

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Tentang Stroke

1. Definisi Stroke

Stroke dikenal sebagai salah satu penyebab utama kematian dan kecacatan di dunia. Kondisi ini dapat menyebabkan berbagai gangguan, baik fisik maupun kognitif, yang secara langsung memengaruhi kemampuan seseorang dalam menjalani aktivitas harian secara mandiri. Pasien stroke sering mengalami penurunan fungsi motorik, seperti kesulitan berjalan, kehilangan kekuatan otot pada satu sisi tubuh, serta gangguan koordinasi dan keseimbangan. Selain itu, masalah pada kemampuan bicara, ingatan, serta pengendalian emosi juga sering terjadi, yang secara keseluruhan berdampak pada penurunan kualitas hidup secara menyeluruh (Luh, Thrisna dan Ismail, 2020).

Di tingkat global, stroke menjadi penyebab utama disabilitas dan menempati urutan ketiga sebagai penyebab kematian setelah penyakit jantung dan kanker, baik di negara maju maupun berkembang. Kondisi ini sering disebut juga sebagai “serangan otak” atau *brain attack*, yang terjadi akibat terganggunya aliran oksigen dan zat gizi ke otak karena adanya penyumbatan atau pecahnya pembuluh darah. Secara statistik, kematian akibat stroke terjadi rata-rata setiap empat menit sekali (Susanti, Baeda dan Saputri, 2023).

2. Dampak-Dampak Stroke

Stroke memberikan dampak yang luas terhadap kehidupan pasien, mencakup perubahan fisik, psikologis, dan sosial.

a. Perubahan fisik

Dari segi fisik, banyak penyintas mengalami gangguan seperti kelemahan pada anggota tubuh, kesulitan bergerak, hingga hilangnya koordinasi dalam aktivitas sehari-hari. Tugas sederhana seperti mandi atau berjalan menjadi berat, dan beberapa pasien menggambarkan kondisinya seolah-olah kehilangan kendali atas tubuh sendiri. Rasa lelah yang muncul bahkan saat melakukan kegiatan ringan menunjukkan betapa besar dampak fisik yang ditimbulkan (Luh, Thrisna dan Ismail, 2020).

b. Perubahan sosial

Dalam kehidupan sosial, stroke menyebabkan banyak pasien menarik diri dari lingkungan sekitar. Ketidakmampuan berbicara dengan jelas atau bergerak bebas membuat mereka enggan bersosialisasi. Hubungan sosial yang dulunya aktif menjadi terbatas, dan sebagian besar pasien merasa diabaikan atau tidak dipahami oleh orang-orang di sekitarnya. Akibatnya, tidak sedikit dari mereka yang mengalami kesepian mendalam dan merasa terisolasi, meskipun berada di tengah keluarga atau komunitas (Chau *et al.*, 2022).

c. Perubahan psikologis

Tekanan psikologis juga muncul seiring dengan perubahan kondisi tubuh. Banyak penyintas stroke mengalami perasaan tidak berdaya, kehilangan kepercayaan diri, hingga merasa tidak berguna dalam keluarga. Beberapa bahkan menunjukkan tanda-tanda gangguan emosional seperti sedih berlebihan, putus asa, dan merasa menjadi beban. Kondisi mental ini sering kali diperparah oleh kesulitan mereka dalam menyesuaikan diri dengan perubahan gaya hidup yang drastis (Chau *et al.*, 2022).

3. Gejala Stroke

Berdasarkan Info Datin Kemenkes RI (2019) yang dikutip dalam Dinata *et al.* 2013, Setianingsih 2019 dan Wahab & Sijid, 2021, diperkenalkan slogan “*SeGeRa ke RS*” sebagai upaya mengenali tanda-tanda awal stroke agar segera mendapatkan penanganan medis. Slogan ini merujuk pada enam gejala utama, yaitu:

- a. Senyum tidak simetris, dengan mulut tampak miring ke salah satu sisi (kiri atau kanan), serta disertai kesulitan menelan atau mudah tersedak saat minum secara tiba-tiba.
- b. Gerakan anggota tubuh melemah secara mendadak, baik di sisi kiri maupun kanan. Kelemahan ini bisa berupa gerakan yang lemah atau tidak adanya gerakan sama sekali, misalnya saat diminta mengangkat tangan atau kaki.

- c. Bicara pelo atau mendadak tidak mampu berbicara, berbicara tidak jelas, atau keluarnya kata-kata yang sulit dipahami.
- d. Kebas, baal, atau kesemutan pada salah satu sisi tubuh.
- e. Gangguan penglihatan mendadak, seperti penglihatan kabur pada salah satu mata.
- f. Sakit kepala hebat yang tiba-tiba muncul, yang sebelumnya tidak pernah dialami, disertai dengan gangguan keseimbangan tubuh seperti vertigo, koordinasi gerak yang terganggu, serta kondisi seperti mata juling atau pembengkakan di salah satu sisi mata.

4. Faktor-Faktor Penyebab Stroke

Faktor risiko stroke merupakan kondisi atau gangguan tertentu yang dapat meningkatkan kerentanan seseorang terhadap terjadinya serangan stroke. Secara umum, faktor risiko tersebut diklasifikasikan ke dalam dua kelompok utama.

a. Faktor risiko yang tidak bisa ubah

1) Usia

Usia merupakan lamanya seseorang hidup sejak lahir yang biasanya diukur dalam satuan tahun. Seiring bertambahnya usia, kualitas hidup cenderung mengalami penurunan karena kondisi fisik dan fungsional umumnya lebih baik pada individu yang lebih muda.

2) Jenis kelamin

Secara umum, meskipun gaya hidup berperan dalam munculnya stroke, usia dan jenis kelamin tetap menjadi faktor risiko utama yang tidak dapat diubah. Oleh karena itu, masyarakat perlu memahami pentingnya pencegahan melalui pengelolaan faktor risiko yang masih bisa dikendalikan, seperti mengurangi stres, menerapkan pola makan sehat, dan rutin berolahraga (Rondonuwu *et al.*, 2024).

b. Faktor risiko yang bisa ubah

1) Hipertensi

Hipertensi secara medis berarti kondisi ketika tekanan darah seseorang mencapai atau melebihi 140/90 mmHg. Untuk mencegah stroke, terutama pada orang yang berisiko tinggi, penting dilakukan pengendalian tekanan darah melalui perubahan gaya hidup dan pengobatan yang sesuai. Oleh karena itu, deteksi sejak dini dan pengelolaan tekanan darah yang baik sangat berperan dalam menurunkan risiko terjadinya stroke serta komplikasi lainnya (Kemenkes, 2024).

2) Diabetes melitus

Diabetes melitus adalah penyakit kronis yang ditandai dengan gula darah tinggi akibat gangguan insulin. Kondisi ini dapat merusak pembuluh darah, termasuk di otak, sehingga meningkatkan risiko stroke. Karena itu, menjaga kadar gula

darah tetap stabil sangat penting untuk mencegah stroke, terutama pada orang dengan risiko tinggi (Kementrian Kesehatan RI, 2024).

3) Penyakit Jantung

Penyakit jantung, termasuk penyakit jantung koroner, kini semakin banyak ditemukan pada usia muda akibat gaya hidup tidak sehat seperti merokok, konsumsi makanan berlemak, dan kurang aktivitas fisik. Salah satu dampak dari gangguan jantung seperti fibrilasi atrium adalah terbentuknya bekuan darah yang dapat menyumbat pembuluh darah otak. Oleh karena itu, penyakit jantung menjadi faktor risiko utama stroke iskemik, di mana gangguan aliran darah dari jantung ke otak bisa menyebabkan kerusakan jaringan otak secara mendadak (Tarmizi, 2022).

Penelitian Azzahra dan Ronoatmodjo (2023) menunjukkan bahwa individu dengan riwayat penyakit jantung memiliki kemungkinan 2,57 kali lebih besar untuk mengalami stroke. Risiko ini meningkat akibat adanya aterosklerosis pada pembuluh darah jantung yang dapat menghambat aliran darah. Kondisi lain, seperti detak jantung tidak teratur, kelainan katup jantung, maupun pembesaran bilik jantung, juga dapat memicu terbentuknya bekuan darah atau pecahnya pembuluh darah, yang pada akhirnya berujung pada kejadian stroke.

5. Fase-Fase Stroke

Menurut *Neurolutions* (2025), stroke dapat dibagi ke dalam beberapa fase pemulihan berdasarkan rentang waktu sejak terjadinya serangan.

a. Fase Hiperakut (0 - 24 jam)

Fase ini merupakan tahap paling kritis, terjadi segera setelah awitan stroke. Tujuan utama penatalaksanaan adalah mempertahankan fungsi vital serta melakukan intervensi segera untuk menyelamatkan jaringan otak yang masih berisiko (*salvageable brain tissue*). Pada periode ini, kecepatan penanganan sangat menentukan luaran pasien karena risiko kematian dan kecacatan permanen paling tinggi.

b. Fase Akut (1 - 7 hari)

Setelah melewati fase hiperakut, pasien memasuki fase akut. Kondisi pasien stroke masih rentan terhadap berbagai komplikasi, seperti pneumonia, tromboemboli vena dalam, dan edema otak. Perawatan pada fase ini umumnya masih dilakukan di rumah sakit dengan pemantauan ketat, disertai upaya mobilisasi dini agar pasien tidak mengalami imobilitas berkepanjangan.

c. Fase Subakut Awal (7 hari - 3 bulan)

Fase ini sering disebut sebagai periode emas pemulihan, karena otak memiliki kemampuan plastisitas yang tinggi. Intervensi rehabilitatif seperti fisioterapi, terapi okupasi, terapi wicara, serta

dukungan psikososial diberikan secara intensif. Pada periode ini biasanya terlihat kemajuan paling nyata dalam pemulihan fungsi motorik maupun kognitif pasien.

d. Fase Subakut Akhir (3 - 6 bulan)

Pemulihan masih terus berlangsung, meskipun kecepatannya menurun dibanding fase sebelumnya. Rehabilitasi tetap diprioritaskan untuk mengoptimalkan fungsi yang tersisa, mencegah komplikasi jangka panjang, dan mempersiapkan pasien untuk kembali beraktivitas secara lebih mandiri.

e. Fase Kronik (≥ 6 bulan - seumur hidup)

Pasien yang telah melewati enam bulan sejak kejadian stroke digolongkan dalam fase kronik atau sering disebut sebagai kondisi pasca-stroke. Pada tahap ini, sebagian besar proses pemulihan neurologis telah terjadi, sehingga fokus pelayanan kesehatan beralih pada upaya mempertahankan kemandirian, meningkatkan kualitas hidup, dan mencegah serangan berulang. Tantangan yang dihadapi pasien pasca-stroke antara lain keterbatasan fisik, gangguan emosional seperti depresi, penurunan fungsi kognitif, serta masalah sosial dan lingkungan yang memengaruhi kehidupan sehari-hari.

B. Tinjauan Umum Tentang Kualitas Hidup

1. Definisi Kualitas Hidup

Kualitas hidup merujuk pada persepsi seseorang terhadap kehidupannya, yang dipengaruhi oleh latar budaya, sistem nilai, serta

tujuan, harapan, dan standar pribadi di lingkungan tempat ia tinggal. Bagi penderita stroke, kualitas hidup menjadi aspek yang sangat penting karena berperan dalam menentukan tingkat kepatuhan dan efektivitas terhadap program terapi yang dijalani (Arywibowo, 2023).

2. Ruang Lingkup Kualitas Hidup

World Health Organization (WHO) mendefinisikan kualitas hidup sebagai persepsi subjektif individu mengenai posisi mereka dalam kehidupan, yang dipengaruhi oleh latar budaya, sistem nilai yang dianut, serta kaitannya dengan tujuan, harapan, dan standar pribadi. Definisi menekankan pemahaman bahwa kualitas hidup tidak hanya didasarkan pada kesehatan semata, melainkan juga mencakup bagaimana individu memaknai serta menilai kehidupan mereka secara keseluruhan (WHO, 2012). Dalam kerangka *WHOQOL*, kualitas hidup dibagi ke dalam 4 domain utama yang saling berkaitan dan membentuk satu kesatuan pengalaman hidup, yaitu:

a. Kesehatan Fisik (*Physical Health*)

Mencakup kondisi tubuh secara umum, rasa nyeri, tingkat energi, serta kualitas tidur dan istirahat. Ketika fungsi-fungsi ini terganggu, seseorang akan kesulitan menjalankan aktivitas harian secara optimal, sebagaimana sering terjadi pada pasien pasca stroke (*World Health Organization*, 2012).

b. Kesehatan Psikologis (*Psychological Health*)

Merujuk pada keseimbangan emosional, kemampuan berpikir, kepercayaan diri, citra diri, dan pengalaman emosi negatif. Perubahan kondisi kesehatan dapat memicu tekanan mental, yang jika tidak tertangani, berdampak besar pada kualitas hidup individu (*World Health Organization*, 2012).

Kesehatan psikologis yang baik ditandai dengan kondisi jiwa yang stabil sehingga memungkinkan seseorang berpikir jernih, fokus, dan mampu menjalani aktivitas sehari-hari. Sebaliknya, gangguan psikologis dapat memengaruhi emosi, pola pikir, dan perilaku, yang pada akhirnya menurunkan produktivitas, mengganggu hubungan sosial, serta mereduksi kualitas hidup secara menyeluruh (Siloam Hospitals Medical Team, 2024).

c. Hubungan Sosial (*Social Relations*)

Mencakup ketersediaan dukungan sosial serta kualitas interaksi interpersonal. Kehidupan sosial yang harmonis berperan dalam menyediakan dukungan emosional sekaligus meningkatkan rasa kebermanaan dalam hidup (*World Health Organization*, 2012).

Interaksi sosial menjadi bagian penting dalam meningkatkan kesejahteraan dan kebahagiaan individu, karena relasi antarpribadi dapat memengaruhi perilaku serta memberikan rasa keterhubungan yang mendalam (Klärner *et al.*, 2022).

d. Keadaan Lingkungan Hidup (*Environmental Conditions*)

Meliputi rasa aman, akses terhadap layanan kesehatan, kenyamanan tempat tinggal, kualitas lingkungan fisik, serta ketersediaan transportasi dan informasi. Lingkungan yang mendukung akan berkontribusi pada kesejahteraan individu secara menyeluruh (*World Health Organization, 2012*).

3. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup

Dalam konteks pasien pasca stroke, perilaku promosi kesehatan memiliki peran yang sangat penting dalam menunjang kualitas hidup secara menyeluruh. *Health Promotion Behavior* (HPB) mencakup sejumlah aspek utama, seperti keterlibatan dalam aktivitas fisik, perhatian terhadap pola nutrisi, kemampuan mengelola stres, adanya dukungan sosial yang memadai, pertumbuhan spiritual, serta tanggung jawab individu terhadap kesehatan. Seluruh faktor ini saling berkaitan dan secara simultan memengaruhi dimensi kualitas hidup yaitu kondisi fisik, emosional, maupun sosial pasien. Sebagai contoh, aktivitas fisik ringan dapat mempercepat pemulihan fungsi tubuh, sedangkan dukungan keluarga berperan dalam menjaga motivasi serta kestabilan emosional. Demikian pula, pola makan yang sehat dan keterampilan dalam mengelola tekanan psikologis dapat meningkatkan daya tahan tubuh serta mengurangi risiko komplikasi lanjutan (Pender, Murdaugh dan Parsons, 2014).

Terdapat beberapa faktor penting yang memengaruhi kualitas hidup pasien setelah mengalami stroke, baik dari aspek demografis maupun sosial-ekonomi, yaitu sebagai berikut:

a. Usia

Faktor usia menjadi salah satu determinan utama. Semakin bertambah usia seseorang, umumnya terjadi penurunan fungsi tubuh yang berdampak pada aspek fisik dan psikologis. Oleh karena itu, pasien stroke yang berusia lebih muda cenderung memiliki kualitas hidup yang lebih baik dibandingkan mereka yang berusia lanjut. Penelitian menunjukkan bahwa pasien berusia di atas 55 tahun memiliki risiko 2,22 kali lebih besar untuk mengalami penurunan kualitas hidup dibandingkan dengan pasien yang lebih muda (Ningrum & Martini, 2016, dalam Utama & Nainggolan, 2022).

b. Jenis kelamin

Jenis kelamin juga memengaruhi kualitas hidup. Perbedaan peran, akses terhadap sumber daya, dan kondisi sosial antara laki-laki dan perempuan dapat menyebabkan pengalaman hidup yang berbeda, termasuk dalam konteks pemulihan pasca stroke (Ruhmadi dan Budi Santosa, 2022). Studi menyebutkan bahwa perempuan memiliki risiko hampir dua kali lipat untuk mengalami kualitas hidup yang rendah dibandingkan laki-laki (Utama & Nainggolan, 2022).

c. Tingkat pendidikan

Tingkat pendidikan turut berperan dalam menentukan kemampuan individu memahami dan mengelola kesehatannya. Pendidikan yang lebih tinggi dapat meningkatkan pemahaman pasien terhadap kondisi penyakit dan cara penanganannya, sehingga berdampak positif terhadap kualitas hidup (Sukron, 2021).

d. Status pekerjaan

Penelitian yang dilakukan oleh Dwiyani dan Astrid (2021), ditemukan bahwa sebagian besar pasien stroke meyakini bahwa kondisi fisik mereka secara langsung memengaruhi kemampuan untuk bekerja, yang pada akhirnya menimbulkan perasaan berbeda dari sebelumnya. Khususnya pada pasien laki-laki, ketidakmampuan untuk kembali bekerja sering kali menimbulkan tekanan psikologis, terutama terkait peran sebagai pencari nafkah dalam keluarga. Hambatan fisik akibat stroke, ditambah dengan perasaan tidak berdaya secara emosional dalam memenuhi harapan keluarga, berpotensi memicu keputusan.

Kondisi tersebut menjadikan pasien yang kehilangan kemampuan bekerja lebih rentan mengalami penurunan kualitas hidup secara signifikan (Abdu *et al.*, 2022). Penelitian lain juga menunjukkan bahwa status pekerjaan berhubungan erat dengan kualitas hidup baik pada laki-laki maupun perempuan pasca stroke (Wahl *et al.*, 2004, dalam Rachmania *et al.*, 2020; Abdu *et al.*, 2022).

C. Tinjauan Umum Tentang *Health Promotion Behavior (HPB)*

Perilaku promosi kesehatan *Health Promotion Behavior (HPB)* mencakup berbagai tindakan sadar yang bertujuan untuk mempertahankan maupun meningkatkan derajat kesehatan, sehingga sangat relevan diterapkan pada pasien pasca stroke setelah melewati fase akut (Pender, Murdaugh dan Parsons, 2014). Sejalan dengan hal tersebut, Liao dan Bercea (2021) menjelaskan bahwa *Health Promotion Behavior (HPB)* merupakan serangkaian kebiasaan atau tindakan yang dilakukan individu secara sadar untuk meningkatkan, memelihara, dan melindungi kesehatannya, meliputi dimensi fisik, mental, dan sosial. Konsep ini berorientasi pada pencegahan (preventif) dan promotif, sehingga tidak hanya berfokus pada pengobatan penyakit, tetapi juga mendorong individu untuk mengambil langkah aktif dalam mencapai kesejahteraan yang optimal.

1. Tanggung Jawab terhadap Kesehatan (*Health Responsibility*)

Tanggung jawab terhadap kesehatan merujuk pada partisipasi aktif individu dalam pengambilan keputusan terkait kesehatannya, yang meliputi upaya mencari informasi, melakukan pemeriksaan kesehatan secara rutin, serta mematuhi anjuran tenaga kesehatan (Pender, Murdaugh dan Parsons, 2014). Pada pasien pasca stroke, tanggung jawab ini tidak hanya menjadi beban individu, tetapi juga sangat dipengaruhi oleh peran aktif caregiver, terutama dalam proses pengambilan keputusan terkait layanan kesehatan. Dalam studi Tyagi *et al* (2021) menunjukkan bahwa caregiver berperan penting dalam

mengatur akses terhadap pelayanan medis, menentukan pilihan perawatan, serta menjembatani komunikasi antara pasien dengan tenaga kesehatan. Hal ini mencerminkan bahwa dalam konteks budaya Asia, tanggung jawab kesehatan sering dipahami secara kolektif dan relasional, bukan semata-mata sebagai tanggung jawab personal.

2. Aktivitas Fisik (*Physical Activity*)

Dalam studi kualitatif, pasien stroke usia kerja menggambarkan aktivitas fisik sebagai aspek yang sangat penting, bahkan diibaratkan sebagai “obat bagi tubuh dan jiwa.” Aktivitas tersebut tidak hanya dirasakan mampu memperbaiki kondisi fisik dan psikologis, tetapi juga memberikan makna dalam kehidupan pasca stroke. Namun demikian, aktivitas fisik sering menimbulkan perasaan ambivalen, di satu sisi menjadi sumber motivasi, tetapi di sisi lain dapat memicu frustrasi karena mengingatkan pada keterbatasan yang dimiliki. Kondisi ini menegaskan pentingnya dukungan emosional dan penguatan efikasi diri untuk menjaga keberlanjutan perilaku fisik yang sehat (Roaldsen *et al.*, 2022).

Menurut penelitian (Lu *et al.*, 2022) menekankan bahwa aktivitas fisik merupakan bagian integral dari proses rehabilitasi pasca stroke. Meskipun demikian, tidak semua pasien menunjukkan kemauan untuk berpartisipasi. Dalam studi tersebut, beberapa caregiver menyampaikan kesulitan membujuk pasien untuk melakukan latihan berjalan maupun aktivitas fisik lainnya. Penolakan pasien umumnya dipengaruhi oleh

rasa lelah, frustrasi, atau kurangnya motivasi, yang pada akhirnya juga meningkatkan beban emosional bagi caregiver.

3. Pola Makan (*Nutrition*)

Pola makan sehat menekankan pentingnya konsumsi buah dan sayuran, serta penghindaran makanan tinggi lemak guna menjaga status gizi yang optimal (Pender, Murdaugh dan Parsons, 2014). Dalam studi Lu *et al* (2022) menunjukkan bahwa pasien pasca stroke menghadapi berbagai tantangan dalam mematuhi pengobatan maupun anjuran dokter terkait gaya hidup sehat, termasuk dalam hal pola makan. Beberapa pasien bahkan menolak mengonsumsi obat karena merasa tidak membutuhkannya, yang secara implisit menggambarkan kecenderungan serupa terhadap kepatuhan pada aturan diet dan rekomendasi medis lainnya.

4. Spiritual (*Spiritual Growth*)

Pertumbuhan spiritual mencerminkan upaya individu dalam mencari makna hidup, memperkuat ketahanan batin, serta menjalin keterhubungan dengan sesuatu yang lebih besar dari dirinya sendiri (Pender, Murdaugh dan Parsons, 2014).

Temuan dari Yang *et al* (2022) menunjukkan bahwa meskipun aspek religius atau spiritual tidak secara eksplisit dibahas, banyak penyintas stroke mengekspresikan kebutuhan untuk menemukan kembali makna hidup, identitas diri, serta harapan setelah menghadapi perubahan besar akibat kondisi tersebut. Proses yang mereka sebut

sebagai “rehabilitasi identitas” serta keterlibatan dalam kelompok dukungan sebaya dapat dipahami sebagai bentuk pertumbuhan spiritual, yang berperan penting dalam membantu pemulihan keutuhan diri.

5. Hubungan Interpersonal (*Interpersonal Relationship*)

Hubungan interpersonal mencakup kemampuan individu dalam membangun serta mempertahankan relasi yang sehat, menyelesaikan konflik secara konstruktif, dan memperoleh dukungan emosional dari lingkungan sosialnya (Pender, Murdaugh dan Parsons, 2014). Pada pasien pasca stroke, kesepian dan berkurangnya relasi sosial sering kali menjadi tantangan utama. Hal ini diperkuat oleh temuan dari Yang *et al* (2022) yang menunjukkan bahwa banyak penyintas stroke mengalami kehilangan koneksi sosial, sehingga menimbulkan perasaan kurang dipahami oleh orang di sekitarnya. Dalam konteks ini, keberadaan kelompok dukungan sebaya terbukti berperan penting dalam memfasilitasi terbentuknya kembali relasi yang bermakna sekaligus mengurangi rasa keterasingan pasien.

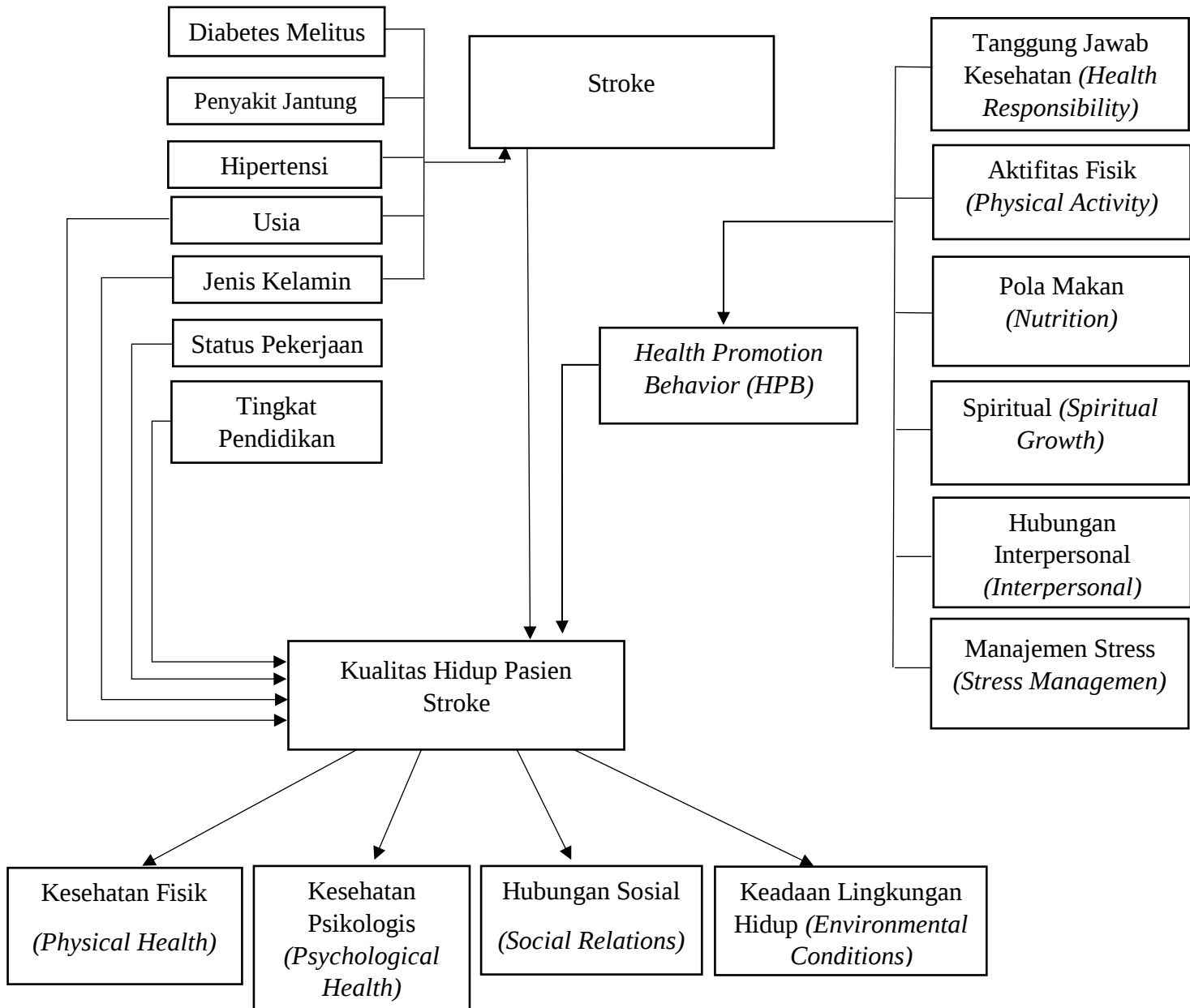
6. Manajemen Stres (*Stress Management*)

Manajemen stres mencakup kemampuan individu dalam mengenali serta mengendalikan tekanan psikologis melalui berbagai strategi, seperti teknik relaksasi, pengaturan waktu, maupun keterlibatan dalam aktivitas yang menyenangkan (Pender, Murdaugh dan Parsons, 2014). Penelitian Roaldsen *et al* (2022) Selain hanya

manfaat fisik, aktivitas fisik juga berkontribusi dalam pengelolaan stres dan kesejahteraan emosional. Bahwa pasien merasa lebih baik secara psikologis saat mereka mampu melakukan aktivitas fisik ringan.

Selain itu, penelitian dari Lu *et al* (2022) menegaskan bahwa stres merupakan aspek yang signifikan tidak hanya bagi pasien, tetapi juga bagi caregiver. Temuannya, caregiver mengungkapkan beragam tekanan emosional, mulai dari perasaan bersalah, keraguan terhadap kemampuan dalam merawat, hingga munculnya kelelahan fisik dan emosional. Sehingga mereka memerlukan ruang untuk melepaskan ketegangan sekaligus memperoleh dukungan emosional yang memadai.

D. Kerangka Teori



Gambar 2. 1 Kerangka Teori

Sumber : Revisi Model Promosi Kesehatan

(Dan Pender, N.J, Murdaugh, C.L., & Parsons, M.A(2002)