

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Activity Daily Living

1. Definisi Activity Daily Living (ADL)

Aktivitas kehidupan sehari-hari (*Activity Daily Living*) adalah fungsi dan aktivitas individu yang normalnya dilakukan tanpa bantuan orang lain. Aktivitas sehari-hari mencakup aktivitas yang biasanya dilakukan sepanjang hari normal, seperti ambulasi, makan, berpakaian, mandi, dan menyikat gigi (Andrianur et al., 2023). *Activity Daily Living* (ADL) adalah aktivitas yang rutin dalam kehidupan sehari-hari yang terdiri atas mobilitas dan perawatan diri. ADL meliputi kemampuan individu untuk melakukan aktivitas tersebut secara mandiri, baik bersifat akut, kronis, sementara, atau permanen. Dari beberapa pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa *Activity Daily Living* merupakan suatu aksi atau keadaan individu yang biasanya dilakukan tanpa bantuan orang lain dalam kehidupan sehari-hari seperti ambulasi, makan, mandi, berpakaian, dan menyikat gigi (Dewi, L. P., Sari, N. M., & Hidayah, 2022).

2. Faktor Yang Mempengaruhi *Activity Daily Living* (ADL)

Activity Daily Living terdiri dari aspek motorik yang berkoordinasi dengan gerakan dan aspek perseptif sebagai umpan balik gerakan yang dilakukan.

ADL dasar di pengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain:

- a. Rom Sendi
- b. Kekuatan Otot
- c. Fungsi Kognitif
- d. Koordinasi
- e. Keseimbangan

Menurut (Hidup et al., 2016), faktor faktor yang mempengaruhi penurunan *activity Daily Living* meliputi:

- a. Kondisi fisik misalnya penyakit manuhan, gangguan mata dan telinga
- b. Kapasitas mental
- c. Dukungan anggota Keluarga

3. Jenis Jenis *Activity Daily Living* (ADL)

- a. *Activity Daily Living*, sering disebut ADL saja, yaitu keterampilan dasar yang harus dimiliki seseorang untuk merawat dirinya meliputi berpakaian, makan & minum, toileting, mandi, berhias.
- b. *Activity Daily Living instrumental*, merupakan kinerja ADL yang melibatkan alat-alat untuk membantu dan meringankan aktivitas seperti menulis, menggunakan telepon, dan menyiapkan makanan.
- c. *Activity Daily Living Vokasional*, yaitu ADL yang berhubungan dengan pekerjaan dan kegiatan sekolah.
- d. *Activity Daily Living non Vokasional*, yaitu ADL yang bersifat rekreasi, hobi, dan mengisi waktu luang.

B. Stroke

1. Definisi Stroke

Penyakit yang disebut stroke adalah penyakit yang menyerang bagian otak, yang sangat berbahaya karena otak merupakan organ penting yang mengatur semua fungsi tubuh. Stroke dapat mengganggu sistem motorik tubuh manusia (Sutejo, T., Handayani, Y., & Wulandari, 2023).

Badan penelitian kesehatan dunia *World Stroke Organization (WSO)* dalam (Feigin et al., 2021) mengatakan Penyakit Stroke masih menjadi penyebab kematian nomor dua diperingkat kedua, dan gabungan penyebab kematian dan kecacatan nomor tiga. Negara berpenghasilan rendah atau menengah ke bawah (LMIC) menanggung sebagian besar beban stroke di seluruh dunia dari tahun 1990 hingga 2019, dengan 86,0% kematian dan 89,0% usia disabilitas yang disesuaikan. Disfungsi neuroassessories, yang mengurangi kemampuan motorik dan musculoskeletal, dapat menyebabkan wajah ada yang tertarik atau tidak simetris, sulit atau tidak dapat bicara, penglihatan pada salah satu mata atau keduanya mendadak buram, nyeri kepala sampai muntah, kelemahan anggota gerak dan hemiparase pada pasien, yang membuat pasien stroke kesulitan melakukan kegiatan sehari-harinya atau kegiatan sehari-hari (ADL). Pasien stroke yang mengalami kelumpuhan akan diminta untuk tirah baring (Sari, M., Andayani, U., & Lestari, 2023).

2. Klasifikasi Stroke

Berdasarkan kelainan stroke dibagi menjadi 2:

a. Stroke Iskemik

Stroke iskemik adalah stroke yang disebabkan adanya penurunan yang menetap atau sesaat dari aliran darah di arteri serebri, yang umumnya disebabkan oleh emboli atau trombus. Stroke iskemik mengakibatkan terjadinya gangguan sel neuron dan glia akibat kekurangan darah akibat adanya sumbatan pada arteri yang menuju otak atau perfusi otak yang inadkuat.

Stroke iskemik didefinisikan sebagai gangguan tiba-tiba pada aliran darah ke sebagian otak, yang merusak fungsi neurologis yang tepat. Stroke iskemik lebih sering terjadi daripada stroke hemoragik, dimana stroke iskemik akut disebabkan oleh penyumbatan trombotik dan emboli arteri serebral. Stroke iskemik disebabkan oleh kondisi seperti emboli trombotik ekstrakranial dan intrakranial, thrombosis in situ, atau hipoperfusi relatif yang dapat mengurangi atau menghentikan aliran darah (Yueniwati, 2015).

Tata laksana stroke iskemik mencakup manajemen non-farmakologis dan farmakologis. Manajemen non-farmakologis mencakup terapi pembedahan dan suportif. Manajemen farmakologis mencakup manajemen tekanan darah, suhu, gula darah, kejang, pemberian fibrinolisis, antiplatelet, antikoagulan, profilaksis trombosis vena dalam, manajemen depresi, dan tata laksana faktor risiko (Maria et al., 2023).

b. Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik muncul ketika pembuluh darah di otak

mengalami kebocoran atau pecah, yang mengakibatkan darah mengalir atau mengisi ruang antara sel sel otak. Sebelum terjadinya stroke hemoragik, hipertensi sering kali sudah ada. Hipertensi menjadi faktor risiko utama bagi baik laki laki maupun perempuan dalam kasus stroke hemoragik. Ada berbagai cara stroke hemoragik dapat terjadi. Stroke lobar yang muncul pada individu lanjut usia berhubungan dengan angiopati amiloid serebral, sementara stroke hemoragik akibat hipertensi terjadi pada stroke otak dalam yang disuplai oleh arteri penetrasi seperti ganglia basal (50%), lobus serebral (10% hingga 20%), thalamus (15%), pons dan batang otak (10%), serta serebral (10%).

Stroke hemoragik memiliki beragam bentuk. Sebagian besar dari tipe stroke ini dikategorikan sebagai pendarahan intrakranial (ICH) yang melibatkan pendarahan didalam jaringan parenkim otak. Di kalangan populasi barat, peristiwa ini menyumbang sekitar 5-10% dari total kasus stroke, tetapi angka ini dapat meningkat hingga 22-34% di kalangan populasi Asia Tenggara, Amerika Selatan, dan Afrika. Jenis stroke ini dapat dibagi lebih jauh kedalam berbagai aspek etiologis yang berkontribusi. Jika penyebabnya tidak dapat diidentifikasi melalui aspek struktural atau patologis, kondisi tersebut biasanya dianggap sebagai ICH (Benita, 2022).

3. Patofisiologi

Perdarahan intrakranial meliputi perdarahan di parenkim otak dan perdarahan subarahnoid. Insiden perdarahan intrakranial kurang lebih 20%

adalah stroke hemoragik, dimana masing-masing 10% adalah perdarahan subaraknoid dan perdarahan intraserebral (Marja, 2024). Perdarahan intraserebral biasanya timbul karena pecahnya mikroaneurisma (Berry aneurysm) akibat hipertensi maligna. Hal ini paling sering terjadi di daerah subkortikal, serebelum, dan batang otak. Hipertensi kronik menyebabkan pembuluh arteriola berdiameter 100–400 mikrometer mengalami perubahan patologi pada dinding pembuluh darah tersebut berupa degenerasi lipohialinosis, nekrosis fibrinoid serta timbulnya aneurisma Charcot Bouchard. Pada kebanyakan pasien, peningkatan tekanan darah yang tiba-tiba menyebabkan pecahnya penetrating arteri. Keluarnya darah dari pembuluh darah kecil membuat efek penekanan pada arteriole dan pembuluh kapiler yang akhirnya membuat pembuluh ini pecah juga. Hal ini mengakibatkan volume perdarahan semakin besar (Marja, 2024).

4. Tanda dan Gejala

Ukuran dan lokasi lesi otak sering mempengaruhi gejala dan tanda yang mempengaruhi organ yang dipersarafi oleh daerah tersebut. Setiap jenis stroke akan mengakibatkan defisit neurologis segera dengan tanda dan gejala termasuk defisiensi motorik, defisiensi sensorik, penurunan kesadaran, kelumpuhan saraf wajah sentral (VII) dan hipoglosal (XII), dan gangguan fungsi yang lebih tinggi seperti afasia dan kelainan batang otak, serta penurunan fungsi mental (demensia), kebutaan pada separuh lapang pandang, dan defisit batang otak.

Tanda-tanda stroke mungkin perilaku, psikologis, atau fisik. Gejala fisik yang paling khas antara lain kelemahan anggota tubuh hingga

kelumpuhan, hilangnya sensasi wajah, asimetri bibir, kesulitan berbicara atau menelan, penurunan kesadaran, sakit kepala (vertigo), mual, muntah, dan kehilangan penglihatan di satu sisi atau bahkan kebutaan. Gejala stroke yang muncul sangat ditentukan oleh bagian otak yang terkena, seperti kelemahan hingga kelumpuhan pada ekstremitas, ketidaksimetrian pada bibir, kesulitan berbicara atau tak bisa bicara sama sekali (afasia), sakit kepala, hilangnya kesadaran, serta gangguan pada sensasi (mati rasa pada bagian salah satu tubuh). Sementara itu, stroke yang memengaruhi cerebellum cenderung memunculkan gejala pusing berputas (vertigo).

Gejala stroke ringan dapat membaik dalam beberapa jam. Namun, pada stroke yang lebih serius, hambatan aliran darah yang terjadi sudah cukup parah dan biasanya disertai dengan kerusakan pada jaringan saraf otak. Ciri ciri umum yang dapat terlihat pada stroke meliputi wajah, tangan, atau kaki yang tiba tiba kaku atau mati rasa dan lemas, sering kali terjadi hanya pada satu sisi tubuh. Gejala lain yang mungkin muncul adalah pusing, kesulitan berbicara atau memahami percakapan, masalah penglihatan baik satu mata atau kedua mata, kesulitan dalam berjalan, kehilangan keseimbangan serta koordinasi, pingsan atau hilangnya kesadaran, serta rasa sakit kepala hebat dengan penyebab yang tidak dapat dijelaskan.

C. Kualitas Hidup

1. Definisi Kualitas Hidup

Kualitas hidup merupakan konsep analisis kemampuan individu untuk mendapatkan hidup yang normal terkait dengan persepsi secara individu mengenai tujuan, harapan, standar dan perhatian secara spesifik terhadap

kehidupan yang dialami dengan dipengaruhi oleh nilai dan budaya pada lingkungan individu tersebut berada (Fiscarina et al., 2023).

Kualitas hidup merupakan terbebas dari nyeri, mampu melakukan aktivitas sehari-hari dan berjuang untuk hidup (Fiscarina et al., 2023)a. Kualitas hidup merupakan pengalaman subjektif dari seseorang yang meliputi kapasitas kemandirian, kenyamanan dan kepuasan hidup (Fiscarina et al., 2023). The center for health promotion (2017), mendefinisikan kualitas hidup sebagai tingkat kesenangan dan ketidaksenangan seseorang terhadap hal-hal penting dalam hidupnya.

WHOQOL group (2020), dalam (Murphy, B., Herrman, H., Hawthorne, G., Pinzone, T., & Evert, 2019) menyatakan kualitas hidup adalah persepsi individu terhadap posisinya dalam kehidupan dalam konteks budaya dan system nilai dimana individu tersebut hidup dan hubungan terhadap tujuan, harapan, standard dan keinginan. Hal ini merupakan suatu konsep yang dipadukan dengan berbagai cara seseorang untuk mendapatkan kesehatan fisik, keadaan psikologis, tingkat independen, hubungan sosial dan hubungan dengan lingkungan sekitarnya.

Definisi kualitas hidup berdasarkan WHO (World Health Organization) adalah kualitas hidup sebagai persepsi individu mengenai posisi mereka dalam kehidupan dilihat dari konteks budaya dan sistem nilai dimana mereka tinggal serta hubungannya dengan tujuan, harapan, standartd, dan hal-hal lain yang menjadi perhatian individu (WHOQoL, 2018). Definisi kualitas hidup berdasarkan WHO (World Health Organization) ini menekankan adanya persepsi dari individu mengenai posisi kehidupan mereka saat ini dan

persepsi individu ini dapat dipengaruhi oleh budaya dan sistem nilai dimana individu tinggal (Fiscarina et al., 2023).

2. Faktor faktor yang mempengaruhi Kualitas Hidup

- a. Nyeri, yang dirasakan oleh seseorang dapat menurunkan produktivitas dan mengganggu kesejahteraan hidup pasien, seperti pada saat pasien mengalami nyeri kepala hal tersebut menimbulkan kerugian besar di bidang ekonomi akibat banyaknya hari kerja dan biaya pengobatan yang dibutuhkan.
- b. Faktor fisik, hal ini dialami Ketika seseorang atau pasien pasca stroke mengalami keterbatasan gerak. Mengatakan bahwa pasien yang mengalami serangan stroke dengan keterbatasan gerak mempunyai kualitas lebih rendah dibandingkan dengan keterbatasan tanpa gerak.
- c. Dukungan keluarga, keluarga merupakan unsur terpenting dalam membantu individu menyelesaikan masalah terutama masalah kesehatan. Dukungan keluarga juga merupakan suatu keadaan bermanfaat bagi pasien pasca stroke sehingga mereka dapat mengetahui bahwa ada keluarga yang memperhatikan, menghargai, dan mencintainya.
- d. Depresi, depresi pasca stroke merupakan faktor utama yang dapat menghambat penyembuhan fungsi neurologis dan aktivitas sehari-hari pada pasien pasca stroke karena dapat menurunkan kualitas hidup (Abdu et al., 2022).

3. Domain Kualitas Hidup

a. Domain fisik

Ekspresi subjektif individu terhadap gejala fisik yang dialami dan kemampuannya dalam melakukan aktivitas fisik setelah stroke. Indikator dari dimensi fisik yaitu:

1. Mobilitas fisik, gejala yang berhubungan dengan kemampuan melakukan mobilitas setelah menderita stroke.
2. Energy, kemampuan melakukan aktivitas fisik dengan tingkat kecukupan energy yang dimiliki setelah mengalami stroke.
3. Bahasa, kemampuan berkomunikasi secara verbal.
4. Penglihatan, kemampuan melakukan aktivitas fisik dengan menggunakan fungsi penglihatan.
5. Perawatan diri, kemampuan seseorang dalam melakukan perawatan diri seperti mandi, berpakaian, BAB, BAK
6. Motorik halus, kemampuan dalam melakukan aktivitas fisik dengan menggunakan motoric halus seperti mengancing baju, mengencangkan resleting.

b. Dimensi sosial

Ekspresi subjektif seseorang terhadap suatu hubungan dengan keluarga, teman, tetangga maupun Masyarakat disekitarnya serta kemampuan melakukan kegiatan yang bersifat menyenangkan setelah menderita stroke. Indikatornya yaitu:

1. Hubungan sosial dengan kerabat atau teman.

2. Kegiatan Masyarakat, kemampuan seseorang dalam berinteraksi dengan Masyarakat dalam berbagai kegiatan.

c. Dimensi peran

Ekspresi subjektif seseorang terhadap perubahan perannya dalam keluarga misalnya sebagai orang tua atau pencari nafkah bagi keluarga, di mana setelah menderita stroke mengalami perubahan peran dalam keluarga.

d. Dimensi spiritual

1. Penerimaan diri, penerimaan terhadap semua kondisi atau gejala yang terjadi setelah menderita stroke.
2. Kualitas ibadah, pencapaian ibadah yang dilakukan setelah menderita stroke (Dharma, 2018).

D. Pengukuran Kualitas Hidup

Menurut (Fiscarina et al., 2023) kualitas hidup dapat diukur dengan menggunakan instrumen pengukuran kualitas hidup yang telah diuji dengan baik. Dalam mengukur kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan semua domain akan diukur dalam dua dimensi yaitu penilaian objektif dari fungsional atas status kesehatan dan persepsi sehat yang lebih subjektif.

Secara garis besar instrumen untuk mengukur kualitas hidup dapat dibagi menjadi dua macam, yaitu instrumen umum (generic scale) dan instrumen khusus (specific scale). Instrumen umum ialah instrumen yang dipakai untuk mengukur kualitas hidup secara umum pada penderita dengan penyakit kronik. Instrumen ini digunakan untuk menilai secara umum mengenai kemampuan fungsional, ketidakmampuan dan kekuatiran yang timbul akibat penyakit yang

diderita. Salah satu contoh instrumen umum adalah The Medical Outcome Study (MOS) 36-item short-form Health Survey (SF-36).

E. Kuisioner SF-36

SF-36 merupakan sebuah alat survei kesehatan yang dirancang untuk mengevaluasi kualitas hidup, yang mencakup 36 pertanyaan. Alat ini menghasilkan 8 skala fungsional yang mencerminkan profil kesehatan dan skor yang berkaitan dengan kesejahteraan, yang berfokus pada kesehatan fisik maupun mental, serta merupakan kumpulan dari langkah langkah dan preferensi kesehatan yang berbasis pada indeks. Dengan demikian SF-36 menunjukkan efektivitasnya dalam penelitian umum dan populasi tertentu, dalam membandingkan beban penyakit secara relatif serta dalam membedakan keuntungan kesehatan yang diperoleh dari berbagai macam intervensi yang berbeda.

SF-36 merupakan sebuah alat ukur survei yang menilai 8 aspek kesehatan, yaitu: (1) kemampuan fisik, (2) batasan peran akibat kondisi fisik, (3) rasa sakit tubuh, (4) pandangan umum tentang kesehatan, (5) energi, (6) interaksi sosial, (7) batasan peran karena masalah emosional, dan (8) kesejahteraan mental. Hasil pengukuran ini memberikan nilai skala untuk setiap delapan aspek kesehatan serta dua ukuran ringkasan untuk kesehatan fisik dan mental. Rata rata skor kualitas hidup berada pada angka 60; jika nilainya di bawah ini, kualitas hidup dianggap kurang baik, sedangkan skor 100 menunjukkan tingkat kualitas hidup yang sangat tinggi.

Pengukuran kualitas hidup menggunakan SF-36 telah tercatat hampir 5.000 publikasi. Penelitian mereka dimulai pada tahun 1988 dan berlanjut hingga

tahun 2010, tercantum dalam bibliografi alat ukur SF-36 yang terdapat dalam manual pengguna SF-36. Terjemahan SF-36 telah dirilis dan melibatkan peneliti dari 22 negara. Setiap pertanyaan dalam kuisioner yang dipilih juga mencerminkan berbagai indikator operasional kesehatan, termasuk: fungsi dan disfungsi perilaku, kesulitan serta kesejahteraan, dimana jawaban yang bersifat objektif dan subjektif dinilai secara valid dan reliabel dalam menilai kondisi kesejahteraan umum. Informasi yang lengkap tentang sejarah dan perkembangan SF-36, psikometri evaluasi, kajian reliabilitas dan validitas, dan data normatif tersedia dalam SF-36'User manual.

