

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Konsep Stroke

a. Pengertian Stroke

Menurut *World Health Organization* (WHO) dalam Tarwoto & Suryati (2017), stroke adalah suatu tanda klinis yang berkembang cepat akibat gangguan fokal (atau global) dengan gejala-gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih dan dapat menyebabkan kematian tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain vaskuler. Mare (2018) mengemukakan sekitar 80% sampai 85% stroke adalah stroke iskemik, yang terjadi akibat obstruksi atau bekuan di satu atau lebih arteri besar pada sirkulasi serebrum.

Stroke atau penyakit penurunan fungsi neurologik yang disebabkan oleh gangguan akibat pembatasan atau terhentinya aliran darah melalui sistem suplai arteri otak (Black & Hawks, 2019). Stroke merupakan suatu sindroma klinis dengan gejala gangguan fungsi otak secara fokal atau global yang berlangsung 24 jam atau lebih yang dapat mengakibatkan kematian atau kecacatan yang menetap tanpa ada penyebab lain selain gangguan pembuluh darah otak (Tarwoto & Suryati, 2017).

b. Etiologi

Ada beberapa faktor yang dapat menyebabkan stroke diantaranya sebagai berikut menurut Black & Hawks, 2019) :

- 1) Trombosis (bekuan darah di dalam pembuluh darah otak atau leher). Trombus dimulai bersamaan dengan kerusakan dinding pembuluh darah endotel. Aterosklerosis adalah pencetus utamanya. Trombus dapat terjadi di mana saja di sepanjang arteri karotis dan cabang-cabangnya. Trombosis merupakan penyebab stroke yang paling utama, kurang lebih sekitar 60% dari kejadian stroke.
- 2) Embolisme serebral (bekuan darah atau material lain yang dibawa ke otak dari bagian organ tubuh yang lain). Mayoritas emboli berasal dari lapisan endokardium jantung, dimana plak keluar dari endokardium dan masuk ke sirkulasi. Embolisme serebral merupakan penyebab kedua stroke, kurang lebih sekitar 24% dari kejadian stroke.
- 3) Hemoragik serebral (pecahnya pembuluh darah serebral dengan perdarahan ke dalam jaringan otak atau ruang sekitar otak). Hipertensi adalah penyebab utama perdarahan intraserebral. Prognosis pasien dengan perdarahan intraserebral buruk, 50% kematian terjadi dalam 48 jam pertama. Tingkat kematian akibat perdarahan intraserebral berkisar antara 40% - 80%.

4) Penyebab lain contohnya spasme arteri serebral karena iritasi, mengurangi perfusi ke area otak yang disuplai oleh pembuluh darah yang mengalami konstriksi tersebut; status hiperkoagulasi dapat mengakibatkan terjadinya trombosis dan stroke iskemik, kompresi pembuluh darah serebral yang diakibatkan dari tumor, bekuan darah yang besar ukurannya, atau abses otak, tapi penyebab ini umumnya jarang terjadi.

c. Epidemiologi

Di Amerika Serikat, terdapat 4 juta penderita stroke dan lebih dari 750.000 ada penderita stroke yang baru. Resiko stroke meningkat sesuai umur, dengan insidensi stroke yang tinggi pada orang-orang diatas 65 tahun. Insidensi serangan stroke pertama sekitar 200 per 100.000 penduduk per tahun. Insidensi stroke meningkat dengan bertambahnya usia. Konsekuensinya, dengan semakin panjangnya angka harapan hidup, termasuk di Indonesia, akan semakin banyak pula kasus stroke yang dijumpai. Perbandingan antara penderita pria dan wanita hampir sama (Mare, 2018).

Stroke meliputi tiga penyakit serebrovaskular utama, yaitu stroke iskemik, perdarahan intraserebral primer, dan perdarahan subaraknoid. Stroke iskemik atau serebral infark,

adalah yang paling sering, yaitu 70-80% dari semua kejadian stroke (Mare, 2018).

d. Klasifikasi

Stroke dapat dibagi dalam 2 (dua) kelompok besar menurut Mare (2018) yaitu :

1) Stroke Iskemik

Sekitar 80 - 85 persen stroke adalah stroke iskemik, yang terjadi akibat obstruksi atau bekuan di salah satu atau lebih arteri besar pada sirkulasi serebrum. Berdasarkan penyebabnya terdapat lima subtype dasar pada stroke iskemik yaitu :

a) Stroke Lakunar

Infark lakunar terjadi karena penyakit arteri kecil hipertensi dan menyebabkan sindrom stroke yang biasanya muncul dalam beberapa jam atau kadang-kadang lebih lama dengan angka kejadiannya sekitar 25%. Infark lakunar merupakan infark yang terjadi pasca oklusi aterotrombotik. Trombosis yang terjadi dalam pembuluh ini menyebabkan daerah infark yang kecil dan lunak yang disebut dengan lakuna. Perubahan yang terjadi pada pembuluh-pembuluh ini disebabkan oleh disfungsi endotel karena penyakit hipertensi persisten.

b) Trombosis arteri besar atau penyakit aterosklerotik

Stroke jenis ini berkaitan dengan lesi aterosklerotik yang menyebabkan penyempitan atau stenosis di arteria karotis internal dengan angka kejadiannya sekitar 20%. Trombosis pembuluh darah otak cenderung memiliki awitan yang bertahap, bahkan berkembang dalam beberapa hari dan dikenal dengan istilah stroke in evolution. Pelannya aliran darah pada arteri yang mengalami trombosis parsial mengakibatkan defisit perfusi dan menyebabkan reduksi mendadak curah jantung atau tekanan darah sistemik.

c) Stroke Emboli Kardiogenik

Stroke yang terjadi akibat embolus dapat menimbulkan defisit neurologik mendadak dengan efek maksimum sejak awitan penyakit dengan angka kejadiannya sekitar 20%. Biasanya serangan terjadi saat pasien beraktivitas. Trombus embolik ini sering tersangkut di pembuluh darah yang mengalami stenosis. Penyebab terseringnya adalah atrium fibrilasi.

d) Stroke Kriptogenik

Sebagian pasien mengalami oklusi mendadak pembuluh intrakranium besar tanpa penyebab yang

jelas dengan angka kejadiannya sekitar 30%. Kelainan ini disebut stroke kriptogenik karena sumbernya tersembunyi.

e) Stroke Karena Penyebab Lain

Beberapa penyebab lain stroke yang lebih jarang dengan angka kejadiannya sekitar 5% adalah displasia fibromuskular dan arteritis temporalis. Displasia fibromuskular terjadi di arteria servikalis. Pada pemeriksaan dopler, tampak banyak lesi seperti sosis di arteri, dengan penyempitan stenotik berselang-seling dengan bagian-bagian yang mengalami dilatasi. Arteritis temporalis terutama menyerang lanjut usia dimana arteri karotis eksterna dan terutama arteria temporalis mengalami peradangan granulomatosa dengan sel-sel raksasa.

2) Stroke Hemoragik

Terjadi sekitar 15% – 20% dari semua jenis stroke, dapat terjadi apabila lesi vaskular intraserebrum mengalami ruptur sehingga terjadi perdarahan ke dalam ruang subarakhnoid atau langsung ke dalam jaringan otak. Tipe-tipe perdarahan yang mendasari stroke hemoragik adalah:

a) Perdarahan Intraserebral

Perdarahan intraserebral paling sering terjadi akibat cedera vaskular yang dipicu oleh hipertensi dan ruptur salah satu dari banyak arteri yang menembus ke dalam jaringan otak. Perdarahan menyebabkan elemen-elemen vasoaktif darah yang keluar menekan neuron-neuron di daerah yang terkena dan sekitarnya. Jumlah darah yang keluar menentukan prognosis. Apabila volume darah lebih dari 60 cc maka risiko kematian sebesar 71-93%. Sedangkan bila volume perdarahan antara 30-60 cc, kemungkinan kematian sebesar 75% dan apabila perdarahan hanya 5 cc namun terletak di pons, maka akibatnya sangat fatal.

b) Perdarahan Subaraknoid

Perdarahan subaraknoid relatif kecil jumlahnya kurang dari 0,01% dari populasi USA, sedangkan di ASEAN 4% hospital based dan di Indonesia 4,2% hospital based. Gejala perdarahan yang timbul sangat khas disertai dengan keluhan nyeri kepala hebat pada saat onset penyakit. Stroke jenis ini dapat menyebabkan kematian pada 12,5% kasus.

e. Faktor Resiko Terjadi Stroke

Penggolongan faktor risiko stroke didasarkan pada dapat atau tidaknya risiko tersebut ditanggulangi atau diubah menurut *America Stroke Association* (Fatah, 2017) yaitu :

1) Faktor risiko yang tidak dapat diubah

a) Usia

Kemunduran sistem pembuluh darah meningkat seiring dengan bertambahnya usia hingga makin bertambah usia makin tinggi kemungkinan mendapat stroke. Dalam statistik, faktor ini menjadi 2 kali lipat pasca usia 55 tahun.

b) Jenis Kelamin

Stroke diketahui lebih banyak diderita laki-laki dibanding perempuan. Kecuali umur 35–44 tahun dan di atas 85 tahun, lebih banyak diderita perempuan. Hal ini diperkirakan karena pemakaian obat kontrasepsi oral dan usia harapan hidup perempuan yang lebih tinggi dibanding laki-laki. Perempuan Indonesia mempunyai usia harapan hidup tiga sampai empat tahun lebih tinggi dari usia harapan hidup laki-laki.

c) Ras

Penduduk Afrika-Amerika dan Hispanic-Amerika berpotensi stroke lebih tinggi dibanding Eropa-Amerika.

Pada penelitian penyakit arterosklerosis terlihat bahwa penduduk kulit hitam mendapat serangan stroke 38% lebih tinggi dibanding kulit putih.

d) Faktor Keturunan

Adanya riwayat stroke pada orang tua, meningkatkan faktor risiko terjadinya stroke. Hal ini diperkirakan melalui beberapa mekanisme antara lain faktor genetik, faktor kultur atau lingkungan dan *life style*, interaksi antara faktor genetik dan lingkungan.

2) Faktor risiko yang dapat diubah

Stroke pada prinsipnya dapat dicegah. Sebuah penelitian menunjukkan bahwa 50% kematian akibat stroke pada pasien yang berusia di bawah 70 tahun dapat dicegah dengan menerapkan pengetahuan yang ada. Adapun faktor risiko yang dapat diubah menurut Black & Hawks (2019) meliputi :

a) Hipertensi

Makin tinggi tekanan darah, makin tinggi kemungkinan terjadinya stroke, baik perdarahan maupun iskemik. Faktor risiko stroke terbanyak adalah hipertensi dengan 71% dari 3.723 kasus. Pengendalian tekanan darah dapat mengurangi 38% insiden stroke.

b) Merokok

Merokok merupakan masalah kesehatan yang utama di banyak negara berkembang termasuk Indonesia. Rokok mengandung lebih dari 4.000 jenis bahan kimia yang di antaranya bersifat karsinogenik atau mempengaruhi sistem vaskular. Penelitian menunjukkan bahwa merokok merupakan faktor risiko terjadinya stroke, terutama dalam kombinasi dengan faktor risiko yang lain misalnya pada kombinasi merokok dan pemakaian obat kontrasepsi oral. Hal ini juga ditunjukkan pada perokok pasif. Merokok meningkatkan terjadinya trombus, karena terjadinya arterosklerosis. Merokok berkontribusi 12-14% kematian akibat stroke, total jumlah kematian akibat tembakau (merokok) diproyeksikan naik dari 5,4 juta pada tahun 2005 menjadi 6,4 juta pada tahun 2015 dan 8,3 juta pada tahun 2030.

c) Diabetes Melitus (DM)

DM merupakan penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin atau keduanya. Faktor risiko stroke akibat DM sebanyak 17,3%. Pasien DM cenderung menderita arterosklerosis dan

meningkatkan terjadinya hipertensi, kegemukan dan kenaikan kadar kolesterol. Kombinasi hipertensi dan diabetes sangat menaikkan komplikasi diabetes termasuk stroke.

d) Kelainan Jantung

Kelainan jantung merupakan sumber emboli untuk terjadinya stroke, yang tersering adalah atrium fibrilasi. Setiap tahun, 4% dari pasien atrium fibrilasi mengalami stroke.

e) Dislipidemia

Meningkatnya kadar kolesterol total dan *Low Density Lipoprotein* (LDL) berkaitan erat dengan terjadinya aterosklerosis. Kolesterol LDL yang tinggi merupakan risiko terjadinya stroke iskemik. Kejadian stroke meningkat pada pasien dengan kadar kolesterol total di atas 240 mg/dL. Setiap kenaikan kadar kolesterol total 38,7 mg/dl, meningkatkan risiko stroke sebanyak 25%.

f) Latihan Fisik

Pasien stroke direkomendasikan melakukan latihan fisik (olah raga) secara teratur 3–7 hari per minggu dengan durasi 20–60 menit per hari. Latihan fisik secara teratur membantu mengurangi timbulnya penyakit jantung dan stroke. Ketidakaktifan,

kegemukan atau keduanya berisiko meningkatkan tekanan darah, kolesterol darah, diabetes, penyakit jantung dan stroke.

g) Kegemukan

Kegemukan biasanya berhubungan dengan pola makan, DM tipe 2 disebabkan peningkatan kadar kolesterol dan peningkatan tekanan darah. Penghitungan kegemukan berdasarkan BMI (*Body Mass Index*) yaitu *underweight* < 18,5, normal 18,5–24,9, *overweight* 25–29,9, obesitas I 30–4,5, obesitas II 35–39,9 dan *extreme obesity* > 40. Central obesitas/gemuk perut dihitung jika lingkar pinggang (*waist circumference*) pada laki-laki > 102 cm dan perempuan > 88 cm.

h) Pola Diet

Aspek diet yang dihubungkan dengan risiko terjadinya stroke adalah intake sodium yang tinggi dan nutrisi tinggi lemak. Efek potensial sodium dan lemak terhadap kejadian stroke dihubungkan dengan peningkatan tekanan darah.

i) Konsumsi Alkohol

Konsumsi alkohol berlebihan merupakan faktor utama terjadinya hipertensi dan penyakit yang berhubungan

dengan hipertensi adalah stroke. Penelitian yang dilakukan di Cina pada 1991 dan dilakukan *follow up* tahun 1999 dan 2000 menunjukkan pemakaian alkohol yang berlebihan (lebih dari 1750 mL per minggu) secara signifikan meningkatkan insiden stroke sebesar 22% dan risiko kematian 30% lebih tinggi dari non pemakai alkohol.

j) Drug Abuse/Narkoba

Pemakaian obat-obatan seperti cocain, amphetamine, heroin dan sebagainya meningkatkan terjadinya stroke. Obat-obat ini dapat mempengaruhi tekanan darah secara tiba-tiba dan menyebabkan terjadinya emboli.

k) Pemakaian Obat Kontrasepsi Oral

Risiko stroke meningkat jika memakai obat kontrasepsi oral dengan dosis tinggi. Umumnya risiko stroke terjadi jika pemakaian ini dikombinasi dengan adanya usia lebih dari 35 tahun, perokok, hipertensi dan diabetes.

l) Gangguan Pola Tidur

Gangguan pola tidur ini dikenal dengan istilah *sleep disordered breathing* (SDB). Penelitian membuktikan bahwa tidur mendengkur meningkatkan terjadinya stroke. Pola tidur mendengkur sering disertai apnea (henti nafas), tidak hanya berpotensi menyebabkan

stroke tapi juga gangguan jantung. Hal ini disebabkan penurunan aliran darah ke otak. SDB lebih sering terjadi pada laki-laki dari pada perempuan dengan perbandingan 2:1, dan terjadi mulai usia pertengahan.

m) Kenaikan Lipoprotein (a)/ Lp (a)

Lipid protein kompleks yang meningkat merupakan risiko terjadinya penyakit jantung dan stroke. Lp (a) merupakan partikel dari LDL dan peningkatannya akan meningkatkan terjadinya trombosis dengan mekanisme menghambat plasminogen aktivator. Dibanding dengan faktor risiko stroke yang lain (hipertensi, hiperkolesterolemia, hipertrigliserid, penyakit jantung, DM).

f. Gejala dan Tanda

Tanda utama stroke iskemik adalah muncul secara mendadak defisit neurologik fokal. Gejala baru terjadi dalam hitungan detik maupun menit, atau terjadi ketika bangun tidur. Defisit tersebut mungkin mengalami perbaikan dengan cepat, mengalami perburukan progresif, atau menetap (Khomsiatun, 2018).

Gejala umum berupa baal atau lemas mendadak di wajah, lengan, atau tungkai, terutama di salah satu sisi tubuh; gangguan penglihatan seperti penglihatan ganda atau kesulitan

melihat pada satu atau dua mata; bingung mendadak; tersandung selagi berjalan; pusing bergoyang; hilangnya keseimbangan atau koordinasi; dan nyeri kepala mendadak tanpa kausa yang jelas (Khomsiatun, 2018).

Mual dan muntah terjadi, khususnya stroke yang mengenai batang otak dan serebelum. Aktivasi kejang biasanya bukan sebagai gejala stroke. Nyeri kepala diperkirakan pada 25% pasien stroke iskemik, karena dilatasi akut pembuluh kolateral (Khomsiatun, 2018).

Perkembangan gejala neurologis tergantung dari mekanisme stroke iskemik dan derajat aliran darah kolateral. Pada semua subtipe infark, dari embolik ke lakunar, terdapat gejala fluktuatif setelah onset, memperlihatkan variasi derajat aliran darah kolateral ke jaringan iskemik. TIA dijumpai pada 20% kasus infark iskemik, walaupun TIA lebih berhubungan dengan aterosklerosis, TIA dijumpai pada subtipe yang lain. Diperkirakan 10-30% pasien stroke iskemik akut, defisit neurologik yang progresif pada 24-48 jam pertama yang disebut stroke in evolution (Khomsiatun, 2018).

Gambaran klinis utama yang berkaitan dengan insufisiensi arteri ke otak mungkin berkaitan dengan gejala dan tanda berikut yang disebut sindrom neurovaskular. Walaupun perdarahan di daerah vaskular yang sama mungkin

menimbulkan banyak efek yang serupa, gambaran klinis keseluruhan cenderung berbeda karena, dalam perluasannya ke arah dalam, perdarahan dapat mengenai teritorial dari lebih satu pembuluh. Selain itu, perdarahan menyebabkan pergeseran jaringan dan meningkatkan tekanan intra kranial (TIK) (Khomsiatun, 2018).

g. Manifestasi Klinis Stroke

Menurut Lewis *et al.*, (2019) stroke dapat menimbulkan efek pada berbagai fungsi tubuh, meliputi : aktivitas motorik, eliminasi bowel dan urin, fungsi intelektual, kerusakan persepsi sensori, kepribadian, afek, sensasi, menelan, dan komunikasi. Fungsi-fungsi tubuh yang mengalami gangguan tersebut secara langsung terkait dengan arteri yang tersumbat dan area otak yang tidak mendapatkan perfusi adekuat dari arteri tersebut. Menurut Smeltzer *et al.*, (2017) yaitu:

1) Kehilangan Fungsi Motorik

Defisit motorik merupakan efek stroke yang paling jelas terlihat. Defisit motorik meliputi kerusakan : mobilitas, fungsi respirasi, menelan dan berbicara, refleks gag, dan kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari. Gejala-gejala yang muncul diakibatkan oleh adanya kerusakan motor neuron pada jalur piramidal (berkas saraf dari otak yang melewati spinal cord menuju sel-sel motorik). Stroke

mengakibatkan lesi pada motor neuron atas upper motor neuron (UMN) dan mengakibatkan hilangnya kontrol volunter terhadap gerakan motorik. Karakteristik defisit motorik meliputi akinesia, gangguan integrasi gerakan, kerusakan tonus otot, dan kerusakan refleks. Karena jalur piramidal menyeberang pada saat di medulla, kerusakan kontrol motorik volunter pada satu sisi tubuh merefleksikan adanya kerusakan motor neuron atas di sisi yang berlawanan pada otak (kontralateral).

Disfungsi motorik yang paling sering terjadi adalah hemiplegia (paralisis pada satu sisi tubuh). Pada fase akut stroke, gambaran klinis yang muncul adalah paralisis flaksid dan hilang atau menurunnya refleks tendon, saat refleks tendon ini muncul kembali (biasanya 48 jam), peningkatan tonus otot dapat dilihat bersamaan dengan spastisitas (peningkatan tonus otot abnormal) pada ekstremitas yang terkena. Luas dan tipe gangguan pada pasien stroke tergantung dari jumlah dan lokasi dari daerah otak yang terserang. Seseorang dapat mengalami stroke yang berat maupun ringan, dengan gangguan pada motorik, sensorik, kognitif maupun gangguan dalam hal komunikasi (Sarafino, 2018).

Kejadian stroke dapat menimbulkan kecacatan bagi penderita yang mampu bertahan hidup. Kecacatan pada penderita stroke di akibatkan oleh gangguan organ atau gangguan fungsi organ seperti hemiparesis. Adapun kecacatan yang dialami oleh penderita stroke meliputi ketidakmampuan berjalan, ketidakmampuan berkomunikasi, serta ketidakmampuan perawatan diri (Wirawan, 2019).

2) Kehilangan Fungsi Komunikasi

Fungsi otak lain yang dipengaruhi adalah bahasa dan komunikasi. Stroke adalah penyebab utama terjadinya afasia. Disfungsi bahasa dan komunikasi akibat stroke adalah disartria (kesulitan berbicara), disfasia (kesulitan terkait penggunaan bahasa), apraksia (ketidakmampuan untuk melakukan tindakan yang telah dipelajari). Penelitian Townend, Brady dan MacLaughlan dalam Kontou (2019) hampir setengah 46% partisipan teridentifikasi mengalami afasia. Sekitar 36,4% penderita afasia pasca stroke menunjukkan performa yang lebih baik setelah mengikuti terapi wicara.

3) Kerusakan Afek

Pasien yang pernah mengalami stroke akan kesulitan mengontrol emosinya. Respon emosinya tidak

dapat ditebak. Perasaan depresi akibat perubahan gambaran tubuh dan hilangnya berbagai fungsi tubuh dapat membuat makin parah.

4) Kerusakan Fungsi Intelektualitas

Baik itu memori maupun penilaian dapat terganggu sebagai akibat dari stroke. Pasien dengan stroke otak kiri sering sangat berhati-hati dalam membuat penilaian. Pasien dengan stroke otak kanan cenderung lebih impulsif dan bereaksi lebih cepat. Penelitian yang dilakukan Suwantara (2019) menyimpulkan bahwa sekitar 15-25% penderita stroke menunjukkan gangguan kognitif yang nyata setelah mengalami serangan akut.

5) Gangguan Persepsi dan Sensori

Persepsi adalah kemampuan untuk menginterpretasikan sensasi. Stroke dapat mengakibatkan disfungsi persepsi visual, gangguan dalam hubungan visuospasial, dan kehilangan sensori.

6) Gangguan Eliminasi

Kebanyakan masalah yang terkait dengan eliminasi urin dan bowel terjadi pada tahap akut dan bersifat sementara. Saat salah satu hemisfer otak terkena stroke, prognosis fungsi kandung kemih baik. Awalnya, pasien dapat mengalami urgensi dan inkontinensia. Walaupun

kontrol motor bowel biasanya tidak terganggu, pasien sering mengalami konstipasi yang diakibatkan oleh imobilitas, otot abdomen yang melemah, dehidrasi dan respon yang menurun terhadap refleksi defekasi.

2. Konsep Kualitas Hidup

a. Pengertian Kualitas Hidup

Kualitas hidup menjadi istilah yang umum untuk menyatakan status kesehatan, kendati istilah ini juga memiliki makna khusus yang memungkinkan penentuan ranking penduduk menurut aspek objektif maupun subjektif pada status kesehatan. Kualitas hidup yang berkaitan dengan kesehatan *Health-related Quality of Life* (HQL) mencakup keterbatasan fungsional yang bersifat fisik maupun mental, dan ekspresi positif kesejahteraan fisik, mental, serta spiritual. HQL dapat digunakan sebagai sebuah ukuran integrative yang menyatukan mortalitas dan morbiditas, serta merupakan indeks berbagai unsur yang meliputi kematian, morbiditas, keterbatasan fungsional, serta keadaan sehat sejahtera (*well-being*) (Juliantini, 2021).

Kualitas hidup adalah tingkatan yang menggambarkan keunggulan seseorang individu yang dapat dinilai dari kehidupan mereka. Keunggulan individu tersebut biasanya dilihat dari tujuan hidupnya, kontrol pribadinya, hubungan

interpersonal, perkembangan pribadi, intelektual dan kondisi materi (Chaidir et al, 2017).

b. Komponen Kualitas Hidup

Kualitas hidup memiliki beberapa komponen yaitu domain fisik, domain psikologis menurut Post et al. tahun 2011 dalam Rahman et al., (2017) yaitu :

- 1) Domain fisik domain fisik merupakan domain yang berhubungan dengan energi, rasa sakit, tidur, mobilitas, aktivitas sehari-hari, fatigue, ketergantungan obat, kapasitas kerja, serta bantuan medis (Rahman et al., 2017)
- 2) Domain psikologi domain ini berisi tentang penampilan, citra tubuh, perasaan negatif, perasaan positive, belajar, berfikir memori dan konsentasi (Rahman et al., 2017).

3) Domain Sosial

Dukungan sosial yang diterima seseorang dalam lingkungannya, baik berupa dorongan semangat, perhatian, penghargaan, bantuan maupun kasih sayang membuatnya akan memiliki pandangan positif terhadap diri dan lingkungannya. Dengan adanya pandangan positif terhadap diri dan lingkungannya, seseorang akan mampu menerima kehidupan yang dihadapi serta mempunyai sikap pendirian dan pandangan hidup yang jelas, sehingga

mampu hidup di tengah-tengah masyarakat luas secara harmonis.

4) Domain Lingkungan

Hal-hal yang terkait dengan domain ini antara lain: sumber-sumber finansial (penghasilan) yang dimiliki penderita stroke baik untuk kehidupan sehari-hari maupun yang digunakan dalam pengobatan/perawatan penyakitnya; aksesibilitas pada rumah sakit/klinik/dokter yang dapat menangani penyakit stroke dan kualitas perawatan yang diperoleh; lingkungan rumah; kesempatan untuk memperoleh informasi dan belajar keterampilan baru; berpartisipasi dalam suatu kegiatan untuk waktu luang yang dimiliki; keadaan lingkungan fisik seperti polusi/kebisingan/lalu lintas/iklim; serta transportasi.

c. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup

Menurut Juniastrira (2018) ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi kualitas hidup seseorang atau seseorang yang mengalami stroke, seperti faktor fisik, faktor psikologis, faktor klinis dan faktor sosial ekonomi.

1) Faktor fisik

Faktor fisik ini merupakan sebuah faktor yang berhubungan dengan energi, usia dan rasa sakit yang diderita oleh pasien atau seseorang.

2) Faktor psikologis

Faktor psikologis merupakan sebuah faktor yang berhubungan dengan depresi dan kesulitan dalam berkonsentrasi

3) Faktor klinis

Faktor yang berhubungan dengan efek samping dari pengobatan.

4) Faktor ekonomi

Faktor yang berhubungan dengan pendapatan, status pernikahan, serta dukungan dari keluarga dan orang terdekat.

3. Konsep Kualitas Tidur

a. Pengertian Kualitas Tidur

Tidur merupakan kebutuhan dasar manusia yang bersifat fisiologis. Tidur adalah suatu keadaan di mana kesadaran seseorang akan sesuatu menjadi turun, namun aktivitas otak tetap memainkan peran yang luar biasa dalam mengatur fungsinya, seperti mengatur fungsi pencernaan, aktivitas jantung dan pembuluh darah, serta fungsi kekebalan dalam memberikan energi pada tubuh dan dalam pemrosesan kognitif, termasuk penyimpanan, penataan, dan pembacaan informasi yang disimpan dalam otak, serta perolehan informasi saat terjaga (Maas, 2017). Tidur berasal dari bahasa latin

somnus yang berarti alami periode pemulihan, keadaan fisiologis dari istirahat untuk tubuh dan pikiran (Erfandi, 2018).

Kualitas tidur adalah ukuran dimana seseorang mendapatkan kemudahan dalam memulai tidur dan untuk mempertahankan tidur. Kualitas tidur yang cukup dapat ditentukan dari bagaimana seseorang mempersiapkan pola tidurnya pada malam hari seperti jumlah jam tidur (kuantitas tidur), faktor kedalaman tidur (kualitas tidur), kemampuan tinggal tidur, dan kemudahan untuk tertidur tanpa bantuan medis (Lai, 2001 dalam Djawa dkk, 2017).

Menurut Potter & Perry (2016) kualitas tidur yang baik dapat memberikan perasaan tenang di pagi hari, perasaan energik, dan tidak mengeluh gangguan tidur. Secara teori jumlah jam tidur normal berada pada rentang 6-8 jam dalam 24 jam, namun ada juga yang melaporkan atau menyatakan bahwa merasa tidurnya puas dan kualitas tidurnya baik walaupun jumlah jam tidur 4 jam semalam dan tidur siang hanya 30 menit.

Nashori dan Diana (2021) mendefinisikan kualitas tidur adalah sebagai suatu keadaan, di mana tidur yang dijalani seorang individu menghasilkan kebugaran dan kesegaran pada saat terbangun. Sementara kualitas tidur menurut Hidayat (2016), adalah kepuasan seseorang terhadap tidur, sehingga

seseorang tersebut tidak memperlihatkan perasaan lelah, mudah terangsang dan gelisah, lesu dan apatis, kehitaman di sekitar mata, kelopak mata bengkak, konjungtiva merah, mata perih, perhatian terpecah-pecah, sakit kepala dan sering menguap atau mengantuk.

b. Aspek-Aspek Kualitas Tidur

Menurut Hafida (2020) aspek-aspek kualitas tidur menurut pendapat ahli-ahli psikologi moderen dan pandangan Islam ada lima yaitu :

1) Nyenyak selama tidur

Orang tidur melalui beberapa fase tidur, mulai dari fase tidak nyenyak, nyenyak, hingga tidak nyenyak dalam tidur. Berkaitan dengan kenyamanan ini para ahli menggambarkan tahap tidur menjadi enam tahap. Seseorang yang nyenyak tidur tidak akan mengalami gangguan internal maupun eksternal yang menjadikan tidurnya tidak nyenyak.

Gangguan internal adalah mudah terbangun karena ingin kencing, suhu tubuh yang panas, sakit dan sebagainya. Gangguan eksternal adalah suara gaduh (seperti ketukan pintu, suara mobil, adanya pukulan di tembok, dan sebagainya). Sekalipun kenyamanan yang paling baik adalah kenyamanan yang natural (alamiah).

Kenyenyakan yang tidak alamiah, misalnya dengan memakan obat tidur, tetap memiliki implikasi yang kurang baik bagi tubuh.

2) Waktu tidur yang cukup (minimal enam jam dalam sehari)

Seseorang dapat tidur dalam waktu yang cukup, maka seseorang akan siap melakukan aktivitas-aktivitas yang harus dikerjakannya saat tersadar. Tentang waktu tidur yang cukup bahwa setiap orang mempunyai rekening hutang tidur. Setiap orang perlu menyimpan cukup tidur dalam rekening tersebut agar dapat menjaga kondisi homeostatis tidur tetap stabil, suatu hal yang akan membuatnya awas sepanjang siang. Tidur yang terjadi dalam diri seseorang adalah tabungan atau aset, setiap jam terjaga adalah penarikan tabungan atau utang.

Seperti apakah neraca rekening tidur rata-rata orang? Ternyata setengah hari penduduk dewasa memiliki utang tidur yang cukup besar, karena setiap jam yang dilewatkan seseorang untuk terjaga menambah utang tidurnya, maka seseorang harus terus menerus menabung tidur dalam rekeningnya. Sebagian orang perlu menabung sekitar delapan jam dalam rekeningnya untuk menghapus utang tidur yang diakibatkan oleh enam belas jam terjaga terus-menerus. Kita perlu memperoleh sejumlah tidur

setiap malam sehingga tidak membuat atau tetap mempunyai utang tidur, jika tidak, orang akan utang dan mengantuk setiap hari.

3) Merasa segar ketika terbangun

Saat terbangun dari tidur yang cukup seseorang semestinya merasakan rasa segar atau bugar saat terbangun. Dengan kebugarannya itu, seseorang siap melakukan berbagai aktivitas sepanjang hari secara efektif dan efisien. Namun, tidak semua orang yang tidur merasa bugar saat terbangun. Banyak orang yang merasakan badannya tidak bugar, persendiannya yang ngilu-ngilu saat terbangun, matanya ingin tertutup saja dan sebagainya.

4) Tidur lebih awal dan bangun lebih awal.

Keteraturan tidur dan terjaga adalah sesuatu yang sangat penting, namun yang tak kalah penting dalam keteraturan itu adalah perlunya seseorang tidur awal dan bangun lebih awal. Penting bagi setiap orang untuk menjaga jam biologisnya agar tetap selaras sepenuhnya dengan rutinitas hariannya. Dengan demikian, jam-jam yang telah dilaluinya dengan tidur akan sesuai dengan fase mengantuk irama sirkadiannya, dan jam-jam yang telah dilewatkan di luar kamar tidur akan sesuai dengan fase terjaga irama sirkadiannya. Satu-satunya cara untuk

melakukan hal di atas adalah dengan menjaga jadwal tidur yang teratur, mulai dari tidur pada jam yang sama setiap malam dan bangun pada waktu yang sama setiap harinya

5) Tidak bermimpi buruk

Tidur yang berkualitas ditandai oleh tiadanya mimpi buruk yang hadir dalam tidur seseorang. Seseorang yang memiliki pengalaman yang tidak menyenangkan dalam kehidupan sehari-harinya bisa saja mengalami mimpi buruk bila dapat menyikapinya dengan positif, atau kalau seseorang mampu mengungkapkan kegundahan hatinya kepada orang 21 lain. Sebaliknya, pengalaman buruk yang dipersepsi secara buruk, lebih-lebih bila orang tidak melakukan pengungkapan diri, akan mengakibatkan seseorang hadirnya pengalaman tersebut dalam tidur seseorang berupa mimpi buruk.

c. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Tidur

Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas tidur menurut Alimul (2015) ada enam yaitu:

- 1) Penyakit, setiap penyakit menyebabkan ketidaknyamanan fisik yang menyebabkan masalah pada tidur. Seseorang dengan masalah pernafasan dapat mengganggu tidurnya, nafas yang pendek membuat orang sulit tidur dan orang yang memiliki kongesti di hidung dan

adanya drainase sinus mungkin mengalami gangguan untuk bernafas dan sulit untuk tidur.

- 2) Lingkungan, tingkat cahaya dapat mempengaruhi seseorang untuk tidur, ada yang bisa tidur dengan cahaya lampu ada juga yang bisa tidur apabila lampu dimatikan atau dalam keadaan gelap. Ketidaknyamanan dari suhu lingkungan dan kurangnya ventilasi dapat mempengaruhi tidur.
- 3) Latihan fisik dan kelelahan, kelelahan yang berlebihan akibat kerja yang melelahkan mempunyai *REM* yang pendek tidur siang dapat mengganggu waktu tidur malam dan harus dihindari jika seseorang mengalami insomnia.
- 4) Obat-obatan dan zat-zat kimia, Hypnotics atau obat tidur dapat mengganggu tidur *NREM* tahap 3 dan 4 serta dapat menekan *REM*. *Beta blockers* dapat menyebabkan insomnia dan mimpi buruk. Narkotik seperti morfin, dapat menekan tidur *REM* dan meningkatkan frekuensi bangun dari tidur dan mengantuk. Orang yang minum alkohol dalam jumlah banyak sering mengalami gangguan tidur dan mimpi buruk.
- 5) Diet dan kalori, kehilangan berat badan berkaitan dengan penurunan waktu tidur total, terganggunya tidur dan

bangun lebih awal, sedangkan kelebihan berat badan akan meningkatkan waktu tidur total.

- 6) Stres psikologis, stres psikologis mempengaruhi tidur dengan dua cara, yang pertama orang mengalami stres merasa sulit untuk merasakan tidur yang nyaman sesuai dengan yang dibutuhkan. Kedua, tidur REM berkurang dalam jumlah yang cenderung menambah kecemasan dan stres. Salah satu jenis stres yang sering ditemukan di kalangan mahasiswa ialah stres akademik. Stres akademik dapat terjadi di lingkungan sekolah atau pendidikan.

4. Konsep Aktivitas Fisik

a. Pengertian Aktivitas Fisik

Menurut (WHO, 2017) aktivitas fisik merupakan suatu gerakan tubuh yang dihasilkan otot rangka dan membutuhkan energi, termasuk aktivitas yang dilakukan saat bekerja, bermain, melakukan pekerjaan rumah tangga, bepergian dan kegiatan rekreasi.

Aktivitas fisik berbeda dengan olahraga karena olahraga merupakan suatu kegiatan fisik yang direncanakan, terstruktur, berulang dan bertujuan memperbaiki atau mempertahankan satu atau lebih komponen kebugaran fisik seseorang (Kusumo, 2020).

Terdapat perbedaan antara aktivitas fisik, kebugaran fisik serta latihan. Aktivitas fisik merupakan konsep yang lebih luas dari latihan yang didefinisikan sebagai semua pergerakan sebagai hasil dari kontraksi otot rangka yang menggunakan energi. Aktivitas fisik mencakup gerakan-gerakan dari kegiatan bebas, terstruktur, kegiatan olahraga, dan kegiatan sehari-hari. Sementara itu, kebugaran fisik merupakan suatu atribut dari hasil yang telah dicapai terkait dengan kondisi fisik seseorang. Lain halnya, latihan merupakan aktivitas yang terencana, terstruktur, dan berulang-ulang dengan tujuan mencapai suatu kebugaran fisik (Kusumo, 2020).

b. Manfaat Aktivitas Fisik

Berdasarkan Kemenkes RI (2017) aktivitas fisik memiliki beberapa keuntungan di antaranya:

- 1) Mengendalikan berat badan
- 2) Mengendalikan tekanan darah
- 3) Menurunkan risiko keropos tulang (osteoporosis) pada wanita
- 4) Mencegah Diabetes Melitus atau kencing manis
- 5) Mengendalikan kadar kolesterol
- 6) Meningkatkan daya tahan dan sistem kekebalan tubuh
- 7) Memperbaiki kelenturan sendi dan kekuatan otot
- 8) Memperbaiki postur tubuh

- 9) Mengendalikan stress
- 10) Mengurangi kecemasan.

c. Jenis-Jenis Aktivitas Fisik

Berdasarkan intensitas dan besaran kalori yang digunakan Aktivitas fisik dibagi menjadi 3 kategori, yaitu (Kemenkes, 2017):

1) Aktivitas fisik berat

Selama beraktivitas, tubuh mengeluarkan banyak keringat, denyut jantung dan frekuensi nafas meningkat sampai terengah-engah. Energi yang dikeluarkan >7 Kcal/menit. Contoh:

- a) Berjalan sangat cepat (kecepatan lebih dari 5 km/jam), berjalan mendaki bukit, berjalan dengan membawa beban di punggung, naik gunung, jogging (kecepatan 8 km/jam) dan berlari.
- b) Pekerjaan seperti mengangkat beban berat, menyekop pasir, memindahkan batu bata, menggali selokan dan mencangkul.
- c) Pekerjaan rumah seperti memindahkan perabot yang berat dan menggondong anak.
- d. Bersepeda lebih dari 15 km/jam dengan lintasan mendaki, bermain basket, badminton dan sepak bola.

2) Aktivitas fisik sedang

Saat melakukan aktivitas fisik sedang tubuh sedikit berkeringat, denyut jantung dan frekuensi nafas menjadi lebih cepat. Energi yang dikeluarkan: 3,5 – 7 Kcal/menit. Contoh: Berjalan cepat (kecepatan 5 km/jam) pada permukaan rata di dalam atau di luar rumah, di kelas, ke tempat kerja atau ke toko dan jalan santai dan jalan sewaktu istirahat kerja, Memindahkan perabot ringan, berkebun, menanam pohon dan mencuci mobil dan lain-lain.

3) Aktivitas fisik ringan

Kegiatan yang hanya memerlukan sedikit tenaga dan biasanya tidak menyebabkan perubahan dalam pernapasan. Energi yang dikeluarkan <3,5 kcal/menit. Contoh aktivitas fisik ringan: Berjalan santai di rumah, Duduk bekerja di depan komputer, membaca, menulis, menyetir dan mengoperasikan mesin dengan posisi duduk atau berdiri. Berdiri melakukan pekerjaan rumah tangga ringan seperti mencuci piring, setrika, memasak, menyapu, mengepel lantai dan menjahit. Latihan peregangan dan pemanasan dengan gerakan lambat, membuat prakarya, bermain video game, menggambar, melukis dan bermain musik.

d. Faktor-faktor yang mempengaruhi aktivitas fisik

Beberapa faktor-faktor yang mempengaruhi aktivitas fisik adalah (Kemenkes RI, 2017):

1) Umur

Aktivitas fisik seseorang meningkat sampai mencapai maksimal pada usia 25-30 tahun, kemudian akan terjadi penurunan kapasitas fungsional dari seluruh tubuh, kira-kira sebesar 0,8-1% per tahun, tetapi bila rajin berolahraga penurunan ini dapat dikurangi sampai separuhnya.

2) Jenis kelamin

Sampai pubertas biasanya aktivitas fisik remaja laki-laki hampir sama dengan remaja perempuan, tapi setelah pubertas remaja laki-laki biasanya mempunyai nilai yang jauh lebih besar.

3) Pola makan

Makanan salah satu faktor yang mempengaruhi aktivitas, bila jumlah makanan dan porsi makanan lebih banyak, maka tubuh akan merasa mudah lelah, dan tidak ingin melakukan kegiatan seperti olah raga atau menjalankan aktivitas lainnya. Kandungan dari makanan yang berlemak juga banyak mempengaruhi tubuh untuk melakukan aktivitas sehari-hari ataupun berolahraga, sebaiknya makanan yang akan di konsumsi di pertimbangkan

kandungan gizinya agar tubuh tidak mengalami kelebihan energi namun tidak dapat dikeluarkan secara maksimal.

4) Penyakit/kelainan pada tubuh

Berpengaruh terhadap kapasitas jantung paru, postur tubuh, obesitas, hemoglobin/sel darah dan serat otot. Bila ada kelainan pada tubuh seperti di atas akan mempengaruhi aktivitas yang akan dilakukan. Seperti kekurangan sel darah merah, maka orang tersebut tidak diperbolehkan untuk melakukan olah raga yang berat. Obesitas juga menjadikan kesulitan dalam melakukan aktivitas fisik.

e. Aktivitas fisik pasien pasca stroke

Aktivitas fisik yang bisa dilakukan untuk pasien pasca stroke menurut Deni dkk (2018) yaitu :

1) Berjalan kaki

Manfaat jalan kaki untuk penderita stroke adalah berjalan kaki secara rutin sangat bermanfaat untuk membantu meningkatkan kesehatan penderita stroke baik dari segi fisik, mobilitas, dan juga kualitas hidupnya. Berjalan kaki merupakan cara termurah dan termudah yang bisa dilakukan kapan saja dan dimana saja. Selain manfaat yang disebutkan diatas, berjalan kaki sangat efektif untuk mengontrol tekanan darah, menjaga berat badan, dan

menurunkan kadar lemak dalam tubuh. Bagi penderita stroke melakukan jalan kaki minimal 10-60 menit sehari. Apabila belum dapat jalan lakukan olahraga sambil duduk dengan menggoyangkan tangan atau kaki minimal 10 menit per hari (Deni dkk, 2018).

2) Berenang (*Hydrotherapy*)

Menurut dokter spesialis olahraga, renang merupakan salah satu terapi air (*hydrotherapy*), bagian dari proses penyembuhan saraf yang terganggu atau bahkan rusak, seperti penderita stroke. Terapi latihan di air seperti renang banyak manfaat yang di dapat. Beberapa manfaat tersebut adalah ketersediaan oksigen dalam tubuh menjadi lebih baik sehingga meningkatkan daya kerja otot dan oksigenasi otak. Renang juga memperlancar sirkulasi darah dan meningkatkan penyerapan oksigen ke dalam jaringan saraf, mengurangi kekakuan otot, membuat jaringan sendi menjadi lebih lentur, menurunkan rasa nyeri, memberikan efek relaksasi, dan meningkatkan kemampuan gerak anggota tubuh, namun terapi ini biasanya dilakukan sebagai 'alat' bantu. Obat-obatan tetap dibutuhkan untuk mengurangi rasa sakit. Untuk waktu pemulihan bergantung pada kondisi penderita stroke.

Setiap orang memerlukan waktu yang berbeda (Estha, 2013).

Untuk mendapatkan keberhasilan program terapi air perlu ditentukan sarana prasarana terutama kedalaman kolam renang. Ada beberapa kedalaman kolam air yang diprogramkan yakni 90, 120, dan 180 cm. Pasien stroke yang baru pertama kali berlatih berjalan diterapi di kolam dengan kedalaman 90 cm. Kolam dengan kedalaman 120 cm dan 180 cm ditujukan untuk pasien yang ingin melatih sendi dan otot-otot menggunakan alat bantu tambahan, seperti dumbel ataupun bola. Untuk mendapatkan hasil signifikan, program latihan dapat dilakukan terapi selama 6-8 minggu, dengan durasi dua kali seminggu, sekali terapi waktunya 1 jam (Estha, 2013).

3) Senam stroke

Manfaat senam stroke adalah (Estha, 2013):

- a) Kekuatan otot (fungsi motorik) bertambah. Bagian tubuh yang mengalami gangguan (kelemahan) dikuatkan supaya bisa bergerak dengan lebih baik. Anggota tubuh yang sehat dilatih untuk membantu anggota tubuh yang sakit.
- b) Keluwesan bergerak lebih terwujud
- c) Koordinasi gerakan menjadi lebih baik

- d) Bagian tubuh atau anggota tubuh terhindar dari spastisitas/ kekakuan yang berlebihan dan kontraktur.
- e) Aliran darah ke seluruh tubuh menjadi lebih lancar
- f) Tubuh terasa lebih segar
- g) Jiwa menjadi senang karena bertemu dengan sesama pasien stroke.

Senam stroke ini merupakan salah satu bentuk latihan fisioterapi yang terbentuk dari hasil kreasi dan inovasi beberapa jenis metode latihan yang disusun sedemikian rupa, untuk dapat memberikan rangsangan kepada beberapa reseptor yang akan dibawa ke otak untuk diproses dan menghasilkan output berupa gerakan yang terkoordinasi. Lebih lanjut, bahwa senam stroke terdiri dari 3 bagian yaitu pemanasan, inti, dan pendinginan. Senam stroke dilakukan selama 20-40 menit dalam 3-5 hari seminggu (Estha, 2013).

4) Jogging pasca stroke

Penderita stroke juga akan mendapat banyak manfaat dengan latihan beban. Stroke pada umumnya akan mengakibatkan kelumpuhan otot satu sisi tubuh. Bila otot yang sudah lumpuh ini tidak dilatih maka akan terjadi pengecilan dan semakin lama akan menjadi permanen. Sisi tubuh yang lumpuh pada awalnya harus dilatih secara pasif

(digerakkan oleh orang lain) namun secara perlahan harus terus dilatih secara aktif. Bagi penderita stroke iskemik atau TIA yang mampu melakukan aktivitas fisik sangat dianjurkan untuk melakukan aktivitas fisik ringan selama 30 menit per hari. Bagi penderita yang tidak mampu melakukan aktivitas fisik maka dianjurkan untuk melakukan latihan dengan bantuan atau supervisi orang yang sudah terlatih (Avie, 2015).

5) Terapi hobi

Terapi hobi menjadi salah satu penunjang dalam keberhasilan pemulihan penderita pasca stroke. Dukung dan temani mereka untuk melakukan hobinya, seperti misalnya berkebun, menyulam, atau membuat kue. Dengan demikian, penderita akan terhindar dari stres dan bisa mengisi waktu luangnya dengan kegiatan yang bermanfaat. Selama hobi tersebut tidak membahayakan, maka berikan dukungan dan tentunya bantuan karena ada kalanya kemampuan fisik penderita pasca stroke berkurang atau mengalami penurunan (Avie, 2015).

Inaktivitas fisik dalam kehidupan penderita pasca stroke, dikarenakan kelemahan fisiknya seringkali membawa penderita menjadi pasif, tak berdaya dan penuh ketergantungan dengan orang yang disekitarnya sehingga

menurunkan kualitas hidupnya, yang harus dipertahankan, disamping itu karena ketidaktahuan mereka tentang pentingnya aktivitas fisik yang teratur terhadap kesehatan dan juga kebosanan karena untuk pemulihan diperlukan waktu yang cukup lama, sehingga mereka melakukan aktivitas fisik secara rutin sesaat/sementara setelah serangan, setelah merasakan lebih baik kebanyakan para penderita tidak lagi melakukan aktivitas fisik secara rutin, dengan melakukan pemulihan secara cepat dan tepat salah satu tindakannya adalah dengan tetap melakukan aktivitas fisik, untuk penderita pasca stroke haruslah dilakukan secara bertahap dimulai dari aktivitas fisik yang sangat kecil hingga meningkat ke aktivitas normal dimana dapat menyebabkan anda sedikit hangat dan sedikit terengah-engah, (hindari kelelahan) sehingga dapat meningkatkan kesegaran dan kebugaran tubuh (Agustyaningsih, 2020).

Terbukti aktivitas fisik yang mengeluarkan energi 1000-1999 kkal/minggu sampai 2000-2999 kkal/minggu dapat mengurangi insiden stroke. Aktivitas fisik untuk penderita pasca stroke terbukti memperbaiki aliran darah, menurunkan kolesterol, menurunkan berat badan dan menurunkan tekanan darah 4-9 mmHg sehingga

menurunkan risiko stroke berulang. Olah raga yang teratur teratur bersifat protektif, oleh sebab itu penderita dianjurkan untuk berolah raga secara teratur dengan intensitas dan frekuensi derajat sedang. Dengan berolah raga badan terasa lebih sehat, berat badan dapat turun, trigliserid dan kecenderungan trombosis menurun. Olah raga teratur dan yang disesuaikan dengan kemampuan pasien berguna untuk meningkatkan HDL, juga memperbaiki diabetes dan hipertensi (Romadon, 2015).

B. Penelitian Terkait

Beberapa penelitian yang berkaitan dengan hubungan antara kualitas tidur dan aktivitas fisik dengan kualitas hidup pasien stroke, yaitu :

1. Penelitian yang dilakukan Pakpahan (2019) yang berjudul “Hubungan Kemandirian *Activities of Daily Living* Terhadap Kualitas Hidup Pasien Stroke yang Mengikuti Rehabilitasi di RSUPH Adam Malik Medan”. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat kemandirian responden sebagian besar memiliki tingkat ketergantungan ringan 27,3% yaitu sebanyak 9 responden. Kualiatas hidup responden diketahui bahwa 60,6 % memiliki kualitas hidup buruk dan 39,4 % memiliki kualitas hidup baik. Setelah dilakukan analisa hubungan antara kedua variabel ditemukan bahwa terdapat hubungan kemandirian ADL dengan

kualitas hidup pasien stroke yang mengikuti rehabilitasi $p=0,001$ dengan arah hubungan positif yang menunjukkan bahwa semakin mandiri pasien stroke semakin baik kualitas hidupnya.

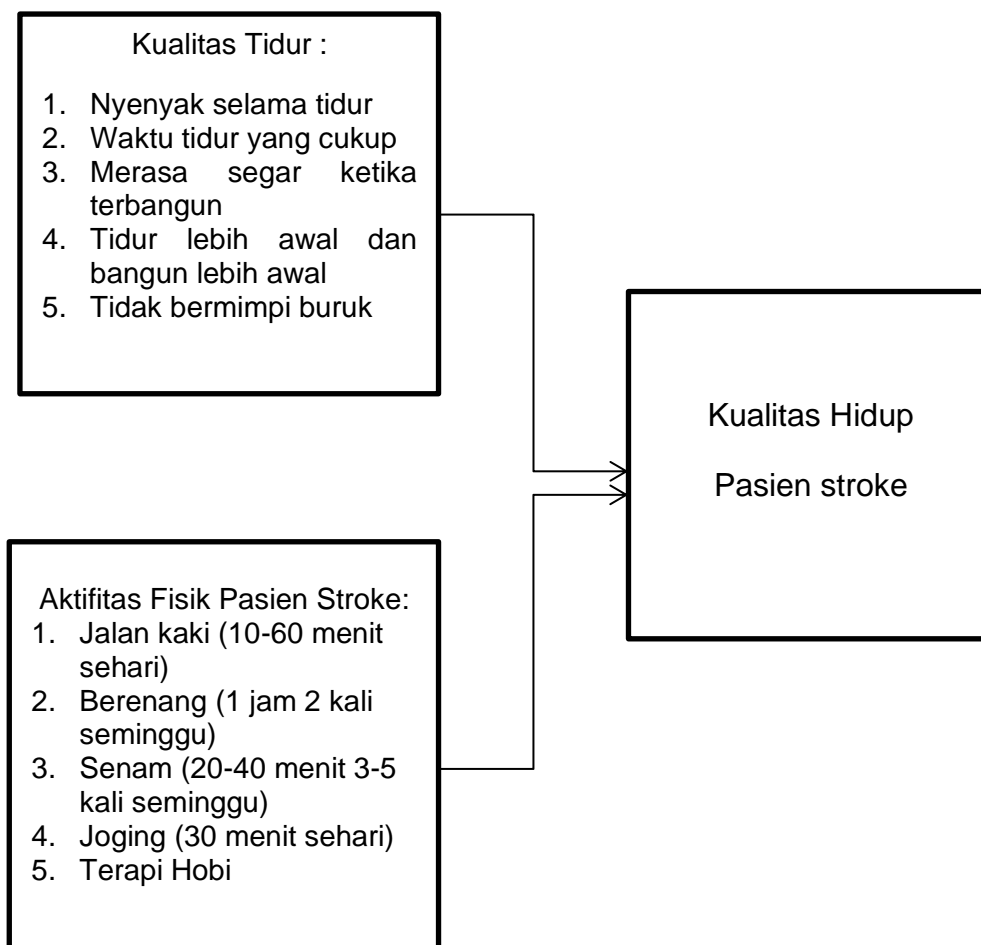
2. Penelitian yang dilakukan Jam'an Amany (2021) yang berjudul "Hubungan *Activities of Daily Living* (ADL) Dengan Kualitas Hidup Pasien Stroke (Studi di Poli Syaraf RSUD Anna Medika Madura)". Hasil penelitian menunjukkan bahwa *Activity Daily Living* pasien stroke di RSUD Anna Medika Madura hampir setengahnya menunjukkan *Activity Daily Living* ketergantungan sedang. Kualitas hidup pasien stroke di Poli Syaraf RSUD Anna Medika Madura hampir setengahnya menunjukkan rendah. Ada hubungan *Activity Daily Living* dengan Kualitas hidup pasien stroke di Poli Syaraf RSUD Anna Medika Madura.
3. Penelitian yang dilakukan Nur Chasanah (2018) yang berjudul "Hubungan Kualitas Tidur Dengan Kualitas Hidup Pada Lansia Di Surakarta". Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan tingkat kualitas tidur dengan kualitas hidup lansia di Kelurahan Karangasem Kecamatan Laweyan Surakarta dimana semakin baik kualitas tidur lansia maka kualitas hidup lansia semakin tinggi.
4. Penelitian yang dilakukan Warji (2018) yang berjudul "Hubungan kualitas tidur dengan fungsi kognitif jangka pendek pasien stroke non hemoragi di Poli Klinik Saraf Rumah Sakit Islam Pati". Hasil

penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara kualitas tidur dengan fungsi kognitif jangka pendek pasien stroke non hemoragi di Rumah Sakit Islam Pati, dengan tingkat kekuatan hubungan yang kuat dan arah hubungan positif yang artinya semakin baik kualitas tidur maka fungsi kognitif akan semakin baik pada pasien stroke non hemoragi.

5. Penelitian yang dilakukan Ignasia D. Palit (2021) yang berjudul “Hubungan antara aktivitas fisik dengan kualitas hidup lansia di Desa Salurang Kecamatan Tabukan Selatan Tengah Kabupaten Kepulauan Sangihe”. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat adanya hubungan antara aktivitas fisik dengan kualitas hidup pada lansia di Desa Salurang Kecamatan Tabukan Selatan Tengah Kabupaten Kepulauan Sangihe dengan nilai $p < 0,05$.

C. Kerangka Teori Penelitian

Kerangka teori adalah kesimpulan dari tinjauan pustaka yang berisi tentang konsep-konsep teori yang berhubungan dengan penelitian yang akan dilaksanakan (Hidayat, 2018). Adapun kerangka teori pada penelitian ini dapat dilihat pada gambar berikut :

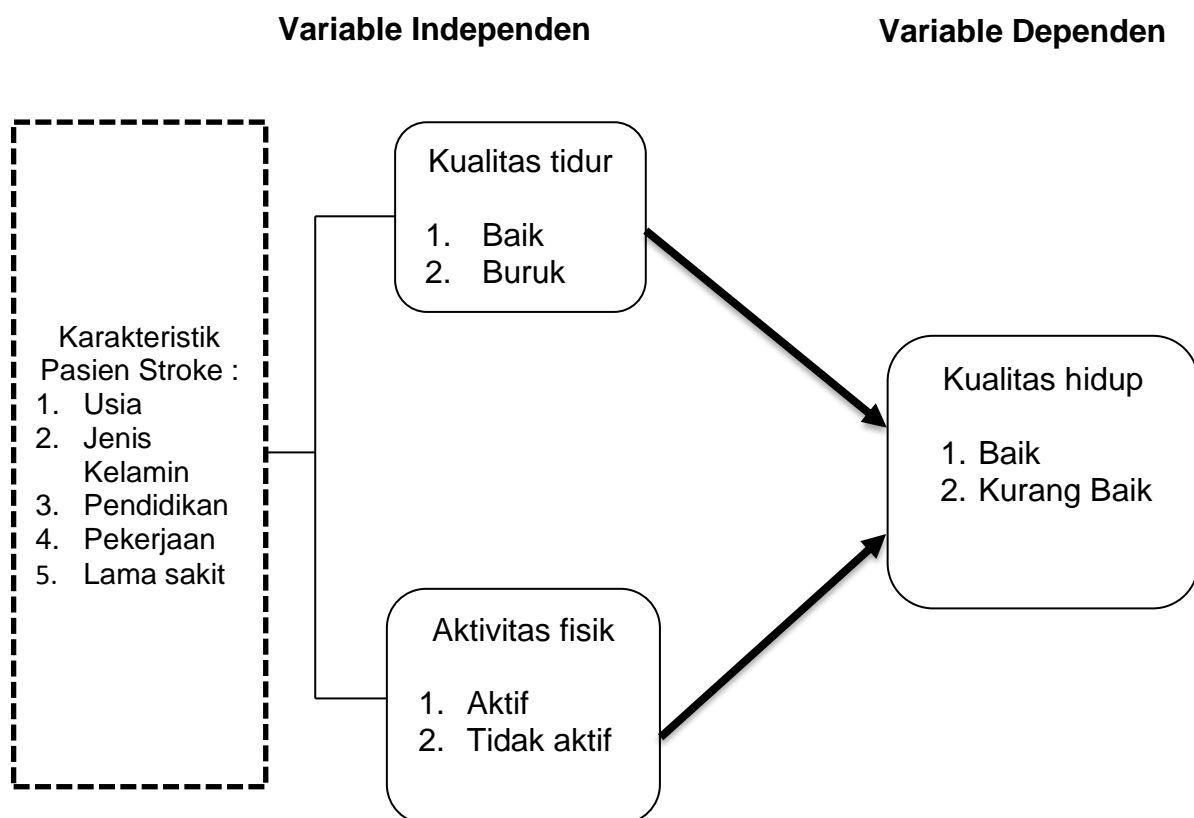


Gambar 2.1. Kerangka Teori Penelitian

Sumber : Denny (2014) dan Hafida (2020)

D. Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep merupakan justifikasi ilmiah terhadap penelitian yang dilakukan meliputi siapa yang diteliti, variabel yang telah diteliti, variabel yang mempengaruhi dalam penelitian dan mempunyai landasan yang kuat terhadap judul yang dipilih, sesuai identifikasi masalahnya didukung dengan landasan teori yang kuat serta di tunjang berbagai sumber (Hidayat, 2018). Kerangka konsep pada penelitian ini dapat dilihat pada gambar berikut :



Keterangan :

→ = Arah Hubungan

Gambar 2.2. Kerangka Konsep Penelitian

E. Hipotesis Penelitian

Hipotesis berasal dari kata *hypo* dan *thesis*. *Hypo* berarti dibawah atau lemah, sedangkan *thesis* berarti pernyataan atau dugaan. Jadi, hipotesis adalah pernyataan atau dugaan yang masih lemah (Wasis, 2018). Hipotesis merupakan jawaban sementara atau kesimpulan sementara dari apa yang menjadi permasalahan, kebenarannya akan dibuktikan dengan fakta empiris dari hasil penelitian yang dilakukan (Imron, 2017). Hipotesis dibagi menjadi :

1. Hipotesa Aktif (H_a)

Hipotesa dengan hubungan sebab akibat (kausalitas). Hipotesa ini menggambarkan secara jelas adanya hubungan tentang suatu peristiwa yang terjadi apabila adanya suatu gejala yang timbul.

2. Hipotesa Nihil (H_0)

Adanya suatu kesamaan atau tidak adanya perbedaan yang bermakna, antara dua kondisi yang dipermasalahkan.

Adapun hipotesis pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Hubungan antara kualitas tidur dengan kualitas hidup pasien stroke di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

a. H_0 : Tidak ada hubungan antara kualitas tidur dengan kualitas hidup pasien stroke di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

b. H_a : Ada hubungan antara kualitas tidur dengan kualitas hidup pasien stroke di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

2. Hubungan antara aktivitas fisik dengan kualitas hidup pasien stroke di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda
 - a. H_0 : Tidak ada hubungan antara aktivitas fisik dengan kualitas hidup pasien stroke di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.
 - b. H_a : Ada hubungan antara aktivitas fisik dengan kualitas hidup pasien stroke di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.