

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Tentang Stroke

1. Pengertian Stroke

Stroke adalah tanda-tanda klinis yang terjadi secara cepat atau mendadak berupa defisit fokal (atau global) pada fungsi otak, dengan gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih atau menyebabkan kematian, tanpa penyebab yang jelas selain penyebab vaskuler (WHO). Stroke merupakan penyebab disabilitas nomor satu dan penyebab kematian nomor tiga di dunia setelah penyakit jantung dan kanker, baik di negara maju maupun berkembang. Stroke sering dikatakan sebagai brain attack atau serangan otak. Stroke terjadi akibat suplai oksigen dan nutrien ke otak terganggu karena pembuluh darah tersumbat atau pecah. Kematian rata-rata terjadi 1 orang tiap 4 menit (Susanti *et al.*, 2023).

2. Klasifikasi Stroke

Menurut Ratna Dewi (2011) dalam (Nopia & Huzaifah, 2020), Stroke hemoragik dan stroke non-hemoragik adalah dua jenis stroke yang berbeda. Stroke hemoragik terjadi ketika arteri pecah, membatasi aliran darah normal dan menyebabkan kerusakan pada bagian otak. Ketika pembuluh darah ke otak sebagian atau seluruhnya tertutup mengalir ke arteri darah yang tersumbat, stroke non-hemoragik berkembang.

a. Stroke Hemoragik (jenis pendarahan)

Merupakan pembuluh darah pecah (pembuluh darah otak, intrakranial maupun subaraknoid). Stroke hemoragik terbagi menjadi dua jenis, yaitu :

- 1) Perdarahan intraserebral (perdarahan intraserebral) adalah suatu jenis perdarahan yang terjadi di arteri otak dan berdampak langsung pada jaringan otak.
- 2) Pendarahan subarachnoid (perdarahan subarachnoid) adalah pendarahan yang terjadi di pembuluh darah otak, menyebabkan darah merembes ke arah permukaan otak dan masuk ke ruang subarachnoid (Haiga *et al.*, 2022).

b. Stroke Iskemik (Jenis Oklusif)

Stroke iskemik terjadi ketika pembuluh darah di otak pecah, membatasi aliran darah ke otak sebagian atau seluruhnya. Stroke iskemik juga dapat disebabkan oleh aterosklerosis, atau penumpukan kolesterol pada dinding pembuluh darah di otak (Haiga *et al.*, 2022). Stroke iskemik terbagi menjadi tiga berdasarkan patofisiologi yaitu:

- 1) Stroke trombotik adalah jenis Stroke yang disebabkan satu atau lebih pembuluh darah akibatnya disebabkan oleh penyempitan pembuluh darah dan dapat memungkinkan menghambatnya aliran darah.

- 2) Stroke embolik adalah Stroke yang disebabkan oleh bahan embolik, yaitu benda asing seperti trombus atau udara, terbentuk di pembuluh darah otak dan menghalangi aliran darah, dikenal sebagai.
- 3) Hipoperfusi sistemik adalah stroke yang disebabkan oleh penurunan kerja seluruh organ tubuh, seperti kegagalan pompa jantung atau penurunan tekanan darah yang disebabkan oleh perdarahan dalam darah (Haiga *et al.*, 2022).

3. Etiologi Stroke

Beberapa faktor penyebab yang dapat ditemui pada pasien Stroke yaitu :

a. Faktor yang tidak dapat diubah

1) Usia

Setelah usia 55 tahun risiko stroke bisa berlipat ganda, semakin kuat risiko stroke menjadi faktor pencetus seseorang maka semakin meningkat pula kejadian iskemia serebral.

2) Jenis kelamin

Pasien laki-laki menunjukkan karakteristik yang paling membedakan, mereka berisiko lebih tinggi terkena Stroke dibandingkan pasien wanita. Jenis kelamin merupakan salah satu faktor risiko Stroke yang tidak dapat dikendalikan. Merokok, minum alkohol, hipertensi, dan hipertrigliseridemia merupakan beberapa faktor yang membuat laki-laki cenderung

berisiko terkena Stroke. Menurut Brown (2005) dalam Karunia (2016), setelah memasuki usia 55 tahun, risiko terjadinya peningkatan kejadian Stroke 2 kali lipat pada pria dibandingkan wanita. Setelah menopause, wanita cenderung memiliki risiko kematian akibat Stroke yang lebih tinggi dibandingkan pria.

b. Faktor yang dapat dirubah

1) Hipertensi

Hipertensi merupakan suatu keadaan meningkatnya tekanan darah sistolik lebih dari sama dengan 140 mmHg dan diastolik lebih dari sama dengan 90 mmHg. Hipertensi dapat diklasifikasikan menjadi dua jenis yaitu hipertensi primer atau esensial yang penyebabnya tidak diketahui dan hipertensi sekunder yang dapat disebabkan oleh penyakit ginjal, penyakit endokrin, penyakit jantung, dan gangguan anak ginjal. Di Indonesia terdapat banyak pasien yang menderita hipertensi dan setengah dari semua stroke dikaitkan dengan pasien yang memiliki riwayat hipertensi (Wahab & Sijid, 2021).

2) Diabetes Mellitus

Diabetes mellitus adalah gangguan metabolisme yang secara genetik dan klinis termasuk heterogen dengan manifestasi berupa hilangnya toleransi karbohidrat, jika telah berkembang penuh secara klinis maka diabetes mellitus ditandai dengan hiperglikemia puasa dan postprandial, aterosklerosis

dan penyakit vaskular mikroangiopati. Diabetes mellitus merupakan faktor risiko terjadinya stroke yang cukup sering, diketahui 30% pasien stroke iskemik akut menderita diabetes mellitus sebelumnya. Satu (1) dari 5 orang penderita stroke adalah penderita diabetes. Penyakit diabetes diibaratkan penyakit “silent killer” karena penderita tidak sadar kalau terkena diabetes dan akan tahu jika terkena diabetes ketika memiliki permasalahan kesehatan yang menyebabkan keluhan atau rasa tidak nyaman. (Wahab & Sijid, 2021).

3) Penyakit jantung

Fibrilasi atrium adalah penyakit jantung yang ditandai dengan irama jantung tidak teratur di ventrikel kiri yang dapat menjadi faktor risiko Stroke. Denyut jantung atrium kiri ini bisa sampai empat kali lebih cepat dari bagian jantung lainnya, sebagai akibat dari aliran darah yang tidak normal serta produksi darah yang tidak disengaja, dan kemudian mencapai otak dan menyebabkan Stroke. (Wahab & Sijid, 2021)

4. Gejala Stroke

Menurut (Wahab & Sijid, 2021) tanda dan gejala Stroke dapat diidentifikasi. Pasien pasca Stroke sering mengalami penurunan fungsi tubuh (disabilitas), termasuk disfungsi neurologis, disfungsi motorik, dan sensorik, serta keterbatasan visual dan kapasitas untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Gejala dan tanda yang timbul ditentukan oleh

ukuran dan lokasi lesi di otak yang menimbulkan gejala dan tanda pada organ yang dipersarafi oleh daerah tersebut.

Gejala dan tanda-tanda Stroke berbeda tergantung pada area tubuh mana yang terkena. Ada beberapa tanda dan gejala yang umum terjadi, yaitu:

- a. Senyum tidak simetris mencong ke satu sisi baik itu ke kiri atau kanan, yang kadang-kadang penderita jika minum mudah tersedak dan sulit untuk menelan air minum secara tiba-tiba.
- b. Gerak separuh anggota tubuh yang melemah tiba-tiba baik itu kiri maupun kanan.
- c. Bicara pelo atau tiba-tiba tidak dapat berbicara atau tidak dapat dimengerti atau kata-kata tidak nyambung.
- d. Kebas atau baal atau kesemutan separuh tubuh.
- e. Rabun pandangan atau satu mata kabur yang dapat terjadi secara tiba-tiba.
- f. Sakit kepala yang dapat muncul secara tiba-tiba yang tidak pernah dirasakan sebelumnya, kemudian terjadi gangguan fungsi homeostasis, seperti terasa berputar atau vertigo dan gerakan yang sulit untuk dikoordinasi seperti mata juling dan mata bengkok sebelah.

5. Dampak Stroke

Stroke menyebabkan beberapa dampak pada seseorang yang dapat menimbulkan perubahan seperti perubahan fisik, sosial, maupun psikologis.

a. Perubahan Fisik

Dampak stroke pada aspek fisik adalah adanya kelemahan atau kekakuan dan kelumpuhan pada kaki dan tangan. Setelah serangan stroke, tonus otot akan menurun dan bahkan bisa menghilang. Tanpa pengobatan orang akan cenderung menggunakan bagian tubuh yang tidak lumpuh untuk melakukan gerakan sehingga bagian tubuh yang lemah akan menimbulkan kecacatan permanen. Dan stroke tersebut juga mempunyai dampak yang mendalam pada aspek kehidupan pasien yang mengalaminya, Seperti mengalami masalah psikososial karena terdapatnya perubahan fisik didalam dirinya.

Perubahan itulah yang membuat pasien mengalami ketidakberdayaan dan terdapatnya keterbatasan aktivitas yang biasa dilakukan sehari-hari oleh pasien dan dengan kondisi seperti ini pasien sangat tergantung pada orang lain.

Pada pasien stroke secara khusus mengalami kehilangan kesehatan aspek biopsikososial, misalnya kehilangan fungsi dan kesehatan tubuh. dimana gangguan pada satu aspek akan berdampak pada aspek lain. Perubahan fisik pada pasien akibat

proses penyakit dan program terapi merupakan stressor yang dapat menimbulkan masalah fisik dan psikososial. Masalah psikososial yang timbul dari respon individu terhadap penyakit yaitu ketidakberdayaan. (Nuraliyah & Burmanajaya, 2019)

b. Perubahan sosial

Pasien stroke sering mengalami kesulitan dalam berkomunikasi dan berinteraksi dengan orang lain, yang dapat menyebabkan isolasi sosial. Penelitian menunjukkan bahwa pasien stroke lebih cenderung merasa terasing dari lingkungan sosial mereka. Masalah komunikasi seperti kesulitan berbicara, gangguan bicara, dan ketidakmampuan untuk melakukan tindakan yang telah dilakukan sebelumnya, menghasilkan perubahan sosial pada pasien pasca Stroke. Perubahan penampilan, perubahan peran, keterlibatan dalam aktivitas masyarakat, dan penurunan aktivitas sosial adalah semua gejala perubahan sosial yang dialami pasien pasca Stroke. (Gronewold *et al.*, 2021)

c. Perubahan psikologis

Pada pasien pasca Stroke, perubahan psikologis dan penurunan fungsi kognitif terjadi ketika pasien menunjukkan gejala keterbatasan perhatian, kesulitan memahami, lupa, mengalami depresi, kecemasan, dan kurang semangat sehingga membuat pasien frustrasi dengan pengobatannya (Abdu *et al.*, 2022).

Dampak psikologis penderita stroke adalah perubahan mental. Setelah stroke memang dapat terjadi gangguan pada daya pikir, kesadaran, konsentrasi, kemampuan belajar, dan fungsi intelektual lainnya. Semua hal tersebut dengan sendirinya memengaruhi kondisi psikologis penderita. Marah, sedih, dan tidak berdaya seringkali menurunkan semangat hidupnya sehingga muncul dampak emosional berupa kecemasan yang lebih berbahaya. Pada umumnya pasien stroke tidak mampu mandiri lagi, sebagian besar mengalami kesulitan mengendalikan emosi. Penderita mudah merasa takut, gelisah, marah, dan sedih atas kekurangan fisik dan mental yang mereka alami. Keadaan tersebut berupa emosi yang kurang menyenangkan yang dialami oleh pasien stroke karena merasa khawatir berlebihan tentang kemungkinan hal buruk yang akan terjadi. Hal ini didukung oleh teori Spielberger, Liebert, dan Morris dalam (Elliot, 1999); Jeslid dalam Hunsley (1985); Gonzales, Tayler, dan Anton dalam Guyton (1999).

Penderitaan yang sangat umum pada pasien stroke adalah depresi. Tanda depresi klinis antara lain: sulit tidur, kehilangan nafsu makan atau ingin makan terus, lesu, menarik diri dari pergaulan, mudah tersinggung, cepat letih, membenci diri sendiri, dan berfikir untuk bunuh diri. Depresi seperti ini dapat menghalangi penyembuhan/rehabilitasi, bahkan dapat mengarah

kepada kematian akibat bunuh diri. Depresi pascastroke, selayaknya ditangani seperti depresi lain yaitu dengan obat antidepresan dan konseling psikologis. (Widarti, Hasan Mahfoed and Sudiana, 2012).

B. Tinjauan Umum Tentang Kualitas Hidup

1. Pengertian Kualitas Hidup

kualitas hidup menurut *World Health Organization* (WHO) adalah persepsi seseorang dalam konteks budaya dan norma yang sesuai dengan tempat hidup orang tersebut serta berkaitan dengan tujuan, harapan, standar dan kepedulian selama hidupnya. Kualitas hidup seseorang merupakan fenomena yang multidimensional. Betapa pentingnya berbagai dimensi tersebut tanpa melakukan evaluasi sulit menentukan dimensi mana yang penting dari kualitas hidup seseorang. Seseorang seringkali berpendapat semua aspek dari kualitas hidup sama pentingnya (Ch Salim *et al.*, 2007). Keadaan individu dari penyakit fisik, psikologis, sosial, dan spiritual dapat meningkatkan kualitas hidup mereka dan membuat yang terbaik dari hidup mereka untuk orang lain dan diri mereka sendiri. (Kiling & Kiling-Bunga, 2019). Kualitas hidup mengacu pada perasaan sejahtera yang mencakup karakteristik kebahagiaan secara menyeluruh dan kepuasan hidup. Pentingnya dukungan keluarga untuk pasien pasca Stroke dalam meningkatkan kualitas hidup mereka selama masa pemulihan. (Mahendra B & Firman, 2024)

2. Ruang Lingkup Kualitas Hidup

Menurut *World Health Organization* (WHO) terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi kualitas hidup. Kesehatan fisik, psikologi, ikatan sosial, dan karakteristik lingkungan. Beberapa kriteria (*domain*) yang digunakan untuk menilai kualitas hidup, sebagai berikut:

a. Kesehatan Fisik (*physical health*)

Kesehatan fisik berperan penting dalam mempengaruhi kemampuan individu untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Komponen kesehatan fisik ini mencakup berbagai faktor biologis internal, seperti fungsi bagian tubuh, sistem tubuh, dan fungsi biologis secara umum. Ketika tubuh berfungsi dengan baik, seseorang dapat menjalani kegiatan sehari-hari, bekerja, serta memenuhi kebutuhan fungsionalnya, yang pada gilirannya dapat meningkatkan kualitas hidup secara keseluruhan (Schramme, 2023).

Dalam konteks stroke, kesehatan fisik pasien sering mengalami gangguan yang signifikan. Stroke dapat menyebabkan kerusakan pada otak yang mengakibatkan hilangnya fungsi motorik tubuh, seperti kelumpuhan (hemiparesis atau hemiplegia) pada salah satu sisi tubuh (Odunlade *et al.*, 2024). Hal ini dapat memengaruhi kemampuan pasien untuk bergerak, berbicara, atau bahkan melakukan aktivitas dasar seperti makan atau mandi.

Keterbatasan gerakan dan kelemahan fisik yang terjadi pasca-stroke menjadi tantangan utama dalam upaya pasien untuk menjalani kehidupan sehari-hari secara mandiri. Kondisi fisik yang terganggu ini dapat menurunkan kualitas hidup pasien stroke secara signifikan, baik dari segi fungsi tubuh maupun kemampuan untuk berinteraksi dalam kehidupan sosial mereka (NHS Improvement, 2023). Oleh karena itu, pemulihan kesehatan fisik pasca-stroke, termasuk terapi fisik dan rehabilitasi, menjadi faktor kunci dalam meningkatkan kualitas hidup pasien stroke.

b. Kesehatan Psikologis (*psychological health*)

Kesehatan psikologis berkaitan dengan keadaan mental individu. Keadaan mental mengarah pada mampu atau tidaknya individu menyesuaikan diri terhadap tuntutan perkembangan sesuai dengan kemampuannya, baik tuntutan dari dalam diri maupun dari luar dirinya. Aspek psikologis yang menentukan tujuan hidup adalah faktor internal manusia. Pikiran positif berdampak pada kehidupan dan kualitas hidup yang baik disediakan oleh kesehatan psikologis (Adam Felman, 2024).

Pada pasien stroke, kesehatan psikologis menjadi faktor yang sangat penting. Stroke sering kali menyebabkan perubahan dramatis dalam kehidupan seseorang, termasuk gangguan fisik, kehilangan kemampuan, dan ketergantungan pada orang lain. Hal ini dapat memicu stres, depresi, kecemasan, dan perasaan putus

asa. Pasien stroke sering menghadapi tantangan besar dalam beradaptasi dengan kondisi baru mereka, yang dapat memperburuk kualitas hidup mereka (Widarti *et al.*, 2022). Ketidakmampuan untuk menerima perubahan atau memproses perasaan kehilangan fungsi tubuh dapat memperburuk kesehatan mental mereka. Oleh karena itu, dukungan psikologis, terapi, dan pendekatan yang mendukung kesejahteraan mental sangat diperlukan untuk membantu pasien stroke mengelola perasaan dan mengembangkan sikap positif yang berkontribusi pada pemulihan dan peningkatan kualitas hidup mereka (Upami *et al.*, 2024).

c. Hubungan Sosial (*social relations*)

Hubungan sosial ialah hubungan antara dua individu atau lebih dimana tingkah laku individu tersebut akan saling mempengaruhi, mengubah, atau memperbaiki tingkah laku individu lainnya. Hubungan sosial merupakan pengaruh eksternal yang timbul dari keterlibatan seseorang dengan masyarakat di lingkungannya. Kemampuan seseorang untuk meningkatkan kualitas hidupnya dan mengalami kebahagiaan dalam hidupnya dapat dibantu oleh kualitas interaksi dan koneksinya (Andreas Klärner · *et al.*, 2022).

Dalam konteks kesehatan, terutama bagi penderita stroke, hubungan sosial menjadi faktor yang sangat penting. Stroke dapat menyebabkan berbagai dampak fisik dan psikologis yang

signifikan, termasuk disabilitas, perubahan dalam kemampuan fungsional, dan penurunan kualitas hidup. Penderita stroke sering kali mengalami isolasi sosial akibat keterbatasan fisik dan emosional yang mereka alami (Holt-Lunstad, J., *et al.*, 2020). Oleh karena itu, dukungan sosial dari keluarga, teman, dan masyarakat sangat diperlukan untuk membantu mereka beradaptasi dengan kondisi baru dan meningkatkan kualitas hidup mereka.

Dukungan sosial yang baik dapat membantu penderita stroke dalam proses rehabilitasi, memberikan motivasi untuk menjalani terapi, dan meningkatkan rasa percaya diri (Lai *et al.*, 2020). Penelitian menunjukkan bahwa individu yang memiliki jaringan sosial yang kuat cenderung memiliki hasil rehabilitasi yang lebih baik dan kualitas hidup yang lebih tinggi setelah mengalami stroke. Dengan demikian, penting untuk memahami dan mengembangkan hubungan sosial yang positif bagi penderita stroke, agar mereka dapat memperoleh dukungan yang diperlukan dalam menghadapi tantangan yang dihadapi pasca-stroke.

d. Keadaan Lingkungan Hidup (*environmental conditions*)

Cakupan hal lansia cakupan yang termasuk dalam lingkungan terdiri dari keamanan fisik, lingkungan rumah, sumber penghasilan, kesehatan dan perhatian sosial, kesempatan untuk memperoleh informasi baru, berpartisipasi dalam kesempatan berekreasi dan waktu luang, serta lingkungan fisik transportasi.

Elemen eksternal, seperti kondisi lingkungan secara umum, kondisi lingkungan yang baik dan kondusif dapat membantu individu membangun kesan keberadaan yang baik. Seseorang yang tinggal di lingkungan yang baik dapat mendorong aktivitas dan menghasilkan perasaan bahagia yang dapat meningkatkan kualitas hidup seseorang (Kiling & Kiling-Bunga, 2019).

3. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup

Kualitas hidup merupakan konsep multidimensional yang mencakup berbagai aspek kehidupan seseorang, termasuk kesehatan fisik, kondisi psikologis, hubungan sosial, serta lingkungan tempat tinggal. Menurut Kiling & Kiling Bunga (2019), kualitas hidup didefinisikan sebagai kepuasan individu terhadap nilai-nilai, tujuan, harapan, serta kemampuan untuk mewujudkan potensi diri. Hal ini menunjukkan bahwa kualitas hidup tidak hanya berkaitan dengan aspek kesehatan, tetapi juga melibatkan keseimbangan antara berbagai dimensi kehidupan.

Secara umum, kualitas hidup seseorang dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti tingkat kesehatan, dukungan sosial, stabilitas ekonomi, lingkungan yang aman, serta kemampuan individu untuk mengelola stres. Dalam konteks kesehatan, kualitas hidup menjadi salah satu indikator penting dalam mengevaluasi keberhasilan pengobatan atau perawatan pasien (Nurjaman *et al.*, 2023b).

Pada pasien dengan penyakit kronis seperti stroke, kualitas hidup sering kali mengalami penurunan yang signifikan. Stroke merupakan salah satu penyakit yang berdampak besar pada berbagai dimensi kehidupan individu, mulai dari fungsi fisik hingga kondisi psikologis dan sosial. Pasien pasca stroke sering kali menghadapi berbagai tantangan, seperti keterbatasan gerak, penurunan kemampuan berbicara, perubahan suasana hati, hingga isolasi sosial. Oleh karena itu, penting untuk memahami faktor-faktor yang secara khusus memengaruhi kualitas hidup pasien stroke guna memberikan intervensi yang tepat dan meningkatkan kesejahteraan mereka (Zukhri *et al.*, 2024). Beberapa faktor mempengaruhi variabel kualitas hidup pasien pasca Stroke, yaitu:

a. Usia

Usia adalah durasi hidup individu sejak lahir diukur dalam tahun, dan pada umumnya kualitas hidup menurun seiring bertambahnya usia. Karena kondisi biasanya lebih baik pada usia muda daripada pada usia yang lebih tua, Kualitas hidup responden yang berusia muda akan menjadi lebih tinggi dibandingkan dengan yang berusia lebih tua. Pada penelitian yang dilakukan oleh Ningrum & Martini (2016), pasien pasca stroke yang berusia >55 tahun berisiko untuk memiliki status kualitas hidup rendah 2,22 kali lebih besar dari pada pasien pasca stroke yang berusia ≤ 55 tahun (Utama & Nainggolan, 2022).

b. Jenis Kelamin

Laki-laki dan perempuan mempunyai perbedaan dalam peran serta akses dan kendali terhadap berbagai sumber sehingga kebutuhan atau hal-hal yang penting bagi laki-laki dan perempuan juga akan berbeda. Hal ini mengindikasikan adanya perbedaan aspek-aspek kehidupan dalam hubungannya dengan kualitas hidup pada laki-laki dan perempuan (Ruhmadi & Budi, 2022). Pasien pasca stroke berjenis kelamin perempuan berisiko memiliki status kualitas hidup rendah 1,89 kali lebih besar dari pada pasien pasca stroke berjenis kelamin laki-laki (Utama & Nainggolan, 2022)

c. Tingkat Pendidikan

Pendidikan merupakan upaya seseorang untuk meningkatkan pembangunan dan mengembangkan sumber daya manusia yang berkualitas. Kemampuan seseorang untuk mencapai tingkat pendidikan yang tinggi dapat meningkatkan kualitas hidupnya. Tingkat pendidikan merupakan unsur predisposisi dalam berperilaku, juga dapat mempengaruhi perilaku seseorang dalam mencari terapi dan pengobatan karena kondisi yang dialaminya. Keputusan seseorang berpengaruh terhadap bagaimana masalah kesehatannya dapat diatasi. Persentase kualitas hidup pada tingkat pendidikan menunjukkan bahwa kualitas hidup pada pendidikan akhir perguruan tinggi lebih baik daripada kualitas hidup pendidikan akhir sekolah dasar dan sekolah menengah pertama.

Penelitian lain yang dilakukan oleh Sukron (2021) menjelaskan bahwa responden dengan pendidikan dasar mempunyai kualitas hidup lebih rendah dibandingkan dengan pendidikan menengah, dan ada hubungan antara pendidikan dan kualitas hidup pasien pasca stroke. Kurangnya pengetahuan pasien dan keluarga tentang penyebab dan pengobatan stroke, serta kurangnya informasi tentang cara menggunakan fasilitas kesehatan yang ada, berkontribusi terhadap buruknya kualitas hidup pasien pasca stroke dengan tingkat pendidikan yang lebih rendah (Abdu *et al.*, 2022).

d. Status Pekerjaan

Pekerjaan adalah segala aktivitas yang dilakukan dengan tujuan untuk mendapatkan uang, status pekerjaan seseorang mempengaruhi besarnya penghasilan, dan penghasilan berhubungan dengan penggunaan pelayanan kesehatan (Harun, 2022). Persentase hidup berdasarkan status pekerjaan menunjukkan bahwa pekerja memiliki kualitas hidup yang lebih baik daripada mereka yang tidak bekerja, persentase hidup berdasarkan status pernikahan menunjukkan bahwa responden yang mempunyai pasangan memiliki kualitas hidup yang lebih baik dibandingkan dengan responden yang janda/duda/belum menikah.

Hasil penelitian ini juga sejalan dengan penelitian Dwiyani dan Astrid (2021) yang menjelaskan bahwa ada hubungan yang kuat antara status pekerjaan dengan kualitas hidup pasien pasca stroke. Sebagian besar pasien ini percaya bahwa kondisi fisik mereka mempengaruhi kemampuan mereka untuk bekerja dan mereka sudah merasa berbeda. Pasien Stroke laki-laki yang tidak mampu bekerja mengalami tantangan psikologis dalam menafkahi keluarganya. Kendala fisik akibat stroke serta ketidakberdayaan akibat ketidakmampuan emosional untuk memenuhi tuntutan keluarga, dapat menimbulkan keputusan. Akibatnya, setelah Stroke seseorang yang tidak dapat kembali bekerja berisiko memiliki kualitas hidup yang kurang baik. Hasil penelitian lain yang juga mendukung penelitian ini adalah Wahl *et al*, (2004) yang dikutip dalam Rachmania *et al*, (2020) yang menyatakan bahwa ada hubungan antara status pekerjaan dan kualitas hidup pasien pasca stroke baik pada pria maupun wanita (Abdu *et al.*, 2022).

4. Pengukuran Kualitas Hidup

Untuk mengukur kualitas hidup seseorang WHO telah membentuk WHO *Quality of Life* (QOL) Group. Kelompok ini telah melakukan penelitian di 15 negara yang berbeda budaya, norma dan adat istiadatnya. Dengan demikian WHO telah berhasil mengatasi hal yang paling kontroversial tentang *emics* dan *etics* dengan mengaplikasikan sebuah kuesioner yang sama pada berbagai budaya

yang berbeda. Pengukuran kualitas hidup dilakukan menggunakan instrumen *World Health Organization Quality of Life-100* (WHOQOL100). WHOQOL-100 terdiri dari 100 pertanyaan yang mencakup 25 segi (*facets*) dan sudah diterjemahkan dalam berbagai bahasa di 15 negara tersebut. Kemudian WHO menyusun WHOQOL-BREF yang merupakan versi singkat dari WHOQOL-100. WHOQOL-BREF dapat digunakan bila waktu yang diperlukan untuk menyelesaikan 100 pertanyaan terlalu lama dan tingkat dari segi (*facets*) secara rinci tidak diperlukan, misalkan pada survei epidemiologi dan percobaan klinik. Hasil penelitian menggunakan WHOQOL-100 di 15 negara menunjukkan beberapa pertanyaan valid untuk menyusun WHOQOL-BREF. WHOQOL-BREF terdiri dari 24 *facets* yang mencakup 4 domain dan terbukti dapat digunakan untuk mengukur kualitas hidup seseorang. Keempat domain tersebut adalah: i) kesehatan fisik (*physical health*) terdiri dari 7 pertanyaan; ii) psikologik (*psychological*) 6 pertanyaan; iii) hubungan sosial (*social relationship*) 3 pertanyaan; dan iv) lingkungan (*environment*) 8 pertanyaan. WHOQOL-BREF juga mengukur 2 *facets* dari kualitas hidup secara umum yaitu: i) kualitas hidup secara keseluruhan (*overall quality of life*); dan ii) kesehatan secara umum (*general health*). Walaupun WHOQOL-BREF ini sudah digunakan di 23 negara pada usia dewasa namun penggunaan WHOQOL-BREF untuk lansia masih

belum banyak dilakukan, khususnya di Indonesia (Ch Salim *et al.*, 2007).

Menurut Ghifari (2021), instrumen WHOQOL-BREF terdiri dari 26 pertanyaan yang menggunakan skala Likert dan telah diterjemahkan ke dalam Bahasa Indonesia. Instrumen ini mencakup 24 item pertanyaan positif (favorable), yaitu nomor 1, 2, dan 4-25, serta 2 item pertanyaan negatif (unfavorable), yaitu nomor 3 dan 26. Penilaian kualitas hidup dilakukan dengan skoring sebagai berikut: Sangat Baik (SB) = 5, Baik (B) = 4, Biasa Saja (BS) = 3, Buruk (B) = 2, dan Sangat Buruk (SB) = 1. Kategori kualitas hidup ditentukan berdasarkan skor total: Kurang (0-43), Cukup (44-86), dan Baik (87-130) (Panjaitan, 2020).

Alat ukur WHOQOL-BREF merupakan instrumen yang valid dengan nilai validitas antara $r = 0,89-0,95$ dan reliabilitas antara $r = 0,66-0,87$. Instrumen ini mampu menjelaskan variasi data yang dikumpulkan sebesar 52,9%-61,4%, di mana 2 pertanyaan mengukur kualitas hidup secara umum dan 24 pertanyaan lainnya merupakan penjabaran dari empat dimensi (Nursalam, 2015), yaitu:

- a. Kesehatan Fisik (*Physical Health*) terdiri dari 7 pertanyaan yaitu pada nomor 1, 3, 4, 10, 15, 16, dan 17 yang dijabarkan dalam beberapa aspek sebagai berikut:
 - 1) Kegiatan kehidupan sehari-hari
 - 2) Ketergantungan pada bahan obat dan bantuan medis

- 3) Energi dan kelelahan
 - 4) Mobilitas
 - 5) Rasa sakit
 - 6) Ketidaknyamanan
 - 7) Tidur dan istirahat
- b. Kesejahteraan Psikologis (*Psychological Well-being*) terdiri dari 6 pertanyaan yaitu pada nomor 5, 6, 7, 11, 19, dan 26 yang dijabarkan dalam beberapa aspek sebagai berikut:
- 1) Bentuk dan tampilan tubuh
 - 2) Perasaan negative
 - 3) Perasaan positif
 - 4) Penghargaan diri
 - 5) Spiritualitas agama atau keyakinan pribadi
 - 6) Berpikir, belajar, memori dan konsentrasi
- c. Hubungan sosial (*social relationship*) terdiri dari 3 pertanyaan yaitu pada nomor 20, 21, dan 22 yang dijabarkan dalam beberapa aspek, sebagai berikut:
- 1) Hubungan pribadi
 - 2) Dukungan sosial
 - 3) Aktivitas seksual
- d. Hubungan dengan lingkungan (*environment*) terdiri dari 8 pertanyaan yaitu pada nomor 8, 9, 12, 13, 14, dan 23 yang dijabarkan dalam beberapa aspek, sebagai berikut:

- 1) Sumber daya keuangan
- 2) Kebebasan, keamanan dan kenyamanan fisik
- 3) Kesehatan dan kepedulian sosial: aksesibilitas dan kualitas
- 4) Lingkungan rumah
- 5) Peluang untuk memperoleh informasi dan keterampilan baru
- 6) Partisipasi dan kesempatan untuk rekreasi
- 7) Lingkungan fisik (polusi atau kebisingan atau lalu lintas atau iklim)
- 8) Transportasi

C. Tinjauan Umum Tentang *Health Promotion Model* (HPM)

1. Pengertian *Health Promotion Model* (HPM)

Health Promotion Model (HPM) adalah teori yang dikembangkan oleh Nola Pender pada tahun 1982, yang berfokus pada faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan seseorang. HPM bertujuan untuk menjelaskan bagaimana individu dapat meningkatkan kesejahteraan dan mengurangi risiko penyakit melalui perubahan perilaku yang didorong oleh berbagai faktor internal dan eksternal. *Health Promotion Model* (HPM) merupakan sebuah pendekatan yang mengintegrasikan berbagai faktor yang memengaruhi perilaku kesehatan, dengan fokus pada kesehatan sebagai suatu keadaan kesejahteraan yang mencakup lebih dari sekadar bebas dari penyakit. Menurut penelitian terbaru oleh McEwen *et al.* (2021), HPM menganggap bahwa perilaku kesehatan dipengaruhi oleh berbagai

faktor, termasuk pengetahuan, keyakinan, nilai-nilai pribadi, serta faktor sosial dan lingkungan.

Pusat HPM adalah teori pembelajaran sosial Albert Bandura, yang menyebutkan pentingnya proses kognitif dalam perubahan perilaku. Teori pembelajaran sosial, yang sekarang berjudul teori kognitif sosial, yang mencakup kepercayaan diri: atribusi diri, evaluasi diri, dan *self-efficacy*. *Self-efficacy* adalah konstruksi utama HPM. Selain itu, model harapan nilai motivasi manusia yang Feather (1982) gambarkan, yang mendukung perilaku itu rasional dan ekonomis, penting untuk pengembangan model. HPM serupa konstruksinya dengan Health belief model (HBM) akan tetapi HPM tidak terbatas pada penjelasan perilaku pencegah penyakit. HPM berbeda dari konsep *Health Belief Model* yang mana di dalam HPM tidak memasukkan ketakutan dan ancaman sebagai suatu sumber dari motivasi untuk terjadinya perilaku kesehatan. Dari penjelasan ini, HPM berkembang meliputi perilaku untuk meningkatkan kesehatan dan berpotensi berlaku sepanjang usia (McEwen *et al.*, 2021).

2. Komponen *Health Promotion Model* (HPM)

Health Promotion Model terdiri dari beberapa komponen utama yang memengaruhi perilaku kesehatan, antara lain:

a. Faktor Individu (*Individual Characteristics and Experiences*)

Faktor ini meliputi pengetahuan, pengalaman, persepsi, sikap, dan keyakinan seseorang tentang kesehatan. Dijelaskan

bahwa persepsi individu terhadap kesehatan sangat mempengaruhi keputusan untuk terlibat dalam perilaku yang dapat meningkatkan kesejahteraan mereka (Ariwati *et al.*, 2023).

b. Faktor Sosial (*Behavior-Specific Cognitions and Affect*)

Faktor sosial mencakup persepsi tentang manfaat dari perilaku tertentu, hambatan yang mungkin dihadapi, dan efikasi diri (*self-efficacy*). Dukungan sosial dari keluarga atau teman-teman dapat menjadi faktor penguat bagi pasien stroke untuk menjalani pola hidup sehat, diet seimbang dan olahraga ringan

c. Faktor Lingkungan (*Behavioral Outcomes*)

Faktor lingkungan melibatkan kondisi eksternal yang mendukung atau menghambat seseorang dalam melakukan perilaku yang mendukung kesehatan. Termasuk akses ke fasilitas kesehatan, keberadaan fasilitas untuk aktivitas fisik, atau keberadaan program edukasi tentang nutrisi yang tepat untuk pasien stroke (Lee *et al.*, 2020).

d. Faktor Perilaku (*Health Promotion Behavior*)

Perilaku promosi kesehatan adalah tindakan akhir atau hasil tindakan. Hal ini terintegrasi dalam gaya hidup yang menyerap pada semua aspek kehidupan seharusnya mengakibatkan peningkatan kesehatan, peningkatan kemampuan fungsional dan kualitas hidup yang lebih baik pada semua tingkat perkembangan. Titik akhir dari perilaku dalam *health promotion model* yang

diinginkan adalah pengambilan keputusan (*decision-making*) dan persiapan kesehatan untuk tindakan (*preparation for action*) (Kim *et al.*, 2022).

D. Tinjauan Umum mengenai *Health Promotion Behavior* (HPB)

Health Promotion Behavior (HPB) adalah tindakan atau kebiasaan yang dilakukan individu untuk meningkatkan, memelihara, atau melindungi kesehatannya secara proaktif, baik secara fisik, mental, maupun sosial. Konsep ini didasarkan pada pendekatan preventif, bukan hanya mengobati penyakit tetapi juga mendorong individu untuk mengambil langkah-langkah aktif dalam mencapai kesejahteraan yang lebih baik (Liao & Bercea, 2021).

Health Promotion Behavior (HPB) memiliki kaitan erat dengan kualitas hidup (QoL), sebagaimana didukung oleh berbagai penelitian. HPB melibatkan perilaku seperti tanggung jawab kesehatan, aktivitas fisik, nutrisi, pengelolaan stres, hubungan interpersonal, spiritual, dan keterlibatan sosial, yang secara signifikan memengaruhi dimensi kualitas hidup seperti kesehatan fisik, mental, dan sosial (Gronewold *et al.*, 2021).

Penelitian menunjukkan bahwa tingkat aktivitas fisik yang lebih tinggi dapat meningkatkan kualitas hidup dengan mengurangi risiko masalah mobilitas, rasa sakit, dan kecemasan, serta meningkatkan kemampuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Aktivitas fisik secara teratur juga membantu mengurangi perilaku sedentari yang memiliki dampak negatif pada kesehatan.

Selain itu, tanggung jawab kesehatan, seperti kesadaran akan pentingnya pemeriksaan kesehatan rutin dan manajemen nutrisi yang baik, berkontribusi pada pencegahan penyakit kronis dan peningkatan kondisi kesehatan secara umum. Studi pada pasien dengan kondisi kronis menunjukkan bahwa semakin tinggi skor perilaku promosi kesehatan, semakin baik kualitas hidup mereka, terutama dalam dimensi kesehatan mental (Akksilp *et al.*, 2023).

1. Komponen *Health Promotion Behavior* (HPB)

a. Tanggung Jawab Kesehatan (*Health Responsibility*)

Komponen ini mencerminkan kesadaran individu terhadap pentingnya menjaga kesehatan pribadi serta tindakan yang diambil untuk memenuhi tanggung jawab tersebut. Hal ini mencakup pengambilan keputusan yang tepat terkait kesehatan, pemahaman akan risiko kesehatan, dan komitmen untuk mengelola faktor risiko (Pender *et al.*, 2015). Hal ini sejalan dengan penelitian (Li *et al.*, 2021), bahwa individu dengan tanggung jawab kesehatan yang tinggi cenderung proaktif dalam mencari informasi tentang kesehatannya dan mengikuti saran dari tenaga kesehatan. Hal ini penting, terutama bagi individu dengan kondisi kronis seperti stroke, di mana manajemen penyakit memerlukan pengawasan rutin dan kepatuhan terhadap pengobatan.

Pentingnya tanggung jawab individu terhadap kesehatan sangat krusial dalam mengurangi beban penyakit kronis yang

disebabkan oleh gaya hidup tidak sehat, seperti merokok, konsumsi alkohol, dan obesitas. Tanggung jawab kesehatan tidak hanya berkaitan dengan tindakan individu, tetapi juga memiliki implikasi pada biaya kesehatan masyarakat secara keseluruhan. Ini menegaskan bahwa tanggung jawab kesehatan dapat memainkan peran penting dalam mencegah penyakit terkait gaya hidup (Schwan, 2021).

b. Aktivitas Fisik (*Physical Activity*)

Aktivitas fisik adalah elemen penting dalam promosi kesehatan. komponen mengacu pada olahraga teratur tetapi juga mencakup aktivitas sehari-hari yang melibatkan pergerakan tubuh. Aktivitas fisik berkontribusi pada kesehatan kardiovaskular, kekuatan otot, fleksibilitas, dan fungsi metabolisme. Kurangnya aktivitas fisik merupakan salah satu faktor risiko utama untuk penyakit kronis, termasuk stroke (Pender *et al.*, 2015).

Aktivitas fisik termasuk dalam sebagian faktor-faktor sangat memiliki pengaruh cukup penting terhadap kualitas hidup seseorang. Minimnya lansia dalam melakukan aktivitas fisik dapat menjadikan fisik dan psikis lanjut usia akan turun dan bisa berpengaruh cukup terhadap kualitas hidup lanjut usia. Aktivitas fisik bisa dapat berpengaruh terhadap kualitas hidup lanjut usia, ini juga bersamaan dengan penelitian yang telah dilakukan oleh (Utami *et al.*, 2019), bahwa terdapat adanya korelasi aktivitas fisik

dengan kualitas hidup lanjut usia di Desa Sudimoro Kecamatan Tulung Kabupaten Klaten.

Penelitian ini sejalan juga dengan hasil yang telah diteliti (Sendow, 2017) didapatkan hasil yaitu adanya hubungan antara aktivitas fisik dengan kualitas hidup. Berdasarkan hasil yang telah didapatkan tersebut baik pada kalangan penduduk maupun pada lansia, aktivitas fisik memiliki hubungan ataupun sangat berkorelasi dengan kualitas hidup (Palit *et al.*, 2021).

c. Pola Makan (*Nutrition*)

Pola makan adalah kebiasaan atau cara seseorang mengatur jenis, jumlah, dan waktu konsumsi makanan dan minuman sehari-hari untuk memenuhi kebutuhan gizi dan menjaga kesehatan tubuh. Nutrisi memainkan peran penting dalam pencegahan dan pengelolaan penyakit, serta dalam memelihara energi dan fungsi tubuh yang optimal. Pemilihan makanan yang tepat, keseimbangan antara karbohidrat, protein, dan lemak sehat, serta asupan mikronutrien seperti vitamin dan mineral adalah bagian dari domain ini (Pender *et al.*, 2015).

Menurut (Fatmah, 2013) pada penelitian (Nurhidayati *et al.*, 2021) Nutrisi yang buruk tidak hanya meningkatkan risiko penyakit kronis tetapi juga memengaruhi pemulihan dan kualitas hidup. Status gizi lansia sangat dipengaruhi oleh proses menua. Proses penuaan sangat individual dan berbeda perkembangannya

bagi setiap individu karena dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal. Asupan gizi dari makanan mempengaruhi proses menjadi tua karena seluruh aktivitas sel (metabolisme tubuh) memerlukan nutrisi yang cukup selain faktor penyakit dan lingkungan.

d. Spiritual (*Spiritual Growth*)

Spiritual adalah bagian dari kesehatan holistik mengacu pada kemampuan individu untuk menemukan makna hidup, memahami tujuan hidupnya, dan memperkuat hubungan dengan dirinya sendiri atau kekuatan yang lebih besar. Spiritual dianggap sebagai faktor pelindung yang membantu individu mengatasi stres, meningkatkan keseimbangan emosional, dan memberikan motivasi untuk menjalani kehidupan yang sehat (Pender *et al.*, 2015).

Menurut Lesson LA, *et al* (2015) dalam penelitian (Anitasari and Fitriani, 2021) jika kebutuhan spiritual care pasien terpenuhi, maka akan memberikan efek bagi pasien seperti irama jantung pasien kembali normal, merasa damai, merasakan dan mengungkapkan bahwa Tuhan ada dan hadir dalam hidupnya, pasien menerima untuk diajak berdoa saat pasien koma, melakukan komunikasi dengan Tuhan, keinginan untuk bunuh diri terhenti. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Balducci (2018), melalui intervensi spiritual care pasien akan merasa damai dan sejahtera pada saat mengalami stres dan sedih, merasakan akan lebih mudah

memahami makna dan tujuan hidupnya pada saat masa-masa sulit dalam hidupnya (Anitasari and Fitriani, 2021).

e. Hubungan Interpersonal (*Interpersonal Relationship*)

Hubungan interpersonal adalah interaksi yang terjadi antara dua orang atau lebih, di mana terdapat saling ketergantungan dan pola komunikasi yang konsisten. Hubungan interpersonal merupakan aspek fundamental dalam promosi kesehatan. Domain ini mencakup kualitas interaksi individu dengan keluarga, teman, dan masyarakat luas. Hubungan interpersonal yang positif mendukung kesejahteraan emosional, meningkatkan motivasi untuk menjaga kesehatan, dan menciptakan lingkungan yang kondusif untuk perubahan perilaku (Pender *et al.*, 2015).

Menurut (Yuliana, 2020) dalam penelitian (Laini *et al.*, 2024), hubungan interpersonal yang sehat memiliki pengaruh positif terhadap kualitas hidup individu, termasuk meningkatkan kebahagiaan dan mengurangi risiko gangguan mental. Penelitian di Indonesia menunjukkan bahwa hubungan interpersonal yang harmonis mendukung kesehatan mental dan kebahagiaan individu, terutama melalui komunikasi yang efektif dan empati. Namun, di era modern, tekanan hidup seperti tuntutan pekerjaan, budaya individualisme, dan ketergantungan pada teknologi menyebabkan penurunan kualitas hubungan interpersonal.

Hal ini sejalan dengan penelitian (Kuczynski *et al.*, 2020) bahwa sangat penting membangun dan memelihara hubungan interpersonal yang sehat untuk meningkatkan kesejahteraan individu.

f. Manajemen Stres (*Stress Management*)

Manajemen stres adalah usaha untuk mencegah munculnya stres, meningkatkan ambang stres individu, serta menampung akibat fisiologis dari stres. Manajemen stres melibatkan edukasi dan intervensi perilaku yang meningkatkan kemampuan individu dalam mengelola stres, memperbaiki gaya hidup sehat, dan memperkuat dukungan sosial sehingga menurunkan tingkat stres dan meningkatkan kualitas hidup (Pender *et al.*, 2015).

Menurut (Harisa *et al.*, 2022) dalam penelitian (Winarti *et al.*, 2023) Stres psikologis dapat menginduksi respon fase akut yang umumnya terkait dengan infeksi dan kerusakan jaringan dan meningkatkan kadar sitokin dalam sirkulasi darah. Peningkatan sitokin yang abnormal dapat menyebabkan system imun terus bekerja dan menyebabkan peradangan hebat. Hal ini tentunya perlu mnedapatkan perhatian karena stres psikologis sendiri juga dapat mempengaruhi system imun dan menyebabkan inflamasi sehingga dapat memperburuk kondisi penyakit (Winarti *et al.*, 2023).

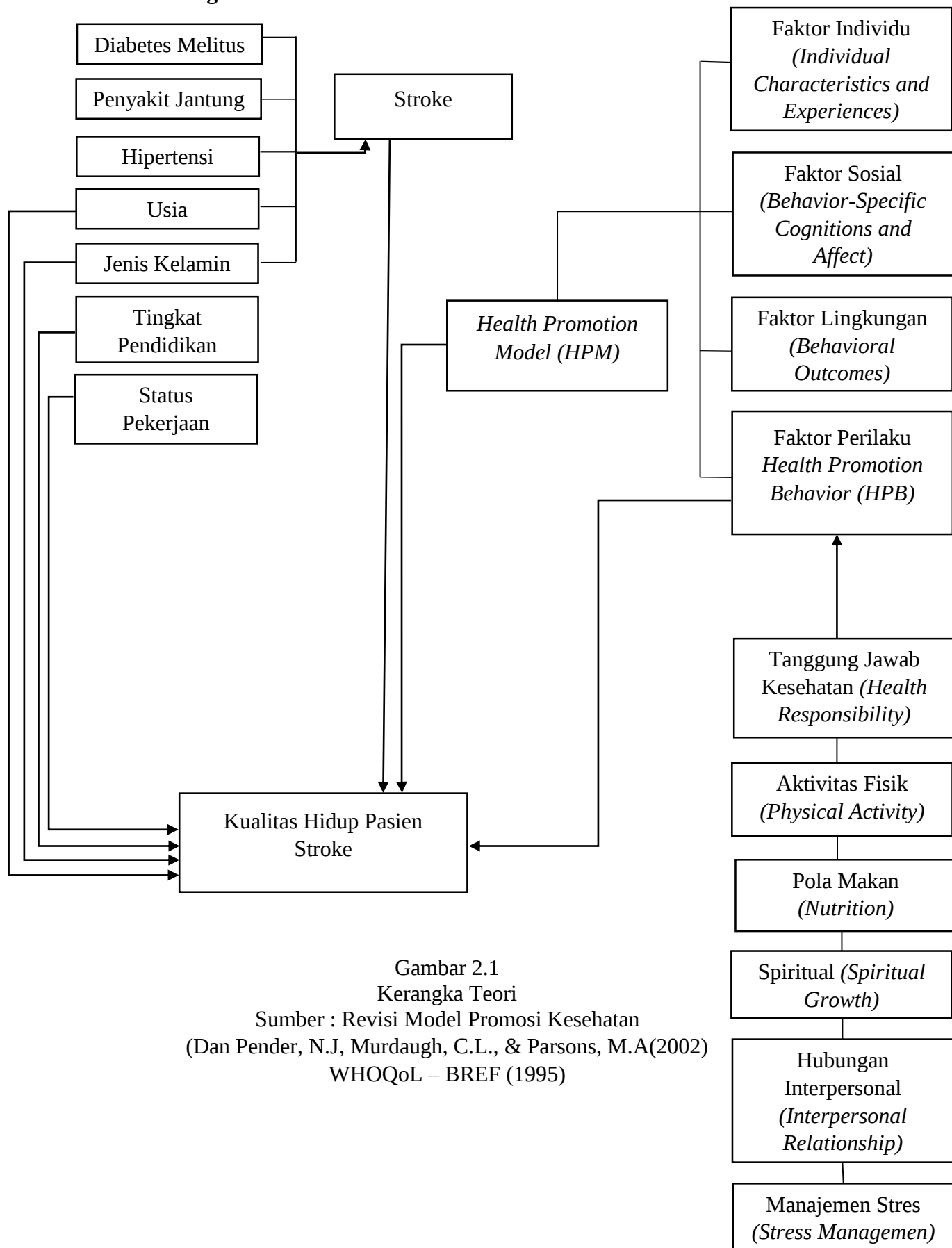
2. Pengukuran *Health Promotion Behavior* (HPB)

HPB dinilai menggunakan metode dari *Health-Promoting Lifestyle Profile II* (HPLP II) yang dikembangkan oleh Walker *et al.* terdiri dari 52 item untuk mengukur perilaku promosi kesehatan terdiri dari 6 domain: 9 untuk tanggung jawab terhadap kesehatan, 8 untuk aktivitas fisik, 9 untuk nutrisi, 9 untuk spiritual, 9 untuk hubungan interpersonal, dan 8 untuk manajemen stres. Setiap item dalam kuesioner dinilai menggunakan skala Likert 4 poin, dengan skor 1 untuk "tidak pernah," 2 untuk "kadang-kadang," 3 untuk "sering," dan 4 untuk "selalu."

Skor total dihitung sebagai rata-rata dari semua 52 item, sementara skor untuk masing-masing dimensi dihitung dengan menghitung rata-rata item yang relevan dalam dimensi tersebut. Menghitung skor tanggung jawab terhadap kesehatan, rata-rata dihitung dari 9 item terkait. Skor yang lebih tinggi menunjukkan frekuensi yang lebih besar dalam menerapkan perilaku promosi kesehatan, baik secara keseluruhan maupun dalam dimensi tertentu.

HPLP-II digunakan untuk mengevaluasi tingkat perilaku promosi kesehatan individu, baik dalam penelitian maupun intervensi kesehatan. Instrumen ini memberikan wawasan penting tentang aspek perilaku yang perlu ditingkatkan untuk mendukung kesehatan fisik, mental, dan sosial (MUN & SHIM, 2024).

E. Kerangka Teori



Gambar 2.1
Kerangka Teori

Sumber : Revisi Model Promosi Kesehatan
(Dan Pender, N.J, Murdaugh, C.L., & Parsons, M.A(2002)
WHOQoL – BREF (1995)