

BAB II

KAJIAN TEORI

2.1 Konsep Stroke

2.1.1 Pengertian stroke

Stroke atau gangguan peredaran darah otak merupakan penyakit neurologis yang sering dijumpai dan harus ditangani secara cepat dan tepat. Strok merupakan kelainan fungsi otak yang timbul mendadak yang disebabkan karena terjadinya gangguan peredaran darah otak dan bisa terjadi pada siapa saja (Muttaqin Arif, 2008).

Menurut Neil F Gordon dalam Irfan Muhammad (2012) stroke adalah gangguan potensial yang fatal pada suplai darah bagian otak. Tidak ada satupun bagian tubuh manusia yang dapat bertahan apabila terdapat gangguan suplai darah dalam waktu relatif lama sebab darah sangat dibutuhkan dalam kehidupan terutama oksigen pengangkut bahan makanan yang dibutuhkan pada otak dan otak adalah pusat kontrol system termasuk perintah dari semua gerakan fisik.

2.1.2 Tanda dan Gejala stroke

Menurut Nurarif & Kusuma (2015) tanda dan gejala strok meliputi:

- 1) Tiba – tiba mengalami kelemahan atau kelumpuhan separo badan
- 2) Tiba – tiba hilang rasa peka
- 3) Bicara cadel atau pelo
- 4) Gangguan bicara dan bahasa

- 5) Gangguan penglihatan
- 6) Mulut mencong atau tidak simetris ketika menyeringai
- 7) Gangguan daya ingat
- 8) Nyeri kepala hebat
- 9) Vertigo
- 10) Kesadaran menurun
- 11) Proses kencing terganggu
- 12) Gangguan fungsi otak

2.1.3 Etiologi

Menurut Muttaqin Arif (2008) etiologi atau penyebab stroke di bagi menjadi 4 yaitu:

1) Trombus serebral

Trombus ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemi jaringan otak yang dapat menimbulkan oedema dan kongesti disekitarnya. Trombus sering terjadi pada orang tua yang sedang tidur dan bangun tidur. Hal ini terjadi karena penurunan aktivitas simpatis dan penurunan tekanan darah yang dapat menyebabkan iskemik serebral. Beberapa keadaan di bawah ini dapat menyebabkan trombus otak :

- Ateroklerosis
- Hiperkoagulasi dan polisitemia
- Arteritis

- emboli

2) Hemoragi

Perdarahan yang terjadi pada intrakranial atau intraserebral termasuk perdarahan dalam ruang subaraknoid atau kedalam jaringan otak sendiri. Perdarahan tersebut dapat terjadi karena adanya aterosklerosis dan hipertensi. Akibat pecahnya pembuluh darah dalam otak mengakibatkan perembesan darah kedalam parenkim otak yang dapat mengakibatkan penekanan, pergeseran dan pemisahan jaringan otak yang berdekatan, sehingga otak akan membengkak, jaringan otak tertekan sehingga terjadi infark otak, edema, dan mungkin herniasi otak.

3) Hipoksia umum

Beberapa penyebab yang berhubungan dengan hipoksia umum :

- Hipertensi yang parah
- Henti jantung – paru
- Curah jantung turun akibat aritmia

4) Hipoksia setempat

Beberapa penyebab yang berhubungan dengan hipoksia setempat:

- Spasme arteri serebral, yang disertai peredaran subaraknoid
- Vasokonstriksi arteri otak disertai sakit kepala migren

2.1.4 Faktor Resiko Stroke

Menurut Junaidi (2011) faktor resiko di bagi menjadi 2 yaitu:

1) Faktor resiko yang tidak dapat dikendalikan

a. Faktor keturunan

Sampai sekarang faktor keturunan belum dapat dipastikan gen mana sebagai penentu terjadinya stroke

b. Umur

Insiden stroke meningkat seiring dengan bertambahnya usia. Stroke seringkali terjadi pada orang – orang golongan usia diatas 50 tahun. Tetapimungkin saja terjadi juga pada usia muda yang sering kali disebabkan karena adanya kelainan jantung yang mengakibatkan timbulnya embolisasi (Irfan Muhammad 2012).

c. Jenis kelamin

Pada laki-laki lebih banyak dan cenderung lebih tinggi terkena stroke dibandingkan dengan perempuan. Karena perempuan memiliki hormon estrogen yang dapat meningkatkan kadar HDL dalam darah, sehingga mencegah terjadinya atherosklerosis akibat terbentuknya plak-plak pada pembuluh darah. Sedangkan laki-laki tidak memiliki hormon yang dapat meningkatkan kadar HDL darah, sehingga lebih berisiko mengalami stroke dibandingkan perempuan. Namun ketika hormon estrogen tersebut berkurang produksinya atau bahkan tidak dibentuk lagi, risiko wanita terserang stroke akan lebih besar

dibandingkan pria menurut Hendrix, 2006 dalam Reslina dkk, (2012). Selain itu, penggunaan kontrasepsi juga bisa menjadi pemicu terjadinya penyakit stroke pada perempuan sebagaimana yang dinyatakan oleh Junaidi, 2006 dan Brass, 2000 dalam Reslina, dkk (2012),

2) Faktor resiko yang dapat dikendalikan

Sedangkan faktor resiko yang dapat dikendalikan menurut Nurarif & Kusuma, (2015) meliputi:

- a. Hipertensi
- b. Penyakit jantung
- c. Kolesterol tinggi
- d. Obesitas
- e. Diabetes melitus
- f. Polisitemia
- g. Stres emosional
- h. Merokok minum alkohol
- i. Pemakaian obat – obat terlarang
- j. Aktivitas yang tidak sehat: kurang olahraga, makan berkolesterol

2.1.5 Komplikasi stroke

Menurut Nurarif & Kusuma, (2015) komplikasi stroke dibagi berdasarkan lama waktu kejadian hipertensi antara lain:

a. Dini (0 – 48 jam pertama)

Edema serebri, defisit neurologis cenderung memberatkan, dapat mengakibatkan peningkatan TIK, herniasi, dan akhirnya menimbulkan kematian Infark. Miokard adalah Penyebab kematian mendadak pada stroke stadium awal

b. Jangka pendek (1 – 14 hari)

Pneumonia akibat immobilisasi lama, infark miokard, emboli paru biasanya cenderung terjadi 7 – 14 hari pascastrok serta seringkali terjadi pada penderita yang mulai mobilisasi

c. Jangka panjang (> 14 hari)

Strok rekuren(strok berulang) masih sangat mungkin terjadi dalam kurun waktu > 6 bulan pasca stroke setangan pertama strok , infark miokard, gangguan vaskuler lain: penyakit vaskuler perifer

2.2 Konsep dasar latihan rentang gerak (ROM)

2.2.1 Definisi ROM

Menurut Potter & Perry (2005), latihan *range of motion* (ROM) adalah latihan yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kesempurnaan kemampuan menggerakkan persendian secara normal dan lengkap untuk meningkatkan masa otot dan tonus otot. Latihan rentang gerak (*range of motion-ROM*) merupakan jumlah maksimal gerakan yang mungkin dilakukan pada potongan tubuh yaitu sagital, frontal, dan transversal (Asmadi, 2008)

Latihan ROM dapat dilakukan secara aktif maupun pasif. Latihan ROM secara aktif adalah latihan yang digerakkan klien sendiri tanpa bantuan dari siapapun. Sedangkan ROM pasif merupakan latihan dimana perawat membantu klien untuk menggerakkan tubuhnya sesuai dengan rentang gerakannya.

2.2.2 Tujuan ROM

Menurut Asmadi, (2008) menjelaskan bahwa latihan ROM mempunyai tujuan sebagai berikut:

- 1) Mempertahankan atau meningkatkan kekuatan dan kelenturan otot
- 2) Meningkatkan fungsi rasiorespirasi
- 3) Menjaga fleksibilitas dari masing – masing persendian
- 4) Mencegah kontraktur atau kekakuan pada persendian

2.2.3 Manfaat ROM

Menurut Suwartana Kadek (2012) terdapat beberapa manfaat ROM adalah Mencegah terjadinya kekakuan sendi, memperlancar sirkulasi darah, memperbaiki tonus otot, meningkatkan mobilisasi sendi , serta memperbaiki toleransi otot untuk latihan

menurut Bare & Suzanne, (2002) mengatakan ekstremitas yang sakit dapat dilatih secara pasif dengan memberikan rentang gerak penuh empat atau lima kali sehari yang bertujuan untuk mempertahankan mobilisasi sendi, mengembalikan mobilisasi sendi, mengembalikan kontrol motorik, mencegah terjadinya kontraktur

pada ekstremitas yang mengalami paralisis, mencegah bertambah buruknya sistem neuromuskular, dan meningkatkan sirkulasi.

2.2.4 Indikasi ROM

Menurut Indrawati dkk, (2008) mengatakan petunjuk pemberian latihan ROM pada klien post stroke yang mengalami hemiplegia/hemiparesis iyalah:

1) Latihan gerak pasif

Dilakukan apabila penderita tidak bisa bergerak sendiri, melainkan digerakkan oleh orang lain yang dalam hal ini dapat dilakukan oleh perawat atau keluarga pendamping. Latihan gerak pasif tidak akan berdampak terhadap proses pembelajaran motorik, akan tetapi sangat bermanfaat sebagai tindakan awal sebelum aplikasi metodelatihan gerak motorik (Irfan Muhammad, 2012).

2) Latihan gerak aktif asisted

Dilakukan apabila penderita pasca stroke sudah mampu bergerak, tetapi gerakannya masih sangat terbatas karena ada kelemahan pada ototnya sebagai akibat dari gejala sisa strok tersebut. Dalam melakukan gerakan ini, penderita pasca stroke menggerakkan anggota tubuh yang dikehendaki semampunya dibantu oleh perawat atau pendamping,

3) Latihan gerak aktif

Dilakukan pada penderita yang sudah mampu bergerak secara aktif. Dalam pelaksanaannya, penderita bergerak secara aktif, tanpa bantuan dan tidak diberikan beban.

4) Latihan gerak penguatan

Latihan penguatan dilakukan jika penderita sudah mampu menggerakkan tubuhnya secara aktif. Latihan penguatan sangat penting dilakukan karena pada kondisi pasca stroke akan terjadi kelemahan pada beberapa anggota badan

2.2.5 Petunjuk latihan ROM

Latihan ROM dapat dilakukan sebanyak 2 hingga 3 kali per minggu setelah keluar dari rehabilitasi perawatan akut selama 1 – 4 bulan atau sampai pasien mencapai tujuan yang dibutuhkan (Susan, 2001).

Pemberian ROM dapat diberikan dalam berbagai posisi, seperti tidur terlentang, tidur miring, tidur tengkurap, duduk, berdiri, atau posisi sesuai dengan alat latihan yang digunakan (Irfan Muhammad, 2012).

Pergerakan ROM dilakukan dengan perlahan dan lembut serta tidak menyebabkan nyeri. Perawat jangan memaksakan sendi melebihi kemampuan penderita. Setiap gerakan harus diulangi sebanyak 5 kali setiap bagian (Potter & Perry, 2005). Ketika melakukan rentang gerak pasif perawat berada di samping tempat tidur yang terdekat dengan sendi yang dilatih. Berikut merupakan gerakan yang khusus untuk sendi utama tubuh

1) Leher

Rentang gerak dimungkinkan untuk fleksibilitas vertebra servikal dan perputaran kepala dan leher. Gerakan ROM pada leher adalah rotasi.

2) Bahu

Ditujukan untuk bahu bergerak secara penuh. Gerakan yang dilakukan pada bahu antara lain rotasi, abduksi dan adduksi bahu.

3) Siku

Gerak yang dilakukan yaitu fleksi dan ekstensi

4) Lengan bawah

Sebagian fungsi tangan dilakukan oleh lengan bagian bawah. Derak yang dilakukan adalah dari supinasi ke pronasi

5) Pergelangan tangan

Gerakan ROM pada pergelangan tangan antara lain fleksi dan ekstensi

6) Jari tangan dan ibu jari

Posisi fungsional tangan dan ibu jari adalah ibu jari sedikit fleksi berlawanan dengan jari tangan. Fleksi dan ekstensi jari sangat diperlukan dalam latihan ROM ini.

7) Lutut

Latihan ROM pada lutut antara lain menahan lutut ke dalam ekstensi penuh

8) Pergelangan kaki

Gerakan pada pergelangan kaki adalah infersi dan eferasi selain itu fleksi dan ekstensi pada kaki juga diperlukan

9) Jari – jari kaki

Rentang gerak adekuat pada ekstremitas bawah akan memudahkan klien untuk berjalan , melakukan aktivitas sehari – hari dan dan juga dapat berhubungan dengan relaksasi.

2.3 Konsep Pendidikan Kesehatan

2.3.1 Pengertian Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan adalah suatu penerapan konsep pendidikan dalam bidang kesehatan. Sedangkan dalam keperawatan, pendidikan kesehatan merupakan satu bentuk intervensi keperawatan yang mandiri untuk membantu klien baik individu, kelompok, maupun masyarakat. Kegiatan atau proses belajar dapat terjadi dimana saja, kapan saja dan oleh siapa saja. Seseorang dikatakan belajar apabila dalam dirinya terjadi perubahan, dari tidak tahu menjadi tahu, dari tidak dapat mengerjakan menjadi dapat mengerjakan sesuatu. Melalui kegiatan pembelajaran, yang di dalamnya perawat berperan sebagai perawat pendidikan (Notoadmojo, 2007).

Pendidikan kesehatan adalah komponen dari program kesehatan dan program kedokteran yang terencana guna menimbulkan perubahan perilaku individu, kelompok, dan masyarakat dengan melakukan upaya promotif dan preventif tanpa mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitatif (Stuart, 1968 dalam Ali, H. Zaidin, 2010).

2.3.2 Tujuan Pendidikan Kesehatan

menurut Benyamin Bloom, 1908 yang di kutip dalam (Notoatmodjo, 2007) tujuan pendidikan adalah mengembangkan atau meningkatkan 3 domain atau ranah perilaku, yaitu:

1. *Cognitive Domain* (Ranah Kognitif)

Kognitif adalah kemampuan intelektual seseorang dalam berpikir, mengetahui, dan memecahkan masalah. Ranah kognitif berhubungan dengan kemampuan berfikir, termasuk didalamnya kemampuan menghafal, memahami, mengaplikasi, menganalisis, mensintesis, dan kemampuan mengevaluasi.

2. *Psychomotor Domain* (Ranah psikomotor)

Ranah psikomotor adalah kemampuan yang dihasilkan oleh fungsi motorik manusia, yaitu keterampilan untuk melakukan sesuatu.

3. *Affective Domain* (Ranah Afektif)

Ranah afektif adalah ranah yang berkaitan dengan sikap dan nilai. Hal ini mencakup watak perilaku seperti perasaan, minat, sikap, emosi, dan nilai yang dimulai dalam beberapa jenjang, yaitu penerimaan, tanggapan, penghargaan, pengorganisasian, dan karakterisasi berdasarkan nilai-nilai.

2.3.3 Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan

Ruang lingkup pendidikan kesehatan masyarakat dapat dilihat dari tiga dimensi (Soekidjo Noto Atmodjo, 1993 dalam Ali, H. Zaidin, 2010).

1. Dimensi Sasaran

- a. Pendidikan kesehatan individual dengan sasaran individu
- b. Pendidikan kesehatan kelompok dengan sasaran kelompok masyarakat tertentu
- c. Pendidikan kesehatan masyarakat dengan sasaran masyarakat luas

2. Dimensi Tempat Pelaksanaan

- a. Pendidikan kesehatan di rumah sakit dengan sasaran pasien dan keluarga
 - b. Pendidikan kesehatan di sekolah dengan sasaran pelajar
 - c. Pendidikan kesehatan di masyarakat atau tempat kerja dengan sasaran masyarakat atau pekerja
3. Dimensi Tingkat Pelayanan Kesehatan
- a. Pendidikan kesehatan promosi kesehatan (*Health Promotion*), misalnya peningkatan gizi, perbaikan sanitasi lingkungan, gaya hidup dan sebagainya
 - b. Pendidikan kesehatan untuk perlindungan khusus (*Spesific Protection*), misalnya imunisasi
 - c. Pendidikan kesehatan untuk diagnosa dini dan pengobatan segera (*Early Diagnosis and Prompt Treatment*), misalnya pengenalan gejala dini penyakit melalui pendidikan kesehatan
 - d. Pendidikan kesehatan untuk pembatasan cacat (*Disability Limitation*), misalnya dengan pengobatan yang layak dan sempurna dapat menghindari dari resiko kecacatan
 - e. Pendidikan kesehatan untuk rehabilitasi (*Rehabilitation*), misalnya dengan memulihkan kondisi cacat melalui latihan-latihan tertentu

2.3.4 Metode-Metode Pendidikan Kesehatan

Sinta Fitriani (2011) menjelaskan bahwa metode pendidikan kesehatan antara lain:

1. Metode Pendidikan Individual (Perorangan)

Bentuk dari metode individual ada 2 bentuk:

a. Bimbingan dan penyuluhan (*guidance and counseling*)

Dengan cara ini kontak antara klien dengan petugas lebih intensif. Setiap masalah yang dihadapi oleh klien dapat dibantu penyelesaiannya. Akhirnya klien tersebut akan dengan sukarela, berdasarkan kesadaran dan penuh pengertian akan menerima perilaku tersebut (mengubah perilaku).

b. Wawancara (*Interview*)

Wawancara merupakan bagian dari bimbingan dan penyuluhan. Wawancara antara petugas kesehatan dan klien bertujuan untuk menggali informasi mengapa ia tidak atau belum menerima perubahan, untuk mengetahui apakah perilaku yang sudah atau yang akan diadopsi itu mempunyai dasar pengertian dan kesadaran yang kuat. Apabila belum, maka perlu penyuluhan yang lebih mendalam lagi.

2. Metode Pendidikan Kelompok

a. Kelompok besar

1) Seminar

Seminar adalah suatu penyajian (presentasi) dari satu ahli atau beberapa ahli tentang suatu topik yang dianggap penting dan biasanya dianggap hangat di masyarakat. Dalam metode ini, peserta dapat ikut aktif mengemukakan pendapat dan pembahasan mendalam.

2) Ceramah

Ceramah adalah metode pembelajaran yang bertujuan untuk menyajikan, menguraikan dan menjelaskan materi dengan lisan kepada seluruh peserta. Metode ini cocok untuk sasaran yang berpendidikan

tinggi maupun rendah. Ceramah bersifat interaktif, yaitu melibatkan peserta melalui adanya tanggapan balik atau perbandingan dengan pendapat dan pengalaman peserta.

b. Kelompok kecil

1) Diskusi kelompok

Diskusi kelompok adalah pembahasan suatu topik dengan cara bertukar pikiran antara dua orang atau lebih, dalam kelompok-kelompok kecil, yang direncanakan untuk mencapai tujuan tertentu.

2) Curah pendapat (*Brain Storming*)

Metode curah pendapat adalah suatu bentuk diskusi dalam rangka menghimpun gagasan, pendapat, informasi, pengetahuan, pengalaman dari semua peserta. Tujuan metode ini adalah untuk membuat kompilasi (kumpulan) pendapat, informasi, pengalaman semua peserta yang sama atau berbeda dan tidak untuk ditanggapi peserta lain.

3) Bola salju (*Snow Balling*)

Dinamakan metode snowballing dikarenakan dalam pembelajaran peserta melakukan tugas individu kemudian berpasangan. Dari pasangan tersebut kemudian mencari pasangan yang lain sehingga semakin lama anggota kelompok semakin besar bagai bola salju yang menggelinding. Metode ini digunakan untuk mendapatkan jawaban yang dihasilkan dari peserta secara bertingkat. Dimulai dari kelompok yang lebih kecil berangsur-angsur kepada kelompok yang lebih besar sehingga pada

akhirnya akan memunculkan dua atau tiga jawaban yang telah disepakati oleh peserta secara kelompok.

4) Kelompok kecil-kecil (*Buzz group*)

Kelompok langsung dibagi menjadi kelompok-kelompok kecil (*buzz group*) yang kemudian diberi suatu permasalahan-permasalahan yang sama atau tidak sama dengan kelompok lain. Selanjutnya kesimpulan dari tiap kelompok didiskusikan kembali dan dicari kesimpulannya.

5) Memainkan peran (*Roleplay*)

Dalam metode ini beberapa anggota kelompok ditunjuk sebagai pemegang peran tertentu untuk memainkan peranannya yang kemudian dijadikan sebagai bahan refleksi.

6) Permainan simulasi (*Simulation Game*)

Metode simulasi adalah bentuk metode praktek yang sifatnya untuk mengembangkan keterampilan peserta belajar (keterampilan mental maupun fisik/teknis). Metode ini memindahkan suatu situasi nyata ke dalam kegiatan atau ruang belajar karena adanya kesulitan untuk melakukan praktek di dalam situasi yang sesungguhnya.

7) Demonstrasi

Demonstrasi adalah memperagakan materi pendidikan kesehatan secara visual. Hal ini memiliki bertujuan untuk memberikan keterangan secara lebih jelas.

8) Latihan Lapangan

Latihan lapangan adalah melatih peserta dalam keadaan yang sebenarnya sehingga materi dapat dengan mudah dihayati dan diterapkan pada keadaan sebenarnya.

3. Metode Pendidikan Massa

- a. Ceramah umum (*Public Speaking*)
- b. Pidato-pidato diskusi tentang kesehatan melalui media elektronik baik TV maupun radio.
- c. Simulasi, dialog antar pasien dengan dokter atau petugas kesehatan lainnya tentang suatu penyakit atau masalah kesehatan melalui TV atau radio.
- d. Tulisan-tulisan di majalah/koran, baik dalam bentuk artikel maupun tanya jawab/konsultasi tentang kesehatan.
- e. Billboard, dipasang di pinggir jalan, spanduk poster dan sebagainya.

2.3.5 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Keberhasilan Pendidikan Kesehatan

Beberapa faktor yang mempengaruhi keberhasilan belajar pada seseorang menurut Wawan dan Dewi (2010) antara lain :

1. Faktor internal

- a. Tingkat pendidikan

Pendidikan adalah bimbingan yang diberikan seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju ke arah cita-cita tertentu yang menentukan manusia untuk berbuat untuk mencapai keselamatan dan kebahagiaan. Pendidikan diperlukan untuk mendapatkan informasi yang akhirnya dapat

mempengaruhi seseorang. Pada umumnya makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah menerima informasi.

b. Pekerjaan

Pekerjaan adalah keburukan yang harus dilakukan terutama untuk menunjang kehidupannya dan kehidupan keluarga.

c. Umur

Semakin cukup umur individu, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berpikir dan bekerja.

d. Informasi

Seseorang yang mempunyai sumber informasi yang lebih banyak akan mempunyai pengetahuan yang lebih luas.

2. Faktor eksternal

a. Faktor Lingkungan

Lingkungan merupakan seluruh kondisi yang ada di sekitar manusia dan pengaruhnya yang dapat mempengaruhi perkembangan dan perilaku orang atau kelompok

b. Sosial budaya

Sistem sosial budaya yang ada pada masyarakat dapat mempengaruhi dari sikap dalam menerima informasi

2.3.6 Tahap-Tahap Kegiatan Pendidikan Kesehatan

Dalam hal ini tahap-tahap kegiatan pendidikan kesehatan yaitu:

1. Tahap Sensitisasi

Tahap ini dilakukan guna memberikan informasi dan kesadaran pada masyarakat terhadap adanya hal-hal penting berkaitan dengan kesehatan. Bentuk kegiatan adalah siaran radio berupa radio spot, poster, selebaran, atau lainnya menurut Hanlon (1964) yang dikutip Machfoedz, Ircham, dkk (2007).

2. Tahap Publisitas

menurut .Hanlon (1964) yang dikutip Machfoedz, Ircham, dkk (2007) Tahap ini adalah kelanjutan dari tahap sensitisasi. Bentuk kegiatan misalnya *press release* dikeluarkan oleh Departemen Kesehatan untuk menjelaskan lebih lanjut jenis atau macam pelayanan kesehatan apa saja yang diberikan pada fasilitas pelayanan kesehatan, umpamanya pelayanan pada Puskesmas, Polindes, Pustu, atau Lainnya.

3. Tahap Edukasi

Tahap ini sebagai kelanjutan dari tahap sensitisasi. Tujuannya untuk meningkatkan pengetahuan, mengubah sikap serta mengarahkan kepada perilaku yang diinginkan oleh kegiatan tersebut. Cara yang dilakukannya adalah dengan metode belajar-mengajar menurut Hanlon (1964) yang dikutip Machfoedz, Ircham, dkk (2007).

4. Tahap Motivasi

Tahap ini merupakan kelanjutan dari tahap edukasi. Perorangan atau masyarakat setelah mengikuti pendidikan kesehatan, benar-benar mengubah perilaku sehari-harinya, sesuai perilaku yang dianjurkan oleh pendidikan kesehatan pada tahap ini menurut Hanlon (1964) yang dikutip Machfoedz, Ircham, dkk (2007).

2.4 Konsep kemampuan ADL

2.4.1. Definisi ADL

Brunner & Suddarth (2002) mengemukakan ADL atau Activity Daily Living adalah aktivitas perawatan diri yang harus pasien lakukan setiap hari untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan hidup sehari-hari.

ADL adalah aktivitas yang biasanya dilakukan dalam sepanjang hari normal; aktivitas tersebut mencakup, ambulasi, makan, berpakaian, mandi, menyikat gigi dan berhias dengan tujuan untuk memenuhi/berhubungan dengan perannya sebagai pribadi dalam keluarga dan masyarakat. Kondisi yang mengakibatkan kebutuhan untuk bantuan dalam ADL dapat bersifat akut, kronis, temporer, permanen atau rehabilitative (Potter dan Perry, 2005).

2.4.2. Macam-Macam ADL

Sugiarto (2005) mengemukakan ada beberapa macam ADL, yaitu :

- 1 ADL dasar, sering disebut ADL saja, yaitu keterampilan dasar yang harus dimiliki seseorang untuk merawat dirinya meliputi berpakaian, makan & minum, toileting, mandi, berhias dan mobilitas. Ada juga yang memasukkan kontinensi buang air besar dan buang air kecil dalam kategori ADL dasar ini.
- 2 ADL instrumental, yaitu ADL yang berhubungan dengan penggunaan alat atau benda penunjang kehidupan sehari-hari seperti menyiapkan makanan, 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

2.4.3. Faktor – Faktor yang Mempengaruhi ADL

Faktor–faktor yang Mempengaruhi kemampuan melakukan Activity of Daily Living (ADL) Menurut Hardywinoto (2007), yaitu:

- 1 Umur dan status perkembangan

Umur dan status perkembangan seorang klien menunjukkan tanda kemauan dan kemampuan, ataupun bagaimana klien bereaksi terhadap ketidakmampuan melaksanakan activity of daily living. Saat perkembangan dari bayi sampai dewasa, seseorang secara perlahan–lahan berubah dari tergantung menjadi mandiri dalam melakukan activity of daily living

- 2 Kesehatan fisiologis

Kesehatan fisiologis seseorang dapat mempengaruhi kemampuan partisipasi dalam activity of daily living, contoh sistem nervous mengumpulkan, menghantarkan dan mengolah informasi dari lingkungan. Sistem muskuloskeletal mengkoordinasikan dengan sistem nervous sehingga dapat merespon sensori yang masuk dengan cara melakukan gerakan. Gangguan pada sistem ini misalnya karena penyakit, atau trauma injuri dapat mengganggu pemenuhan activity of daily living secara mandiri (Hardywinoto, 2007).

3 Fungsi Kognitif

Tingkat kognitif dapat mempengaruhi kemampuan seseorang dalam melakukan *activity of daily living*. Fungsi kognitif menunjukkan proses menerima, mengorganisasikan dan menginterpretasikan sensor stimulus untuk berpikir dan menyelesaikan masalah. Proses mental memberikan kontribusi pada fungsi kognitif dapat mengganggu dalam berpikir logis dan menghambat kemandirian dalam melaksanakan *activity of daily living* (Hardywinoto, 2007).

4 Fungsi Psikososial

Fungsi psikologi menunjukkan kemampuan seseorang untuk mengingat sesuatu hal yang lalu dan menampilkan informasi pada suatu cara yang realistik. 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 keluarga dan pekerjaan. Gangguan interpersonal seperti masalah komunikasi, gangguan interaksi sosial atau disfungsi dalam penampilan peran juga dapat mempengaruhi dalam pemenuhan *activity of daily living* (Hardywinoto, 2007)

5 Tingkat stress

Stress merupakan respon fisik nonspesifik terhadap berbagai macam kebutuhan. Faktor yang dapat menyebabkan stress (stressor), dapat timbul dari tubuh atau lingkungan atau dapat mengganggu keseimbangan tubuh.

Stressor tersebut dapat berupa fisiologis seperti injuri atau psikologi seperti kehilangan.

6 Ritme biologi

Ritme atau irama biologi membantu makhluk hidup mengatur lingkungan fisik disekitarnya dan membantu homeostasis internal (keseimbangan dalam tubuh dan lingkungan). Salah satu irama biologi yaitu irama sirkadian, berjalan pada siklus 24 jam. Perbedaan irama sirkadian membantu pengaturan aktivitas meliputi tidur, temperatur tubuh, dan hormon. Beberapa faktor yang ikut berperan pada irama sirkadian diantaranya faktor lingkungan seperti hari terang dan gelap, seperti cuaca yang mempengaruhi activity of daily living

7 Status mental

Status mental menunjukkan keadaan intelektual seseorang. Keadaan status mental akan memberi implikasi pada pemenuhan kebutuhan dasar individu. Seperti yang diungkapkan oleh Cahya yang dikutip dari Baltes, salah satu yang dapat mempengaruhi ketidakmandirian individu dalam memenuhi kebutuhannya adalah keterbatasan status mental. Seperti halnya lansia yang memorinya mulai menurun atau mengalami gangguan, lansia yang mengalami apraksia tentunya akan mengalami gangguan dalam pemenuhan kebutuhan–kebutuhan dasarnya (Hardywinoto, 2007)

2.4.4. Cara Mengukur ADL

ADL mencakup kategori yang sangat luas dan dibagi-bagi menjadi beberapa domain seperti berpakaian, makan minum, toileting/higieni pribadi, mandi, berpakaian, transfer, mobilitas, komunikasi, *vokasional*, rekreasi, *instrumental ADL* dasar, sering disebut *ADL* saja, yaitu ketrampilan dasar yang harus dimiliki seseorang untuk merawat dirinya meliputi berpakaian, makan & minum, toileting, mandi, berhias. 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)

Salah satu cara untuk mengukur *ADL* adalah dengan barthel index. Barthel index merupakan suatu instrument pengkajian yang berfungsi mengukur kemandirian fungsional dalam hal perawatan diri dan mobilitas serta dapat juga digunakan sebagai kriteria dalam menilai kemampuan fungsional bagi pasien-pasien yang mengalami gangguan keseimbangan.

Aktivitas	Indikator skor	skor
Makan	0: Tidak dapat melakukan sendiri 1: Memerlukan bantuan dalam beberapa hal 2: Dapat melakukan sendiri	
Mandi	0: Tidak dapat melakukan sendiri 1: Dapat melakukan sendiri	
Kebersihan diri	0: Memerlukan bantuan 1: dapat melakukan sendiri (mencukur, sikat gigi, dll)	
Berpakaian	0: Tidak dapat melakukan sendiri 1: Memerlukan bantuan minimal 2: Dapat melakukan sendiri	
Defekasi	0: Inkontinensia alvi 1: Kadang terjadi inkontinensia 2: Tidak terjadi inkontinensia	

Miksi	0: Inkontinensia uri atau menggunakan kateter 1: Kadang terjadi inkontinensia 2: Tidak terjadi inkontinensia	
Penggunaan toilet	0: Tidak dapat melakukan sendiri 1: Memerlukan bantuan 2: Mandiri	
Transfer	(Dari tempat tidur ke kursi dan kembali ke tempat tidur) 0: Tidak dapat melakukan, tidak ada keseimbangan duduk 1: Perlu bantuan beberapa orang, dapat duduk 2: Perlu bantuan minimal 3: Dapat melakukan sendiri	
Mobilisasi	0: Immobil 1: Memerlukan kursi roda 2: Berjalan dengan bantuan 3: Mandiri/ pakai tongkat	
Naik tangga	0: Tidak dapat melakukan 1: Perlu bantuan 2: Mandiri	
Total skor (0 -20)		

Tabel 2.4.4 Tabel Barthel Index (Irfan Muhammad, 2012)

Keterangan :

20 : Mandiri

12-19 : Ketergantungan Ringan

9-11 : Ketergantungan Sedang

5-8 : Ketergantungan Berat

0-4 : Ketergantungan Total

2.4.5 Latihan Fungsional Sehari – Hari Bagi Penderita Stroke

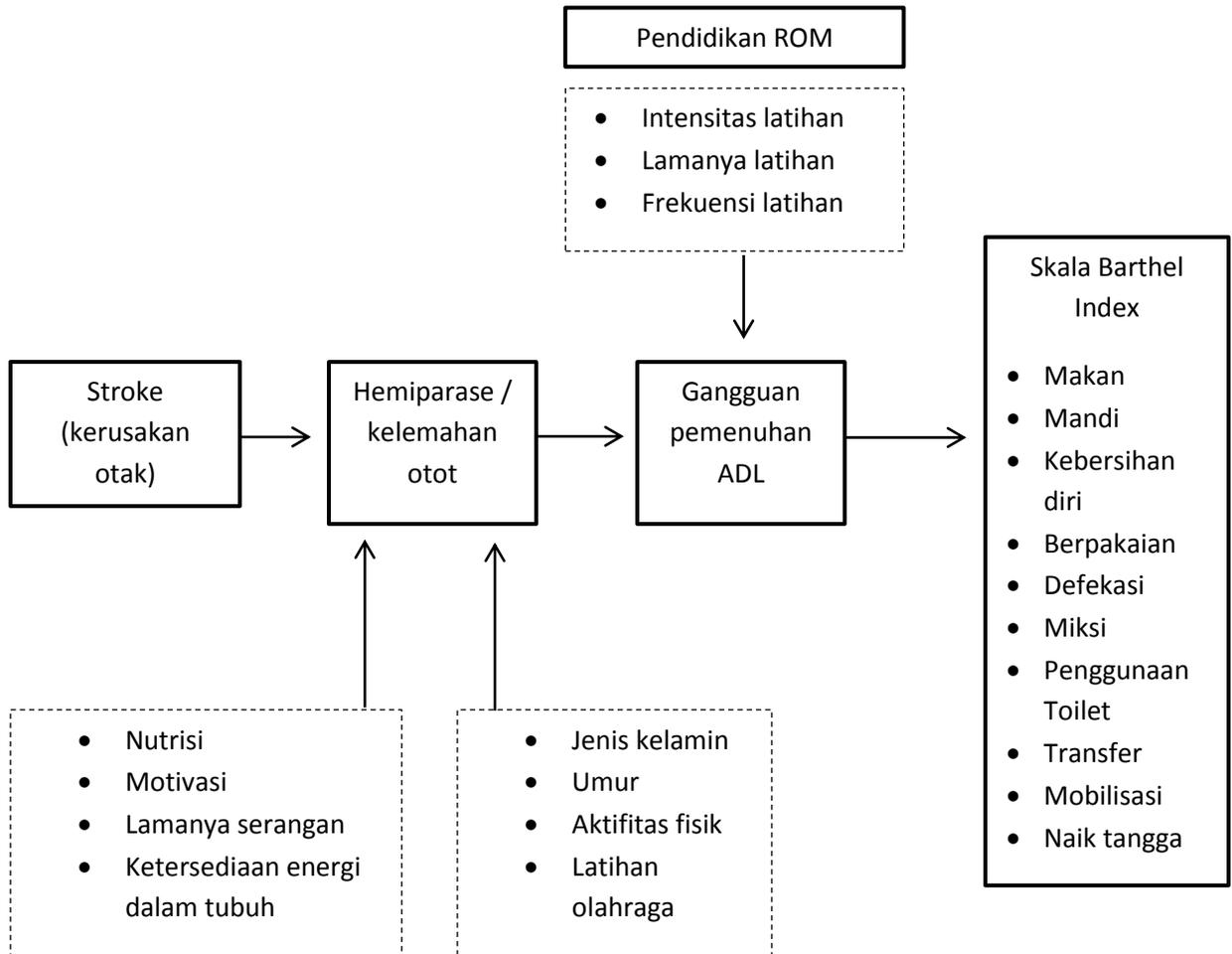
Latihan fungsional sehari – hari atau sering disingkat ADL (Activity Daily Living), perlu diberikan untuk kemandirian insan stroke

Dengan melatih ROM secara aktif akan berdampak pada proses pembelajaran motorik. Beberapa aktivitas fungsional yang diberikan tentu saja memerlukan

penyesuaian dengan kemampuan insan stroke. Diberikannya fisioterapi memberikan analisa agar aktivitas fungsional menunjang terbentuknya pola gerak normal (Irfan Muhammad, 2012).

Dengan berlatih ROM secara rutin dan ditambah dengan mengawali latihan dengan kegiatan yang sederhana akan terapi merupakan kegiatan yang rutin dilakukan, seperti aktivitas mengenakan baju, mandi, naik turun tangga dan libatkan aktivitas yang merupakan kegemaran (hobby) insan stroke (Irfan Muhammad, 2012).

2.5 Kerangka Konsep



Keterangan :

————— : Yang di teliti

----- : Yang tidak diteliti

Stroke merupakan suatu penyakit serebrovaskuler yang berakibat kerusakan jaringan otak yang terjadi karena berkurangnya aliran darah ke otak. Manifestasi stroke dapat bervariasi pada masing - masing orang diantaranya adalah kerusakan otot atau hemiparesis pada sebagian tubuh. Kekuatan otot pada hemiparesis dapat ditingkatkan dengan memberikan latihan Range Of Motion

(ROM) namun peningkatan tersebut juga dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu nutrisi, motivasi, lamanya serangan dan ketersediaan energi dalam aliran darah. Keberhasilan pemberian latihan ROM harus memperhatikan beberapa faktor yaitu intensitas latihan, lamanya latihan dan frekuensi latihan, tidak hanya itu Keberhasilan dari latihan ROM juga dapat dilihat dari perkembangan kemampuan fungsional ADL dengan menggunakan Skala Barthel Index yang meliputi kemampuan dalam mengkonsumsi makanan, kemampuan dalam pemenuhan mandi, kemampuan dalam pemenuhan kebersihan diri, kemampuan pemenuhan dalam berpakaian, kemampuan pemenuhan dalam melakukan defekasi, kemampuan pemenuhan dalam miksi, kemampuan pemenuhan dalam penggunaan toilet, kemampuan pemenuhan dalam transfer (berpindah tempat), kemampuan pemenuhan dalam mobilisasi, kemampuan dalam menaiki tangga.