

**KARAKTERISTIK PENDERITA STROKE HEMORAGIK (SH)
RAWAT INAP DI RSUD RADEN MATTATHER
PROVINSI JAMBI
TAHUN 2015**

Ira Aminah Padang¹, Rasmaliah², Hiswani²

¹Mahasiswa Departemen Epidemiologi FKM USU

²Dosen Departemen Epidemiologi FKM USU

Jl. Universitas No.21 Kampus USU Medan, 20155

Email:iraaminahpadang@gmail.com

Abstract

Stroke is the third most common non-communicable diseases and the highest cause of disability in the world. There are two types of stroke by pathological processes that ischemic stroke and hemorrhagic stroke. According to AHA, the mortality rate of stroke patients each year are 50-100 of 100,000 patients. Based on Batubara's research of acute stroke patients in RSUP HAM Medan January to Desember 2011 kind of stroke that causes the most deaths is 87.5% hemorrhagic stroke.

This research is descriptive study using case series design. The population is 127 data of patient with total sampling.

The Result of this research is founded the highest proportion of stroke hemorrhagic patient based on age of 40-69 years is 66.1%, male 57.5%, Islam 81.9%, civil servant 30.7%, married 81.9%, lived in Jambi city 59.8%, history of diseases hypertention 59.4%, disorder of speech and movement 32.23%, systolic pressure hypertention 92.9%, diastolic pressure hypertention 93.7%, uncertain DM 73.2%, total cholesterol border 40.2%, normal triglyceride level 64.6%, normal LDL and border LDL 35.4%, normal HDL 46.5%, hemisphere dextra 49.6%, CT-Scan result with bleeding of Intra Cerebral 69.3%, location bleeding in Hemisphere/Lobar 36,2%, managed by conservative 97.6%. average length of stay 5.88 (6 days), source of finance from JKN 76.4%, no refferal 55.1%, died 64.6%. Found significant different between CT-Scan result by status of discharged ($p=0,006$) and between average length of stay by status discharged ($p=0,0001$).

For hypertention patient with age 40-69 years were encouraged to have routine controlling and healthy lifestyle to prevent a stroke, for RSUD Raden Mattather to increase the effort of promotive , curative , and rehabilitif to reduce the number of morbidity and mortality caused by the hemorrhagic stroke, and for medical record department RSUD Raden Mattather Province Jambi should have to complete the data such as ethnic and education.

Keywords: Hemorrhagic stroke , Characteristics of patients hemorrhagic stroke.

Pendahuluan

Secara global penyakit tidak menular penyebab kematian nomor satu setiap tahunnya adalah penyakit kardiovaskuler. Penyakit kardiovaskuler adalah penyakit yang disebabkan gangguan fungsi jantung dan pembuluh darah, seperti penyakit jantung koroner, penyakit gagal jantung, hipertensi, dan stroke (Kemenkes RI, 2014).

Menurut Doenges stroke/penyakit serebrovaskuler menunjukkan adanya beberapa kelainan otak baik secara fungsional maupun struktural yang disebabkan oleh keadaan patologis dari pembuluh darah serebral atau dari seluruh sistem pembuluh darah otak (Andra dan Ns. Yessie, 2013).

Stroke merupakan penyakit terbanyak ketiga setelah penyakit jantung dan kanker,

serta merupakan penyakit penyebab kecacatan tertinggi di dunia. Menurut AHA, angka kematian stroke setiap tahunnya adalah 50-100 dari 100.000 orang penderita. Stroke juga merupakan masalah kesehatan utama yang menyebabkan kematian di negara-negara ASEAN. Berdasarkan data *South East Asian Medical Information Centre (SEAMIC)* yang dikutip dari *review Venketasubramanian (1998) crude death rate* stroke terbesar terjadi di Indonesia kemudian diikuti secara berurutan oleh Singapura (54,2/100.000), Brunei (25/100.000), Filipina (20,5/100.000), Malaysia (15,9/100.000), dan Thailand (10,9/100.000). Di Indonesia stroke iskemik merupakan jenis yang paling banyak diderita yaitu sebesar 52,9%, diikuti secara berurutan oleh perdarahan intraserebral, emboli, dan perdarahan subarakhnoid dengan proporsi angka kejadian masing-masing sebesar 38,5%, 7,2%, dan 1,4% (Dinata, 2013).

Clinical Review oleh Magistris, Stephanie, dan Jason di Amerika Serikat *Case Fatality Rate* stroke iskemik berkisar 8-12% dan stroke hemoragik berkisar 33-45%. Hal ini menunjukkan bahwa stroke hemoragik lebih tinggi menyebabkan kematian dibandingkan stroke iskemik. Penelitian Lyrawati (2008) di RSSA Malang tahun 2006 *Case Fatality Rate* stroke mencapai 16,3% dengan proporsi rawat inap 4,41%. Penelitian Batubara di RSUP HAM Medan Januari-Desember 2011 menunjukkan bahwa jenis stroke yang paling banyak menyebabkan kematian adalah stroke hemoragik dengan 87,5%.

Pada tahun 2030 kematian yang disebabkan oleh penyakit kardiovaskuler, terutama jantung dan stroke diperkirakan akan terus meningkat mencapai 23,3 juta kematian (Kemenkes RI, 2014). Hasil Riskesdas 2007 dan 2013 terjadi kenaikan prevalensi penderita stroke dari 8,3/1.000 menjadi 12,1/1.000, sedangkan untuk Provinsi Jambi prevalensi penderita stroke berdasarkan Riskesdas 2013 adalah 5,3/1.000. Pada tahun yang sama, stroke menduduki posisi ketiga dari sepuluh penyakit terbesar rawat inap di

RSUD Raden Mattaher Jambi dengan jumlah penderita sebanyak 444 orang (50,23% merupakan stroke iskemik dan 49,77% merupakan stroke hemoragik).

Berdasarkan hasil survei pendahuluan yang telah dilakukan di RSUD Raden Mattaher Provinsi Jambi didapatkan jumlah penderita stroke hemoragik (SH) rawat inap tahun 2015 sebanyak 127 orang. Berdasarkan latar belakang diatas perlu dilakukan penelitian untuk mengetahui karakteristik penderita stroke hemoragik (SH) rawat inap di RSUD Raden Mattaher Provinsi Jambi tahun 2015.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui karakteristik penderita stroke hemoragik (SH) rawat inap di RSUD Raden Mattaher Provinsi Jambi tahun 2015.

Tujuan Khusus

- a. Mengetahui distribusi proporsi penderita stroke hemoragik berdasarkan sosiodemografi yang meliputi : umur, jenis kelamin, agama, pekerjaan, status perkawinan, dan tempat tinggal.
- b. Mengetahui distribusi proporsi penderita stroke hemoragik berdasarkan penyakit terdahulu.
- c. Mengetahui distribusi proporsi penderita stroke hemoragik berdasarkan keluhan utama.
- d. Mengetahui distribusi proporsi penderita stroke hemoragik berdasarkan keadaan medis (tekanan darah, kadar gula darah sewaktu, dan kadar lemak darah).
- e. Mengetahui distribusi proporsi penderita stroke hemoragik berdasarkan letak kelumpuhan.
- f. Mengetahui distribusi proporsi penderita stroke hemoragik berdasarkan hasil CT-Scan.
- g. Mengetahui distribusi proporsi penderita stroke hemoragik berdasarkan letak perdarahan.
- h. Mengetahui distribusi proporsi penderita stroke hemoragik berdasarkan penatalaksanaan medis.

- i. Mengetahui lama rawatan rata-rata penderita stroke hemoragik.
- j. Mengetahui distribusi proporsi penderita stroke hemoragik berdasarkan sumber biaya.
- k. Mengetahui distribusi proporsi penderita stroke hemoragik berdasarkan asal rujukan.
- l. Mengetahui distribusi proporsi penderita stroke hemoragik berdasarkan keadaan sewaktu pulang.
- m. Mengetahui distribusi proporsi umur berdasarkan keadaan medis (tekanan darah, kadar gula darah sewaktu, dan kadar lemak darah).
- n. Mengetahui distribusi proporsi umur berdasarkan keadaan sewaktu pulang.
- o. Mengetahui distribusi proporsi hasil CT-Scan berdasarkan keadaan sewaktu pulang.
- p. Mengetahui distribusi proporsi penatalaksanaan medis berdasarkan keadaan sewaktu pulang.

Manfaat Penelitian

- a. Sebagai bahan masukan bagi pihak RSUD Raden Mattaher Provinsi Jambi tentang karakteristik penderita stroke hemoragik (SH) rawat inap dalam upaya penyediaan fasilitas, pengobatan, dan perawatan penderita stroke hemoragik.
- b. Menambah wawasan penulis serta menerapkan ilmu yang telah diperoleh selama masa perkuliahan di FKM USU.
- c. Sebagai sumber informasi untuk peneliti lain yang erat kaitannya dengan stroke hemoragik (SH)

Metode Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif yang menggunakan desain *case series* dan dilaksanakan di RSUD Raden Mattaher Provinsi Jambi. Waktu penelitian adalah Januari-Juli 2016. Populasi dalam penelitian ini adalah data penderita stroke hemoragik (SH) rawat inap di RSUD Raden Mattaher Provinsi Jambi tahun 2015 sebanyak 127 data dengan besar sampel (*Total Sampling*). Data dalam penelitian ini adalah data sekunder. Data univariat dianalisa secara

deskriptif dan data bivariat dianalisa dengan uji *chi-square*, *Fisher*, dan *Kruskal Wallis*.

Hasil dan Pembahasan

Tabel 1. Distribusi Proporsi Penderita Berdasarkan Sosiodemografi.

No	Sosiodemografi	f	%
1	Umur (tahun)		
	< 45	17	13,4
	45-59	49	38,6
	60-74	37	29,1
	75-90	24	18,9
Untuk analisis statistik dikategorikan menjadi			
	< 45 tahun		
	≥ 45 tahun		
	Total	127	100
2	Jenis Kelamin		
	Laki-laki	73	57,5
	Perempuan	54	42,5
	Total	127	100
3	Agama		
	Islam	104	81,9
	Kristen	23	18,1
	Total	127	100
4	Pekerjaan		
	Tidak Bekerja/Sekolah/IRT	29	22,8
	TNI/POLRI/PNS/BUMN/Pensiunan	39	30,7
	Pegawai Swasta	13	10,3
	Wiraswasta/Dagang/Jasa	24	18,9
	Petani/Nelayan	17	13,4
	Buruh	5	3,9
	Total	127	100
5	Status Perkawinan		
	Kawin	104	81,9
	Belum Kawin	5	3,9
	Janda/Duda	18	14,2
	Total	127	100
6	Tempat Tinggal		
	Kota Jambi	76	59,8
	Luar Kota Jambi	51	40,2
	Total	127	100

Berdasarkan tabel 1 dapat dilihat proporsi umur penderita stroke hemoragik paling tinggi adalah 45-59 tahun 38,6% (49 orang) dan terendah <45 tahun 13,4% (17 orang). Berdasarkan jenis kelamin yang paling tinggi pada laki-laki 57,5% (73 orang) dan terendah pada perempuan 42,5% (54 orang). Berdasarkan agama paling tinggi yang beragama Islam 81,9% (104 orang) dan terendah Kristen 18,1% (23 orang). Berdasarkan jenis pekerjaan yang paling

tinggi adalah TNI/POLRI/PNS/Pensiunan 30,7% (39 orang) dan terendah buruh 3,9% (5 orang). Berdasarkan status perkawinan yang paling tinggi pada berstatus kawin 81,9% (104 orang) sedangkan yang terendah berstatus belum kawin 3,9% (5 orang). Berdasarkan tempat tinggal yang paling tinggi bertempat tinggal di Kota Jambi 59,8% (76 orang) sedangkan yang bertempat tinggal di luar Kota Jambi 40,2% (51 orang).

Tabel 2. Distribusi Proporsi Penderita Berdasarkan Penyakit Terdahulu.

Penyakit Terdahulu (n=127)	f	%
Hipertensi	120	59,4
Diabetes Melitus	32	15,8
Pernah Stroke	30	14,8
Penyakit Jantung	12	6
Lainnya	8	4

Berdasarkan tabel 2 dapat dilihat proporsi penyakit terdahulu yang paling tinggi adalah hipertensi 59,4% sedangkan yang terendah adalah lainnya (TB, hidrosefalus, asam urat, tumor otak/vertigo) yaitu 4%. Hipertensi kronik menimbulkan proses patologik pada pembuluh darah (lipohyalinosis) sehingga pembuluh darah mudah rupur. Penelitian Burhanuddin dkk (2012) 99 pasien (53,8%) yang memiliki riwayat hipertensi dan dikategorikan sebagai kelompok resiko tinggi lebih banyak yang berasal dari kelompok kasus yang merupakan penderita stroke yaitu sebanyak 77 orang (83,7%) dan sebanyak 22 orang (23,9%) pasien yang hipertensi namun tidak menderita stroke. Hal ini sesuai dengan berbagai teori yang menyebutkan bahwa riwayat hipertensi merupakan faktor resiko utama kejadian stroke, dan merupakan penyebab utama dari komplikasi beberapa penyakit kardiovaskuler dan merupakan masalah kesehatan masyarakat.

Tabel 3. Distribusi Proporsi Penderita Berdasarkan Keluhan Utama.

Keluhan Utama (n=127)	f	%
Nyeri Kepala/Nausea/Muntah	70	28,2
Kesadaran Menurun	79	31,8
Gangguan Gerak dan atau Bicara	80	32,3
Koma	19	7,7

Berdasarkan tabel 3 proporsi keluhan utama yang paling tinggi yaitu pada gangguan gerak dan atau bicara sebesar 32,3% sedangkan yang terendah yaitu koma 7,7%.

Menurut Hamiprodjo gangguan pada bicara/aphasia dikarenakan ada gangguan pada 3 daerah utama yaitu area Wernicke (1/3 posterior dari bagian superior lobus temporalis), area Gyrus Angularis (inferior lobus parietalis), dan area Broca (bagian posterior dari 1/3 inferior lobus frontalis), ketiga daerah tersebut merupakan bagian dari lobus dan karena proporsi letak perdarahan penderita stroke hemoragik di RSUD Raden Mattaher Provinsi Jambi yang tertinggi pada hemisfer/lobus dibandingkan bagian otak lain tentu ini juga akan menunjukkan proporsi gangguan gerak dan atau bicara pada keluhan utama tinggi.

Tabel 4. Distribusi Proporsi Penderita Berdasarkan Keadaan Medis.

No	Keadaan Medis	f	%
1	Tekanan Darah Sistolik		
	Normal	1	0,8
	Prehipertensi	8	6,3
	Hipertensi	118	92,9
	Total	127	100
2	Tekanan Darah Diastolik		
	Normal	8	6,3
	Prehipertensi	0	0
	Hipertensi	119	93,7
	Total	127	100
3	Kadar Gula Darah Sewaktu		
	Bukan DM	3	2,4
	Belum Pasti DM	93	73,2
	DM	31	24,4
	Total	127	100
4	Kadar Kolesterol Total		
	Normal	40	31,5
	Perbatasan	51	40,2
	Tinggi	36	28,3
	Total	127	100
5	Kadar Trigliserida		
	Normal	82	64,6
	Perbatasan	37	29,1
	Tinggi	8	6,3

Total		127	100
6	Kadar LDL		
	Normal	45	35,4
	Perbatasan	45	35,4
	Tinggi	37	29,2
Total		127	100
7	Kadar HDL		
	Normal	59	46,5
	Perbatasan	37	29,1
	Rendah	31	24,4
Total		127	100

Berdasarkan tabel 4 proporsi keadaan medis berupa tekanan darah sistolik yang paling tinggi adalah hipertensi sebesar 92,9% sedangkan yang terendah adalah normal 0,8%. Berdasarkan tekanan darah diastolik yang paling tinggi adalah hipertensi sebesar 93,7% sedangkan yang terendah adalah prehipertensi 0%. Berdasarkan kadar gula darah sewaktu yang paling tinggi adalah belum pasti DM sebesar 73,2% sedangkan yang terendah adalah bukan DM 2,4%. Berdasarkan kadar kolesterol total yang paling tinggi adalah perbatasan sebesar 40,2% sedangkan yang terendah adalah tinggi 28,3%. Berdasarkan kadar trigliserida yang paling tinggi adalah normal sebesar 64,6% sedangkan yang terendah adalah tinggi 6,3%. Berdasarkan kadar LDL yang paling tinggi adalah normal dan perbatasan yang proporsinya sama yaitu sebesar 35,4% dan terendah adalah tinggi 29,2%. Berdasarkan kadar HDL yang paling tinggi adalah normal sebesar 46,5% dan terendah adalah rendah 24,4%.

Tabel 5. Distribusi Proporsi Penderita Berdasarkan Letak Kelumpuhan.

Letak Kelumpuhan	f	%
Hemiparesis Dextra	63	49,6
Hemiparesis Sinistra	43	33,9
Hemiparesis Duplex	21	16,5
Total	127	100

Berdasarkan tabel 5 proporsi letak kelumpuhan paling tinggi adalah hemiparesis dextra sebesar 49,6% sedangkan terendah hemiparesis duplex yaitu 16,5%.

Penelitian Berman dkk (2012) yang dilakukan pada penderita stroke hemoragik di RSUP Adam Malik yang tertinggi adalah hemiparesis dextra 53,2%. Hal ini bisa saja dikarenakan penggunaan otak kiri yang lebih dominan sehingga membuat bagian otak ini lebih mudah mengalami proses degenerasi.

Tabel 6. Distribusi Proporsi Penderita Berdasarkan Hasil CT-Scan.

Hasil CT-Scan	f	%
Perdarahan Intra Serebral	88	69,3
Perdarahan Sub Arakhnoid	39	30,7
Total	127	100

Berdasarkan tabel 6 proporsi hasil CT-Scan yang paling tinggi adalah perdarahan intra serebral sebesar 69,3% sedangkan yang terendah yaitu perdarahan sub arakhnoid 30,7%. Penelitian Harkitasari (2015) subjek dengan perdarahan intra serebral sebanyak 66 orang (70,96%) dan perdarahan sub arakhnoid 27 orang (29%).

Tabel 7. Distribusi Proporsi Penderita Berdasarkan Letak Perdarahan.

Letak Perdarahan	f	%
Hemisfer/Lobar	46	36,2
Ganglia Basalis	22	17,3
Batang Otak	16	12,6
Serebellum	22	17,4
Hemisfer/Lobar dan Ganglia Basalis	14	11,0
Hemisfer/Lobar dan Serebellum	2	1,6
Hemisfer/Lobar dan Batang Otak	4	3,1
Ganglia Basalis dan Batang Otak	1	0,8
Total	127	100

Berdasarkan tabel 7. proporsi letak perdarahan yang paling tinggi yaitu pada hemisfer/lobar 36,2% sedangkan yang terendah yaitu pada ganglia basalis dan batang otak 0,8%. Menurut Harsono perdarahan intra serebral meliputi 10% dari seluruh kasus gangguan pembuluh darah otak, terjadi di hemisfer serebri (80%) dan batang otak serta serebelum (20%).

Tabel 8. Distribusi Proporsi Penderita Berdasarkan Penatalaksanaan Medis.

Penatalaksanaan Medis	f	%
Tindakan Operatif	3	2,4
Tindakan Konservatif	124	97,6
Total	127	100

Berdasarkan tabel 8. proporsi penatalaksanaan medis yang paling tinggi yaitu tindakan konservatif sebesar 97,6% sedangkan yang terendah tindakan operatif yaitu 2%.

Menurut Saanin dari SMF bedah saraf RS.M.Djamil, Penatalaksanaan operatif pada pasien dengan perdarahan intra serebral masih kontroversi, ini merupakan salah satu alasan tindakan operatif pada penderita stroke proporsinya sangat sedikit.

Tabel 9. Lama Rawatan Rata-Rata Penderita.

Lama Rawatan Rata-Rata	
Mean	5,88
Standar Deviasi	4,705
95% CI	22,137
Maximum	28
Minimum	1
N	127

Berdasarkan tabel 9. dapat dilihat lama rawatan rata-rata adalah 5,88 (6 hari), dimana lama rawatan minimum 1 hari dan maksimum 28 hari.

Tabel 10. Distribusi Proporsi Penderita Berdasarkan Sumber Biaya.

Sumber Biaya	f	%
Biaya Pribadi	30	23,6
Biaya Asuransi JKN	97	76,4
Biaya Asuransi Non JKN	0	0
Total	127	100

Berdasarkan tabel 10. Proporsi sumber biaya yang paling tinggi yaitu biaya asuransi JKN sebesar 76,4% sedangkan yang terendah biaya asuransi non JKN yaitu 0%.

Tabel 11. Distribusi Proporsi Penderita Berdasarkan Asal Rujukan.

Asal Rujukan	f	%
Puskesmas	11	8,7
Rumah Sakit	46	36,2
Bukan Rujukan	70	55,1
Total	127	100

Berdasarkan tabel 11. proporsi asal rujukan paling tinggi yaitu bukan rujukan sebesar 55,1% sedangkan yang terendah yaitu puskesmas 8,7%.

Tabel 12. Distribusi Proporsi Penderita Berdasarkan Keadaan Sewaktu Pulang.

Keadaan Sewaktu Pulang	f	%
PBJ	19	15
PAPS	26	20,4
Meninggal	82	64,6
Total	127	100

Berdasarkan tabel 12. proporsi keadaan sewaktu pulang yang paling tinggi adalah meninggal sebesar 64,6% sedangkan yang terendah yaitu PBJ 15%. Menurut Ropper dalam Rahmah (2015) meskipun insidensi stroke hemoragik lebih rendah dibandingkan stroke iskemik akan tetapi stroke hemoragik lebih sering menyebabkan kematian atau disabilitas mayor.

Analisis Statistik

Tabel 13. Umur Berdasarkan Tekanan Darah Sistolik.

Tekanan Darah Sistolik	Umur (tahun)				Total	
	< 45		≥ 45		f	%
Normal+ Pre-HT	f	%	f	%	f	%
Normal+	1	11,1	8	88,9	9	100
Pre-HT						
HT	16	13,6	102	86,4	118	100

Berdasarkan tabel 13. dapat dilihat yang memiliki tekanan darah sistolik normal+pre-HT (prehipertensi) pada umur <45 tahun 11,1% dan pada umur ≥45 88,9%. Sedangkan yang memiliki tekanan darah sistolik HT (hipertensi) pada umur <45 13,6% dan pada umur ≥45 tahun 86,4%.

Hasil analisis statistik menggunakan uji Fisher diperoleh nilai $p=1,000$ ($p>0,05$) yang artinya tidak ada perbedaan distribusi

proporsi yang bermakna antara umur dengan tekanan darah sistolik.

Tabel 14. Umur Berdasarkan Tekanan Darah Diastolik.

Tekanan Darah Diastolik	Umur (tahun)				Total	
	< 45		≥45		f	%
Normal	0	0	8	100	8	100
HT	17	14,3	102	85,7	119	100

Berdasarkan tabel 14. dapat dilihat tekanan darah diastolik normal 100% pada umur ≥45 tahun, tekanan darah sistolik HT (hipertensi) pada umur <45 tahun 14,3% dan pada umur ≥45 tahun 85,7%.

Hasil analisis statistik menggunakan uji *Fisher* diperoleh nilai $p=0,596(p>0,05)$ yang artinya tidak ada perbedaan distribusi proporsi yang bermakna antara umur dengan tekanan darah sistolik.

Tabel 15. Umur Berdasarkan Kadar Gula Darah Sewaktu.

Kadar Gula Darah Sewaktu	Umur (tahun)				Total	
	< 45		≥45		f	%
Bukan DM+Belum Pasti DM	14	14,6	82	85,4	96	100
DM	3	9,7	28	90,3	31	100

Berdasarkan tabel 15. dapat dilihat yang memiliki kadar gula darah sewaktu bukan DM+belum pasti DM pada umur <45 tahun 14,6 % dan pada umur ≥45 tahun 85,4%. Sedangkan yang memiliki kadar gula darah sewaktu DM pada umur <45 tahun 9,7% dan pada umur ≥45 tahun 90,3%.

Hasil analisis statistik menggunakan uji *Fisher* diperoleh nilai $p=0,762(p>0,05)$ yang artinya tidak ada perbedaan distribusi proporsi yang bermakna antara umur dengan kadar gula darah sewaktu.

Tabel 16. Umur Berdasarkan Kadar Kolesterol Total.

Kadar Kolesterol Total	Umur (tahun)				Total	
	< 45		≥45		f	%
Normal	3	7,5	37	92,5	40	100
Perbatasan	7	13,7	44	86,3	51	100
Tinggi	7	19,4	29	80,6	87	100

Berdasarkan tabel 16. dapat dilihat yang memiliki kadar kolesterol normal pada umur < 45 tahun 7,5% dan pada umur ≥ 45 tahun 92,5%. Sedangkan yang memiliki kadar kolesterol total perbatasan pada umur <45 tahun 13,7% dan pada umur ≥45 tahun 86,3% dan yang memiliki kadar kolesterol tinggi pada umur <45 tahun 19,4% dan pada umur ≥45 tahun 80,6%.

Hasil analisis statistik menggunakan uji *Chi-Square* diperoleh nilai $p=0,310(p>0,05)$ yang artinya tidak ada perbedaan distribusi proporsi yang bermakna antara umur dengan kadar kolesterol total.

Tabel 17. Umur Berdasarkan Kadar Trigliserida.

Kadar Trigliserida	Umur (tahun)				Total	
	< 45		≥45		f	%
Normal	13	15,9	69	84,1	82	100
Perbatasan+ Tinggi	4	8,9	41	91,1	45	100

Berdasarkan tabel 17. dapat dilihat yang memiliki kadar trigliserida normal, dimana pada umur <45 tahun 15,9% dan pada umur ≥45 tahun 84,1%. Sedangkan yang memiliki kadar trigliserida perbatasan+tinggi pada umur <45 tahun 8,9% dan pada umur ≥45 tahun 91,1%.

Hasil analisis statistik menggunakan uji *Chi-Square* diperoleh nilai $p=0,270(p>0,05)$ yang artinya tidak ada perbedaan distribusi proporsi yang bermakna antara umur dengan kadar trigliserida.

Tabel 18. Umur Berdasarkan Kadar LDL.

Kadar LDL	Umur (tahun)				Total	
	< 45		≥45			
	f	%	f	%	f	%
Normal	4	8,9	41	91,1	45	100
Perbatasan	7	15,6	38	84,4	45	100
Tinggi	6	16,2	31	83,8	37	100

Berdasarkan tabel 18. dapat dilihat yang memiliki kadar LDL normal pada umur <45 tahun 8,9% dan pada umur ≥45 tahun 91,1%. Sedangkan yang memiliki kadar LDL perbatasan pada umur <45 tahun 15,6% dan pada umur ≥45 tahun 84,4% dan yang memiliki kadar LDL tinggi pada umur <45 tahun 16,2% dan pada umur ≥45 tahun 83,8%.

Hasil analisis statistik menggunakan uji *Chi-Square* diperoleh nilai $p=0,542(p>0,05)$ yang artinya tidak ada perbedaan distribusi proporsi yang bermakna antara umur dengan kadar LDL.

Tabel 19. Umur Berdasarkan Kadar HDL.

Kadar HDL	Umur (tahun)				Total	
	< 45		≥45			
	f	%	f	%	f	%
Normal	8	13,6	51	86,4	59	100
Perbatasan+ Rendah	9	13,2	59	86,8	68	100

Berdasarkan tabel 4.19 dapat dilihat yang memiliki kadar HDL normal pada umur <45 tahun 13,6% dan pada umur ≥45 tahun 86,4%. Sedangkan yang memiliki kadar HDL perbatasan+rendah pada umur <45 tahun 13,2% dan pada umur ≥45 tahun 86,8%.

Hasil analisis statistik menggunakan uji *Chi-Square* diperoleh nilai $p=0,957(p>0,05)$ yang artinya tidak ada perbedaan distribusi proporsi yang bermakna antara umur dengan kadar HDL.

Tabel 20. Umur Berdasarkan Keadaan Sewaktu Pulang.

Keadaan Sewaktu Pulang	Umur (tahun)				Total	
	<45		≥45			
	f	%	f	%	f	%
PBJ+PAPS	7	15,6	38	84,4	45	100
Meninggal	10	12,2	72	87,8	82	100

Berdasarkan tabel 4.20 dapat dilihat yang PBJ+PAPS pada umur <45 tahun 15,6%

dan pada umur ≥45 tahun 84,4%. Sedangkan yang meninggal pada umur <45 tahun 12,2% dan pada umur ≥45 tahun 87,8%.

Hasil analisis statistik menggunakan uji *Chi-Square* diperoleh $p=0,595(p<0,05)$ yang artinya tidak ada perbedaan distribusi proporsi yang bermakna antara hasil umur dengan keadaan sewaktu pulang.

Tabel 21. Hasil CT-Scan Berdasarkan Keadaan Sewaktu Pulang.

Keadaan Sewaktu Pulang	Hasil CT-Scan				Total	
	PIS		PSA			
	f	%	f	%	f	%
PBJ	8	42,1	11	57,9	19	100
PAPS	16	61,5	10	38,5	26	100
Meninggal	64	78	18	22	82	100

Berdasarkan tabel 21 dapat dilihat PBJ yang mengalami perdarahan intra serebral 42,1% dan mengalami perdarahan sub arakhnoid 57,9%. PAPS yang mengalami perdarahan intra serebral 61,5% dan perdarahan sub arakhnoid 38,5%. Meninggal yang mengalami perdarahan intra serebral 78% dan mengalami perdarahan sub arakhnoid 22%.

Hasil analisis statistik menggunakan uji *Chi-Square* diperoleh $p=0,006 (p<0,05)$ yang artinya ada perbedaan distribusi proporsi yang bermakna antara hasil CT-Scan dengan keadaan sewaktu pulang.

Tabel 22. Penatalaksanaan Medis Berdasarkan Keadaan Sewaktu Pulang.

Keadaan Sewaktu Pulang	Penatalaksanaan Medis				Total	
	Tindakan Operatif		Tindakan Konservatif			
	f	%	f	%	f	%
PBJ+PAPS	0	0	45	100	45	100
Meninggal	3	3,7	79	96,3	82	100

Berdasarkan tabel 4.22 dapat dilihat yang PBJ+PAPS 100% mendapatkan tindakan konservatif. Sedangkan meninggal yang mendapatkan tindakan operatif 3,7% dan tindakan konservatif 96,3%.

Hasil analisis statistik menggunakan uji *Fisher* diperoleh $p=0,552 (p<0,05)$ yang artinya tidak ada perbedaan distribusi proporsi

yang bermakna antara penatalaksanaan medis dengan keadaan sewaktu pulang.

Tabel 23. Lama Rawatan Rata-rata Berdasarkan Keadaan Sewaktu Pulang.

Keadaan Sewaktu Pulang	Lama Rawatan Rata-Rata		
	n	X	SD
PBJ	19	7,68	3,267
PAPS	26	10,04	6,440
Meninggal	82	4,15	3,147

Berdasarkan tabel 23.dapat dilihat terdapat 19 orang penderita stroke hemoragik yang PBJ lama rawatan rata-rata 7,68 (8 hari). Terdapat 26 orang penderita stroke hemoragik yang PAPS lama rawatan rata-rata 10,04 (10 hari). Terdapat 82 orang penderita stroke hemoragik yang meninggal lama rawatan rata-rata 4,15 (4 hari).

Hasil analisis statistik menggunakan uji Kruskal Wallis diperoleh nilai $p=0,0001$ ($p<0,05$) yang artinya ada perbedaan yang bermakna antara lama rawatan dengan keadaan sewaktu pulang.

Kesimpulan

- 1) Proporsi penderita stroke hemoragik berdasarkan sosiodemografi tertinggi pada kelompok umur 45-59 tahun, berjenis kelamin laki-laki, agama Islam, bekerja sebagai TNI/POLRI/PNS/BUMN/Pensiunan, berstatus kawin, dan bertempat tinggal di Kota Jambi.
- 2) Proporsi penderita stroke hemoragik berdasarkan penyakit terdahulu yang tertinggi adalah hipertensi.
- 3) Proporsi penderita stroke hemoragik berdasarkan keluhan utama yang tertinggi adalah gangguan gerak dan atau bicara.
- 4) Proporsi penderita stroke hemoragik berdasarkan keadaan medis tertinggi pada tekanan darah sistolik hipertensi, tekanan darah diastolik hipertensi, kadar gula darah sewaktu belum pasti DM, kadar kolesterol total perbatasan, kadar trigliserida normal, kadar LDL normal dan perbatasan, kadar HDL normal.

- 5) Proporsi penderita stroke hemoragik berdasarkan letak kelumpuhan yang tertinggi adalah hemiparesis dextra.
- 6) Proporsi penderita stroke hemoragik berdasarkan hasil CT-Scan yang tertinggi adalah perdarahan intra serebral.
- 7) Proporsi penderita stroke hemoragik berdasarkan penatalaksanaan medis yang tertinggi adalah tindakan konservatif.
- 8) Lama rawatan rata-rata penderita stroke hemoragik adalah 5,88 (6 hari).
- 9) Proporsi penderita stroke hemoragik berdasarkan sumber biaya yang tertinggi adalah biaya asuransi JKN.
- 10) Proporsi penderita stroke hemoragik berdasarkan asal rujukan yang tertinggi adalah bukan rujukan.
- 11) Proporsi penderita stroke hemoragik berdasarkan keadaan sewaktu pulang yang tertinggi adalah meninggal.
- 12) Tidak ada perbedaan proporsi yang bermakna antara umur dengan tekanan darah sistolik, tekanan darah diastolik, kadar gula darah sewaktu, kadar kolesterol total, kadar trigliserida, dengan kadar LDL, kadar HDL, keadaan sewaktu pulang dan penatalaksanaan medis dengan keadaan sewaktu pulang. Ada perbedaan proporsi yang bermakna antara hasil CT-Scan dengan keadaan sewaktu pulang dan lama rawatan dengan keadaan sewaktu pulang.

Saran

1. Bagi penderita hipertensi untuk selalu melakukan kontrol tekanan darah rutin dan menerapkan pola hidup sehat untuk mencegah terjadinya stroke.
2. Kepada pihak RSUD Raden Mattaher Provinsi Jambi agar lebih meningkatkan lagi upaya promotif, kuratif, dan rehabilitatif untuk menekan angka morbiditi dan mortaliti yang diakibatkan oleh stroke hemoragik.
3. Kepada bagian rekam medik RSUD Raden Mattaher Provinsi Jambi agar menambahkan pencatatan data penderita

stroke hemoragik pada kartu status seperti suku dan pendidikan.

Daftar Pustaka

- Andra, Ns. Saferi Wijaya, S.Kep dan Ns. Yessie Mariza Putri, S.Kep. 2013. **KMB 2 Keperawatan Medikal Bedah (Keperawatan Dewasa)**. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Berman, dkk. 2012. **Karakteristik Penderita Stroke Hemoragik yang Dirawat Inap di RSUP Adam Malik Medan Tahun 2012**.
<http://download.portalgaruda.org/article.php?article=154310&val=4108&title=KARAKTERISTIK%20PENDERITA%20STROKE%20HAEMORAGIK%20YANG%20DIRAWAT%20INAP%20DI%20RSUP%20H.%20ADAM%20MALIK%20MEDAN%20TAHUN%202012> . Diakses tanggal 20 Mei 2016.
- Burhanuddin, Mutmainnah, dkk. 2012. **Faktor Risiko Kejadian Stroke Dewasa Awal (18-40 tahun) di Kota Makassar Tahun 2010-2012**. Makassar:FKM UNHAS Bagian Epidemiologi.
- Dinata, Agreayu Cintya. 2013. Gambaran Faktor Resiko dan Tipe Stroke pada Pasien Rawat Inap di Bagian Penyakit Dalam RSUD Kabupaten Solok Selatan Periode 1 Januari 2010-31 Juni 2012. **Jurnal Kesehatan Andalas 2 (2): 57**.
- Hamiprodjo, Soetjipto. **Beberapa Aspek Neurologis dari Aphasia**. Bandung:FK Unpad.
- Harkitasari, Saktivi. 2015. Penurunan Jumlah Leukosit Sebagai Prediktor Perbaikan Klinis Penderita Stroke Hemoragik Selama Perawatan di Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar. Tesis. Denpasar; Pasca Sarjana Ilmu Biomedik.
- Harsono. 1999. **Buku Ajar Neurologi Klinis**. Jakarta: Gadjah Mada University Press.
- Kemenkes RI. 2007. **Riset Kesehatan Dasar 2007**. <http://www.riskesdas.go.id.pdf>. Diakses tanggal 26 April 2016.
- Kemenkes RI.2013. **Riset Kesehatan Dasar 2013**. <http://www.riskesdas.go.id.pdf>. Diakses tanggal 26 April 2016.
- Kemenkes RI. 2014. **Info Datin Situasi Kesehatan Jantung**.
<http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/infodatin/infodatin-jantung.pdf> . Diakses tanggal 5 Maret 2016.
- Lyrawati, Diana. 2008. Arteriogenesis dan Angiogenesis Pada Stroke Hemoragik: Mempertajam Konsep Untuk Memperoleh Manfaat Terbaik Neovaskularisasi. **Jurnal Kedokteran Brawijaya (24):44**.
- Magistris, Fabio, Stephanie Bazak, and Jason Martin. Intracerebral Hemorrhage : Pathophysiology, Diagnosis, and Management. **Clinical Review**.
- Rahmah, Nur Syifa. 2015. **Perbandingan Tekanan Darah Pada Pasien Stroke Hemoragik dengan Riwayat Hipertensi Terkontrol dan Tidak Terkontrol di RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo**. Skripsi Makassar:FK Universitas Hasanuddin.
- Saanin, dr. Syaiful SpBS. **Tindakan Bedah pada Kelainan Serebro-Vaskuler**.
<http://www.angelfire.com/nc/neurosurgery/cvdbedah.html>. diakses tanggal 29 Mei 2016.
- Venketasubramanian, N. 1998. The Epidemiology of Stroke in ASEAN. **Review Neurology J Southeast (3):10**.