

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1. Stroke**

##### **2.1.1. Definisi stroke**

Stroke adalah suatu kondisi dimana beberapa sel otak mengalami kematian yang terjadi mendadak yang disebabkan karena kekurangan oksigen pada saat terjadi penyumbatan atau pecahnya pembuluh darah di otak dengan gejala-gejala klinis yang berlangsung 24 jam atau lebih (G.Tsagaankhuu & A.Kuruvilla, 2012). Stroke merupakan kondisi medis darurat sehingga membutuhkan penanganan dengan segera. Peluang kesembuhan stroke akan lebih besar jika tenaga medis memanfaatkan golden periode pada stroke sebaik mungkin dengan penanganan yang cepat dan tepat. Golden periode pada pasien stroke terjadi selama 4,5 jam setelah pasien mengalami gejala stroke (Kemenkes RI, 2018).

##### **2.1.2. Klasifikasi Stroke**

Klasifikasi Stroke berdasarkan patologi stroke dibedakan menjadi 2 jenis yaitu (M. Natsir, 2014):

###### **1. Stroke Iskemik**

Stroke iskemik adalah stroke yang diakibatkan oleh adanya gumpalan darah yang menyumbat pembuluh darah di otak. Kondisi ini menyebabkan suplai oksigen dan nutrisi ke otak terganggu. Stroke iskemik merupakan kondisi gawat darurat, karena dapat menyebabkan kematian sel-sel otak dalam hitungan menit. Penyebab utama stroke iskemik adalah aterosklerosis atau penyempitan pembuluh darah yang disebabkan oleh penumpukan plak. Aterosklerosis dapat menimbulkan dua jenis gumpalan darah, yaitu (M. Natsir, 2014):

- Trombosis, yaitu pembentukan gumpalan darah di salah satu pembuluh darah arteri yang memasok darah ke otak. Gumpalan darah ini bukan berasal dari pembuluh darah lain.
- Emboli, yaitu pembentukan gumpalan darah di organ lain, misalnya jantung atau arteri besar di leher dan dada. Gumpalan darah ini kemudian lepas dan mengalir ke pembuluh darah otak.

## 2. Stroke Hemoragik

Stroke Hemoragik adalah stroke yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah pada suatu area otak. Kondisi ini menyebabkan darah tidak mengalir dalam pembuluh darah otak untuk mengalirkan oksigen ke jaringan otak. Darah tersebut justru akan mengisi ruang ekstrasvaskuler sehingga jaringan otak tidak mendapatkan oksigen yang cukup dan mengalami penekanan dari darah yang mengisi ruang ekstrasvaskuler (M. Natsir, 2014):.

### 1. Perdarahan Intraserebral

Perdarahan ini terjadi akibat pecahnya pembuluh darah arteri di dalam otak. Kondisi ini termasuk jenis stroke hemoragik yang paling sering terjadi.

### 2. Perdarahan Subarachnoid

Perdarahan ini terjadi pada pembuluh darah yang berada di ruang antara otak dan lapisan arachnoid (salah satu selaput pembungkus otak).

### 3. Perdarahan Intraventrikuler

Perdarahan ini terjadi pada pembuluh darah yang berada di permukaan ventrikel otak, sehingga darah yang keluar akan mengisi ventrikel otak. Perdarahan ini sering kali terjadi bersamaan dengan perdarahan intraserebral.

### 2.1.3. Gejala Klinis Stroke

Tanda dan gejala neurologis yang terjadi pada pasien stroke tergantung jenis stroke, berat ringannya gangguan pada pembuluh darah dan lokasi pembuluh darah yang terkena (AHA, 2020). Gejala klinis yang terjadi pada pasien stroke, diantaranya adalah gangguan motorik, gangguan sensorik, gangguan bicara, gangguan berbahasa, ataksia, vertigo, disfagia, diplopia, dan tanda TIK meningkat seperti muntah, kejang, nyeri kepala, diplopia, penurunan kesadaran (Perdossi, 2016). Selain itu, stroke juga dapat menyebabkan kecacatan jangka panjang. Sebagian besar pasien stroke mengalami gejala sisa seperti gangguan hemiplegi, hemiparesis, gangguan bicara dan gejala lainnya. Hemiplegia adalah kondisi saat satu sisi tubuh sulit untuk digerakkan, sedangkan hemiparesis adalah kelamahan satu sisi tubuh namun tidak mengalami kelumpuhan (Teasell, 2022). Untuk membedakan Hemiplegia dan Hemiparesis dapat menggunakan MRC Muscle Power Scale. Hemiplegia berada di grade 0-3, sedangkan Hemiparesis berada di grade 4 – 5 (De Jonghe B, Sharshar T, 2019).

Grade	Clinical significance
0	Flaccid; No evidence of muscle contraction
1	Muscle twitch
2	Side to side movement, movement with gravity eliminated
3	Movement against gravity with no resistance
4*	Movement against gravity with some resistance
5	Normal muscle strength

**Gambar 2. 1** MRC Muscle Power Scale.

#### 2.1.4. Penegakan Diagnosis Stroke

Penegakan diagnosis stroke dapat melalui anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Pedoman merangkum gejala pada pasien stroke menjadi akronim *FAST* (*acial droop, arm weakness, slurred speech and time of onset*) atau *BEFAST* (*loss of balance, eyes disturbance, facial droop, arm weakness, and slurred speech*). Pada pemeriksaan fisik pasien stroke akan didapatkan gangguan gait, paresis pada separuh tubuh, paresis fasial, gangguan penglihatan, disartria dan nistagmus. Pemeriksaan penunjang CT scan, MRI, EKG, USG, dan Ekokardiografi. Membedakan jenis stroke iskemik dan hemoragik dapat dilakukan CT-Scan dan Pengukuran Siriraj Stroke Score (Widiastuti & Nuartha, 2015).

<b>SIRIRAJ STROKE SCORE</b>		
Kesadaran(x2.5)	CM	0
	Mengantuk	1
	Semicoma, coma	2
Muntah (x2)	Tidak	0
	Ya	1
Nyeri kepala (x2)	Tidak	0
	Ya	1
Diastolic blood pressure (x0.1)		
Atheroma (x-3)	Tidak	0
Diabetes, angina, intermittent Claudication	satu atau lebih	1
konstante		-12
<b>Note :</b>		
SSS > 1	=	Stroke Hemoragik
sss -1 S/D 1	=	Ct-scan
SSS <-1	=	Stroke Non Hemoragik

**Gambar 2. 2** Skor Siriraj

### **2.1.5. Tatalaksana Stroke**

#### **1. Tatalaksana Stroke akut (Kemenkes RI, 2013)**

- a. Stabilisasi pasien dengan tindakan ABCDE
- b. Pasang jalur infuse intravena dengan larutan salin normal 0,9 % dengan kecepatan 20 ml/jam, jangan memakai cairan hipotonis seperti dekstrosa 5% dalam air dan salin 0,45%, karena dapat memperhebat edema otak
- c. Berikan oksigen 2-4 liter/menit melalui kanul hidung
- d. Buat rekaman elektrokardiogram (EKG) dan lakukan foto rontgen thoraks
- e. Ambil sampel untuk pemeriksaan darah: pemeriksaan darah perifer lengkap dan trombosit, kimia darah (glukosa, elektrolit, ureum, dan kreatinin), masa protrombin, dan masa tromboplastin parsial
- f. Jika ada indikasi, lakukan tes-tes berikut: kadar alkohol, fungsi hati, gas darah arteri, dan skrining toksikologi
- g. Tegakkan diagnosis berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisis CT-scan atau MRI bila alat tersedia. Bila tidak ada, dengan skor Siriraj untuk menentukan jenis stroke.

#### **2. Tatalaksana Stroke Kronis**

- a. Pada pasien dengan defisiensi faktor koagulasi dan trombositopenia, penatalaksanaan yang dilakukan meliputi pemberian faktor pembekuan atau platelet (Kemenkes RI, 2013).
- b. Pada pasien dengan riwayat pemakaian antikoagulan oral yang mengalami perdarahan yang mengancam nyawa, dalam hal ini misalnya perdarahan intrakranial, direkomendasikan untuk memperbaiki INR secepat mungkin (Kemenkes RI, 2013).

- c. Vitamin K membutuhkan waktu beberapa jam untuk memperbaiki INR, sedangkan FFP memiliki kekurangan berupa peluang timbulnya reaksi alergi, risiko transfusi infeksius, waktu produksi yang lama, serta masalah volume yang diperlukan untuk koreksi (Kemenkes RI, 2013).
- d. Kendalikan hipertensi : Tekanan darah sistolik  $> 180$  mmHg harus diturunkan sampai 150-180 mmHg dengan labetalol (20 mg intravena dalam 2 menit, ulangi 40-80 mg intravena dalam interval 10 menit sampai tekanan yang diinginkan, kemudian infuse 2 mg/menit (120 ml/jam) dan dititrasi atau penghambat ACE (misalnya kaptopril 12,5-25 mg, 2-3 kali sehari) atau antagonis kalsium (misalnya nifedipin oral 4 kali 10 mg) (Kemenkes RI, 2013).

## **2.2.Kualitas hidup pasien stroke**

### **2.2.1. Definisi kualitas hidup**

Kualitas hidup merupakan tingkat kepuasan hidup seseorang pada psikologis, sosial, fisik, aktivitas, materi dan kebutuhan struktural (Jacob & Sandjaya, 2018). Menurut WHO kualitas hidup memiliki beberapa aspek, diantaranya adalah kesejahteraan psikologis, tingkat kemandirian, kesehatan fisik, hubungan dengan lingkungan, hubungan sosial dan spiritual (A. R. Hidayati et al., 2018).

Berdasarkan patogenesisnya stroke dimulai saat terbentuk lesi pada pembuluh darah otak yang menyebabkan adanya gangguan fungsi otak yang umumnya akan mengalami pemulihan namun juga bisa terjadi secara permanen (Billah, 2020). fungsi otak adalah sebagai kontrol dari setiap anggota gerak

manusia, maka ketika fungsi otak mengalami gangguan akan terjadi kecacatan kognitif, sensorik, maupun motorik sehingga kemampuan fungsional terhambat seperti aktivitas gerak, kemampuan berkomunikasi dan berinteraksi sosial (Bariroh et al., 2016).

Stroke mempengaruhi kehidupan pasien dalam berbagai aspek, yaitu fisik, psikologis kognitif dan sosial dan emosional. Kecacatan pada fisik dan mental yang timbul pada pasien stroke menyebabkan kualitas hidup pasien stroke menurun (Larasati & Marlina, 2019). Kualitas hidup merupakan konsep kompleks aspek kehidupan yang berhubungan erat dengan kesehatan fisik, tingkat kemandirian dan kemampuan secara fungsional (K. Hidayati, 2018). Pasien stroke memiliki fungsi fisik yang buruk sehingga memiliki keterbatasan dalam melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri, seperti makan, minum, berinteraksi sosial, melakukan pekerjaan terutama pada usia produktif (Larasati & Marlina, 2019).

### **2.2.2. Faktor yang mempengaruhi kualitas hidup**

Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien stroke, yaitu: (K. Hidayati, 2018)

#### **1. Usia**

Usia memiliki hubungan yang sangat kompleks dengan kualitas hidup. Beberapa hasil penelitian menyatakan bahwa semakin lanjut usia seseorang, semakin menurun fungsi tubuh seseorang. Kualitas hidup pasien usia < 60 tahun akan lebih baik dari pada pasien usia > 60 tahun (Huttami, 2017).

#### **2. Jenis kelamin**

Laki-laki beresiko satu seperempat kali lebih tinggi daripada perempuan. Hal ini disebabkan karena laki-laki cenderung memiliki kebiasaan merokok dan

minum alkohol, sehingga hal ini dapat berpengaruh terhadap kualitas hidup (Athiutama et al., 2021).

### 3. Pendidikan

Tingkat pendidikan pada pasien stroke sangat mempengaruhi kualitas hidup pasien stroke. Hal ini dibuktikan dengan kualitas hidup pasien stroke yang berpendidikan tinggi lebih baik dari pada pasien stroke yang berpendidikan rendah (K. Hidayati, 2018).

### 4. Pekerjaan

Dilihat dari pendapatan rumah tangga, semakin rendah pendapatan yang didapat, maka kualitas hidup akan semakin rendah dan begitu juga sebaliknya (K. Hidayati, 2018).

### 5. Komorbiditas

Kualitas hidup pasien stroke ditentukan juga oleh penyakit penyerta yang dialami pasien. Beberapa penyakit penyerta yang dapat terjadi antara lain hipertensi, diabetes, penyakit jantung dan depresi (K. Hidayati, 2018).

### 6. Status pernikahan

Status pernikahan merupakan jenis dukungan sosial yang diberikan oleh individu terdekat pasien stroke. Pasangan hidup dapat mendorong pasangannya untuk tetap menjalani pengobatan dan memberikan perawatan terbaik untuk pasangannya (Abdu et al., 2022).

### 7. Lama Stroke

Lama stroke akan memberikan dampak pada kemandirian pasien stroke dalam melakukan kegiatan sehari-hari. Pasien stroke akan terbiasa melakukan kegiatan sehari dengan bantuan orang lain (Sriadi et al., 2020).

### 2.2.3. Skala Stroke Specific Quality of Life (SS-QOL)

Skala *Stroke-Specific Quality of Life* (SS-QOL) adalah skala yang secara klinis dan spesifik dapat mengukur kualitas hidup pasien stroke. Alat ukur kualitas hidup *Stroke-Specific Quality of Life* (SS-QOL) dikembangkan oleh William pada tahun 1999 (Williams et al., 1999). *Stroke-Specific Quality of Life* (SS-QOL) telah diterjemahkan oleh Kusumaningrum pada tahun 2016 dan telah dilakukan uji validitas dengan hasil rata-rata  $r = 0,723$  dengan  $r$  tabel 0,296 yang menunjukkan bahwa kuesioner *Stroke-Specific Quality of Life* (SS-QOL) bersifat valid (Kusumaningrum, 2016). Selain uji validitas *Stroke-Specific Quality of Life* (SS-QOL) juga sudah dilakukan uji reliabilitas dengan hasil uji didapatkan nilai *Cronbach's Alpha* = 0,948 yang menunjukkan bahwa kuesioner *Stroke-Specific Quality of Life* (SS-QOL) bersifat reliable (Kusumaningrum, 2016). Total skor yaitu dari 49-245. Cara menghitung skor akhir membagi skor pasien dengan skor total lalu di kali 100%. Kualitas hidup dikatakan baik apabila memiliki skor lebih dari 63% dari skor maksimal, dan dikatakan buruk jika skor kurang dari 63% dari skor maksimal (K. Hidayati, 2018).

Domain pengukuran kualitas hidup menggunakan *Stroke-Specific Quality of Life* (SS-QOL) terdiri dari 12 domain, yaitu

1. Energi

Pasien stroke mengalami kelemahan yang dapat membatasi pasien dalam beraktivitas di kehidupan sehari-hari seperti berjalan, berpakaian dan aktivitas lainnya (Williams et al., 1999).

2. Fungsi ekstremitas

Pasien stroke mengalami gangguan fungsi otak yang akan menyebabkan kecacatan kognitif, sensorik, maupun motorik sehingga kemampuan fungsional terhambat seperti aktivitas gerak (Bariroh et al., 2016).

### 3. Produktivitas

Kecacatan kognitif, sensorik, maupun motorik yang dialami pasien stroke menyebabkan pasien tidak dapat melakukan aktivitas seperti secara normal, pasien stroke akan banyak menghabiskan waktu di tempat tidur dan di kamar (Williams et al., 1999).

### 4. Mobilitas

Gangguan fungsi motorik yang dialami pasien stroke menyebabkan pergerakan pasien stroke terbatas. Aktivitas seperti makan, minum, buang air besar dan buang air kecil ke toilet juga terkadang sulit dilakukan (K. Hidayati, 2018).

### 5. Suasana hati

Dampak pasca stroke menyebabkan pasien stroke merasa sedih karena kehilangan peran dalam keluarganya (Kusumaningrum, 2016).

### 6. Perawatan diri

Kecacatan dan kelemahan yang dialami pasien stroke menyebabkan pasien stroke kesulitan untuk merawat diri. Pasien stroke memerlukan bantuan untuk mandi, berpakaian, makan, minum, dan lain-lain (Guanabara et al., 2018).

### 7. Peran sosial

Pasien stroke mengalami gangguan berbicara sehingga pasien kesulitan dalam bersosialisasi dengan orang sekitar. Pasien stroke cenderung menutup diri dari lingkungan sosial karena mereka malu pada kondisi tubuhnya (Mahmoodi et al., 2015).

## 8. Peran keluarga

Kecacatan pada pasien stroke menyebabkan pasien stroke ketergantungan saat beraktivitas sehari-hari. Keluarga adalah unit terdekat yang berperan penting dalam membantu pasien stroke untuk merawat diri, berobat dan menjalani masa rehabilitasi (Bariroh et al., 2016).

## 9. Penglihatan

Gangguan sensorik yang dialami pasien stroke menyebabkan penglihatan pasien stroke menurun (Williams et al., 1999)..

## 10. Kemampuan berkomunikasi

Dampak pasca stroke juga dapat menyebabkan kesulitan dalam berkomunikasi (Williams et al., 1999).

## 11. Kemampuan kognitif.

Gangguan kognitif yang dialami pasien stroke menyebabkan pasien stroke kesulitan mengingat (Hunaifi & Pujiarohman, 2019).

## 12. Kepribadian.

Gangguan yang dialami pasien stroke menyebabkan pasien stroke cenderung menutup diri, pasien stroke mengalami keterbatasan dalam bersosialisasi dengan orang lain (Hunaifi & Pujiarohman, 2019).

## 2.3. Dukungan keluarga

### 2.3.1. Definisi dukungan keluarga

Dukungan keluarga adalah sikap, serta tindakan dan penerimaan pada tiap anggota keluarganya. Keluarga berfungsi sebagai *supporter* ketika anggota di keluarganya memerlukan bantuan. Salah satu peranan keluarga terhadap pasien

stroke adalah memberikan dorongan dan motivasi yang kuat agar pasien lekas kembali pulih dan meminimalisir komplikasi (Rahman et al., 2017). Dukungan keluarga dapat membantu mengurangi rasa kebingungan pada awal terjadinya serangan stroke, dapat meningkatkan perilaku coping sehingga lebih memudahkan pasien untuk beradaptasi dengan keterbatasan dan disabilitas akibat stroke (K. Hidayati, 2018).

### **2.3.2. Jenis dukungan anggota keluarga**

Kuisisioner dukungan keluarga dari Friedman telah dilakukan uji validitas, dimana nilai  $r$  hitung lebih besar dari  $r$  tabel sehingga semua item pada kuisisioner dinyatakan valid. Terdapat 4 jenis dukungan keluarga, yaitu (Friedman, 2013):

#### **1. Dukungan emosional**

Dukungan emosional dapat ditunjukkan dengan memberi perhatian, simpati dan kasih sayang. Dukungan emosional kepada keluarga memberikan perlindungan psikososial serta dukungan terhadap anggota keluarga. Contoh dukungan emosional antara lain dengan selalu mendengarkan keluhan-keluhan yang diungkapkan pasien, menghibur saat pasien sedih dan mengungkapkan rasa sayangnya dengan perkataan maupun perbuatan (Wurtiningsih, 2013).

#### **2. Dukungan penghargaan**

Dukungan penghargaan merupakan umpan balik terhadap apa yang sudah pasien lakukan. Dukungan penghargaan ditunjukkan dengan keluarga selalu memberikan pujian atau apresiasi apabila pasien stroke mengalami kemajuan, memberikan semangat dan tetap meminta pendapat kepada penderita atas

pemecahan masalah keluarga sehingga pasien tetap merasa dihargai (Hanum & Lubis, 2017).

### 3. Dukungan informasi

Dukungan informasional adalah bentuk tanggung jawab bersama termasuk dalam memberikan solusi, nasehat, dan informasi penting yang dibutuhkan oleh pasien dalam proses penyembuhan. Pasien mendapatkan dukungan informasional yang baik karena, saat ini sangat mudah untuk mengakses informasi mengenai suatu penyakit dari dokter, perawat, terapi, media cetak dan media sosial. keluarga pasien mengingatkan pasien untuk kontrol ke rumah sakit. Selain itu, keluarga pasien stroke memberikan nasehat tentang makanan dan gaya hidup yang bisa memicu terjadinya stroke, memberikan informasi upaya penyembuhan (Chlista, 2021).

### 4. Dukungan instrumental

Dukungan instrumental misalnya keluarga menjalankan fungsi pelayanan kesehatan dan ekonomi keluarga dengan baik. Fungsi perawatan kesehatan seperti menyediakan kebutuhan sehari-hari seperti makan, pakaian, tempat istirahat yang nyaman dan membantu pasien minum obat. Fungsi ekonomi keluarga berupa penyediaan finansial yang cukup untuk perawatan dan pengobatan (Darliana, 2016).

## **2.4. Hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien stroke**

Pasien stroke memiliki fungsi fisik yang buruk sehingga memiliki keterbatasan dalam melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri, seperti makan, minum, berinteraksi sosial melakukan pekerjaan terutama pada usia produktif. Hal tersebut

yang membuat kualitas hidup pasien stroke menurun (Larasati & Marlina, 2019). Stroke tidak hanya berdampak pada pasien stroke, namun juga memberikan dampak pada keluarga pasien stroke. Di Brazil, penelitian tentang kualitas hidup pasien stroke sudah banyak dilakukan, didapatkan banyak keluarga yang belum siap menerima anggota keluarganya yang mengalami kecacatan fisik, perubahan emosional serta keterbatasan sosial (Ramos-Lima et al., 2018). Hal ini membuat pasien stroke tidak memiliki semangat untuk bangkit dari penyakitnya. Pasien stroke yang hidup bersama keluarga dan mendapat dukungan keluarga yang baik mempunyai peluang tinggi dalam mempertahankan hidupnya dibandingkan pasien stroke yang hidup sendirian tanpa adanya keluarga. Dukungan keluarga yang adekuat dapat menurunkan angka mortalitas dan morbiditas, mempercepat penyembuhan fungsi fisik, kognitif, dan emosional dari pasien stroke (Octaviani, 2017).

