

BAB
I
PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Disabilitas atau cacat tubuh bisa terjadi pada manusia, hal ini dapat terjadi sementara maupun terjadi secara permanen. Disabilitas merupakan ketidakmampuan melaksanakan sesuatu aktivitas atau kegiatan tertentu sebagaimana layaknya aktivitas yang dapat dilakukan orang normal. Gangguan yang dimiliki penyandang disabilitas merupakan masalah dalam fungsi atau struktur tubuh, mobilitas yang terbatas, dan kesulitan dalam melaksanakan tugas atau tindakan.^{1,2}

Palsi serebral (PS) merupakan salah satu penyakit disabilitas kronik yang paling sering terjadi pada anak-anak.³ Palsi serebral adalah gangguan pada gerakan dan postur tubuh yang dapat menyebabkan keterbatasan dalam melakukan aktivitas sehari-hari, hal ini berkaitan dengan gangguan non-progresif pada perkembangan otak janin atau bayi. Gangguan motorik sering disertai dengan gangguan sensasi, persepsi, kognisi, komunikasi, dan perilaku serta epilepsi dan masalah *musculoskeletal*.⁴

Palsi serebral pertama kali dikemukakan pada tahun 1861 oleh seorang dokter di Inggris bernama Sir Francis William Little. Little mengemukakan bahwa kondisi ini disebabkan oleh asfiksia neonatal. Kemudian, Sigmund Freud dan ilmuwan lain tidak sependapat dengan Little. Dalam penelitiannya, Freud mengatakan bahwa pada anak PS banyak dijumpai masalah lain seperti retardasi mental, gangguan visual dan kejang yang mungkin sudah terjadi pada awal kehidupan selama perkembangan otak janin.^{3,5}

Sebuah studi tentang prevalensi PS di tiga wilayah di Amerika Serikat menunjukkan prevalensi PS rata-rata adalah 3,6 per 1000 kelahiran hidup. Wilayah tersebut adalah Wisconsin sebanyak 3,3 per 1000 kelahiran hidup, Alabama 3,7 per 1000 kelahiran hidup, dan Georgia 3,8 per 1000 kelahiran hidup.

Selain itu, sebuah studi yang dilakukan di Norwegia menunjukkan prevalensi PS 2,1 per 1000 kelahiran hidup.⁶ Di Indonesia, prevalensi penderita PS 1-5 per 1000 kelahiran hidup ada sekitar 1.000 - 25.000 kelahiran dengan diagnosa PS setiap 5 juta kelahiran hidup per tahunnya. Penderita PS pada laki-laki lebih banyak daripada perempuan, dan seringkali terjadi pada anak pertama.⁷

Palsi serebral merupakan penyebab paling sering dari kecacatan fisik pada anak, sehingga memberikan dampak yang sangat banyak bahkan dapat memengaruhi baik atau tidaknya kualitas kehidupan anak. Kualitas hidup didefinisikan sebagai persepsi individu dalam hidupnya yang ditinjau dari konteks budaya, perilaku dan sistem nilai dimana mereka tinggal dan berhubungan dengan standar hidup, harapan, kesenangan, dan penilaian individu terhadap posisi mereka dalam kehidupan.^{8,9}

Banyak penelitian yang membahas tentang pengukuran kualitas hidup pada anak dengan PS. Penelitian yang dilakukan oleh Fadwa M.S, menunjukkan bahwa skor keseluruhan anak dengan PS beserta pengasuhnya rendah, tetapi tingkat kecacatan tidak memengaruhi kualitas hidup ini.¹⁰ Berbeda dengan studi yang dilakukan oleh Shrestha, Dkk., di Nepal, menunjukkan bahwa kualitas hidup anak dengan PS cukup baik dalam hal psikososial namun dalam hal kualitas fisik masih menunjukkan penurunan kualitas hidup.¹¹ Di Indonesia, sebuah studi yang dilakukan oleh Alfira tentang kualitas hidup anak dengan PS menunjukkan bahwa kualitas hidup anak PS terganggu.¹²

Di kota medan terdapat tempat yang bernama Stella GD Center yang merupakan tempat rehabilitasi anak yang mengalami gangguan tumbuh kembang seperti autisme dan palsi serebral. Anak-anak dengan gangguan tumbuh kembang di Stella GD Center Medan di rehabilitasi dengan berbagai macam jenis perawatan oleh dokter yang ahli di bidangnya.

Berdasarkan paparan di atas, peneliti ingin meneliti tentang gambaran kualitas hidup anak palsi serebral di Stella GD Center Medan tahun 2021.

1.2. Rumusan Masalah

Bagaimana gambaran kualitas hidup anak palsi serebral di Stella GD Center Medan. Jl. Mayjen D.I. Panjaitan No.45, Babura, Kecamatan Medan Baru, Kota Medan, Sumatera Utara tahun 2021.

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui gambaran kualitas hidup anak PS di Stella GD Center Medan. Jl. Mayjen D.I. Panjaitan No.45, Babura, Kecamatan Medan Baru, Kota Medan, Sumatera Utara tahun 2021.

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Untuk mengetahui karakteristik usia, dan jenis kelamin anak PS di Stella GD Center.
2. Untuk mengetahui jenis-jenis PS di Stella GD Center Medan
3. Untuk mengetahui gambaran fungsi motorik kasar anak PS di Stella GD Center Medan

1.4. Manfaat Penelitian

1. Manfaat untuk Akademik/Ilmiah

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi sumber pengetahuan baru tentang PS dan gambaran kualitas hidup anak penderita PS.

2. Manfaat untuk Masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi kepada masyarakat secara khusus keluarga dari anak penderita palsi serebral tentang PS dan gambaran kualitas hidup anak penderita PS.

3. Manfaat untuk Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan referensi untuk penelitian selanjutnya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Palsi Serebral

2.1.1 Definisi Palsi Serebral

Palsi serebral (PS) adalah istilah diagnostik yang digunakan untuk menggambarkan sekelompok gangguan permanen pada gerakan dan postur yang menyebabkan keterbatasan aktivitas yang dikaitkan dengan gangguan nonprogresif pada perkembangan otak janin atau bayi. Gangguan motorik sering disertai dengan gangguan sensasi, persepsi, kognisi, komunikasi, dan perilaku serta epilepsi dan masalah muskuloskeletal sekunder.⁴

2.1.2 Etiologi Palsi Serebral

Etiologi dari palsi serebral belum diketahui secara pasti. Tetapi ada beberapa faktor resiko yang dapat memengaruhi kejadian PS, yaitu:

1. Prenatal
 - a. Infeksi intrauterin, seperti TORCH (Toxoplasma, Rubella atau campak, Cytomegalovirus, Herpes simplex virus).
 - b. Asfiksia intrauterin (solusio plasenta, plasenta previa, kelainan umbilikus).
 - c. Trauma dalam masa kandungan.^{7,13,14}

2. Perinatal

- a. Prematuritas

Bayi kurang bulan memiliki kemungkinan menderita perdarahan otak yang lebih banyak daripada bayi cukup bulan, karena pembuluh darah, enzim, faktor pembekuan darah dan lain-lain masih belum sempurna.

b. Perdarahan otak

Perdarahan otak dan anoksia dapat terjadi bersamaan sehingga sukar membedakannya, misalnya perdarahan yang mengelilingi batang otak mengganggu pusat pernafasan sehingga terjadi anoksia.

c. Ikterus

Ikterus pada masa neonatus dapat menyebabkan kerusakan jaringan otak yang permanen akibat masuknya bilirubin ke ganglia basal, misalnya pada kelainan inkompatibilitas golongan darah.^{7,13}

3. Postnatal

a. Infeksi susunan saraf pusat seperti meningitis, ensefalitis yang terjadi 6 bulan pertama kehidupan.^{13,14}

b. Trauma kapitis dan luka parut pada otak pasca-operasi.⁷

c. *Kernig Icterus*^{7,14}

2.1.3 Patofisiologi Palsi Serebral

Karena kompleksitas dan kerentanan otak selama masa perkembangannya, menyebabkan otak sebagai subjek cedera dalam beberapa waktu. *Cerebral ischemia* yang terjadi sebelum minggu ke-20 kehamilan dapat menyebabkan defisit migrasi neuronal, antara minggu ke-26 sampai ke-34 menyebabkan *periventricular leucomalacia* atau *PVL* dan antara minggu ke-34 sampai ke-40 menyebabkan fokal atau multifokal cedera otak. Cedera otak akibat *vascular insufficiency* tergantung pada berbagai faktor saat terjadinya cedera, antara lain distribusi vaskular ke otak, efisiensi aliran darah ke otak dan sistem peredaran darah, serta respon biokimia jaringan otak terhadap penurunan oksigenasi. Kelainan tergantung pada berat ringannya asfiksia yang terjadi pada otak. Pada keadaan yang berat tampak ensefalomalasia kistik multipel atau iskemik yang menyeluruh.

Pada keadaan yang lebih ringan terjadi bercak nekrosis di daerah paraventrikular substansia alba dan dapat terjadi atrofi yang difus pada substansia grisea korteks serebri. Kelainan dapat lokal atau menyeluruh tergantung tempat yang terkena. Tekanan secara fisik yang dialami oleh bayi yang mengalami kelahiran sehingga terjadi gangguan imaturitas pada otak dan vaskularisasi cerebral merupakan suatu bukti yang menjelaskan mengapa prematuritas merupakan faktor risiko yang signifikan terhadap kejadian palsy serebral. Sebelum dilahirkan, distribusi sirkulasi darah janin ke otak dapat menyebabkan tendensi terjadinya hipoperfusi sampai dengan periventrikular *white matter*. Hipoperfusi dapat menyebabkan perdarahan pada matrik germinal atau *periventricular leukomalacia* dimana terdiri atas nekrosis simetris, fokal, pada substansia alba dorsal dan lateral terhadap sudut eksternal ventrikel lateral. Hal ini dapat membuat terjadinya rongga kistik, sementara pada kasus yang lebih ringan, mielin dapat berkurang dan ventrikel lateral mengalami dilatasi. Karena serabut motorik desendens dari korteks ke ekstremitas bawah adalah yang paling dekat dengan ventrikel, lesi pada serabut ini paling sering menyebabkan displasia spastik.

Periventricular leukomalacia dan infark perdarahan periventrikular adalah merupakan lesi otak klasik pada kasus CP spastik diplegik, yang relatif berhubungan dengan kejadian prematur, yang menyebabkan gangguan motorik murni dengan kemampuan kognitif yang masih baik. Dari pemeriksaan fisik didapatkan gangguan kelemahan kontrol motorik, dan spastisitas pada ekstremitas bawah lebih berat dibandingkan dengan gangguan pada ekstremitas atas. Secara muskuloskeletal patologi spastik palsy serebral sering digambarkan sebagai "*short muscle disease*" karena spastisitas dan reduksi aktivitas volunter menyebabkan gangguan pada pertumbuhan secara longitudinal pada otot skeletal. Sehingga ada kecenderungan pertumbuhan pada otot dan tendon lebih lambat dibandingkan pertumbuhan pada tulang, sehingga menghasilkan

kontraktur yang menetap, torsional sekunder pada tulang dan ketidakstabilan sendi.^{15,16}

Pada kuadriparesis spastik yang dominan pada ekstremitas atas yang berkaitan dengan buruknya perfusi pada zona batas arterial dan zona akhir daerah. Cedera korteks iskemik fokal dan multifokal menunjukkan patologi yang sama tetapi mengenai daerah sirkulasi lemah yang lebih terlokalisasi seperti yang diakibatkan dari anomali vaskular, vaskulopati, atau obstruksi vaskular. Lesi-lesi ini berkaitan dengan terjadinya hemi atau kuadriparesis.¹⁶

2.1.4 Klasifikasi Palsi Serebral

Klasifikasi dari PS sangat beragam namun secara umum pembagian PS dikategorikan menjadi 2 bagian, yaitu:

A. Berdasarkan gejala klinis, PS dibagi menjadi 4, yaitu:

1. Palsi serebral spastik, merupakan jenis PS yang paling banyak ditemukan. Pasien yang mengalami PS jenis ini sering merasakan otot mengalami kekakuan dan secara permanen akan menjadi kontraktur.
2. Palsi serebral diskinetik, karakteristik gerakan yang tidak terkontrol pada tangan, kaki, lengan atau tungkai dan pada sebagian besar kasus, otot muka dan lidah, menyebabkan anak tampak selalu menyeringai dan selalu mengeluarkan air liur.
3. Palsi serebral ataksik, menunjukkan koordinasi yang buruk, seperti berjalan tidak stabil dengan gaya berjalan kaki terbuka lebar, meletakkan kedua kaki dengan posisi yang saling berjauhan. Kesulitan dalam melakukan gerakan cepat dan tepat.
4. Palsi serebral campuran (spastik-atetoid, rigid-spastik, spastikataksia), merupakan kombinasi dari beberapa klasifikasi palsi serebral seperti spastik dan gerakan atetoid tetapi kombinasi lain juga dapat ditemukan.

- B. Berdasarkan lokasi anatomi palsy serebral dibagi menjadi 5, yakni
1. Monoplegia, yaitu mengenai satu ekstremitas.
 2. Diplegia, yaitu mengenai keempat ekstremitas, tetapi kedua kaki lebih berat dari kedua lengan.
 3. Triplegia, yaitu mengenai tiga ekstremitas, yang paling banyak adalah mengenai lengan dan kaki.
 4. Quadriplegia, yaitu keempat ekstremitas terkena dengan derajat yang sama.
 5. Hemiplegia, yaitu mengenai salah satu sisi dari tubuh dan lengan yang terkena lebih berat.^{16,17,18}

2.1.5 Manifestasi Klinis

Manifestasi yang menonjol pada PS adalah kelainan gerak dan postur. Manifestasi lain yang penting adalah menetapnya atau menjadi hiperaktifnya reflek primitif atau terlambat bahkan tidak timbulnya beberapa reflek postural. Adanya kelainan organik non motorik akan memperberat gejala klinis. Berikut ini adalah beberapa tipe dari PS.

1. Tipe Spastik

Anak dengan Palsy serebral spastik memperlihatkan tanda *upper motor neuron* seperti, kelemahan, hipertonusitas, hiperefleksia, klonus, refleks patologis, dan kecenderungan mengalami kontraktur.

- a. Spastik monoplegia, ialah satu ekstremitas, biasanya ringan, dan sering merupakan suatu kesalahan diagnosis hemiplegia.
- b. Spastik hemiparesis, ialah satu sisi tubuh lengan dan tungkai (lengan berat)
- c. Spastik diplegia, ialah kedua tungkai atas
- d. Spastik triplegia, ialah kedua tungkai bawah dan satu lengan
- e. Spastik quadriplegia, ialah kedua lengan atas dan tungkai atas, tetapi lebih parah di ekstremitas bawah.^{19,20,21,22}

2. Tipe Diskinetik

Gangguan aktivitas yang diinginkan yang bermanifestasi sebagai gerakan tidak terkontrol atau tidak diinginkan yang menghilang selama tidur dan berkaitan dengan patologi pada ganglia basalis. Ada beberapa tipe dari diskinetik sebagai berikut:

- a. Atetosis, ialah gerakan menggeliat perlahan pada wajah dan ekstremitas distal.
- b. Korea, ialah gerakan-gerakan menyentak cepat irregular pada wajah ekstremitas.
- c. Koreoatetosis, ialah gerakan yang terdiri dari korea dan atetosis. Korea mengacu pada gerakan cepat, bervariasi, menyentak pada kelompok otot proksimal di ekstremitas dan wajah, sedangkan atetosis mengacu pada gerakan irregular lambat yang nyeri pada ekstremitas, wajah, leher, dan badan.
- d. Distonia, ialah gerakan memuntir berirama badan dan ekstremitas proksimal disertai perubahan tonus otot.^{19,20,21}

3. Ataksia

Gangguan ini terdiri atas disfungsi koordinasi, gaya jalan, gerakan ekstremitas distal yang cepat.^{19,21}

4. Tipe Campuran

Merupakan kombinasi dari spastisitas dan koreoatetosis. Ada beberapa tipe campuran, yaitu:

- a. Atetoid spastik: spastisitas dan atetoid
- b. Ataksik spastik: keadaan goyah, nystagmus, Gerakan tak terkoordinasi dan diskinetik.^{19,20,21,22}

2.2. Fungsi Motorik Kasar / *Gross Motoric Function Classification System (GMFCS)*

Fungsi motorik kasar (GMFCS) pada kasus palsy serebral berdasarkan kemampuan pasien sendiri (keseimbangan tubuh) dan

berjalan. Sistem klasifikasi ini terdiri dari lima derajat. Setiap level memiliki kriteria klinis yang bermakna. Perbedaan antar derajat fungsi motorik berdasarkan keterbatasan fungsi, kebutuhan akan menggunakan teknologi alat bantu, termasuk alat bantu mobilitas (berupa *walkers*, *crutches*, and *canes*) dan alat bantu beroda, dan kualitas dari gerakan.

Fokus penentuan level pada sistem klasifikasi fungsi motorik kasar adalah kemampuan dan keterbatasan fungsi motorik pada anak. Penekanan penentuan ini berdasarkan pada performa anak dirumah, sekolah, dan lingkungan. Tujuan dari penentuan derajat adalah untuk mengklasifikasikan fungsi motorik kasar, bukan untuk menentukan kualitas gerak atau potensi untuk perbaikan.

Klasifikasi fungsi motorik kasar (GMFCS), yaitu:

1. Derajat 1

Anak-anak berjalan di rumah, sekolah, di luar ruangan dan di komunitas. Mereka bisa menaiki tangga tanpa menggunakan railing. Anak-anak melakukan keterampilan motorik kasar seperti berlari dan melompat, tetapi kecepatan, keseimbangan, dan koordinasi terbatas.

2. Derajat 2

Anak-anak berjalan di sebagian besar tempat dan menaiki tangga berpegangan pada pagar. Mereka mungkin mengalami kesulitan berjalan jauh dan menyeimbangkan diri di medan yang tidak rata, tanjakan, di area padat atau ruang terbatas. Anak-anak dapat berjalan dengan bantuan fisik, perangkat mobilitas genggam, atau mobilitas bekas roda jarak jauh. Anak hanya memiliki kemampuan minimal untuk melakukan keterampilan motorik kasar seperti berlari dan melompat.

3. Derajat 3

Anak-anak berjalan menggunakan perangkat mobilitas genggam di sebagian besar lingkungan dalam ruangan. Mereka mungkin menaiki

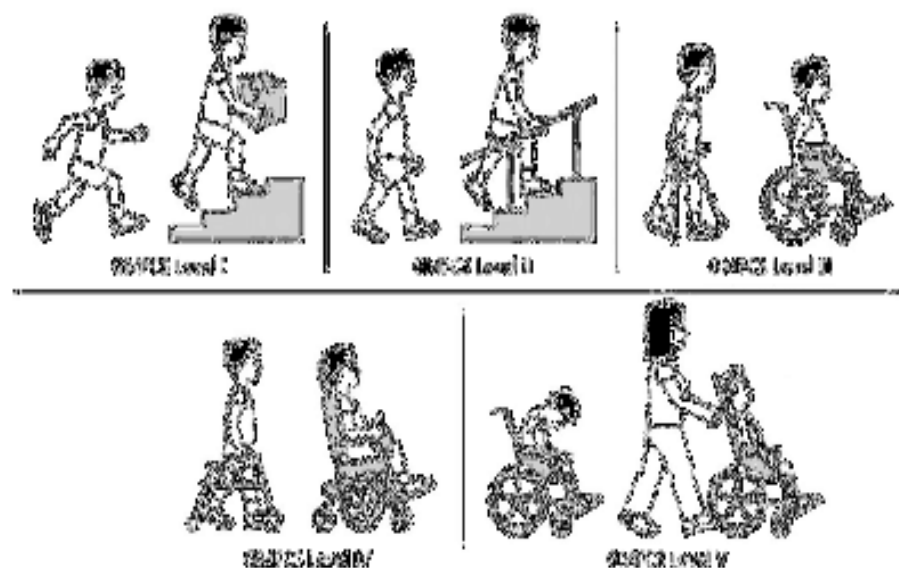
tangga berpegangan pada pagar dengan pengawasan atau bantuan. Anak-anak menggunakan mobilitas roda saat melakukan perjalanan jarak jauh dan dapat bergerak sendiri untuk jarak yang lebih pendek.

4. Derajat 4

Anak-anak menggunakan metode mobilitas yang memerlukan bantuan fisik atau mobilitas bertenaga di sebagian besar tempat. Mereka mungkin berjalan jarak pendek di rumah dengan bantuan fisik atau menggunakan mobilitas bertenaga atau alat bantu jalan jika diposisikan. Di sekolah, di luar ruangan, dan di komunitas, anak-anak diangkut dengan kursi roda manual atau menggunakan mobilitas bertenaga.

5. Derajat 5

Anak-anak diangkut dengan kursi roda manual di semua pengaturan. Anak-anak dibatasi dalam kemampuan mereka untuk mempertahankan postur kepala dan tubuh antigravitasi serta mengontrol gerakan kaki dan lengan.²³



**Gambar 2.1 : *Gross Motor Function Classification System*
(GMFCS) Level²³**

2.3. Kualitas Hidup Anak Palsi Serebral

Menurut *World Health Organization* (WHO), kualitas hidup (*Quality of Life/QOL*) merupakan persepsi individu dalam hidupnya yang ditinjau dari konteks budaya, perilaku dan sistem nilai dimana mereka tinggal dan berhubungan dengan standar hidup, harapan, kesenangan, dan penilaian individu terhadap posisi mereka dalam kehidupan. *World Health Organization* mengutip bahwa QOL tidak hanya menunjukkan bebas dari penyakit tetapi QOL lebih menekankan pada kesejahteraan fisik, mental dan sosial individu.

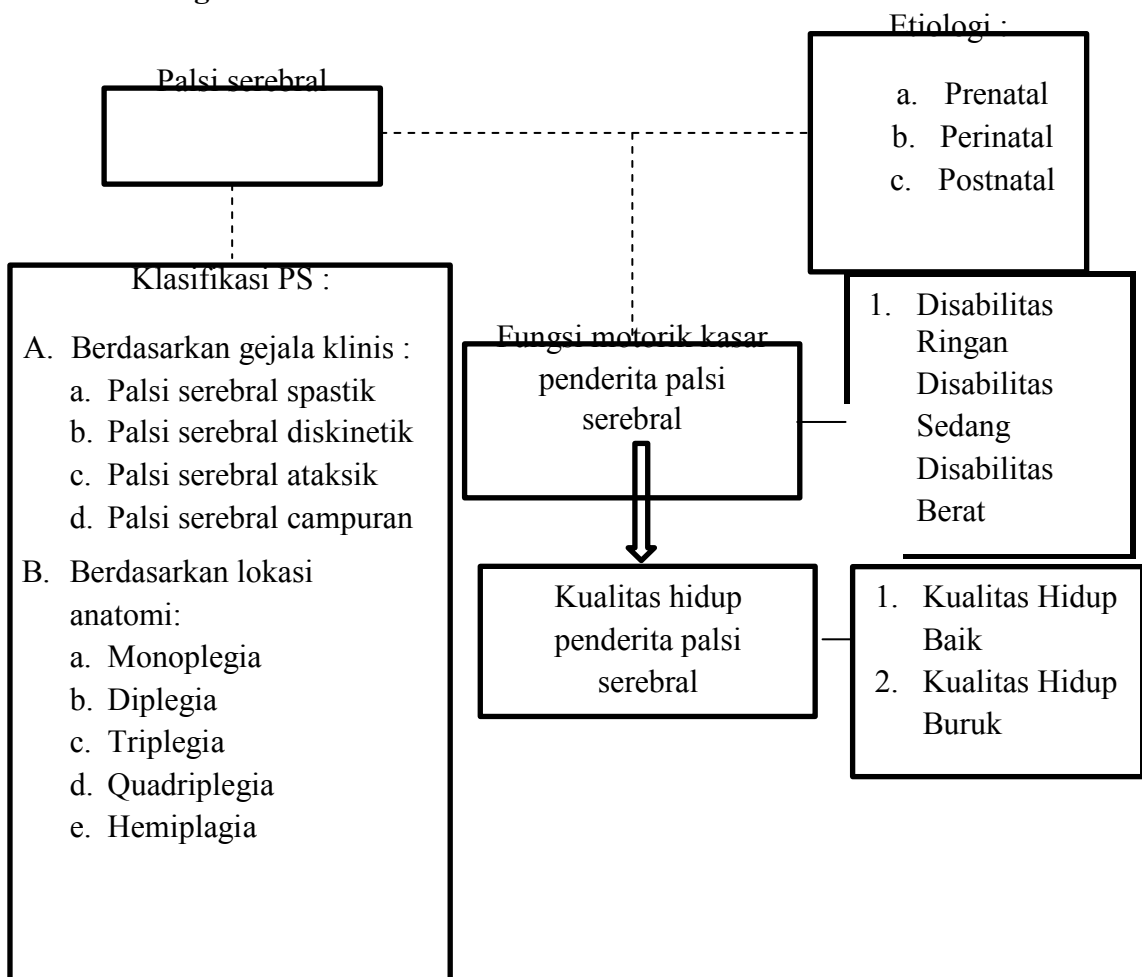
Beberapa studi menjelaskan kualitas hidup pada anak PS cukup rendah. Hal ini berhubungan dengan kejadian disabilitas, yaitu penurunan nilai, pembatasan aktivitas, dan pembatasan partisipasi. Disabilitas yang paling umum terjadi pada PS. Beberapa anak yang mengidap PS memiliki kelemahan dan kontrol motorik yang buruk pada satu lengan dan satu kaki pada sisi tubuh yang sama (disebut hemiparesis). Penyakit ini juga sangat memengaruhi kualitas kesehatan hidup anak dan keluarga mereka. Dimensi kemandirian fisik, mobilitas, dan integrasi sosial lebih terpengaruhi daripada faktor lainnya seperti beban klinis, ekonomi, dan pendidikan.⁹

2.4. Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Kualitas Hidup Anak Palsi Serebral

Ada 3 domain utama yang dapat dinilai pada kualitas hidup yaitu fisik, psikis, dan sosial. Kualitas hidup bisa dinilai dari berbagai cara yang pastinya menyangkut beberapa faktor yang memengaruhi kualitas hidup

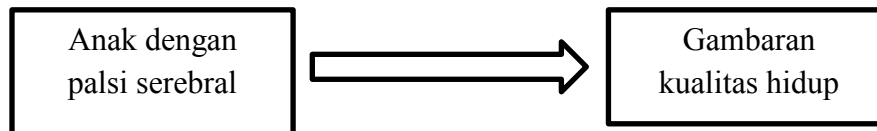
itu sendiri. Faktor-faktor tersebut meliputi kondisi kesehatan, terapi, pola asuh, status ekonomi, dan lingkungan tempat dibesarkannya anak. Gangguan pergerakan pada anak PS tentunya memengaruhi proses perkembangan otak dan pola pikir intelektualnya. Beberapa efek yang ditimbulkan bervariasi dan tergantung pada masing-masing individu seperti tidak dapat berjalan, epilepsi, buta, tuli dan komplikasi lainnya. Hal-hal ini juga turut memengaruhi baik atau tidaknya kualitas hidup seorang anak PS.¹²

2.5. Kerangka Teori



Gambar 2.2 Kerangka Teori

2.6. Kerangka Konsep



Gambar 2.3 Kerangka Konsep

BAB III METODE

PENELITIAN

3.1. Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan jenis penelitian deskriptif dengan pendekatan *cross sectional* (studi potong lintang).

3.2. Lokasi dan Waktu Penelitian

3.2.1. Lokasi

Penelitian ini dilakukan di Stella GD Center Jl. Mayjen D.I. Panjaitan No.45, Babura, Kecamatan Medan Baru, Kota Medan, Sumatera Utara.

3.2.2. Waktu

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Mei 2021

3.3. Populasi

3.3.1. Populasi Target

Anak penderita palsy serebral

3.3.2. Populasi Terjangkau

Anak dengan palsy serebral di Stella GD Center Medan yang menjalani pengobatan pada bulan Mei 2021

3.3.3. Sampel

Anak dengan palsi serebral di Stella GD Center Medan yang menjalani pengobatan pada bulan Mei 2021 yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi.

3.4. Pemilihan Sampel

Pemilihan sampel ini dilakukan dengan menggunakan teknik *total sampling*.

3.5. Kriteria Inklusi dan Eksklusi

3.5.1. Kriteria Inklusi

1. Anak usia 4-12 tahun dengan palsi serebral di Stella GD Center Medan
2. Bersedia terlibat dalam penelitian dengan menandatangani *informed consent* (pasien atau orangtua/wali).

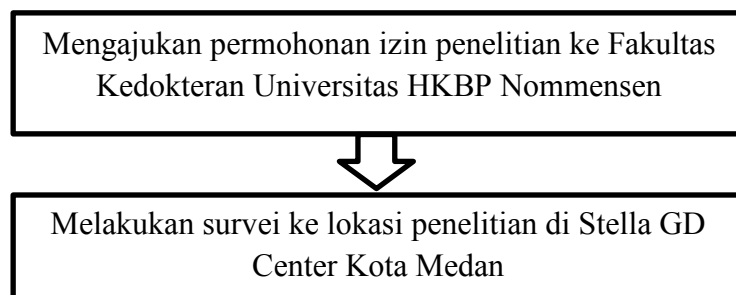
3.5.2. Kriteria Eksklusi

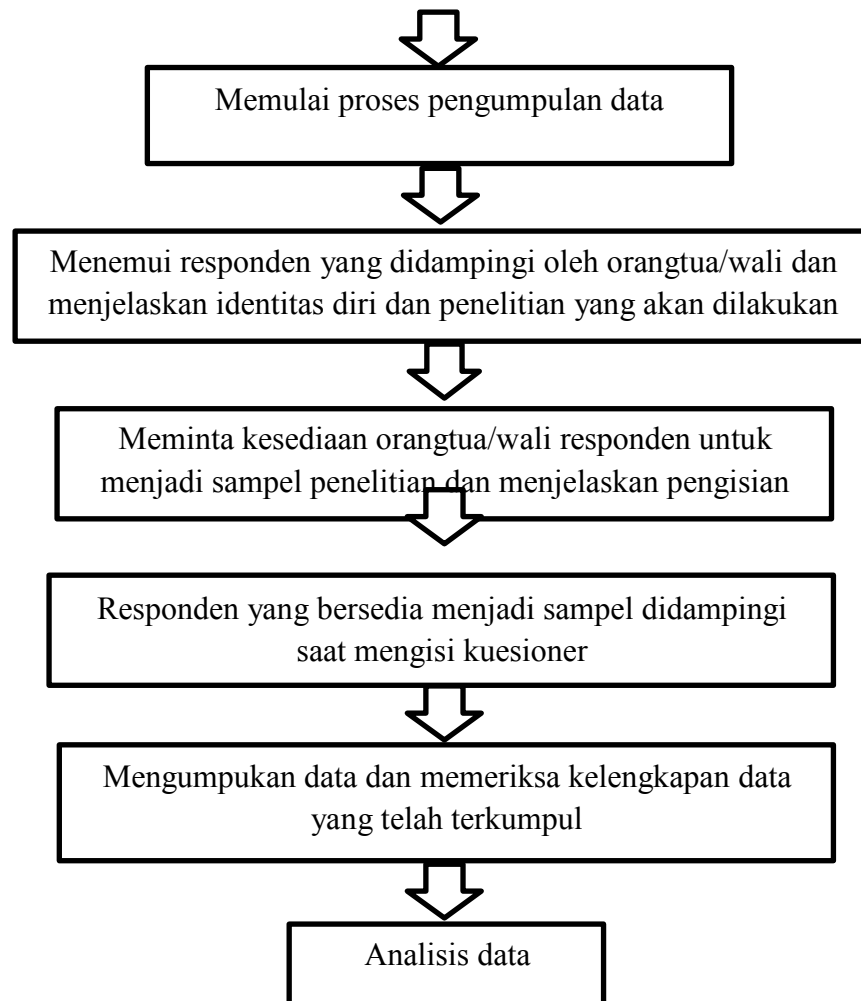
1. Tidak hadir saat penelitian.
2. Anak disertai penyakit kronis lainnya (kanker, asma, penyakit jantung bawaan, diabetes melitus).

3.6 Metode Pengumpulan Data

Penelitian ini menggunakan data primer dan data sekunder yang didapatkan dengan cara membagikan kuesioner yang telah divalidasi sebelumnya dari hasil wawancara responden yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi dan dari data rekam medik pasien.

3.7 Cara Kerja





3.8 Definisi Operasional

Variabel penelitian	Defenisi operasional	Cara pengukuran	Skala	Hasil
Kualitas hidup	Persepsi individu dalam hidupnya yang ditinjau dari konsteks budaya, perilaku dan	Kuesioner Kualitas Hidup <i>Cerebral Palsy</i> (CP-QOL)	Nomina 1	1. Kualitas Hidup Baik 2. Kualitas Hidup Buruk

sistem nilai
dimana
mereka
tinggal dan
berhubungan
dengan
standar
hidup,
harapan,
kesenangan,
dan penilaian
individu
terhadap
posisi
mereka
dalam
kehidupan.

Usia	Umur yang - diukur dari mulai lahir.	Ordinal	>6 bulan dibulatkan keatas <6 bulan dibulatkan kebawah
Fungsi motorik kasar	Aspek yang berhubungan dengan pergerakan dan sikap tubuh	Mengambil data hasil pemeriksaan GMFCS pada institusi	Nomina 1 1. Derajat 1 2. Derajat 2 3. Derajat 3 4. Derajat 4 5. Derajat 5

Jenis-	Klasifikasi	Mengambil	Ordinal	A. Berdasarkan gejala
jenis palsy	palsy serebral	data hasil		klinis
serebral	yang	pemeriksaan		Palsy serebral
	dikategorika	palsy		spastik
	n	serebral		Palsy serebral
	berdasarkan	pada		diskinetik
	gejala klinis	institusi		Palsy serebral
	ataupun			ataksik
	berdasarkan			Palsy serebral
	lokasi			campuran
	anatomi			B. Berdasarkan lokasi
				anatomi
				Monoplegia
				Diplegia
				Triplegia
				Quadriplegia
				Hemiplegia

3.9 Pengelolaan dan Analisis Data

Data yang dikumpulkan berupa data primer yang diperoleh dari kuesioner dan data sekunder yang diperoleh dari rekam medik pasien di Stella GD Center Jl. Mayjen D.I. Panjaitan No.45, Babura, Kecamatan Medan Baru, Kota Medan, Sumatera Utara, Kota Medan, Sumatera Utara tahun 2021. Data yang diperoleh di analisis secara deskriptif dan diolah dengan program lunak komputer. Data kemudian disusun dalam bentuk tabel distribusi frekuensi.