup;	< 10 menit, sangat sesuai untuk	Skala ADL yang sudah diterima

	hierarkis : mandi, berpakaian, toileting, transfer, kontinensi, dan makan. Penilaian dari A (mandiri pada keenam item) sampai G (<i>dependent</i> pada keenam item).	kisaran ADL sangat terbatas (6 item)	ADL skrinning, penilaian formal, pemantauan dan pemeliharaan terapi.	secara luas, kehandalan dan kesahihan cukup, menilai keterampilan dasar, tetapi tidak menilai berjalan & naik tangga.
FIM (<i>Functional Independence Measure</i>)	Skala ordinal dengan 18 item, 7 level dengan skor berkisar antara 18 – 126; area yang dievaluasi; perawatan diri, kontrol stringfer, transfer, lokomosi, komunikasi dan kognitif sosial.	Kehandalan & kesahihan baik, sensitif dan dapat mendeteksi perubahan kecil dengan 7 level.	< 20 menit sangat sesuai untuk skrinning, penilaian formal, pemantauan dan pemeliharaan terapi serta evaluasi program.	Skala ADL yang sudah diterima secara luas, pelatihan untuk petugas pengisi lebih lama karena item banyak.

Sumber : (Sugiarto, 2005).

Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa indeks barthel handal,sahih dan cukup sensitif, pelaksanaannya mudah, cepat (dalam waktu kurang dari 10 menit), dari pengamatan langsung atau dari catatan medik penderita, lingkupnya cukup mewakili ADL dasar dan mobilitas ADL dasar, sering disebut ADL saja, yaitu ketarampilan dasar yang harus dimiliki seseorang untuk merawat dirinya meliputi berpakaian dan berhias, makan dan minum, toileting, eliminasi ,mandi, mobilisasi (Sugiarto, 2005).

5. Indeks Barthel

Indeks barthel mengukur kemandirian fungsional dalam hal perawatan diri dan mobilitas. Indeks barthel dapat digunakan sebagai kriteria dalam menilai kemampuan fungsional bagi pasien-pasien yang mengalami gangguan keseimbangan, terutama pada pasien pasca stroke. Indeks barthel ADL (modifikasi Collin C, Wade DT) adalah suatu alat atau instrument ukur status fungsional dasar berupa kuesioner yang berisi atas 10 butir pertanyaan terdiri atas mengontrol buang air besar dan rangsang buang air kecil , berpakaian, berhias (perawatan wajah, gigi, dan bercukur), penggunaan toilet, makan, mandi, mobilitas seperti berjalan, berpindah tempat dari kursi ke tempat tidur dan sebaliknya dan naik turun tangga. Indeks barthel ADL ini menggunakan skala ordinal untuk mengukur kinerja dalam aktivitas sehari-hari (ADL).

Tabel 2 Instrumen Pengkajian Indeks Barthel

Aktivitas Harian	Score	Keterangan
Makan	0	Tidak mampu
	1	Butuh bantuan memotong lauk, mengoles mentega dll
	2	Mandiri
Berpakaian	0	Tergantung orang lain
	1	Sebagian dibantu (misal mengancing baju)
	2	Mandiri
Mengontrol BAB	0	Inkontinensia (tidak teratur atau perlu enema)
	1	Kadang Inkontensia (sekali seminggu)
	2	Kontinensia (teratur)
Mengontrol BAK	0	Inkontinensia atau pakai kateter dan tidak terkontrol
	1	Kadang Inkontinensia (maks, 1x24 jam)
	2	Kontinensia (teratur untuk lebih dari 7 hari)
Penggunaan toilet	0	Tergantung bantuan orang lain
	1	Membutuhkan bantuan, tapi dapat melakukan

Aktivitas Harian	Score	Keterangan
	2	beberapa hal sendiri Mandiri
Mandi	0	Tergantung orang lain
	1	Mandiri
Berhias	0	Membutuhkan bantuan orang lain
	1	Mandiri dalam perawatan muka, rambut, gigi, dan bercukur
Berpindah dari tempat tidur ke kursi (sebaliknya)	0	Tidak mampu
	1	Butuh bantuan untuk bisa duduk (2 orang)
	2	Bantuan kecil (1 orang)
	3	Mandiri
Berjalan	0	Immobile (tidak mampu)
	1	Menggunakan kursi roda
	2	Berjalan dengan bantuan satu orang
	3	Mandiri (meskipun menggunakan alat bantu seperti, tongkat)
Naik turun tangga	0	Tidak mampu
	1	Membutuhkan bantuan (alat bantu)
	2	Mandiri

Keterangan :

20 : mandiri

12 - 19 : ketergantungan ringan

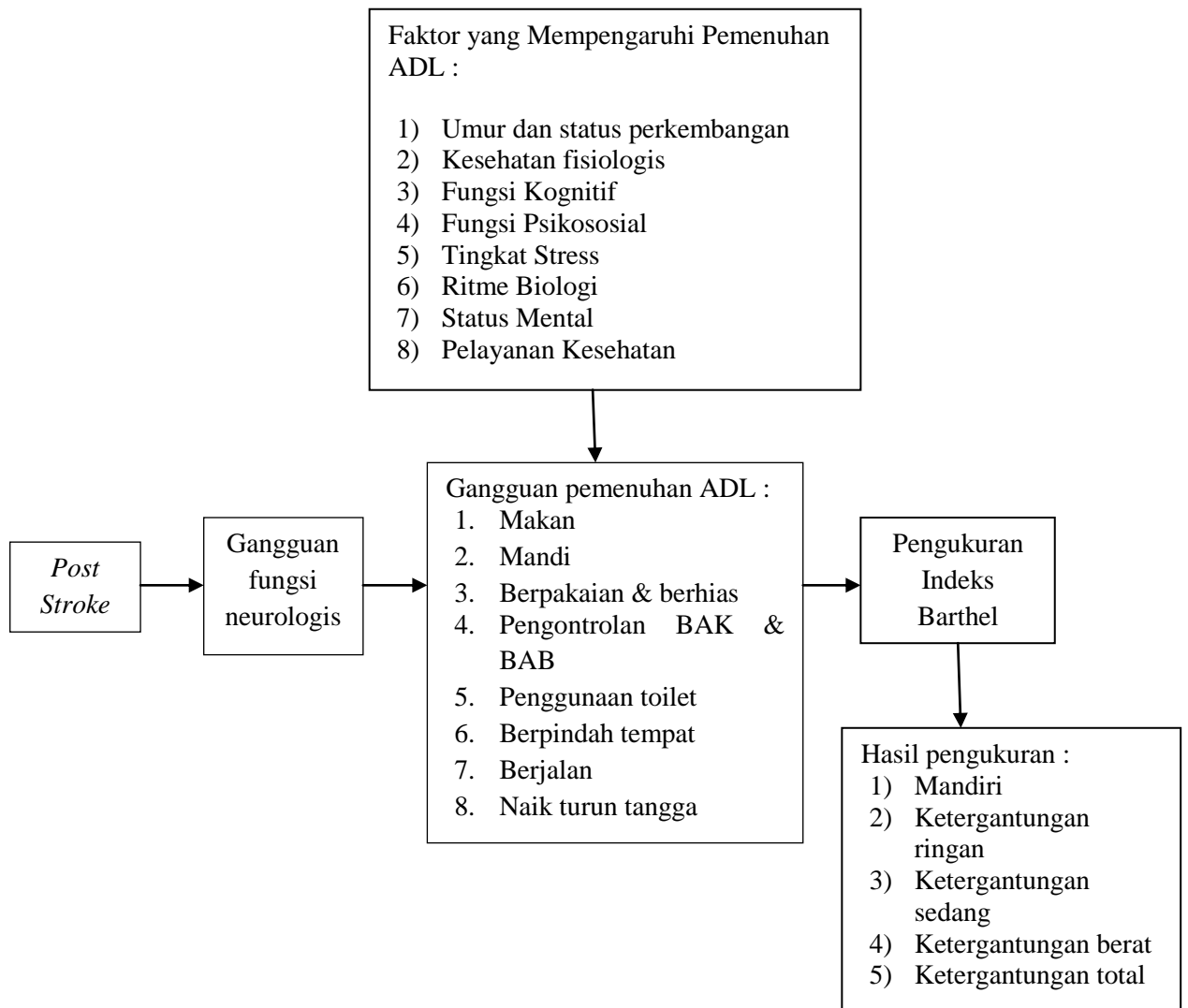
9 -11 : ketergantungan sedang

5 – 8 : ketergantungan berat

0 – 4 : ketergantungan total

(sumber : Indeks Barthel Modifikasi Collin C dalam
Agung, 2010)

B. Kerangka Teori



Sumber : (Pujiono, 2009 ; Pinzon & Asanti, 2010; Collin C dalam Agung, 2010)

C. Pertanyaan Peneliti

Bagaimanakah gambaran kemampuan pemenuhan ADL (*Activity Daily Living*) pada pasien *post stroke* di RSUD Sleman?