PENGALAMAN PASIEN TERHADAP PERUBAHAN SENSORIK PADA KONDISI PASCA STROKE DI KELURAHAN LALUNG KECAMATAN KARANGANYAR

Nonik Carolina, S.Tr. Kes
Rina Kurnia, SST., MPH

PENGALAMAN PASIEN TERHADAP PERUBAHAN SENSORIK PADA KONDISI PASCA STROKE DI KELURAHAN LALUNG KECAMATAN KARANGANYAR

Nonik Carolina, S.Tr. Kes
Rina Kurnia, SST., MPH

Tahta Media Group

UU No 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi.

Pembatasan Pelindungan Pasal 26

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

i. penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
ii. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
iii. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
iv. penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran.

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

PENGALAMAN PASIEN TERHADAP PERUBAHAN SENSORIK PADA KONDISI PASCA STROKE DI KELURAHAN LALUNG KECAMATAN KARANGANYAR

Penulis:
Nonik Carolina, S.Tr. Kes
Rina Kurnia, SST., MPH

Desain Cover:
Tahta Media

Editor:
Tahta Media

Proofreader:
Tahta Media

Ukuran:
ix, 50, Uk: 15,5 x 23 cm

ISBN: 978-623-5981-23-9

Cetakan Pertama:
Januari 2022

Hak Cipta 2021, Pada Penulis

Isi diluar tanggung jawab percetakan

Copyright © 2021 by Tahta Media Group
All Right Reserved

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit.

PENERBIT TAHTA MEDIA GROUP
(Grup Penerbitan CV TAHTA MEDIA GROUP)
Anggota IKAPI (216/JTE/2021)

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Penelitian dengan judul “PENGALAMAN PASIEN TERHADAP PERUBAHAN SENSORIK PADA KONDISI PASCA STROKE DI KELURAHAN LALUNG KECAMATAN KARANGANYAR”.

Pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan rasa teima kasih yang sedalam-dalamnya kepada berbagai pihak yang telah memberikan bantuan berupa arahan dan dorongan yang sangat berarti sejak dari persiapan sampai dengan selesainya Penelitian ini. Oleh karena itu penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan kepada:

1. Bapak Satino, SKM, M.Sc.N selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Surakarta
2. Bapak Khomarun, M.OT selaku Ketua Jurusan Okupasi Terapi Poltekkes Kemenkes Surakarta
3. Berbagai pihak yang tidak dapat disebutkan satu-persatu yang telah memberikan dukungan moril dan spiritual.

Semoga amal dan kebaikan yang telah diberikan, mendapatkan pahala yang setimpal dari Tuhan Yang Maha Esa.

Surakarta, Januari 2022

Penulis

ABSTRAK

Latar Belakang. Stroke merupakan penyebab kematian kedua dan penyebab disabilitas ketiga di dunia. Stroke dapat menyebabkan seseorang mengalami gangguan sensorik yang dapat mempengaruhi partisipasi seseorang dalam melakukan ADL. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mendapatkan pemahaman tentang pengalaman pasien terhadap perubahan sensorik dan bagaimana perubahan tersebut mempengaruhi ADL pada kondisi pasca stroke.

Metode Penelitian. Jenis penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan menggunakan pendekatan deskriptif fenomenologi yang melibatkan empat responden. Subjek penelitian menggunakan teknik *non-probability sampling* dengan metode *purposive sampling*. Wawancara semi terstruktur dan *in-depth interview* dilakukan untuk memperoleh data yang akurat dan kredibel. Data dianalisis dengan menggunakan teknik *thematic analysis*, serta uji kepercayaan data dilakukan dengan menggunakan teknik triangulasi sumber dan triangulasi teknik.

Hasil Penelitian. Berdasarkan hasil analisis data muncul tiga tema dalam penelitian ini. Tema pertama yaitu perubahan dalam tubuh yang terdiri dari dua sub-tema yaitu kekakuan tubuh dan kelemahan tubuh. Tema kedua yaitu gangguan sensorik yang terdiri dari enam sub-tema yaitu *vision, hearing, smell, taste, touch,* dan *vestibular*. Tema ketiga yaitu dampak terhadap ADL yang terdiri dari lima sub-tema yaitu mandi, berpakaian, *toileting*, berpindah, dan makan.

Kesimpulan. Terdapat lima perubahan sensorik, dimana perubahan-perubahan sensorik tersebut mempengaruhi ADL pasien pasca stroke yaitu membutuhkan bantuan sedang sampai dengan bantuan penuh.

Kata kunci: Stroke, gangguan sensorik, perubahan sensorik, ADL

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR ..... **iv**
ABSTRAK ..... **v**
DAFTAR ISI ..... **vi**
DAFTAR GAMBAR ..... **viii**
DAFTAR TABEL ..... **ix**
BAB I PENDAHULUAN
A. Latar Belakang Masalah 1
B. Fokus Masalah 3
C. Tujuan Penelitian 3
D. Manfaat Penelitian 4
BAB II TINJAUAN TEORI
A. Kajian Teori Stroke 5
1. Definisi 5
2. Etiologi 6
3. Prevalensi 9
4. Prognosis 9
5. Gambaran Klinis 11
6. Sistem Sensori 12
7. Occupations and Activity of Daily Living (ADLs) 17
8. Dampak Perubahan Sensorik Terhadap ADLs 18
B. Penelitian yang Relevan 18
C. Kerangka Konsep 21
BAB III METODOLOGI PENELITIAN
A. Bentuk dan Strategi Penelitian 22
B. Sumber Data dan Teknik Sampling. 22
C. Teknik Pengumpulan Data dan Uji Kepercayaan Data 23
D. Teknik Analisis 25
E. Prosedur Penelitian 26
F. Jadual Penelitian 27
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN
A. Gambaran Umum Penelitian.. 28
B. Hasil Penelitian. 29
C. Pembahasan. 39

D. Keterbatasan Penelitian. 44
BAB V SIMPULAN DAN SARAN
A. Simpulan.....45
B. Saran 45
DaftarPustaka. 46

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Konsep..... 21

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Jadual Penelitian. 27
Tabel 4.1 Data Partisipan 29
Tabel 4.2 Hasil Analisis 29

BAB I
PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG MASALAH

Stroke merupakan penyebab kematian kedua dan penyebab disabilitas ketiga di dunia. Data dari WHO tahun 2018 menunjukkan bahwa setiap tahunnya ada 13,7 juta kasus baru stroke dan sekitar 5,5 juta kematian terjadi akibat penyakit stroke. Sekitar 70% penyakit stroke dan 87% kematian dan disabilitas akibat stroke terjadi pada negara berpendapatan rendah dan menengah. Lebih dari empat dekade terakhir, kejadian stroke pada negara berpendapatan rendah dan menengah meningkat lebih dari dua kali lipat. Stroke sebagai bagian dari penyakit kardiovaskuler yang digolongkan ke dalam penyakit katastropik karena mempunyai dampak luas secara ekonomi dan sosial. Penyakit stroke dapat menyebabkan kecacatan permanen yang tentunya dapat mempengaruhi produktivitas penderitanya.

Prevalensi penyakit stroke berdasarkan hasil Riskesdas tahun 2018 meningkat dibandingkan tahun 2013, yaitu dari 7% menjadi 10,9%. Secara nasional, prevalensi stroke di Indonesia tahun 2018 berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk umur ≥15 tahun sebesar 10,9% atau diperkirakan sebanyak 2.120.362 orang. Provinsi Kalimantan Timur (14,7%) dan di Yogyakarta (14,6%) merupakan provinsi dengan prevalensi stroke tertinggi di Indonesia. Sementara itu, Papua dan Maluku Utara memiliki prevalensi stroke terendah dibandingkan provinsi lainnya yaitu 4,1% dan 4,6%.

Stroke didefinisikan sebagai gangguan suplai darah pada otak yang biasanya dikarenakan pecahnya pembuluh darah atau sumbatan oleh gumpalan darah. Hal ini menyebabkan gangguan pasokan oksigen dan nutrisi di otak hingga terjadinya kerusakan pada jaringan otak (World Health Organization, 2016). WHO juga mendefinisikan stroke sebagai perkembangan tanda-tanda klinis fokal atau global yang pesat disebabkan oleh gangguan pada fungsi otak dengan gejala-gejala yang berlaku dalam tempo masa 24 jam atau lebih dan dapat menyebabkan kematian.

Serangan stroke jenis apa pun akan menimbulkan defisit neurologis yang bersifat akut seperti hemidefisit motorik, hemidefisit sensorik, penurunan kesadaran, kelumpuhan nervus facialis (VII) dan hipoglosus (XII) yang bersifat sentral, gangguan kesulitan berbahasa (afasia), dan gangguan fungsi intelektual (demensia), buta separuh lapangan pandang (hemianopsia), dan defisit batang otak (Bogousslavsky *et al*., 2009).

Salah satu gangguan yang terjadi akibat stroke adalah adanya gangguan sensorik. Hingga 85% orang yang terkena stroke mengalami gangguan sensorik pada ekstremitas atas, ditandai dengan berkurangnya indra peraba, suhu, nyeri, dan proprioseptif. Gangguan sensorik berhubungan dengan tingkat keparahan stroke, penurunan fungsi motorik, dan merupakan faktor prognostik untuk hasil pengobatan. Gangguan sensorik dapat memperpanjang durasi rawat inap di rumah sakit dan mempengaruhi kemampuan seseorang dalam kehidupan sehari-hari (Sullivan, 2008).

Perubahan sensorik setelah stroke merupakan hal yang umum, dimana hal ini dapat mempengaruhi partisipasi dalam aktivitas kehidupan sehari-hari (Connell, 2008; Doyle, Bennett & Dudgeon, 2014; Connell, Mahon and Adams, 2014). Pemulihan fungsi motorik sangat tergantung pada fungsi sensorik dan terapi yang bertujuan untuk mendapatkan kembali kontrol motorik perlu memasukkan komponen sensorik untuk mencapai hasil yang lebih baik (Bolognini, Russo and Edwards, 2016). Namun, kebanyakan para profesional kesehatan dan peneliti mengabaikan aspek sensorik dari proses rehabilitasi, dikarenakan perubahan ini kurang jelas terlihat daripada perubahan motorik dan kognitif (Doyle *et al*., 2014).

Mayoritas literatur menjelaskan tentang perubahan sensorik setelah stroke yang berfokus pada perubahan sensasi somatik yaitu sentuhan, proprioseptif, suhu, dan rasa sakit (Bolognini, Russo and Edwards, 2016). Bukti yang menggambarkan pengalaman hidup dari perubahan sistem somatosensori juga tersedia, tetapi saat ini ada penelitian terbatas yang berfokus pada pengalaman hidup dari penderita stroke yang mengalami perubahan sistem sensorik lainnya seperti penglihatan, rasa, dan bau (Alwawi, 2018).

Landi (2006) menunjukkan 86% penderita stroke mengalami perubahan pendengaran yang tidak diidentifikasi oleh ahli saraf atau profesional perawatan kesehatan. Peneliti lain juga menemukan bahwa sensasi rasa yang

berkurang dan sensitivitas intra oral diantara penderita stroke mempengaruhi pengalaman pasien pada saat aktivitas makan (Leemann *et al*., 2017). Selain itu, pasien melaporkan sensitivitas terhadap rangsangan lingkungan yang terjadi pasca stroke (Carlsson *et al*., 2009). Individu dapat mengalami perubahan kesadaran terhadap rangsangan (kemampuan untuk memahami informasi sensorik dari dalam dan luar tubuh) yang mempengaruhi kinerja fungsional dan kualitas hidup (Campfens *et al*., 2015; Schabrun & Hillier, 2009).

Pasca stroke kemampuan untuk mendapatkan dan memproses informasi akibat adanya perubahan sensorik ini berdampak pada partisipasi dalam kegiatan okupasi sehari-hari *(daily occupations)* (Doyle *et al*., 2014). Perubahan kemampuan fungsional berdampak pada kinerja individu dalam menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari seperti makan, berpakaian, dan perawatan pribadi (AOTA, 2016).

Berdasarkan latar belakang tersebut, peneliti tertarik untuk meneliti tentang Pengalaman Pasien Terhadap Perubahan Sensorik Pada Kondisi Pasca Stroke.

B. FOKUS MASALAH

Berdasarkan latar belakang masalah diatas, maka dalam penelitian ini akan berfokus pada:

1. Perubahan sensorik apa yang dialami individu setelah stroke?
2. Bagaimana perubahan sensorik mempengaruhi ADLs?

C. TUJUAN PENELITIAN

Tujuan umum pada penelitian ini adalah untuk mendapatkan pemahaman tentang pengalaman pasien terhadap perubahan sensorik yang dialami pasca stroke.

Tujuan khusus dalam penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi apa saja perubahan sensorik yang dialami dan bagaimana perubahan tersebut mempengaruhi ADLs yang bermakna bagi pasien pada kondisi pasca stroke.

D. MANFAAT PENELITIAN

1. Manfaat Teoritis

a. Hasil penelitian diharapkan dapat dijadikan sebagai dasar untuk lebih memahami kondisi sensorik pada pasien pasca stroke.
b. Hasil penelitian diharapkan dapat dijadikan sebagai acuan dalam memberikan intervensi pelayanan okupasi terapi pada kondisi stroke.
c. Sebagai landasan dasar pemberian intervensi okupasi terapi khususnya pada kondisi stroke yang mengalami gangguan sensori.
d. Sebagai bahan pertimbangan dan masukan dalam melakukan pelayanan kesehatan yang tepat, yang ditujukan kepada kelompok kondisi stroke.
e. Hasil pengetahuan ini diharapkan dapat menambah pengetahuan dalam melaksanakan penelitian khususnya tentang pengalaman perubahan sensorik mempengaruhi aktivitas yang bermakna pada kondisi pasca stroke.

2. Manfaat Praktis

a. Meningkatkan pelayanan pada masyarakat tentang rehabilitasi pada kondisi stroke.
b. Sebagai bahan atau sumber untuk penelitian selanjutnya dan mendorong bagi yang berkepentingan untuk melakukan penelitian lebih lanjut.
c. Sebagai perwujudan khusus dalam bidang penelitian, serta seb agai salah satu media pembelajaran dan referensi tentang pengalaman perubahan sensorik mempengaruhi aktivitas yang bermakna pada kondisi pasca stroke.
d. Sebagai bahan pertimbangan dan masukan dalam meningkatkan kegiatan pelayanan kesehatan pada kondisi stroke yang ditujukan untuk pemeliharaan kemandirian pada aktivitas yang bermakna sehingga nantinya pasien dapat mendapatkan intervensi yang tepat serta dapat melakukan aktivitas keseharian yang bermakna bagi pasien secara mandiri.

BAB II
TINJAUAN TEORI

A. KAJIAN TEORI

1. Definisi

Stroke merupakan gangguan atau defisit neurologis fokal dengan onset akut dari daerah vaskular yang diduga. Definisi ini juga dibukti dengan kejadian klinis, dengan disfungsi fokal dari sistem saraf pusat yang kemungkinan menjadi sekunder akibat penyakit primer yang melibatkan pembuluh darah dan sirkulasi. Gangguan pembuluh darah dan sirkulasi pada otak biasanya karena pecahnya pembuluh darah atau sumbatan oleh gumpalan darah hingga berlakunya perkembangan tanda-tanda klinis fokal dengan gejala-gejala yang berlaku dalam tempoh masa 24 jam atau lebih dan dapat menyebabkan kematian. Stroke diklasifikasikan menjadi dua yaitu iskemik dan hemoragik (WHO, 2016).

Stroke atau *Cerebrovaskular Accident (CVA)* adalah kematian jaringan otak yang terjadi karena kekurangan suplai oksigen dan kerusakan jaringan otak atau infark sehingga mengakibatkan seseorang lumpuh atau lemas pada sisi yang berlawanan (Trombly, 2002).

Stroke merupakan serangan mendadak yang terjadi pada otak baik sebagian atau menyeluruh bersifat akut dan disebabkan adanya gangguan peredaran darah yang menuju ke otak, berlangsung selama lebih dari 24 jam, dan bukan karena kecelakaan ataupun trauma pada otak (Chrisna *dkk*., 2016).

Stroke merupakan kumpulan gejala – gejala berupa gangguan sensorik dan motorik yang terjadi akibat adanya gangguan atau kerusakan sirkulasi darah di otak. Maka kategori Stroke bukanlah sebagai penyakit akan tetapi sebagai sindroma (kumpulan gejala). Justru penyebab Stroke dapat dari berbagai penyakit seperti hipertensi, diabetes melitus, dan lain-lain (Irfan, 2010).

Jadi, dapat disimpulkan bahwa stroke merupakan serangan mendadak yang terjadi pada otak baik sebagian atau menyeluruh yang bersifat akut, yang menyebabkan kematian jaringan otak yang terjadi karena kekurangan

suplai oksigen dan kerusakan jaringan otak sehingga mengakibatkan seseorang mengalami gangguan sensorik, motorik, dan lumpuh atau lemas pada sisi yang berlawanan.

2. Etiologi

Klasifikasi stroke menurut *American Heart Association* 2013 stroke dibagi menjadi 2 yaitu Stroke Non Hemoragik (Iskemik) dan Stroke Hemoragik.

a. Stroke Non Hemoragik (Stroke Iskemik)

Stroke Iskemik adalah tipe yang paling umum (87 %) hasil dari penelitian *Center for Disease Control and Prevention* (2017). Hal ini sesuai dengan gangguan sementara atau persisten atau penurunan aliran darah di area fokal otak, biasanya secara parsial atau total dari arteri serebral. Penyebab biasanya merupakan sumbatan oleh bekuan darah, penyempitan satu atau beberapa arteri yang mengarah ke otak atau embolus yang terlepas dari jantung atau arteri ekstrakrani yang menyebabkan sumbatan atau oklusi pada beberapa arteri intrakrani. Jika oklusi arteri dibuka kembali lebih awal, dengan perbaikan selanjutnya atau normalisasi suplai darah, lesi jaringan akan kecil atau tidak ada dan ekspresi klinisnya akan menjadi serangan iskemik transien (TIA) (Stehen, 2017). TIA didefinisikan sebagai defisit neurologis fokal dengan gejala dan tanda-tanda yang berlangsung tidak lebih dari 24 jam. TIA adalah sekitar 10% dari semua stroke (*American Heart Association*, 2013).

b. Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik adalah tipe yang jarang dialami oleh masyarakat, berbanding dengan stroke iskemik. Sebagai fakta hanya 15 persen dari semua stroke yang bersifat hemoragik, namun stroke hemoragik tetap bertangung jawab atas 40 persen dari semua kematian disebabkan penyakit stroke (*Center for Disease Control and Presentation*, 2017). Ini karena pembuluh darah yang melemah yang pecah dan berdarah di otak disekitarnya sehingga terjadi akumulasi darah dan menyebabkan desakan pada jaringan otak disekitarnya. Dua jenis pembuluh darah yang lemah yang biasanya menyebabkan stroke hemoragik dalah aneurisma dan malformasi arteriovenosa (AVMs). Stroke hemoragik dibagi menjadi dua tipe yaitu intraserebral dan subarachnoid (*American Heart Association*, 2013).

Faktor – Faktor Resiko Stroke terbagi menjadi 2 yaitu:

a. Faktor Resiko Stroke Yang Tidak Dapat Dimodifikasi

1) Jenis Kelamin

Jenis kelamin laki-laki meningkatkan risiko stroke iskemik. Risiko stroke bagi pria adalah sekitar 1,3 kali lebih tinggi untuk wanita pada usia tertentu kecuali pada usia tertinggi. Namun, perbedaan gender ini kurang jelas saat memperhitungkan faktor risiko di masing-masing individu. Menopause dini telah dikaitkan dengan peningkatan risiko stroke dan selepas menopause beberapa faktor risiko vaskular menjadi lebih umum pada wanita. Perbedaan dalam risiko antara jenis kelamin tampaknya hilang pada usia di atas 80 sampai 85 tahun. Risiko gender berbeda untuk perdarahan sub arachnoid dimana risikonya lebih tinggi untuk wanita (Norrving, 2014).

2) Usia

Insiden stroke meningkat secara nyata seiring bertambahnya usia. Peningkatan insidensi dengan usia terlihat pada stroke iskemik serta untuk perdarahan intraserebral (ICH) dan juga sampai batas tertentu untuk perdarahan subarachnoid. Risiko stroke lebih dari dua kali lipat dengan setiap dekade peningkatan usia setelah 55 tahun setidaknya sampai usia 84. Setelah usia 84 tahun, risiko stroke akan terus meningkat (Norrving, 2014).

3) Herediter

Orang dengan riwayat stroke pada keluarga biasanya memiliki risiko lebih besar untuk terkena stroke dibanding dengan tanpa riwayat stroke pada keluarganya. Beberapa pengamatan lainnya telah menyimpul bahwa beberapa faktor yang diturunkan dapat berkontribusi terhadap risiko stroke (Norrving, 2014).

b. Faktor Resiko Stroke Yang Dapat Dimodifkasi

1) Hipertensi

Hipertensi adalah faktor risiko utama yang dapat menyebabkan stroke dan hal ini juga merupakan faktor risiko yang bisa diobati. Faktanya, tekanan darah tinggi merupakan faktor risiko tunggal terbesar untuk stroke, menyebabkan sekitar 50 persen stroke akibat penyumbatan (stroke iskemik). Ini juga meningkatkan risiko pendarahan di otak (disebut stroke hemoragik) (Norrving, 2014).

2) Diabetes Melitus

Pada orang yang menderita diabetes, pankreas tidak dapat membuat insulin (diabetes tipe 1), atau membuat terlalu sedikit insulin atau sel di otot, hati, dan lemak tidak menggunakan insulin dengan cara yang benar (diabetes tipe 2). Apa yang terjadi kemudian adalah penderita diabetes berakhir dengan terlalu banyak glukosa dalam darah mereka, sementara sel mereka tidak mendapat cukup energi. Seiring waktu, glukosa ini dapat menyebabkan peningkatan deposit lemak atau bekuan pada bagian dalam dinding pembuluh darah. Bekuan ini bisa mempersempit atau menghalangi pembuluh darah di otak atau leher, memotong suplai darah, menghentikan oksigen agar tidak sampai ke otak dan menyebabkan stroke (Norrving, 2014).

3) Merokok

Asap rokok bisa mempengaruhi kadar kolesterol tubuh kita. Merokok mengurangi kadar kolesterol "baik" (HDL) di aliran darah kita dan meningkatkan kadar kolesterol "jahat" (LDL). Perokok juga lebih cenderung mendapat tekanan darah tinggi yang merupakan faktor risiko utama stroke. Merokok sangat berbahaya bagi orang yang memiliki tekanan darah tinggi. Tekanan darah tinggi berkontribusi pada kerusakan pada arteri kita. Perokok dengan tekanan darah tinggi juga cenderung mengalami perdarahan subarachnoid dibandingkan mereka yang tidak pernah merokok atau tidak memiliki tekanan darah tinggi (Norrving, 2014).

4) Obesitas

Kelebihan berat badan atau obesitas dapat meningkatkan risiko stroke. Terlalu banyak lemak tubuh dapat berkontribusi pada tekanan darah tinggi, kolesterol tinggi dan bisa menyebabkan penyakit jantung dan diabetes tipe 2. Obesitas juga dapat meningkatkan risiko stroke akibat inflamasi yang disebabkan oleh jaringan lemak yang berlebihan. Hal ini dapat menyebabkan kesulitan aliran darah dan peningkatan risiko penyumbatan, yang keduanya dapat menyebabkan stroke (Norrving, 2014).

5) Penyakit Jantung

Gagal jantung didefinisikan sebagai ketidakmampuan jantung untuk memasukkan aliran darah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh. Gagal jantung kronis (CHR) adalah salah satu yang faktor menyebabkan stroke iskemik. Alasan yang paling sering dikenali

untuk kardioemboli stroke pada pasien dengan CHR adalah pembentukan trombus karena Atrial Fibrilasi atau hipokinesia ventrikel kiri. (Norrving, 2014).

3. Prevalensi

Stroke merupakan penyebab global kedua utama kematian setelah penyakit jantung pada tahun 2017 dan penyebab kelima kematian di Amerika Serikat dengan sebanyak 129,000 per tahun (Benjamin & Blaha, 2017). Data dari WHO tahun 2018 menunjukkan bahwa setiap tahunnya ada 13,7 juta kasus baru stroke dan sekitar 5,5 juta kematian terjadi akibat penyakit stroke. Sekitar 70% penyakit stroke dan 87% kematian dan disabilitas akibat stroke terjadi pada Negara berpendapatan rendah dan menengah. Lebih dari empat dekade terakhir, kejadian stroke pada Negara berpendapatan rendah dan menengah meningkat lebih dari dua kali lipat.

Setiap tahun juga beberapa penelitian mendapati sebanyak 15 juta orang di seluruh dunia menderita stroke. 5 juta dari jumlah tersebut telah meninggal manakala jumlah selebihnya meninggalkan cacat permanen dan menempatkan beban keluarga dan masyarakat (Mackay & George, 2004). Selain itu, jumlah penderita penyakit stroke di Indonesia tahun 2018 berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan (Nakes) meningkat dibandingkan tahun 2013, yaitu dari 7% menjadi 10,9%. Secara nasional, prevalensi stroke di Indonesia tahun 2018 berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk umur ≥15 tahun sebesar 10,9% atau diperkirakan sebanyak 2.120.362 orang. Provinsi Kalimantan Timur (14,7%) dan di Yogyakarta (14,6%) merupakan provinsi dengan prevalensi stroke tertinggi di Indonesia. Sementara itu, Papua dan Maluku Utara memiliki prevalensi stroke terendah dibandingkan provinsi lainnya yaitu 4,1% dan 4,6% (Riset Kesehatan Dasar, 2018).

4. Prognosis

Secara umum penyebab stroke dibagi menjadi 2 macam, yaitu adanya sumbatan di pembuluh darah (trombus) dan adanya pembuluh darah yang pecah. Stroke yang terjadi pada lansia umumnya disebabkan oleh penyumbatan pembuluh darah *(atherosclerosis)*, sedangkan pada seseorang dengan usia produktif dan remaja (15-40 tahun) penyebab utamanya adalah

stress, penyalahgunaan narkoba, alkohol, kebiasaan merokok, gaya hidup yang tidak sehat dan juga faktor keturunan. (Yastroki, 2008).

Menurut Utama (2003), penyebab stroke secara umum atau faktor resiko utama (primer) adalah tekanan darah tinggi (hipertensi), kencing manis (diabetes mellitus) dan penyakit jantung. Sedangkan umur, berat badan (obesitas), gaya hidup yang salah, stress, dan sebagainya adalah faktor resiko sekunder. Widjajakusuma (2007), pada acara *The Fift National Brain and Heart* Simposium mengatakan, para dokter menemukan penyebab terbaru terjadinya stroke, yaitu adanya virus dalam ujung batang pembuluh darah leher yang menghubungkan darah dari bagian tubuh keseluruh otak. Selain itu, ditemukan pula hubungan antara peradangan dan infeksi oleh virus terhadap aterosklerosis (pengerasan dinding pembuluh darah akibat degenaris hialin dan lemak) yang merupakan dasar terjadinya stroke dan penyakit jantung koroner.

Suryadipraja (2007) menjelaskan bahwa temuan terbaru stroke sumbatan yang merupakan jenis stroke yang biasanya disebabkan oleh atrial fibrilasi, ternyata juga dapat disebabkan hypoperpusi. Jadi, seseorang yang sudah tua juga bisa terkena stroke tanpa pernah mengalami penyakit hipertensi, diabetes, kolesterol tinggi, rokok ataupun obesitas.

Prognosis stroke juga ditentukan oleh beberapa faktor antara lain lokasi dan luas area yang lesi, umur pasien, tipe stroke dan cepat lambatnya penanganan. Menurut Chusid (1993), prognosis trombosis cerebri ditentukan oleh lokasi dan luasnya.infark, juga keadaan umum pasien. Makin lambat penyembuhannya maka akan semakin buruk prognosisnya. Pada emboli cerebri, prognosis juga ditentukan dengan adanya emboli dalam organ-organ yang lain. Disamping itu penanganan yang tepat dan cepat serta kerja sama tim medis dengan penderita akan mempengaruhi prognosis dari stroke. Oleh karena itu stroke yang ringan dengan penanganan yang tepat sedini mungkin dengan kerjasama yang baik antara tim medis dan penderita akan menjadikan prognosis baik, sedangkan pada kondisi sebaliknya prognosis akan menjadi buruk karena dapat menimbulkan kecacatan yang permanen bahkan juga kematian.

5. Gambaran Klinis

Stroke dapat menyebabkan kerusakan otak hingga dapat mempengaruhi pergerakan, perilaku, kemampuan bicara/berbahasa serta perilaku. Kerusakan otak hanya berlaku pada bagian pembuluh darah yang mengalami stroke sedangkan bagian otak lainnya bekerja dengan normal. Stroke mempengaruhi seseorang dengan beberapa faktor seperti bagian otak yang terkena stroke, usia serta kondisi seseorang sebelum terkena stroke. Komplikasi akibat stroke berdasarkan gangguan neurologi fokal otak adalah:

a. Gangguan Motorik

Defisit motoris setelah stroke ditandai dengan kelemahan otot atau kelumpuhan, biasanya di satu sisi tubuh. Seringkali orang tersebut kehilangan gerakan atau perasaan raba di lengan atau kaki di bagian berlawanan sisi otak yang terkena stroke. Jadi, sekiranya seseorang itu memiliki stroke di sisi kiri otak, ia mungkin mengalami kelemahan atau kelumpuhan di lengan dan kaki kanan nya. Hal ini menyulitkan seseorang atau pasien itu untuk melakukan aktivitas kehidupan seharian mereka misalnya berpakaian, memberi makan, mandi atau mengikat sepatu. Efek defisit motoris ini juga meliputi rasa sakit, kelelahan, perubahan tonus otot serta gangguan berjalan (Norrving, 2014).

b. Gangguan Sensorik

Gangguan sensorik dapat melibatkan semua modalitas sensoris tergantung pada area otak yang terlibat. Stroke dapat menyebabkan individu menjadi lebih sensitif *(hyperaesthesia)* atau kurang *(hypoesthesia)* sensitif terhdadap sensasi atau tidak dapat mensintesis sensasi untuk mengidentifikasi lokasinya sendiri. Kadang-kadang, stroke juga boleh menyebabkan penglihatan terganggu (gangguan visus) misalnya seseorang mungkin dapat melihat benda hanya di bagian tertentu dari bidang peglihatannya setelah stroke. Gangguan sensoris juga boleh menggangu sistem pendengaran (tinnitus) (Norrving, 2014).

c. Gangguan Bicara

Gangguan bicara ditandai dengan kessulitan dalam memahami atau memproduksi ucapan dengan benar *(afasia)*, ucapan yang kabur akibat lemahnya otot *(disatria)* dan kesulitan dalam memprogram otot mulut untuk produksi bicara *(apraxia)*. Gangguan ini bervariasi dan tingkat keparahannya bergantung pada luas dan lokasi kerusakannya. Beberapa

individu mungkin mengalami kesulitan dalam komunikasi sosial, seperti kesulitan bergiliran dalam percakapan. Selain itu, penderita juga boleh mengalami masalah tidak dapat menulis *(agrafia)*, tidak dapat berhitung *(aculculia)* serta pelupa *(dementia)* (Vidovic, 2011).

d. Gangguan Kognitif

Gangguan kognitif meliputi kesulitan dalam perhatian, kesedaran, orientasi, pemecahan masalah, memori dan keterampilan penalaran. Individu yang menderita stroke juga mengalami kesulitan konsentrasi saat ada gangguan internal dan eksternal. Sebagai contoh melakukan percakapan di tokoh yang bising,membagi perhatian di antara beberapa tugas atau tuntutan. Gangguan menelan *(disfagia)* juga bisa diakibatkan serangan stroke karena kelemahan atau pengaburan otot di mulut dan tenggorokan (Kalaria, 2016).

e. Gangguan Emosi

Defisit emosional dapat ditandai dengan tampilan emosi yang tidak tepat dan fluktuasi suasana hati yang ekstrem. Individu yang terkena mungkin tertawa saat ada sesuatu yang tidak lucu atau menangis tanpa alasan yang jelas. Perilaku ini sangat umum di awal proses pemulihan. Seorang penderita stroke mungkin menjadi sangat frustrasi karena ketidakmampuan untuk berfungsi secara independent (situasi) yang dapat menyebabkan kemarahan dan depresi (Salter, 2016).

6. Sistem Sensori

Pengalaman manusia dipengaruhi oleh rangsangan internal dan eksternal. Manusia dapat membedakan antara berbagai jenis rangsangan dengan menggunakan sistem *sense organ*. Sistem sensorik merupakan integrase dari fungsi PNS *(Peripheral Nervous System)* dan CNS *(Central Nervous System)*. Divisi sensorik pada PNS mengumpulkan informasi tentang kondisi internal tubuh dan lingkungan eksternal. Sistem sensorik menerjemahkan cahaya, suara, suhu, dan aspek lingkungan lainnya menjadi sinyal listrik dan mentransmisikan sinyal-sinyal ini dalam bentuk *action potentials* (potensial aksi) ke dalam CNS dimana mereka diinterpretasikan.

Sejak jaman dahulu, manusia telah tertarik oleh sifat pengalaman indrawi. Filsuf Yunani Aristoteles, mendefinisikan lima indera yaitu indera penglihatan, pendengaran, sentuhan, rasa, dan aroma (bau) yang masing-

masing terkait dengan indera tertentu dalam tubuh seperti mata, telinga, kulit, lidah, dan hidung. Modalitas utama sensorik pada manusia dimediasi oleh kelas yang berbeda dari neuron reseptor yang terletak di organ indera tertentu. Setiap kelas sel reseptor mengubah satu jenis energi stimulus menjadi sinyal listrik yang dikodekan sebagai serentetan potensial aksi. Sel reseptor utama meliputi fotoreseptor (penglihatan), chemoreseptor (bau, rasa, dan rasa sakit/pain), reseptor thermal (suhu), dan mekanoresptor (sentuhan, pendengaran, keseimbangan, dan proprioseptif). Lima indera klasik yaitu penglihatan, bau, rasa, sentuhan, pendengaran, dan eseimbangan dimediasi oleh reseptor di mata, hidung, kulit, dan telinga bagian dalam *(inner ear)* masing-masing. Modalitas somatosensori lainnya yaitu sensor panas, nyeri, dan proprioseptif dimediasi oleh reseptor yang didistribusikan ke seluruh tubuh (Gardner & Johnson, 2013).

Indera utama *(primary senses)* pada otak adalah berupa rangsangan fisik dan atau kimiawi dari sesuatu yang nyata adanya, yang ditangkap langsung oleh reseptor sensorik seperti penglihatan *(vision)*, pendengaran *(hearing)*, penciuman *(smell)*, rasa *(taste)*, dan sentuhan *(touch)*. Sensasi primer dihasilkan oleh neuron sensorik sebagai reseptor sensorik (Wang, 2015).

Human sensory adalah sistem yang terdistribusi secara alami *(natural real-time)* yang mengubah rangsangan fisik dan kimia eksternal menjadi sinyal saraf tertentu melalui reseptor saraf khusus (Wang, 2015).

Sensory processing (pemrosesan sensorik) adalah konstruksi yang mengacu pada kemampuan sistem saraf untuk menerima dan menanggapi informasi baik sensorik internal maupun eksternal (Dunn, 1997). Sistem saraf mengintegrasikan rangsangan (stimuli) untuk memetakan pengalaman seseorang dalam lingkungan yang berbeda. Sistem sensorik mempengaruhi fungsi kognitif dan perilaku yang dapat mempengaruhi pengalaman hidup seseorang. Perubahan sistem sensorik dan pemrosesan sensorik dapat menyebabkan perubahan lebih lanjut dalam fungsi kognitif dan perilaku (Chung & Song, 2016).

Berikut adalah penjelasan dari masing-masing sistem sensori:

a. *The Sensory of Vision*

Persepsi visual melibatkan interaksi antara retina, nekleus thalamik, dan beberapa area korteks serebral. Retina mendefinisikan batas penglihatan: kemampuan untuk dapat membedakan secara detail, diskriminasi gerakan

yang kecil, dan kapasitas untuk mendeteksi kontras serta perbedaan dalam panjang gelombang cahaya yang dipantulkan (Gilbert, 2013).

Gambar yang diperoleh retina pada umumnya adalah pola-pola dinamis cahaya kompleks dengan intensitas dan warna yang beragam. Seperti yang telah kita lihat, pemrosesan visual level rendah bertanggung jawab untuk mendeteksi berbagai jenis kontras pada gambar ini. Sedangkan pemrosesan tingkat menengah terlibat dalam identifikasi yang disebut primitif visual, seperti kontur dan bidang gerak, dan representasi permukaan. Pemrosesan visual tingkat tinggi mengintegrasikan informasi dari berbagai sumber dan merupakan tahap akhir dalam jalur visual yang mengarah pada pengalaman visual yang disadari. Pengalaman visual pada dasarnya berpusat pada objek. Objek seringkali adalah objek yang kompleks secara visual, yang sebagian besar terdiri dari fitur visual. Selain itu, fitur yang diproyeksikan pada retina oleh suatu objek sangat bervariasi dalam kondisi tampilan yang berbeda, seperti pencahayaan, sudut, posisi, dan jarak. Pengalaman visual dapat disimpan sebagai memori, dan memori visual mempengaruhi pemrosesan informasi visual yang masuk (Albright, 2013).

Diketahui bahwa 70% informasi sensorik yang masuk ke otak adalah informasi yang berupa gambar. Indera penglihatan adalah seperangkat bingkai visual dan semantik visual yang sesuai, yang dihasilkan oleh otak berdasarkan pada array reseptor fotonik di mata. Oleh karena itu, vision (penglihatan) manusia tidak hanya bergantung pada gambar yang diambil, tetapi juga pada interpretasi otak. Sensori penglihatan ditangkap oleh reseptor fotonik di mata yang diproses dalam korteks visual pada lobus oksipital dan secara analitik (semantik) dipertahankan pada korteks asosiasi pada lobus oksipitalis (Wang, 2015).

Visual functions yaitu tentang fungsi dari kualitas penglihatan, ketajaman visual, stabilitas visual, dan *visual field functions* untuk mempromosikan kesadaran visual *(visual awareness)* tentang lingkungan pada berbagai jarak (AOTA, 2014).

b. *The Sensory of Hearing*

Mendengar adalah kunci rasa dalam komunikasi manusia, dimulai dengan menagkap suara di telinga, karena perannya dalam memahami dan memproduksi ucapan, persepsi pendengaran *(auditory perception)* adalah salah satu modalitas indera yang paling penting pada manusia. Energi

mekanik yang ditangkap oleh telinga luar mengalir melalui telinga tengah ke koklea, yang menyebabkan selaput basilar elastis terombang-ambing. Sel-sel rambut mendeteksi komponen frekuensi rangsangan dan mentrasduksikannya menjadi reseptor potensial yang menyebabkan neuron sensorik terstimulasi (Hudspeth, 2013).

Indera pendengaran menghasilkan spektrum frekuensi suara serta intensitas dan kualitasnya yang terdeteksi oleh reseptor pendengaran ditelinga. Mekanoreseptor pendengaran di telinga adalah reseptor saraf suara. Namun, proses kognitif dan interpretasi oleh otak diperlukan untuk mendapatkan informasi lisan yang bermakna. Hasil output dari reseptor pendengaran adalah atribut suara seperti frekuensi, intensitas, dan perbedaan antara telinga kiri dan kanan. Serangkaian indera pendengaran seperti jarak suara, lokasi, arah, dan karakteristik sumber juga dapat dihasilkan berdasarkan proses persepsi otak. Pendengaran secara tidak sadar berpengaruh terhadap deep emotions manusia karena area prosesnya sangat dekat dengan unit pemrosesan pusat otak – Thalamus (Wang, 2015).

Hearing functions yaitu tentang fungsi deteksi dan diskriminasi suara, kesadaran akan lokasi dan jarak suara (AOTA, 2014).

c. *The Sensory of Smell*

Indera penciuman dihasilkan berdasarkan pola kemo yang diuapkan, yang dikenali oleh chemoreseptor di rongga hidung bagian atas. Namun, sistem pembauan pada manusia tergantung pada sinyal sensori penciuman dan interpretasi otak. Reseptor penciuman dalam fungsi hidung sebagai filter molekul dengan satu set masker bentuk untuk molekul bau tertentu. Delapan bau utama yang dapat diidentifikasi oleh hidung manusia adalah bau busuk, amis, bau yang segar *(minty)*, bau yang harum *(musky)*, spermatik, bau keringat, dan bau busuk. Aroma kompleks lainnya adalah komposisi dari bau-bau primer ini (Wang, 2015). *Smell functions* yaitu tentang fungsi merasakan bau (busuk) dan bau-bau yang lain (wangi) (AOTA, 2014).

d. *The Sensory of Taste*

Indera perasa dihasilkan oleh otak berdasarkan pola kemo cairan yang dikenali oleh lidah. Dengan kata lain, selera manusia bergantung pada sinyal indera perasa dan interpretasi otak. Sensor rasa ditangkap oleh kemoreseptor pada lidah (Wang, 2015).

Sensor rasa dapat dibagi lagi menjadi sensor pada rasa garam, manis, pahit, asam, dan pedas. Selera adalah reseptor rasa di lidah. Masing-masing indera perasa adalah suatu struktur dengan sekitar 25 sel reseptor (Coren *et al*., 1993; Carter *et al*., 2009).

Taste functions yaitu fungsi tentang asosiasi rasa pahit, manis, asam, dan asin (AOTA, 2014).

e. *The Sensory of Touch*

Sistem taktil merupakan sistem sensor tubuh yang paling dikenal. Sistem ini juga merupakan sistem yang paling sering diperhatikan. Apapun yang disentuh atau rasakan adalah bagian dari sistem ini (Wang, 2015).

Tangan adalah salah satu ciptaan besar yang dibuat oleh Tuhan. Kapasitas manipulatif yang disediakan oleh jari-jari karena kapasitas sensorik mereka yang baik, jika seseorang kehilangan sensasi sentuhan di jari-jari, maka akan kehilangan ketangkasan manual. Seseorang dapat mengenali objek yang ditempatkan di tangan hanya dari sentuhan saja. Jalur somatosensori di otak memiliki tugas untuk mengintegrasikan informasi dari ribuan sensor di tangan dan mengubahnya menjadi bentuk yang cocok untuk kognisi. Memprediksi konsekuensi sensorik dari tindakan yang dilakukan oleh tangan merupakan komponen penting dari sentuhan yang dilakukan secara aktif. Sebagai contoh, ketika kita melihat suatu objek dan meraihnya, kita memperkirakan seberapa berat benda itu dan bagaimana rasanya ditangan. Kita menggunakan prediksi seperti itu untuk mulai mengenggam (Esther & Kenneth, 2013).

Menurut Daniel Wolpert dan Randy Flanagan bahwa selama sentuhan aktif system motor mengontrol aliran aferen dari informasi somatosensori sehingga subjek dapat memprediksi kapan informasi taktil harus tiba di S-1 dan mencapai kesadaran. Konvergensi sinyal pusat dan perifer memungkinkan neuron untuk membandingkan gerakan yang direncanakan dan aktual. Pengeluaran cairan dari daerah motoric ke daerah somatosensorik pada korteks dapat memainkan peran kunci dalam sentuhan aktif. Hal ini memberikan neuron parietal posterior informasi tentang tindakan yang dimaksudkan, dan memungkinkan neuron ini untuk membandingkan respon saraf yang terencana dan aktual dengan rangsangan sentuhan. Hilangnya sensasi taktil di tangan menghasilkan motorik yang signifikan serta defisit sensorik. Dengan hilangnya kepekaan sentuhan,

seseorang sepenuhnya bergantung pada penglihatan untuk mengarahkan tangannya (Esther & Kenneth, 2013).

Touch functions yaitu tentang fungsi untuk merasakan rasa tersentuh atau menyentuh berbagai tekstur, seperti tekstur makanan, adanya mati rasa, parestesia, dan hiperparestesia (AOTA, 2014).

f. *The Sensory of Vestibular & Equilibrium*

Equilibrium atau Keseimbangan tubuh adalah keadaan seimbang yang dijaga secara dinamis dengan merasakan deteksi dan maneuver motorik terhadap efek gaya gravitasi. Sensori keseimbangan di telinga dan indera lain seperti penglihatan, posisi, gerakan, dan postur memainkan peran kunci dalam penginderaan keseimbangan (Wang, 2015).

Vestibular sensation adalah kesadaran tentang posisi tubuh seseorang dan gerakan kepala dalam kaitannya dengan gravitasi (Ayres, 1972). Sistem vestibular memberitahu kita dimana tubuh kita dalam kaitannya dengan gravitasi, dimana ia bergerak dan seberapa cepat. Reseptor terletak di telinga bagian dalam dan penting untuk postur tubuh, tonus otot, dan integrase bilateral (Oxford Health, 2014).

Vestibular functions yaitu tentang fungsi sensasi terkait dengan posisi, keseimbangan, dan gerakan yang melawan gravitasi (AOTA, 2014).

7. *Occupations and Activity of Daily Living (ADLs)*

Occupations adalah pusat dari identitas klien dan rasa tentang kompetensi dan memiliki makna serta nilai tertentu bagi klien tersebut (AOTA, 2014).

Occupations adalah berbagai jenis kegiatan kehidupan dimana individu, kelompok atau populasi terlibat, termasuk ADLs, IADLs, *rest and sleep* (isturahat dan tidur), *education* (pendidikan), *work* (bekerja), *play* (bermain), leisure, dan *social participation* (partisipasi sosial) (AOTA, 2014).

ADLs adalah kegiatan yang berorientasi pada perawatan diri sendiri. ADLs juga disebut sebagai kegiatan dasar kehidupan sehari-hari (BADLs) dan kegiatan pribadi kehidupan sehari-hari (PADLs). ADLs merupakan kegiatan dasar untuk hidup di lingkungan sosial, serta memungkinkan seseorang untuk dapat melangsungkan hidup dan memperoleh kesejahteraan dasar (AOTA, 2014).

ADL adalah fungsi-fungsi yang bersifat fundamental terhadap kehidupan mandiri klien yang meliputi mandi, berpakaian, toileting, berpindah, kontinen, dan makan. Kemandirian dalam ADL didefinisikan sebagai kemandirian seseorang dalam melakukan aktivitas dan fungsi-fungsi kehidupan sehari-hari yang dilakukan oleh manusia secara rutin dan universal (Kane & Kane, 1981).

8. Dampak Perubahan Sensorik Terhadap ADLs

Perubahan kemampuan motorik, sensorik, dan atau kognitif adalah umum pasca stroke dan perubahan ini mempengaruhi kinerja fungsional dan kualitas hidup (Desrosiers *et al*., 2003).

Kehilangan kemampuan sensorik merupakan faktor signifikan dalam berbagai aktivitas seperti berjalan, pemulihan pada *upper extremity*, keseimbangan, mobilitas, ADLs, dan dalam proses pemulihan. Orang dengan kondisi kehilangan sensorik cenderung memiliki kelemahan yang lebih parah (Tyson *et al*., 2008).

Menurut Urimubenshi 2015, setelah keluar dari rumah sakit pasien stroke mengalami berbagai keterbatasan kegiatan dan pembatasan partisipasi termasuk keterbatasan dalam berjalan, perawatan diri, kegiatan kehidupan rumah tangga, ketidakmampuan untuk kembali bekerja seperti sebelumnya, dan partisipasi dalam kegiatan keagamaan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa penyintas stroke mengalami frustasi ketika melakukan aktivitas keseharian *(daily occupations)* karena adanya perubahan dalam performa kerja, berarti bahwa kebiasaan sebelumnya tidak dapat secara otomatis dibangun kembali, aktivitas keseharian harus diatur ulang dan direncanakan dengan pertimbangan yang lebih besar daripada yang diperlukan sebelum terkena stroke. Dalam membangun kembali aktivitas kesehariannya, pasien mengalami konflik yang berkelanjutan tentang apakah akan mengembangkan kebiasaan baru atau tidak (Wallenbert & Jonsson, 2005).

B. PENELITIAN YANG RELEVAN

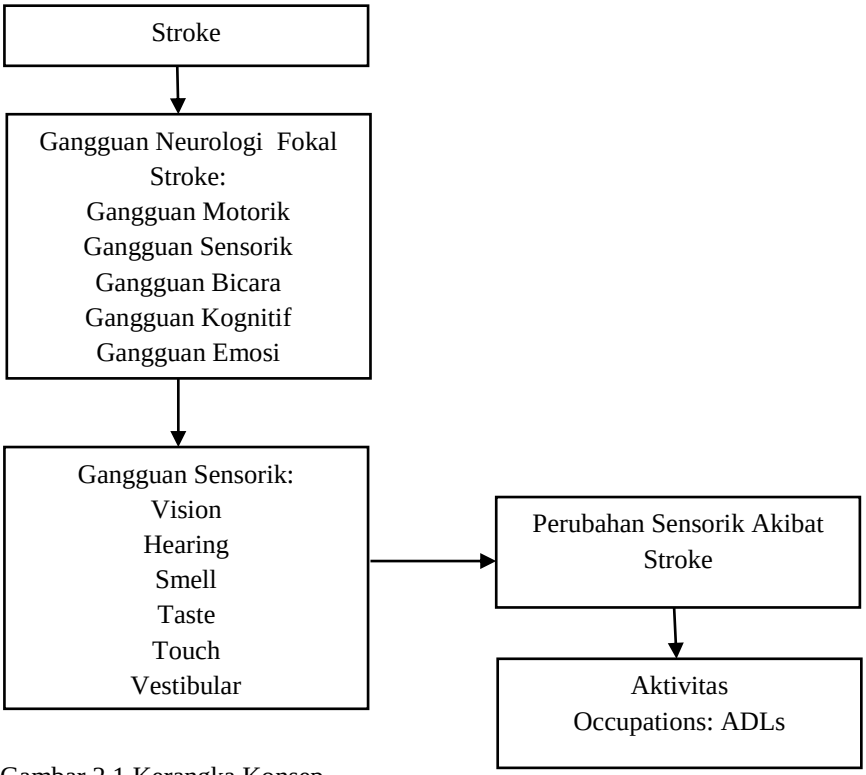
Beberapa jurnal penelitian yang relevan dengan “Pengalaman Pasien Terhadap Perubahan Sensorik Pada Kondisi Pasca Stroke” antara lain:

1. Penelitian yang berjudul *"Effects of Somatosensory Impairment on Participation After Stroke"* diambil dari *The American Journal of Occupational Therapy*: Vol. 72, No. 3, May/June 2018 yang dilakukan oleh Leeane M. Carey, Thomas A. Matyas, Carolyn Baum didapatkan hasil bahwa gangguan somatosensori berhubungan dengan berkurangnya partisipasi aktivitas, namun paresis pada anggota gerak atas dan bawah dapat berkontribusi pada hilangnya sensori.
2. Penelitian yang berjudul *"A Qualitatif Study of Stroke Survivor's Experience of Sensory Changes"* diambil dari *University of Kansas, Therapeutic Science of Occupational Therapy*, 07 Agustus 2018 yang dilakukan oleh Dua'a Akram Alwawi didapatkan hasil bahwa orang mengalami berbagai perubahan sensorik (visual, auditori, vestibular, sentuhan, nyeri, dan sensitivitas terhadap rangsangan sensorik) dan menghadapi berbagai kesulitan dalam menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari karena perubahan sensorik setelah stroke.
3. Penelitian yang berjudul *"The State-of-the-Science on Somatosensory Function and Its Impact on Daily Life in Adult and Older Adults, and Following Stroke: A Scoping Review"* diambil dari *Sage Journal of Occupational Therapy*: Vol. 38 (2S), No. 27S-41S, 27 October 2016 yang dilakukan oleh Leeanne M. Carey, Gemma Lamp, and Megan Turville didapatkan hasil bahwa ada kesenjangan pengetahuan dalam literatur yang tersedia untuk menginformasikan pemahaman kita tentang fungsi somatosensori dalam kaitannya dengan efek kinerja kegiatan sehari-hari dan partisipasi pada kegiatan yang bermakna serta peran kehidupan pada orang dewasa, lansia, dan pada orang yang mengalami *loss body sensation* termasuk stroke. Hal ini terbukti tidak hanya dalam kaitannya dengan pemahaman saat ini tentang bagaimana somatosensasi mendukung atau membatasi partisipasi dalam kegiatan sehari-hari (pertanyaan 1), tetapi juga dalam konteks intervensi somatosensori yang tersedia dan hasil yang ditargetkan (pertanyaan 2). Hasilnya menggaris bawahi kebutuhan untuk melihat diluar somatosensasi sebagai fungsi tubuh saja, tetapi bagaimana digunakan dalam kehidupan sehari-hari dan peran hidup pada orang dewasa, dan lansia dengan dan tanpa *somatosensory loss*. Serta direkomendasikan bahwa kita lebih baik untuk menargetkan dan mengevaluasi secara

kritis dampak intervensi somatosensori dalam hal *processing*, *performance*, dan *participation outcomes* pasca stroke.

4. Penelitian yang berjudul *"Upper-Limb Sensory Impairments After Stroke: Self-Reported Experiences of Daily Life and Rehabilitation"* diambil dari *Journal of Rehabilitation Medicine*: Vol. 50, No. 45-51, 2018 yang dilakukan oleh H. Carlsson et al didapatkan hasil bahwa penderita stroke merasakan bahwa gangguan sensorik pada *upper limb* memiliki dampak yang sangat negatif pada kehidupan sehari-hari, tetapi rehabilitasi yang berfokus atau secara khusus untuk menangani masalah ini masih kurang. Temuan ini menyiratkan bahwa manajemen klinis gangguan sensori pada *upper limb* pasca stroke membutuhkan lebih banyak perhatian.
5. Penelitian yang berjudul *"Stroke Survivor's Experiences of Somatosensory Impairment After Stroke: An Interpretative Phenomenological Analysis"* diambil dari *Chartered Society of Physiotherapy by Elsevier Ltd*: Vol. 100, No. 150-155, 2014 yang dilakukan oleh L.A. Connell et al didapatkan hasil bahwa para para penyintas stroke dalam penelitian ini menunjukkan bahwa mereka sadar jika kemampuan somatosensorinya tidak normal. Namun, nampaknya penderita stroke tidak memiliki wawasan atau pemahaman yang diperlukan untuk secara jelas mengartikan baik pengalaman tentang penurunan nilai maupun dampak akibat gangguan tersebut pada fungsi sehari-hari mereka. Gangguan somatosensorik menjadi perhatian bagi penderita stroke, terutama ketika mereka kembali ke rumah karena diperlukan strategi untuk mengelola tugas fungsional dan mencegah terjadinya kecelakaan.
6. Penelitian yang berjudul *"Stroke Survivor and Caregiver Perspectives on Post-Stroke Visual Concerns and Long-Term Consequences"* diambil dari *Hindawi Journal Of Behavioural Neurology*: ID 1463429, 04 October 2018 yang dilakukan oleh Theresa M. Smith et al didapatkan hasil bahwa kekhawatiran visual dari penderita stroke dan *caregiver* tidak dapat ditangani secara memadai, sehingga mempengaruhi kemandirian penyintas stroke dalam kegiatan sehari-hari dan kualitas hidupnya.

C. KERANGKA KONSEP



Gambar 2.1 Kerangka Konsep

BAB III
METODE PENELITIAN

A. BENTUK DAN STRATEGI PENELITIAN

Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode penelitian kualitatif. Metode penelitian kualitatif adalah metode penelitian yang digunakan untuk meneliti pada kondisi obyek yang alamiah, dimana peneliti adalah sebagai instrument kunci, teknik pengumpulan data dilakukan secara trianggulasi (gabungan), analisis data bersifat induktif, dan hasil penelitian kualitatif lebih menekankan makna dari pada generalisasi (Sugiyono, 2014).

Pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah pendekatan deskriptif fenomenologi, dimana pendekatan tersebut mendeskripsikan pemaknaan umum dari sejumlah individu terhadap berbagai pengalaman hidup mereka terkait dengan konsep atau fenomena (Cresswell, 2015). Metode deskriptif fenomenologi yaitu penelitian kualitatif yang mengeksplorasi pengalaman secara langsung melalui interaksi antara peneliti dan peserta penelitian (partisipan) dalam penelitian dan mendeskripsikan tiap-tiap bagian dari fenomena yang ada secara bebas dari fenomena yang belum tergali (Spiegerlberg, 1975 dalam Streubert & Carpenter, 2003). Penelitian ini berfokus pada mendeskripsikan fenomena tentang pengalaman pasien terhadap perubahan sensorik pada kondisi pasca stroke.

B. SUMBER DATA DAN TEKNIK SAMPLING

Pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan melalui wawancara semi terstruktur dan *in-depth interview* pada pasien stroke. Sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah pasien stroke di wilayah Kelurahan Lalung, Kecamatan Karanganyar, Kabupaten Karanganyar. Jumlah sampel yang diteliti dari penelitian kualitatif ini berjumlah 8 individu. Dalam menentukan sampel penelitian dipilih dengan teknik *non-probability sampling* dengan menggunakan metode *purposive sampling*. Non probability sampling adalah teknik pengambilan sampel yang tidak memberi peluang/kesempatan sama bagi setiap unsur atau anggota populasi untuk

dipilih menjadi sampel. *Purposive sampling* adalah teknik pengambilan sampel sumber data dengan pertimbangan dan tujuan tertentu (Sugiyono, 2014).

Menurut Creswell (2013), ada tiga pertimbangan untuk menggunakan pendekatan ini dalam penelitian kualitatif, ketiga pertimbangan tersebut terkait dengan (1) keputusan-keputusan mengenai pemilihan partisipan atau tempat; (2) tipe strategi sampling yang spesifik; dan (3) ukuran dari sampel yang dipelajari. Kriteria sampel berfungsi ketika semua individu telah mewakili masyarakat yang telah mengalami fenomena yang diteliti (Creswell, 2015). Kriteria inklusi yang dipilih oleh peneliti adalah sebagai berikut: (1) pasien pasca stroke; (2) mampu berbicara dan berkomunikasi dua arah; (3) tidak memiliki gangguan kognitif berat dinyatakan dengan instrument MMSE.

C. TEKNIK PENGUMPULAN DATA DAN UJI KEPERCAYAAN DATA

1. Teknik Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah wawancara mendalam dan dokumentasi.

a. Wawancara Semiterstruktur

Melakukan *in-depth interview* dengan semiterstruktur, di mana dalam pelaksanaannya lebih bebas bila dibandingkan dengan wawancara terstruktur. Tujuan dari wawancara semiterstruktur adalah untuk menemukan permasalahan secara lebih terbuka, di mana pihak yang diajak wawancara diminta pendapat, dan ide-idenya. Dalam penelitian ini, garis besar pertanyaan yang diajukan pada responden ditujukan untuk menggali dan mengidentifikasi apa saja perubahan sensorik dan bagaimana perubahan tersebut mempengaruhi aktivitas yang bermakna bagi pasien pada kondisi pasca stroke (Sugiyono, 2014).

Berikut adalah *guideline interview* yang digunakan dalam mengumpulkan data:

1. Setelah terkena stroke, perubahan apa saja yang anda rasakan dalam diri anda?
2. Kemudian, apakah perubahan tersebut mempengaruhi anda saat melakukan aktivitas? Misalnya saat aktivitas mandi, makan, dan berpakaian.

3. Tolong ceritakan, pengalaman perubahan yang anda rasakan saat melakukan aktivitas tersebut !

b. Dokumentasi

Dokumentasi merupakan catatan peristiwa yang sudah berlalu. Studi dokumen merupakan pelengkap dari penggunaan metode wawancara dalam penelitian kualitatif. Hasil penelitian dari wawancara akan lebih kredibel atau dapat dipercaya kalau didukung oleh sejarah pribadi kehidupan. Pengambilan data selanjutnya mendokumentasikan hal-hal yang mendukung penelitian berupa buku catatan, notulen, dan *tape recording* (Sugiyono, 2014). Dalam penelitian ini bentuk dokumentasi yang peneliti gunakan adalah dengan menggunakan *tape recording* (perekam hp).

2. Uji Kepercayaan Data

Dalam teknik pengumpulan data, triangulasi diartikan sebagai teknik pengumpulan data yang bersifat menggabungkan dari beberapa teknik pengumpulan data dan sumber data yang telah ada. Bila peneliti melakukan pengumpulan data dengan triangulasi, maka sebenarnya peneliti mengumpulkan data yang sekaligus menguji kredibilitas data, yaitu mengecek kredibilitas data dengan berbagai teknik pengumpulan data dan berbagai sumber data (Sugiyono, 2012). Triangulasi dalam pengujian kredibilitas ini diartikan sebagai pengecekan data dari berbagai sumber dengan berbagai cara, dan berbagai waktu (Sugiyono, 2014). Dalam hal triangulasi, Stainback (1988) dalam Sugiyono (2012) menyatakan bahwa tujuan dari triangulasi bukan untuk mencari kebenaran tentang beberapa fenomena, tetapi lebih pada peningkatan pemahaman peneliti terhadap apa yang telah ditemukan. Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan uji kredibilitas kepercayaan data dengan triangulasi sumber dan teknik.

a. Triangulasi Sumber

Triangulasi sumber untuk menguji kredibilitas data dilakukan dengan cara mengecek data yang telah diperoleh melalui beberapa sumber (Sugiyono, 2014). Dalam penerapan triangulasi sumber adalah dengan mewawancarai anggota keluarga yang mengetahui keseharian informan.

b. Triangulasi Teknik

Triangulasi teknik untuk menguji kredibilitas data dilakukan dengan cara mengecek data kepada sumber yang sama dengan teknik yang

berbeda (Sugiyono, 2014). Dalam penelitian ini, untuk memperoleh kebenaran informasi, peneliti menggunakan metode wawancara semi terstruktur dan wawancara mendalam kemudian membandingkan hasil dengan teknik observasi.

D. TEKNIK ANALISIS

Dalam penelitian ini, penyusunan prosedur analisis data menggunakan teknik *thematic analysis*. Peneliti menggunakan teknik ini dengan tujuan untuk mengupas secara rinci data-data kualitatif yang peneliti miliki guna menemukan keterkaitan pola-pola dalam sebuah fenomena dan menjelaskan sejauh mana sebuah fenomena terjadi melalui kacamata peneliti (Fereday & Cochrane, 2006). *Thematic analysis* merupakan suatu metode untuk mengidentifikasi, menganalisis, dan melaporkan pola-pola (tema) yang terdapat dalam data, dan lebih jauh lagi dapat menginterpretasikan aspek beragam dari topik penelitian (Boyatzis, 1998). Menurut Junaid (2016) terdapat dua langkah utama yang harus dilakukan dalam *thematic analysis*:

1. Membaca dan Memberikan Makna dari Data Transkrip Wawancara

Dalam memahami isi transkrip tersebut, peneliti perlu memperhatikan pola-pola atau ide-ide yang berulang kali disampaikan oleh informan. Pada tulisan ini, peneliti menitikberatkan pada data wawancara yang telah diperoleh melalui wawancara. Langkah awal pada proses ini adalah peneliti melakukan transkripi wawancara.

2. *Coding*/ Pengkodean

Coding adalah proses menelaah dan menguji data mentah yang ada dengan melakukan pemberian label (memeberikan label) dalam bentuk kata-kata, frase atau kalimat. Terdapat dua tahap dalam langkah *coding*, yakni:

a. Pengkodean awal *(initial coding)* atau pengkodean terbuka (open coding). Initial coding diartikan sebagai pemberian makna atau label dalam bentuk kata-kata atau frase sesuai dengan data yang ada (misalnya pada data transkripsi).
b. Pengkodean aksial *(axial coding)*. *Axial coding* diartikan sebagai langkah atau tahap kelanjutan dari *open coding* dengan cara menciptakan tema-tema atau kategori-kategori yang didasarkan pada kata-kata atau frase yang dihasilkan dari *open coding*.

Langkah berikutnya adalah peneliti membuat konsep atau gagasan teoritis yang berkaitan dengan kode dan tema-tema tersebut. Strategi yang tepat dalam proses analisis data ini adalah kemampuan peneliti menghubungkan antara konsep-konsep yang telah dibuat dengan mengaitkan dengan teori-teori atau literatur-literatur yang telah ada.

E. PROSEDUR DAN JADUAL PENELITIAN

1. Prosedur Penelitian

Prosedur penelitian merupakan penjelasan langkah-langkah yang harus ditempuh dalam suatu penelitian. Menurut Moleong (2014), langkah-langkah prosedur penelitian meliputi tiga hal yaitu:

a. Tahap Pra Lapangan

Tahap ini merupakan tahap awal yang dilakukan peneliti dengan pertimbangan etika penelitian lapangan melalui tahap pembuatan rancangan usulan penelitian hingga menyiapkan perlengkapan penelitian. Dalam tahap ini peneliti diharapkan mampu memahami latar belakang penelitian dengan persiapan-persiapan diri yang mantap untuk masuk dalam lapangan penelitian.

b. Tahap Pekerjaan Lapangan

Dalam tahap ini peneliti berusaha mempersiapkan diri untuk menggali dan mengumpulkan data-data untuk dibuat suatu analisis data mengenai pengalaman terhadap perubahan sensorik pada kondisi pasca stroke di Kelurahan Lalung, Kecamatan Karanganyar secara intensif. Setelah mengumpulkan data, selanjutnya data dikumpulkan dan disusun.

c. Tahap Analisis Data

Pada tahap ini dilakukan kegiatan yang berupa mengolah data yang diperoleh dari narasumber mauoun dokumen, kemudian akan disusun kedalam sebuah penelitian. Hasil analisis tersebut dituangkan dalam bentuk laporan sementara sebelum menulis keputusan akhir.

Semua tahapan-tahapan yang dipaparkan diatas akan digunakan peneliti untuk mempermudah proses penelitian serta mempermudah dalam proses penyusunan hasil laporan.

F. JADUAL PENELITIAN

Tabel 3.1. Jadual Penelitian

No	Jenis Kegiatan	Tahun 2020							2021
		Jun	Jul	Agst	Sept	Okt	Nov	Des	Jan
1.	Pembuatan proposal								
2.	Seminar proposal								
3.	Pengumpulan data penelitian								
4.	Proses transkrip data								
5.	Analisi data dan penulisan laporan								
6.	Pengumpulan Laporan								

BAB IV
HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. GAMBARAN UMUM PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan di Kelurahan Lalung, Kecamatan Karanganyar, Kabupaten Karanganyar, Provinsi Jawa Tengah. Pengambilan data dilakukan pada bulan Oktober – November 2020, melalui wawancara mendalam, observasi, dan dokumentasi. Wawancara mendalam (semi terstruktur) dilakukan berdasarkan panduan protokol wawancara yang telah dibuat terlebih dahulu dan berdasarkan teori yang mendukung. Pada bagian dokumentasi dilakukan dengan melakukan *recording* (perekaman) suara partisipan menggunakan alat perekam hp untuk mendapatkan hasil yang akurat dari setiap partisipan.

Penelitian ini menggunakan beberapa partisipan yang telah ditetapkan berdasarkan kriteria yang telah dibuat oleh peneliti. Adapun profil partisipan adalah sebagai berikut:

1. Patisipan pertama berinisial Tn. JM, berusia 69 tahun mengalami stroke hemiparase sinistra (spastik) selama 4 tahun. Pendidikan terakhir partisipan adalah Sekolah Dasar (SD) dan dulu sebelum terkena stroke bekerja sebagai petani. Saat ini partisipan sudah tidak bekerja lagi di sawah, beliau di rumah menjaga warung yang menjual jajanan anak kecil. Partisipan tinggal bersama istri dan seorang anak yang sudah berkeluarga.
2. Patisipan kedua berinisial Ny. RD, berusia 65 tahun mengalami stroke hemiparase dextra (flacid) selama 7 bulan. Partisipan tidak bersekolah dan dulu sebelum terkena stroke bekerja sebagai buruh serabutan, namun saat ini partisipan sudah tidak bekerja lagi. Partisipan tinggal bersama suami dan seorang anak yang sudah berkeluarga.
3. Patisipan ketiga berinisial Ny. WD, berusia 58 tahun mengalami stroke hemiparase dextra (flacid) selama 5 tahun. Pendidikan terakhir partisipan adalah SMA. Partisipan berprofesi sebagai ibu rumah tangga. Partisipan tinggal bersama suami, seorang anak mantu dan cucu.

4. Patisipan keempat berinisial Ny. SR, berusia 60 tahun mengalami stroke hemiparase dextra (spastic) selama 2 tahun. Pendidikan terakhir partisipan adalah SMA. Partisipan berprofesi sebagai ibu rumah tangga. Partisipan tinggal bersama anak dan cucu.

Tabel 4.1. Data Partisipan

Nama	Umur	Pendidikan	Pekerjaan	Status Pernikahan	Onset
Tn. JM	69	SD	Tidak Bekerja	Menikah	4 tahun
Ny.RD	65	Tidak Bersekolah	Tidak Bekerja	Menikah	7 bulan
Ny.WD	58	SMA	IRT	Menikah	5 tahun
Ny. SR	60	SMA	IRT	Menikah	2 tahun

B. HASIL PENELITIAN

Berdasarkan analisis tematik yang dilakukan pada penelitian ini menghasilkan 3 tema yaitu perubahan dalam tubuh, gangguan sensorik, dan dampak terhadap aktivitas ADLs (kemampuan dalam melakukan aktivitas hidup dasar sehari-hari). Pada tema tersebut juga terdapat 13 sub-tema, dimana tema dan sub-tema dalam penelitian ini akan dibahas secara terpisah untuk mendapatkan fenomena pada partisipan tentang pengalamannya terhadap perubahan sensori dalam dampaknya terhadap aktivitas ADLs akibat stroke. Hasil analisis dapat dilihat pada tabel 4.2.

Tabel 4.2. Hasil analisis: Tema dan Sub-Tema

Tema	**Sub-Tema**
1. Perubahan Dalam Tubuh	a. Kekakuan Tubuh b. Kelemahan Tubuh
2. Gangguan Sensorik	a. Vision b. Hearing c. Smell d. Taste e. Touch

	f. Vestibular
3. Dampak Tehadap ADLs	a. Mandi b. Brpakaian c. Toileting d. Berpindah e. Makan

Berdasarkan tabel 4.2., diketahui bahwa terdapat 3 tema pada analisis dalam penelitian yaitu perubahan dalam tubuh, gangguan sensorik, dan dampak terhadap ADLs. Dari tema tersebut ditemukan 13 sub-tema, yaitu untuk perubahan dalam tubuh berisi kekakuan dan kelemahan tubuh, serta pada gangguan sensorik berisi *vision, hearing, smell, taste, touch,* dan *vestibular*. Tema dampak terhadap ADLs berisi mandi, berpakaian, toileting, berpindah, dan makan. Tema-tema tersebut dijelaskan sebagai berikut:

1. Perubahan Dalam Tubuh

a. Kekakuan Tubuh

Perubahan tonus pada stroke terjadi sebagai manifestasi klinis dari hilangnya kontrol supra spinal yakni berupa hipotonus *(flaccid)* dan hipertonus *(spastic).* Pada perubahan tonus *spastic* (hipertonus) dapat timbul secara bertahap dan derajatnya berbeda dari ringan sampai berat. Disini terdapat tahanan terhadap gerakan pasif dan besarnya tahanan sebanding dengan kecepatan gerakan pasif yang diberikan, semakin cepat gerakan pasif yang akan terjadi akan semakin besar pula tahanannya.

Setiap responden ditanya mengenai "Setelah terkena stroke apakah anda merasakan atau mengalami perubahan dalam diri atau tubuh anda?", adapun makna perubahan dalam tubuh yang dirasakan yaitu kekakuan tubuh yang dipahami oleh kebanyakan responden adalah tangan dan kaki menjadi kaku. Hal tersebut sesuai dengan ungkapan partisipan, sebagai berikut:

> *"Nggih niki mbak (Ya ini mbak), kaku. Tangan kalih sikil kaku mbak (tangan dan kaki kaku mbak)" (R1), "Iya, ada perubahan, badan jadi kaku" (R4).*

Jawaban yang diberikan responden tentang kekakuan tubuh memiliki arti bahwa adanya rasa kaku pada tubuh yaitu pada bagian tangan dan kaki.

b. Kelemahan Tubuh

Pada perubahan tonus *flaccid* (hipotonus) dapat terjadi secara permanen atau sementara. Dalam keadaan ini tidak terdapat tahanan pada gerakan pasif, ekstremitas dirasakan berat, lemas, tonus menurun sampai hilang, sehingga dengan demikian penderita tidak mampu mempertahankan posisinya.

Setiap responden ditanya mengenai "Setelah terkena stroke apakah anda merasakan atau mengalami perubahan dalam diri atau tubuh anda?", adapun makna perubahan dalam tubuh yang dirasakan yaitu kelemahan tubuh yang dipahami oleh kebanyakan responden adalah badan dan gerak semuanya menjadi lumpuh (tidak bisa digerakkan). Hal tersebut sesuai dengan ungkapan partisipan, sebagai berikut:

> *"Nggih anu mbak (yaa gini mbak), dhek emben sehat niki sakit (dulu sehat sekarang sakit). Sik niki mboten saged obah blas pas kenek stroke (yang ini tidak bisa digerakkan sama sekali sewaktu terkena stroke)... (R2), "Iya, ada, gerak semuanya kayak lumpuh separo" (R3).*

Jawaban yang diberikan responden tentang kelemahan tubuh memiliki arti bahwa adanya kelumpuhan (tidak bisa digerakkan) pada badan dan gerakan tubuh.

2. Gangguan Sensorik

a. Gangguan Penglihatan (*Vision*)

Gangguan penglihatan adalah adanya kelainan yang menyebabkan gangguan pada penglihatan normal. Berbagai jenis gangguan penglihatan dapat disebabkan oleh beberapa kondisi medis dan kelainan tertentu, salah satunya stroke. Stroke dapat menyebabkan hilangnya beberapa atau seluruh area visual yang kita lihat di depan kita. Beberapa perubahan visual yang terjadi setelah stroke antara lain hilangnya penglihatan di separuh pandang di kanan atau kiri mata, gangguan pada pergerakan mata, *dry eyes* (mata kering yang terjadi karena kesulitan

untuk mengedipkan mata atau tidak menutup mata sepenuhnya), *visual neglect, agnosia,* dan lain-lain.

Setiap responden ditanya mengenai "Dalam hal penglihatan apakah bapak/ibu mengalami perubahan? Bagaimana perubahan penglihatan tersebut?", adapun makna gangguan penglihatan yang dipahami oleh kebanyakan responden adalah pandangan menjadi kabur dan mata menjadi berair pada sisi yang mengalami kelemahan. Hal tersebut sesuai dengan ungkapan partisipan sebagai berikut:

> *"Pandangane nggih kabur (pandangan ya kabur)" (R1), "Iya, karna lumpuh separoh, jadi matanya ini juga berair" (R3).*

Jawaban yang diberikan responden tentang gangguan penglihatan memiliki arti bahwa adanya masalah ketika melihat seperti pandangan mata menjadi kabur dan berair pada sisi yang menalami kelemahan.

b. Gangguan Pendengaran (*Hearing*)

Gangguan pendengaran adalah ketidakmampuan otak untuk memaknai rangsangan listrik yang diterima dari pendengaran perifer (koklea). Misalnya hilangnya kemampuan untuk mendengar, distorsi suara, dan berkurangnya kualitas suara.

Setiap responden ditanya mengenai "Dalam hal pendengaran bagaimana? Apakah juga mengalami perubahan?", adapun makna gangguan pendengaran yang dipahami oleh kebanyakan responden adalah sensitif dengan suara yang keras, frekuensi tinggi rendah suara tidak konsisten, dan adanya suara mendengin pada telinga di sisi yang mengalami kelemahan. Hal tersebut sesuai dengan ungkapan partisipan, sebagai berikut:

> *"... Ning kadang-kadang nek enten suoro pit montor niku kula wedi ogk mbak (tapi kadang-kadang seumpama ada suara sepeda motor saya takut mbak), mboten saged kula rasane mboten tahan (saya rasanya tidak bisa, tidak tahan) (R1), "... ning sok-sok koyo suarane alon sok-sok banter ngoten mbak (tapi kadang-kadang seperti suaranya pelan kadang-kadang keras begitu mbak)" (R2), "Iya, kayak mendenging, yang kanan juga" (R3).*

Jawaban yang diberikan responden tentang gangguan pendengaran memiliki arti bahwa adanya masalah ketika mendengar seperti sensitif dengan suara yang keras, frekuensi tinggi rendah suara yang tidak konsisten,

dan adanya suara mendengin pada telinga di sisi yang mengalami kelemahan.

c. Gangguan Penciuman (*Smell*)

Gangguan penciuman adalah gangguan yang menyebabkan seseorang tidak dapat mendeteksi dan mengidentifikasi bau (membau) baik sebagian atau keseluruhan, misalnya mendeteksi kebocoran gas, tidak dapat membedakan makanan basi, dan lain-lain. Serta hal ini mempengaruhi seseorang dalam hal selera makan.

Setiap responden ditanya mengenai "Dalam hal penciuman (hidung) bagaimana? Apakah juga mengalami perubahan?", adapun makna gangguan penciuman yang dipahami oleh kebanyakan responden adalah berkurangnya kemampuan dalam hal penciuman yang menyebabkan menurunnya selera makan. Hal tersebut sesuai dengan ungkapan partisipan, sebagai berikut:

> *"Kalo mencium aroma masih bisa, tapi ndak seperti dulu. Ya, bisa membau tapi wangi bau nya kayak berkurang. Iya berpengaruh, jadi kurang nafsu makannya. Kayak jadi males makan kadang" (R4).*

Jawaban yang diberikan responden tentang gangguan penciuman memiliki arti bahwa adanya masalah pada berkurangnya kemampuan dalam hal penciuman yang menyebabkan menurunnya selera makan.

d. Gangguan Perasa (*Taste*)

Gangguan perasa *(taste disorder*) adalah gangguan atau masalah yang terjadi pada indra pengecapan atau lidah, sehingga menurunkan kemampuan seseorang dalam merasakan rasa. Gangguan perasa setelah stroke seperti tidak dapat merasakan rasa (hypogeusia atau ageusia), sesuatu terasa berbeda atau terasa tidak enak (dysgeusia).

Setiap responden ditanya mengenai "Dalam hal pengecap rasa (rasa di mulut) bagaimana? Apakah juga mengalami perubahan?", adapun makna gangguan perasa yang dipahami oleh kebanyakan responden adalah berkurangnya rasa di lidah, tidak berasa/ hambar di mulut, dan lidah terasa kasar. Hal tersebut sesuai dengan ungkapan partisipan, sebagai berikut:

> *"...ning rasane pun bedo kalian mbiyen (tapi rasanya sudah beda dengan yang dulu). Rasane kurang (rasanya kurang), mboten enak ngoten hle mbak (tidak enak begitu hlo mbak), nang ilat koyo kurang rasane (dilidah seperti kurang rasanya) (R1), "Nah, kalo mulut emang iya ada perubahan. Kalo makan enak ndak berasa di mulut. Ndak ada*

rasa, hambar, ndak ada rasa sama sekali. Karna mulutnya kan miring dia" (R3), "Tapi rasanya lidah saya kasar. Kalo pas makan atau minum rasanya kasar aja mulutnya" (R4).

Jawaban yang diberikan responden tentang gangguan perasa (pengecap) memiliki arti bahwa adanya masalah ketika berkurangnya rasa di lidah, tidak berasa/ hambar di mulut, dan lidah terasa kasar.

e. Gangguan Sentuhan (*Touch*)

Gangguan sentuhan adalah hilangnya fungsi untuk merasakan rasa tersentuh atau menyentuh pada berbagai tekstur, seperti tekstur makanan, adanya mati rasa, parestesia, dan hiperparestesia.

Setiap responden ditanya mengenai "Dalam hal sentuhan rasa di kulit bagaimana? Apakah juga mengalami perubahan?", adapun makna gangguan sentuhan yang dipahami oleh kebanyakan responden adalah rasa kesemutan, rasa tebal di kulit, rasa sakit ketika disentuh pada sisi yang lemah, keram, mati rasa, dan kadang terasa kadang tidak. Hal tersebut sesuai dengan ungkapan partisipan, sebagai berikut:

"...ning rasane kadang-kadang gringgingen mbak (tapi rasanya kadang-kadang kesemutan mbak), kadang-kadang rasane koyo enek setrum (kadang-kadang rasanya seperti ada sengatan listrik), tapi tangan niki mboten saged digerakne (tapi tangan ini tidak bisa digerakkan)" (R1), "Ning sok-sok nggih koyo bebel ngoten mbak rasane (tapi kadang-kadang rasanya seperti tebal gitu mbak). Teros tangane angel nek pengen kula gerakke (terus tangannya susah kalau ingin saya gerakkan)" (R2), "*…tapi kalo di sentuh tu sakit. Yang separo aja, yang sisi kanan, seluruh sisi kanan kalo disentuh sakit. Digerakin pun sakit dia. Sekarang udah mendingan…udah tau udah berasa kalo digigit nyamuk, kalo digigit semut" (R3), "Kadang kerasa kadang engga. Kadang keram, mati rasa juga" (R4).*

Jawaban yang diberikan responden tentang gangguan sentuhan memiliki arti bahwa adanya masalah pada sentuhan di kulit berupa rasa kesemutan, rasa tebal, rasa sakit ketika disentuh pada sisi yang lemah, keram, mati rasa, dan kadang terasa kadang tidak.

f. Gangguan Kesimbangan (*Vestibular*)

Gangguan keseimbangan adalah gangguan yang dapat disebabkan oleh banyak faktor termasuk telinga dan saraf, ditandai dengan rasa pusing,

berputar, dan terkadang pingsan secara tiba-tiba. Gangguan keseimbangan pada stroke berhubungan dengan ketidakmampuan untuk mengatur perpindahan berat badan dan kemampuan gerak otot yang menurun sehingga keseimbangan tubuh menurun.

Setiap responden ditanya mengenai "Dalam hal keseimbangan saat melakukan aktivitas bagaimana? Apakah juga mengalami perubahan?", adapun makna gangguan keseimbangan yang dipahami oleh kebanyakan responden adalah rasa tidak seimbang ketika berjalan dan duduk, pusing, serta rasanya seperti akan jatuh. Hal tersebut sesuai dengan ungkapan partisipan, sebagai berikut:

> *"Nggih mboten seimbang (ya tidak seimbang). jalan ngangge teken (jalan pakai tongkat). Terus kadang-kadang rasane koyo mboten seimbang mbak pas jalan (terus kadang-kadang rasanya seperti tidak seimbang mbak ketika jalan), nglieng dadine (pusing jadinya). ning anu mbak (tapi mbak), nek ngadek teros langsung ngge duduk ngeten niki langsung kaku wualah terus munggah ten sirah, dadi mumet (kalau berdiri terus langsung buat duduk seperti ini langsung kaku, woah terus naik ke kepala jadi pusing)" (R1), "…koyo pengen ambruk (seperti akan jatuh)…ning nek suwe-suwe mboten betah mbak, dadi kudu ngadek-linggih ngono mbak (tapi kalau lama-lama tidak betah mbak, jadi harus berdiri-duduk begitu mbak)" (R2), "Iya ada, pas awal emang ngga seimbang, jalan pun ngga bisa kan juga harus dipapah, duduk juga dibantu, mau bangun juga susah, dipinggul juga sakit. Sekarang sudah lumayan stabil" (R3), "Kadang-kadang pusing saat berdiri, duduk berdiri, berjalan" (R4).*

Jawaban yang diberikan responden tentang gangguan keseimbangan memiliki arti bahwa adanya masalah ketika terdapat rasa tidak seimbang saat aktivitas berjalan dan duduk, pusing, serta rasa seperti akan jatuh.

3. Dampak terhadap ADL

a. Mandi

Mandi adalah mencuci tubuh dengan air dengan cara menyiramkan air ke badan atau merendam badan di dalam bak mandi, sungai, kolam atau telaga.

Setiap responden ditanya mengenai "Karena adanya perubahan seperti yang sudah anda ceritakan tadi, kemudian apakah perubahan-perubahan tersebut mempengaruhi anda saat melakukan aktivitas keseharian, misalkan mandi?", adapun makna dampak perubahan sensorik terhadap aktivitas mandi yang dipahami oleh kebanyakan responden adalah mandi dengan dibantu oleh anggota keluarga yang lain dan dengan bantuan penuh. Hal tersebut sesuai dengan ungkapan partisipan, sebagai berikut:

"...nek mboten anake nggih pak'e sik nyiapkke mbak (kalau bukan anaknya ya bapaknya yang menyiapkan mbak. Nek mboten nggih (kalau tidak yaa), di dusi (dimandikan). Digrujuki teng kolah (diguyuri di kamar mandi), soale kolahe lunyu mbak (karena kamar mandinya licin mbak)" (R2), "Dulu ngga bisa beraktivitas sama sekali, duduk aja tidur bangun. Aktivitas mandi, kencing, BAB, berpakaian dibantu" (R3), "Iya, berpengaruh banget. Pas mandi susah berdiri lama" (R4).

Jawaban yang diberikan responden tentang perubahan yang dialami setelah terkena stroke pada aktivitas mandi adalah responden mandi dengan bantuan sedang sampai dengan bantuan penuh, dengan dibantu oleh anggota keluarga.

b. Berpakaian

Berpakaian adalah kegiatan yang biasa dilakukan semua individu yaitu mengenakan atau memakai pakaian.

Setiap responden ditanya mengenai "Karena adanya perubahan seperti yang sudah anda ceritakan tadi, kemudian apakah perubahan-perubahan tersebut mempengaruhi anda saat melakukan aktivitas keseharian, misalkan berpakaian?", adapun makna dampak perubahan sensorik terhadap aktivitas berpakaian yang dipahami oleh kebanyakan responden adalah berpakaian dengan dibantu oleh anggota keluarga yang lain. Hal tersebut sesuai dengan ungkapan partisipan, sebagai berikut:

"Pakek pakean ne mboten saged kulo (memakai pakaiannya tidak bisa saya). Nglebokkene saged (memasukkannya bisa), tapi sing separo dibantu anak utawi bu'e (tapi yang separuh/ sebagian dibantu anak atau ibu/ istrinya)" (R1), "....berpakaian dibantu" (R3), ".....berpakaian agak sedikit susah, pas masukin lengan (masih agak lemas tangannya)" (R4).

Jawaban yang diberikan responden tentang perubahan yang dialami setelah terkena stroke pada aktivitas berpakaian adalah responden berpakaian dengan dibantu oleh anggota keluarga yang lain.

c. Toileting

Toileting merupakan rencana atau kesanggupan individu dalam membersihkan kotoran dari pembuangan (urine, menstruasi, dan defekasi) dan kebersihan tubuh.

Setiap responden ditanya mengenai "Karena adanya perubahan seperti yang sudah anda ceritakan tadi, kemudian apakah perubahan-perubahan tersebut mempengaruhi anda saat melakukan aktivitas keseharian, misalkan toileting?", adapun makna dampak perubahan sensorik terhadap aktivitas toileting yang dipahami oleh kebanyakan responden adalah toileting dengan alat bantu, dan atau dibantu oleh anggota keluarga yang lain. Hal tersebut sesuai dengan ungkapan partisipan, sebagai berikut:

"Saged tapi ngangge dingklik ngoten hlee (bisa tapi memakai kursi kecil begitu hlo)" (R1), "Nek ngiyek (kalau BAB), nguyoh teng kolah nggih dereng wani (BAK di kamar mandi ya belum berani), paringi ember ageng (diberi ember besar), kula lowangi ngaten (saya lubangi gini), kados sapiteng duduk ngoten niko (seperti sapitenk duduk gitu)... ning mengke nek mpun rampung (tapi nanti jika sudah selesai), mengke celuk-celuk ken ngguwak ngaten hle (nanti manggil-manggil untuk membuang begitu)" (R2), ".....kencing, BAB dibantu" (R3), "BAB, BAK ngga bisa lama, karna ngga seimbang" (R4).

Jawaban yang diberikan responden tentang perubahan yang dialami setelah terkena stroke pada aktivitas toileting adalah responden BAB & BAK dengan dibantu oleh anggota keluarga yang lain.

d. Berpindah

Aktivitas berpindah ke dan dari tempat tidur, seperti berpindah ke dan dari kursi tanpa bantuan. Setiap responden ditanya mengenai "Karena adanya perubahan seperti yang sudah anda ceritakan tadi, kemudian apakah perubahan-perubahan tersebut mempengaruhi anda saat melakukan aktivitas keseharian, misalkan ketika berpindah tempat *(mobility)*?", adapun makna dampak perubahan sensorik terhadap aktivitas berpindah yang dipahami oleh kebanyakan responden adalah berpindah dengan alat bantu, supervisi, dan

atau dibantu oleh anggota keluarga yang lain. Hal tersebut sesuai dengan ungkapan partisipan, sebagai berikut:

"Jalan nggih ngangge teken (jalan ya pakai tongkat), ning nggih ngeten niki mbak (tapi ya seperti ini mbak), kadang-kadang koyo mboten saged napak (kadang-kadang seperti tidak bisa napak)" (R1), "Nek ajeng teng kolah niku anu (kalau mau ke kamar mandi itu anu), nggih kudu diawat-awati mbak (ya harus diawasi mbak).....ning kudu dikancani ngoten hle (tapi harus ditemani begitu hlo)" (R2), "Kemana-mana dibantu. Dibantu sama suami, semuanya (R3), "Kalo jalan ndak bisa jauh-jauh, takut juga karna belum seimbang" (R4).

Jawaban yang diberikan responden tentang perubahan yang dialami setelah terkena stroke pada aktivitas berpindah adalah responden berpindah dengan alat bantu, supervisi, dan atau dibantu oleh anggota keluarga yang lain.

e. Makan

Makan adalah aktivitas memasukkan sesuatu (makanan) ke dalam mulut, kemudian mengunyah dan menelannya. Setiap responden ditanya mengenai "Karena adanya perubahan seperti yang sudah anda ceritakan tadi, kemudian apakah perubahan-perubahan tersebut mempengaruhi anda saat melakukan aktivitas keseharian, misalkan ketika makan?", adapun makna dampak perubahan sensorik terhadap aktivitas makan yang dipahami oleh kebanyakan responden adalah makan dengan supervisi oleh anggota keluarga yang lain. Hal tersebut sesuai dengan ungkapan partisipan, sebagai berikut:

"Pas awal untuk makan minum susah sekali sering belepotan sampai sekarang, tapi sesekali aja kalo sekarang (jarang)" (R3).

Jawaban yang diberikan responden tentang perubahan yang dialami setelah terkena stroke pada aktivitas makan adalah responden makan dengan supervisi oleh anggota keluarga yang lain.

C. PEMBAHASAN

1. Perubahan dalam tubuh

a. Kekakuan Tubuh

Salah satu gangguan yang timbul setelah stroke adalah spastisitas. Spastisitas adalah gangguan neuromuskuler yang ditandai dengan konraksi involunter group otot dalam menjawab rangsangan (Louis, 2000).

Spastisitas sering berlanjut dan meningkatkan defisit fungsional, serta cenderung untuk meningkat. Spastisitas sering terjadi dan kerap kali mengakibatkan gangguan mobilitas dan nyeri akibat spasme.

Hal ini terbukti dari ungkapan responden yang mengatakan bahwa adanya rasa kaku pada tubuh yaitu pada bagian tangan dan kaki.

b. Kelemahan Tubuh

Stroke merupakan penyakit yang paling sering menyebabkan cacat berupa kelemahan wajah, lengan, dan kaki pada sisi yang sama (hemiparese) disamping kecacatan-kecacatan lainnya. Pada pasien stroke, 70-80% mengalami hemiparese (kelemahan otot pada salah satu sisi bagian tubuh) dengan 20% dapat mengalami gejala sisa berupa gangguan fungsi motorik/ kelemahan otot pada anggota ekstremitas bila tidak mendapatkan pilihan terapi yang baik dalam intervensi keperawatan maupun rehabilitasi pasca stroke (Akner, 2005; Heriyanto & Anna, 2015).

Hal ini terbukti dari ungkapan responden yang mengatakan bahwa adanya kelumpuhan dan atau kelemahan pada badan dan saat digerakkan.

2. Gangguan Sensorik

a. Gangguan Penglihatan *(Visual)*

Sekitar 60% penderita stroke mengalami gangguan penglihatan yang biasanya berkaitan dengan gangguan sentral atau penglihatan perifer, kelainan gerakan mata, atau kecacatan persepsi visual. Gejala yang dihasilkan bisa termasuk penglihatan kabur atau berubah, penglihatan ganda atau campur aduk, kehilangan bidang penglihatan, kesulitan membaca, ketidakmampuan untuk mengenali objek atau orang yang dikenal dan sensitif terhadap cahaya (Rowe, 2017).

Hal ini terbukti dari ungkapan responden yang mengatakan bahwa pandangannya menjadi kabur setelah terkena stroke, serta mata menjadi berair karena adanya kelemahan otot pada sisi sebelah kanan.

Gangguan penglihatan adalah defisit fungsi penglihatan dan juga termasuk kelainan pada penglihatan perifer, penglihatan pusat, gerakan mata, dan berbagai masalah persepsi (Hepworth et al, 2016). Menurut Benshir (2016), dalam penelitiannya bahwa pasien stroke memiliki lebih banyak gangguan penglihatan yang dapat mempengaruhi proses pemulihan daripada yang diketahui secara umum. Penelitian ini menyarankan bahwa semua pasien stroke harus memiliki evaluasi penglihatan yang tepat untuk deteksi dan dilakukannya perbaikan pada gangguan penglihatan pasca stroke.

b. Gangguan Pendengaran (Hearing)

Menurut Koohi *et al* (2019) stroke dapat mempengaruhi semua tingkat pada jalur pendengaran *(auditory pathways)* dari organ pendengaran ke korteks dan bermanifestasi dengan dengan defisit di ambang audiometri dan atau gangguan pemrosesan pendengaran pusat *(CAPD* atau *Central Audiotory Processing Disorder)* yang lebih kompleks dengan kesulitan perseptual dalam hal berbicara, pengenalan suara, dan lokalisasi suara. Gangguan pendengaran pada pasien stroke mungkin terjadi tetapi tidak terdokumentasi dan hal ini memiliki efek samping untuk pasien yaitu dalam hal komunikasi dan proses rehabilitasi setelah stroke (Landi, 2006).

Hal ini terbukti dari hasil penelitian bahwa responden mengalami gangguan pendengaran pasca stroke seperti rasa tidak nyaman terhadap suara motor, adanya perubahan dalam penerimaan suara dimana kadang pelan kadang keras, dan adanya suara mendenging.

Dalam penelitian lain yang dilakukan oleh Kuo *et a*l (2016) mengidentifikasi hubungan prospektif antara stroke dan gangguan pendengaran sensorineural secara tiba-tiba *(SSNHL* atau *Sudden Sensorineural Hearing Loss)*, yang bisa menjadi peringatan dini bagi pasien stroke yang mengalami gangguan pendengaran yang mungkin tidak dikenali. Terutama dalam periode tindak lanjut selama 1 tahun, didapatkan hasil bahwa resiko SSNHL yang lebih tinggi pada semua pasien stroke (5,65 kali lipat dibandingkan dengan pasien non stroke), dan juga untuk pasien stroke yang menjalani terapi steroid selama rawat inap (5,14 kali lipat dibandingkan

dengan pasien non stroke). Hal ini mengindikasikan bahwa pasien stroke harus diperlakukan dengan sangat hati-hati sehubungan dengan SSNHL.

c. Gangguan Penciuman *(Smell)*

Bau *(olfactory)* dan rasa *(gustatory)* adalah indra utama dalam regulasi makanan dan keamanan. Misalnya waspada terhadap bahaya seperti makanan busuk, api, dan asap inhalasi (Hummel & Welge, 2006). Manifestasi klinis dari gangguan penciuman meliputi hyposmia (indra penciuman berkurang), dysosmia (distorsi identifikasi bau), baik parosmia (persepsi bau yang menyimpang), phantosmia (tanpa rangsangan bau), atau agnosia (dengan rangsangan bau tetapi tidak dapat diklasifikasikan), dan anosmia (kehilangan bau secara keseluruhan) (Mann, 2002).

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa responden keempat mengalami gangguan penciuman yaitu berkurangnya kemampuan penciuman.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Green, McGregor, & King (2008) bahwa penelitiaan ini merinci dua pasien yang mengalami disfungsi bau setelah terkena stroke ringan. Gejala yang dilaporkan termasuk hiposmia (indra penciuman berkurang), anosmia (kehilangan bau secara total), dan dysgeusia (rasa yang terdistorsi). Indera penciuman pasien dinilai selama rawat jalan perawatan stroke dalam delapan bulan pasca stroke. Kedua pasien melaporkan adanya disfungsi penciuman yang intens setelah terkena stroke. Pemeriksaan mengungkapkan ketidakmampuan untuk mendeteksi bau halus. Pasien dan pasangannya melaporkan adanya penurunan penghargaan terhadap aktivitas yang berhubungan dengan dengan keluarga karena disfungsi penciuman. Pasien melaporkan penurunan berat badan, kekurangan energi, dan kekuatan yang kemungkinan disebabkan karena kekurangan nutrisi. Disfungsi penciuman merupakan akibat yang disebaklan oleh stroke ringan dan harus dinilai oleh profesional perawatan kesehatan sebelum pasien keluar dari rumah sakit.

d. Gangguan Perasa *(Taste)*

Gangguan rasa dapat digambarkan sebagai ageusia (hilangnya rasa sama sekali), hipogeusia (indera perasa berkurang), atau hypergeusia (sensitivitas gustatori yang ditingkatkan), dan dysgeusia (gangguan yang berkaitan dengan persepsi rasa yang terdistorsi atau sensasi rasa yang terus menerus tanpa adanya rangsangan). Keluhan ini tampaknya menjadi keluhan yang

paling umum dan mengganggu pada pasien yang mengidentifikasi dirinya sendiri dengan gangguan gustatori (Brand, 2000).

Hal ini terbukti dari ungkapan responden yang mengatakan bahwa rasa pengecap tidak seperti dulu, berkurangnya rasa di lidah, saat makan tidak berasa dimulut, rasanya hambar, dan lidah terasa kasar ketika makan dan atau minum.

Penelitian lain yang dilakukan oleh Green, McGregor, & King (2008) menjelaskan bahwa pada kedua pasien melaporkan adanya disfungsi perasa yang intens setelah terkena stroke. Hasil pemeriksaan mengungkapkan kemampuan untuk mengidentifikasi hanya pada ”rasa manis” pada kedua pasien. Sebagai tambahan kedua pasien tersebut melaporkan bahwa makanan mereka sangat diasinkan atau dimaniskan menutupi rasa yang menyimpang dan tidak enak, yang juga berdampak pada kondisi penyerta seperti hipertensi dan diabetes. Pasien dan pasangannya melaporkan adanya penurunan penghargaan terhadap aktivitas yang berhubungan dengan dengan keluarga karena disfungsi pengecap pasien. Pasien melaporkan penurunan berat badan, kekurangan energi, dan kekuatan yang kemungkinan disebabkan karena kekurangan nutrisi. Disfungsi pengecapan merupakan akibat yang disebakan oleh stroke ringan dan harus dinilai oleh profesional perawatan kesehatan sebelum pasien keluar dari rumah sakit.

e. Gangguan Sentuhan *(Touch)*

Persepsi taktil adalah rasa yang membentuk sentuhan dengan sisitem yang kompleks dengan persepsi nyeri, suhu, proprioseptif, dan kinestetik (Klatzky & Lederman, 2011). Setelah stroke, pasien mungkin tidak menyadari adanya masalah pada pendengaran, visual, atau rangsangan taktil di sisi kontralateral lesi (Vaishnav *et ali*, 1999). Meskipun rasa sakit (nyeri) bisa dimulai pada saat terkena stroke, tapi paling sering timbulnya nyeri adalah beberapa bulan kemudian (Bowsher, 1995). Penurunan terjadi pada rasa nyeri, suhu, dan deteksi sentuh.

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa responden pertama merasakan rasa kesemutan dan seperti ter-setrum, responden kedua merasakan tebal pada kulitnya, responden ketiga merasakan sakit ketika disentuh dan digerakkan, pada responden keempat kadang mampu merasakan kadang tidak, adanya rasa keram, dan mati rasa.

f. Gangguan Keseimbangan *(Vestibular)*

Gangguan fungsi vestibular menurut ICD-10 adalah gangguan yang ditandai dengan adanya rasa pusing, ketidakseimbangan, mual, dan masalah penglihatan. Proses patologis pada labirin vestibular yang berisi bagian dari alat penyeimbang. Pasien dengan gangguan keseimbangan menunjukkan ketidakstabilan dan berisiko untuk sering jatuh.

Hal ini juga diungkapkan oleh responden bahwa dirinya merasakan ketidakseimbangan ketika berjalan, duduk, dan duduk - berdiri, serta adanya rasa pusing.

Hal ini sejalan dengan penelitian dilakukan oleh Hansson *et al* (2020) bahwa vertigo dan pusing adalah manifestasi kognitif dari gangguan pada sisitem keseimbangan. Menurut Marsden *et al* (2005) defisit dalam postur dan keseimbangan sering terlihat setelah stroke. Hal ini sering terlihat selama fase akut setelah stroke, ketika pasien mungkin tidak dapat berdiri atau berjalan, tetapi defisit kronis juga terlihat pada sesuatu yang dapat menyebabkan jatuh dan imobilitas. Sebagai contoh, postur ketika berdiri seringkali asimetris dengan beban yang lebih ringan pada sisi paresis kontralateral lesi. Asimetris juga terlihat sebagai respon terhadap gangguan postur tubuh atau dalam hubungannya dengan diri sendiri, misalnya ketika memulai gerakan pada tungkai atas dan bawah.

3. Dampak terhadap ADL

Aktivitas kehidupan sehari-hari dasar terdri dari mandi, makan, toileting, berpakaian, kontinen, dan berpindah *(mobility)*. Berdasarkan hasil penelitian didapatkan data bahwa responden membutuhkan bantuan dalam aktivitas berpindah, berpakaian, mandi, makan, BAB & BAK.

Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Wallenbert & Jonsson (2005) bahwa partisipan mengalami frustasi ketika melakukan aktivitas sehari-hari karena adanya perubahan kinerja, yang berarti kebiasaan lama tidak bisa secara otomatis dibangun kembali. Aktivitas sehari-hari harus diatur ulang dan direncanakan dengan pertimbangan yang lebih matang daripada yang dibutuhkan sebelum terkena stroke. Dalam membangun kembali aktivitas kesehariannya, mereka mengalami konflik yang berkelanjutan tentang perlu atau tidaknya mengembangkan kebiasaan

baru. Akibatnya beberapa kebiasaan baru terbentuk dalam aktivitas keseharian.

Penelitian lain yang dilakukan oleh Kim *et al* (2014) mengungkapkan bahwa aktivitas kehidupan sehari-hari pasien dengan kondisi stroke kronis dan kualitas hidup mereka menunjukkan korelasi yang tinggi. Diantara item FIM, mobilitas (berpindah) dan kognisi sosial memiliki efek paling besar pada total skor dalam hal kualitas hidup.

D. KETERBATASAN PENELITIAN

Pada penelitian yang berjudul "Pengalaman Pasien Terhadap Perubahan Sensorik Pada Kondisi Pasca Stroke Di Kelurahan Lalung Kecamatan Karanganyar" masih jauh dari sempurna karena pada penelitian ini masih banyak keterbatasan, antara lain:

1. Kesulitan menemukan responden yang sesuai kriteria di Kelurahan Lalung di masa pandemi.
2. Informasi yang diteliti pada penelitian ini masih umum dan belum mendalam.

BAB V
SIMPULAN DAN SARAN

A. SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian diperoleh kesimpulan bahwa perubahan sensorik yang dialami oleh responden antara lain dalam hal penglihatan, pendengaran, penciuman, perasa, sentuhan, dan keseimbangan. Perubahan sensorik tersebut mempengaruhi ADL yaitu aktivitas mandi, makan, berpakaian, *toileting*, dan *mobility* (berpindah), dimana responden membutuhkan bantuan sedang sampai dengan bantuan penuh.

B. SARAN

Saran yang dapat direkomendasikan kepada peneliti selanjutnya berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan dengan judul pengalaman pasien terhadap perubahan sensorik pada kondisi pasca stroke yaitu:

1. Kriteria sampel yang lebih spesifik yaitu tingkat pendidikan minimal SMA, serta wilayah pengambilan sampel yang lebih luas.
2. Untuk peneliti selanjutnya diharapkan dapat menggali informasi yang lebih spesifik, mendalam, dan lebih berkembang dari penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

Alwawi, D. A. (2018). *A Qualitative Study Of Stroke Survivors' Experience Of Sensory Changes*. Occupational Therapy Education Department, University of Kansas Medical Center, Kansas.

American Occupational Therapy Association (AOTA). (2014). Occupational Therapy Practice Framework: Domain & Process (3rd ed). *American Journal of Occupational Therapy*, 68(1).

Benshir, M. (2016). Prevalence of Vision Disorders After Stroke: A Pilot Study to Identify the Visual Needs of Stroke Patients. *Optometry & Visual Performance*, 4 (4), 128-132.

Bertilsson, A. S. (2015). *Evaluation Of A Client Centered ADL Intervention After Stroke: Perspectives of Occupational Therapists, Clients With Stroke and Significant Others*. Department of Neurology, Care Sciences, and Society Division of Occupational Therapy, Karolinska Institutet, Sweden.

Bolognini, N., Russo, C., & Edwards, D. J. (2016). The Sensory Side of Post-Stroke Motor Rehabilitation. *Restorative neurology and neuroscience*, 34(4), 571-586.

Bowsher, D. (1995). The management of central post-stroke pain. Postgrad Med J, 71, 598-604.

Boyatzis, R. E. (1998). *Transforming qualitative information: Thematic analysis and code development*. Thousand Oaks: Sage.

Brand, J. G. (2000). Within reach of an end to unnecessary bitterness?. *Lancet (London, England)*, 356(9239), 1371 - 1372.

Carey, L. M., & Matyas, T. A. (1993). Sensory loss in stroke patients: Effective training of tactile and proprioceptive discriminitaion. *Arch Phys Med Rehabilitation*, 74, 602 - 611.

Carey, L. M., Lamp, G., & Turville, M. (2016). The State of the Science on Somatosensory Function and Its Impact on Daily Life in Adults and Older Adults, and Following Stroke: A Scoping Review. *SAGE Journal: Occupational Therapy Journal Rehabilitation*, 36 (2S), 27S – 41S.

Carey, L. M., Matyas, T. A., & Baum, C. (2018). Effects of Somatosensory Impairment on Participation After Stroke. *American Journal of Occupational Therapy*, 72, 7203205100.

Carlsson, H., Gunvor, G., & Brogardh, C. (2018). Upper-Limb Sensory Impairments After Stroke: Self-Reported Experiences Of Daily Life And Rehabilitation. *Journal Of Rehabilitation Medicine*, 50, 45-51.

Connell, L. A. (2014). Stroke survivors' experiences of somatosensory impairment after stroke: An Interpretative Phenomenological Analysis. *Elsevier Physiotherapy*, 100, 150-155.

Coral Springs Charter School. *E-book Senses and Sense Organs*. Juli 20, 2020. Diambil dari https://www.coralspringscharter.org.

Creswell, J. W. (2013*). Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches (2end ed)*. California: Sage Publication Inc.

Doyle, S, D., Bennett, S., & Dudgeon, B. (2014). Upper Limb Post-Stroke Sensory Impairments: The Survivor's Experience. *Disability and Rehabilitation an International, Multidisciplinary Journal*, 36(12),993-1000.

Fadli, Izz. (2017). *Karakteristik Fungsi Motorik Dan Status Fungsional Pada Pasien Pasca Stroke Yang Mengikuti Program Rehabilitasi Di Rumah Sakit Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar*. Universitas Hasanuddin Makassar, Fakultas Kedokteran.

Green, T. L., McGregor, L. D., & King, K. M. (2008). Smell and taste dysfunction following minor stroke: a case report. *Canadian journal of neuroscience nursing*, 30(2), 10 - 13.

Greutman, H. (2018). *The Eight Sensory Systems – Growing Hands On Kids*. Juli 01, 2020. http://www.GrowingHandsOnKids.com/what-is-sensory-processing.html.

Heckmann, J. G., Heckmann, S. M., Lang, C. J., & Hummel, T. (2003). Nuerological aspects of taste disorders. *Archives of neurology*, 60(5), 667 - 671.

Hepworth, *et al*. (2016). Post-Stroke Visual Impairment: A Systematic Literature Review of Types and Recovery of Visual Conditions. *Ophtalmology Research: An International Journal*, 5(1), 1 - 43.

Herawati, N. (2014). Studi Fenomenologi Pengalaman Perubahan Citra Tubuh Pada Klien Kelemahan Pasca Stroke Di RS DR M Djamil Kota Padang. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 2(1), 31 – 40.

Hummel, T., & Welge-Luessen, A. (2006). Assessment of Olfactory Function. *Advances in Oto-Rhino-Laryngology*, 63, 84 - 89.

Johnson, W., *et al*. (2016). Stroke: a global response is needed. *Bulletin of the World Health Organization*. 94, 634 – 634 A.

Junaid, Ilham. (2016). Analisis Data Kualitatif Dalam Penelitian Pariwisatan. *Jurnal Kepariwisataan*, 10 (01), 59-74.

Kandel, E. R. (2013). *Principles of Neural Science Fifth Edition*. New York: The McGraw-Hill Medical Companies, Inc.

Karunia, E. (2016). Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Kemandirian Activity Of Daily Living Pasca Stroke. *Jurnal Berkala Epidemiologi*, 4(2), 213–224.

Keilhofner, G. (2009). *Conceptual Foundations of Occupational Therapy Practice (4th ed)*. Philadelphia: F. A. Davis Company.

Kementerian Kesehatan RI. (2018). *Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018.* Jakarta: Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan RI.

Kim, Kyung., Kim, Young Mi., & Kim, Eun Kyung. (2014). Correlation between the activities of daily living of stroke patients in a community setting and their quality of life. *Journal Physiotherapist*, 26(3), 417 - 419.

Klatzky, R. L., & Lederman, S. J. (2011). Haptic object perception: spatial dimensionality and relation to vision. *Phylosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences*, 366(1581), 3097 - 3105.

Koohi, N., *at al*. (2019). A Hearing Screening Protocol for Stroke Patients: An Exploratory Study. *Frontiers in Neurology*, 10, 842.

Kuo, et al. (2016). Risk of Sudden Sensorineural Hearing Loss in Stroke Patients: A 5-year Nationwide Investigation of 44.460 patients. Medicine, 95, 36.

Landi, F., *et al*. (2006). Functional Decline in Frail Community-Dwelling Stroke Patients. *Eur J Neurol*, 13, 17 - 23.

Mann, N.(2002). Management of Smell and Taste Problems. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 69, 329 - 336.

Moleong, J.L. (2014). *Metodologi Penelitian Kualitatif (Edisi Revisi)*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya.

Purwaningtyas, Della. (2016). *Pengaruh Pemberian Hold Relax Terhadap Spastisitas Pada Pasien Pasca Stroke*. Universitas Hasanuddin Makassar, Fakultas Kedokteran.

Rowe, F. J. (2017). Stroke Survivors' Views and Experiences on Impact of Visual Impairment. Wiley Brain and Behavior, 7, 00778.

Smith, M. T., *et al*. (2018). Stroke Survivor and Caregiver Perspectives on Post Stroke Visual Concerns and Long Term Consequences. *Hindawi Journal of Occupational Therapy for Behavioural Neurology*, 1463429, 8 pages.

Sugiritama, Wayan, *dkk*. (2015). *Perbedaan Intervensi Pendekatan Metode Bobath Dengan Intervensi Konvensional Terhadap Keseimbangan Berdiri Statis Pada Pasien Stroke.* Universitas Udayana, Fakultas Kedokteran.

Sugiyono. (2012). *Metode Penelitian Pendidikan (Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D)*. Bandung: Penerbit Alfabeta.

Sugiyono. (2014). *Memahami Penelitian Kualitatif*. Bandung: Penerbit Alfabeta.

Sullivan, B. S., Bova, C., & Harper, D. (2008). Developing and Refining Interventions in Persons With Health Disparities: The Use of Qualitative Description. *Nursing Outlook*, 53(3), 127-133.

Trombly, C. (2002). *Occupational Therapy for Physical Dysfunction*. Romdimski: Lippicott Wiliams & Wilkins.

Tyson, F. S., *et al*. (2008). Sensory Loss in Hospital-Admitted People With Stroke: Characteristics, Associated Factors, and Relationship With Function. *American Society of Neuro Rehabilitation*, 22(2), 166-172.

Urimubenshi, G. (2015). Activity limitations and participation restrictions experienced by people with stroke in Musanze district in Rwanda. *African Health Sciences Journal*, 15(3), 917-24.

Vaishnavi, S., Calhoun, J., & Chatterjee, A. (1999). Crossmodal and sensorimotor integration in tactile awareness. *Neurology*, 53, 1596 - 1598.

Wallenbert, I., & Jonsson, H. (2005). Waiting to get better: A dilemma regarding habits in daily occupations after stroke. *American Journal of Occupational Therapy: Official publication of the American Occupation Therapy Association*, 59(2), 218-224.

Wang, Y. (2015). Formal Models and Cognitive Mechanisms of the Human Sensory System. *International Journal of Software Science and Computational Intelligence*, 5(3), 49-69.

Widar, M., Ek, A. C., & Ahlstrom, G. (2004). Coping with long-term pain after a stroke. *Journal of pain and symptom management*, 27(3), 215 - 225.

Latar Belakang. Stroke merupakan penyebab kematian kedua dan penyebab disabilitas ketiga di dunia. Stroke dapat menyebabkan seseorang mengalami gangguan sensorik yang dapat mempengaruhi partisipasi seseorang dalam melakukan ADL. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mendapatkan pemahaman tentang pengalaman pasien terhadap perubahan sensorik dan bagaimana perubahan tersebut mempengaruhi ADL pada kondisi pasca stroke.

Metode Penelitian. Jenis penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan menggunakan pendekatan deskriptif fenomenologi yang melibatkan empat responden. Subjek penelitian menggunakan teknik *non-probability sampling* dengan metode *purposive sampling*. Wawancara semi terstruktur dan *in-depth interview* dilakukan untuk memperoleh data yang akurat dan kredibel. Data dianalisis dengan menggunakan teknik *thematic analysis*, serta uji kepercayaan data dilakukan dengan menggunakan teknik triangulasi sumber dan triangulasi teknik.

Hasil Penelitian. Berdasarkan hasil analisis data muncul tiga tema dalam penelitian ini. Tema pertama yaitu perubahan dalam tubuh yang terdiri dari dua sub-tema yaitu kekakuan tubuh dan kelemahan tubuh. Tema kedua yaitu gangguan sensorik yang terdiri dari enam sub-tema yaitu *vision, hearing, smell, taste, touch*, dan *vestibular*. Tema ketiga yaitu dampak terhadap ADL yang terdiri dari lima sub-tema yaitu mandi, berpakaian, *toileting*, berpindah, dan makan.

Kesimpulan. Terdapat lima perubahan sensorik, dimana perubahan-perubahan sensorik tersebut mempengaruhi ADL pasien pasca stroke yaitu membutuhkan bantuan sedang sampai dengan bantuan penuh.

CV. Tahta Media Group
Surakarta, Jawa Tengah
Web : www.tahtamedia.com
Ig : tahtamediagroup
Telp/WA : +62 813 5346 4169

ISBN 978-623-6861-23-9

9 786235 981239