

BAB II LANDASAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Stroke Iskemik

1. Pengertian

Stroke non hemoragik merupakan proses terjadinya iskemia akibat emboli dan trombosis serebral biasanya terjadi setelah lama beristirahat, baru bangun tidur atau di pagi hari dan tidak terjadi perdarahan. Namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat timbul edema sekunder (Muttaqin, 2013). Stroke non hemoragik adalah tanda klinis disfungsi atau kerusakan jaringan otak yang disebabkan kurangnya aliran darah ke otak sehingga mengganggu kebutuhan darah dan oksigen di jaringan otak (Price & Wilson, 2013). Stroke non hemoragik yaitu tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti. Tidak terjadi perdarahan namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat timbul edema sekunder (Wijaya & Putri, 2013).

Berdasarkan beberapa definisi di atas dapat disimpulkan bahwa stroke iskemik adalah kondisi iskemia pada jaringan otak akibat kurangnya aliran darah ke otak dan selanjutnya menimbulkan edema sekunder.

2. Klasifikasi

Nurarif & Kusuma (2015) membagi stroke iskemik menjadi 3 bagian, yaitu sebagai berikut:

- a. Stroke trombotik adalah proses terbentuknya trombus yang membuat penggumpalan.
- b. Stroke embolik adalah tertutupnya pembuluh darah arteri oleh gelembung darah.
- c. Hipoperfusi sistemik adalah berkurangnya aliran darah ke saluran bagian tubuh karena terdapat gangguan denyut jantung.

3. Etiologi

Muttaqin (2013) menyatakan stroke iskemik dapat disebabkan oleh 5 (lima) hal, yaitu:

a. Thrombosis Cerebral.

Thrombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemi jaringan otak yang dapat menimbulkan oedema dan kongesti di sekitarnya. Thrombosis biasanya terjadi pada orang tua yang sedang tidur atau bangun tidur. Hal ini dapat terjadi karena penurunan aktivitas simpatis dan penurunan tekanan darah yang dapat menyebabkan iskemi serebral. Tanda dan gejala neurologis seringkali memburuk pada 48 jam setelah thrombosis.

b. Emboli serebral

Emboli serebral merupakan penyumbatan pembuluh darah otak oleh bekuan darah, lemak dan udara. Pada umumnya emboli berasal dari thrombus di jantung yang terlepas dan menyumbat sistem arteri serebral. Emboli tersebut berlangsung cepat dan gejala timbul kurang dari 10-30 detik.

c. Perdarahan intrakranial atau intraserebral

Perdarahan intracranial termasuk perdarahan dalam ruang subarachnoid atau ke dalam jaringan otak sendiri. Perdarahan ini dapat terjadi karena atherosklerosis dan hipertensi. Akibat pecahnya pembuluh darah otak menyebabkan perembesan darah ke dalam parenkim otak yang dapat mengakibatkan penekanan, pergeseran dan pemisahan jaringan otak yang berdekatan, sehingga otak akan membengkak, jaringan otak tertekan, sehingga terjadi infark otak, oedema, dan mungkin herniasi otak.

d. Hipoksia Umum

Hipertensi yang parah, *Cardiac Pulmonary Arrest*, *Cardiac output* turun akibat aritmia.

e. Hipoksia setempat

Spasme arteri serebral yang disertai perdarahan subarachnoid, Vasokonstriksi arteri otak disertai sakit kepala migrain.

4. Faktor Risiko

Faktor risiko terjadinya stroke non hemoragik, antara lain Hipertensi, diabetes mellitus (DM), hiperkolesterol, merokok, konsumsi alkohol, Atrial fibrillation dan faktor risiko lainnya seperti Obesitas: (Muttaqin, 2013; Hisni et al., 2022)

a. Hipertensi

Hipertensi merupakan factor resiko yang berpotensi, karena hipertensi dapat menyebabkan pecahnya pembuluh darah maupun penyempitan pada pembuluh darah yang menuju otak, jika aliran darah yang menuju otak terganggu maka sel-sel otak akan mengalami kematian.

b. Diabetes Militus

Diabetes militus ini dapat menebalkan dinding pembuluh darah yang sangat berukuran besar, jika pembuluh darah mengalami penyempitan maka akan mengganggu kelancaran aliran darah yang menuju otak yang kemudian akan menyebabkan infark pada sel-sel.

c. Penyakit Jantung

Berbagai jenis penyakit jantung berpotensi besar menimbulkan stroke, factor resiko ini akan menyebabkan hambatan sumbatan pada aliran darah yang menuju otak karena jantung melepas gumpalan darah ataupun sel-sel jaringan yang telah mati ke dalam aliran darah.

d. Obesitas/kegemukan

Obesitas merupakan faktor resiko terjadinya penyakit jantung, akibat kadar lemak yang cukup tinggi yang menyebabkan peningkatan kerja jantung dalam memompa darah.

e. Merokok

Merupakan faktor utama dapat terjadinya infark jantung, dikarenakan pengentalan darah yang terjadi pada perokok.

5. Patofisiologi

Menurut Muttaqin (2013) Infark serebral adalah berkurangnya suplai darah ke area tertentu di otak. Luasnya infark tergantung pada faktor-faktor seperti lokasi dan besarnya pembuluh darah dan adekuatnya sirkulasi kolateral terhadap area yang disuplai oleh pembuluh darah yang tersumbat. Suplai darah ke otak dapat berubah (makin lambat atau cepat) pada gangguan lokal (trombus, emboli, perdarahan, dan spasme vaskular) atau karena gangguan umum (hipoksia karena gangguan pant dan jantung). Aterosklerosis sering sebagai faktor penyebab infark pada otak. Trombus dapat berasal dari plak arteriosklerotik, atau darah dapat beku pada area yang stenosis, tempat aliran darah mengalami pelambatan atau terjadi turbulensi.

Trombus dapat pecah dari dinding pembuluh darah terbawa sebagai emboli dalam aliran darah. Trombus mengakibatkan iskemia jaringan otak yang disuplai oleh pembuluh darah yang bersangkutan dan edema dan kongesti di sekitar area. Area edema ini menyebabkan disfungsi yang lebih besar daripada area infark itu sendiri. Edema dapat berkurang dalam beberapa jam atau kadang-kadang sesudah beberapa hari. Dengan berkurangnya edema klien mulai menunjukkan perbaikan. Oleh karena trombosis biasanya tidak fatal,, jika tidak terjadi perdarahan masif. Oklusi pada pembuluh darah serebral oleh embolus menyebabkan edema dan nekrosis diikuti trombosis. Jika terjadi septik infeksi akan meluas pada dinding pembuluh darah maka akan terjadi abses atau ensefalitis, atau jika sisa infeksi berada pada pembuluh darah yang tersumbat yang menyebabkan dilatasi aneurisma pembuluh darah. Hal ini akan menyebabkan perdarahan serebral, jika aneurisma pecah atau *rupture* (Muttaqin, 2013).

Hipertensi kronik juga menjadi salah satu penyebab utama, pembuluh arteriona mengalami perubahan patologi di mana dinding pembuluh darah tersebut berupa hipohialinosis, nekrosis fibrinoid serta timbulnya aneurisme tipe *bouchard*. Arterional-arterional yang terdapat dari cabang - cabang *lentikulostriate*, cabang ini menembus ke arteriostalamus dan bercabang-cabang ke paramedian arteria vertebra-basilar yang kemudian mengalami perubahan-

perubahan degeneratif yang sama. kenaikan tekanan darah yang “*abrupt*” atau mengalami kenaikan dalam jumlah yang sangat mencolok hal tersebut dapat mengedukasi pecahnya pembuluh darah terutama terjadi pada pagi hari dan juga sore hari. Jika pembuluh darah pecah, maka akan berlanjut samapai 6 jam dan apabila volumenya besar dapat merusak struktur anatomi otak dan tentunya akan menimbulkan gejala klinik (Nurarif & Kusuma, 2015).

Kematian dapat disebabkan oleh kompresi batang otak, hemisfer otak, dan perdarahan batang otak sekunder atau ekstensi perdarahan ke batang otak. Perembesan darah ke ventrikel otak terjadi pada sepertiga kasus perdarahan otak di nukleus kaudatus, talamus, dan pons. Jika sirkulasi serebral terhambat, dapat berkembang anoksia serebral: Perubahan yang disebabkan oleh anoksia serebral dapat *reversibel* untuk waktu 4-6 menit. Perubahan *ireversibel* jika anoksia lebih dari 10 menit. Anoksia serebral dapat terjadi oleh karena gangguan yang bervariasi salah satunya henti jantung (Muttaqin, 2013).

6. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis stroke antara lain, secara tiba-tiba seseorang akan mengalami kelumpuhan pada separuh badannya dan mengalami kelemahan; tiba-tiba seseorang akan kehilangan rasa peka pada dirinya; seseorang akan mengalami kesulitan untuk berbicara (cedal dan pelo); sering kali pasien akan mengalami gangguan pada saat bicara dan bahasa; mengalami gangguan penglihatan; seseorang yang telah terkena stroke akan mengalami perubahan pada bentuk mulutnya yang berubah menjadi mencong atau tidak bisa simetris lagi; gangguan daya ingat juga mulai berkurang dan bisa saja hilang; mengalami nyeri kepala yang sangat hebat; vertigo; mengalami penurunan kesadaran; proses kencing akan mengalami gangguan; gangguan pada bagian fungsi di dalam otak (Muttaqin, 2013).

Perubahan emosional seperti cemas dan depresi dapat terjadi pada pasien stroke, hal ini disebabkan oleh; a) kerusakan bagian otak yang mengatur emosi, sehingga menyebabkan gangguan emosi dan depresi; b) faktor psikologis terutama disebabkan oleh berbagai perubahan seperti perubahan penampilan tubuh, tidak dapat melakukan kegiatan rutin, perubahan peran.

Perubahan yang terjadi secara mendadak menyebabkan tekanan psikis yang besar bagi pasien (Dharma, 2012). Sebagai kondisi neurologis yang kompleks, stroke mempengaruhi kualitas hidup seseorang, dan berdampak buruk pada kesehatan fisik, psikologis, ekonomi, kesejahteraan sosial, hilangnya rasa identitas diri, dan kemandirian (Skoglund et al., 2019; Win et al., 2021).

Wahyuni & Dewi (2018) menyatakan, disfungsi pada pasien stroke dapat menimbulkan pengaruh secara psikologis maupun sosial pada pasien, seperti timbulnya perasaan rendah diri, perasaan tidak beruntung, perasaan ingin memperoleh kembali kemampuan yang menurun, perasaan berduka, cemas dan putus asa. Selain itu stroke juga berdampak terhadap aktivitas seseorang karena kejadian seperti kelumpuhan, kecacatan, gangguan komunikasi, gangguan emosi, nyeri, gangguan tidur, depresi, dan disfagia.

7. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Tarwoto et al., (2013) pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan dalam menegakkan diagnosis stroke adalah sebagai berikut:

a. Angiografi serebri

Suatu proses dengan menggunakan sinar-X terhadap sirkulasi serebri setelah zat kontras disuntikan ke dalam arteri yang di pilih. Juga di gunakan untuk menyelidiki penyakit vascular, aneurisme, dan *malformasi* arteriovena dilakukan sebelum klien menjalani kraniotomi sehingga arteri dan vena serebri terlihat dan untuk menentukan letak, ukuran, dan proses patologis. Angiografi serebri merupakan pilihan terakhir bila dengan pemeriksaan CT scan dan MRI diagnosis masih belum bisa di tegakkan.

b. *Magnetic Resonance Imaging* (MRI)

MRI mampu mendeteksi berbagai kelainan otak dan pembuluh darah otak yang sangat kecil yang tak mungkin dijangkau CT-Scan. Juga dapat menentukan daerah-daerah mana saja yang rusak oleh stroke iskemik.

c. USG Dopler

Untuk mengidentifikasi adanya penyakit arteriovena (masalah sistem karotis).

d. *Computerized Tomography Scanning* (CT-Scan)

CT-Scan memanfaatkan sinar-X untuk mengambil gambar otak dan kepala. Sinar-X diserap secara berbeda-beda oleh beberapa bagian tubuh. Dari situ nanti akan tergambar jaringan lunak, tulang, pembuluh darah, dan jaringan otak.

e. *Cerebral Angiography*

Peralatan ini dimanfaatkan untuk memindai aliran darah yang melewati pembuluh darah otak. Angiography dilakukan dengan cara memasukkan kateter ke dalam tubuh. Di dalam kateter itu disuntikan cairan kontras ke dalam pembuluh darah arteri di leher maupun lipat paha. Cairan kontras bertujuan memberikan jalan sekaligus memberikan “lampu penerangan” bagi kateter. Kemudian sinar-X akan mengikuti gambar yang diarahkan oleh cairan kontras itu melalui pembuluh darah.

8. Penatalaksanaan

Smeltzer & Bare, (2015) membagi penatalaksanaan pada stroke menjadi dua, yaitu:

a. Penatalaksanaan Keperawatan

1) Penatalaksanaan pada fase akut:

- a) Fase akut biasanya berakhir 48-72 jam. Prioritas pada fase ini mempertahankan jalan napas dan ventilasi.
- b) Pasien ditempatkan pada posisi lateral atau semi telungkup dengan kepala tempat tidur agak ditinggikan sampai tekanan vena serebral berkurang.
- c) Intubasi endotrakeal dan ventilasi mekanik perlu untuk pasien dengan stroke masif, karena henti pernapasan biasanya faktor yang mengancam kehidupan pada situasi ini.
- d) Pasien dipantau untuk adanya komplikasi pulmonal (aspirasi, atelektasis, pneumonia) yang mungkin berkaitan dengan kehilangan refleks jalan napas, imobilitas dan hipoventilasi.
- e) Jantung diperiksa untuk abnormalitas dalam ukuran dan irama serta tanda dan gejala jantung kongestif.

- 2) Penatalaksanaan pada fase pasca akut
 - a) Mengatur posisi kepala dan badan atas setinggi 20-30 derajat, posisi miring jika muntah dan boleh dilakukan mobilitas secara bertahap jika hemodinamik stabil.
 - b) Memonitor tanda-tanda vital diusahakan dalam keadaan tetap stabil dan normal.
 - c) Menganjurkan pasien untuk tetap bedrest.
 - d) Menjaga keseimbangan cairan dan elektrolit. Berikan cairan intravena berupa koloid dan hindari penggunaan cairan glukosa murni atau cairan hipotonik.
 - e) Hindari kenaikan suhu tubuh, batuk, konstipasi dan suction secara berlebihan yang dapat meningkatkan tekanan intrakranial.
 - f) Nutrisi peroral hanya diberikan jika fungsi menelan baik dan jika kesadaran menurun atau tidak sadar segera pasang NGT.
 - g) Bila penderita tidak mampu menggunakan anggota gerak, gerakkan tiap anggota gerak secara pasif seluas anggota gerakannya atau latih ROM pasif.
 - h) Berikan pengaman di tempat tidur untuk mencegah pasien jatuh.
 - i) Perbaiki mobilitas dan mencegah deformitas
- b. Penatalaksanaan Medis
 - 1) Diuretik untuk menurunkan edema serebral, yang mencapai tingkatan maksimum 3 sampai 5 hari setelah infark serebral.
 - 2) Antikoagulan untuk mencegah terjadinya atau memberatnya thrombosis dan embolisasi dari tempat lain dan sistem kardiovaskular.
 - 3) Medikasi anti trombotik karena trombotik memainkan peran sangat penting dalam pembentukan trombus dan embolisasi.
 - 4) Antibiotik untuk menghancurkan trombus.
 - 5) Penangan suprotif imun
 - 6) Memberikan pemeliharaan jalan napas dan ventilasi yang adekuat.
 - 7) Memberikan volume darah dan tekanan darah yang adekuat.
 - 8) Koresi jantung gangguan antara lain gagal jantung atau aritmia.

- 9) Meningkatkan aliran darah serebral (dilakukan pada stroke non hemeragik).
- 10) Evaluasi tekanan darah.
- 11) Melakukan intervensi bedah.

9. Komplikasi

Komplikasi stroke meliputi hipoksia serebral, penurunan aliran darah serebral dan luasnya area cedera yang dapat mengakibatkan perubahan pada aliran darah serebral sehingga ketersediaan oksigen ke otak menjadi berkurang dan akan menimbulkan kematian jaringan otak (Bararah & Jauhar, 2013).

B. Konsep Dasar Kualitas Hidup

1. Pengertian

Kualitas hidup diartikan sebagai persepsi individu mengenai posisi mereka dalam kehidupan dalam konteks budaya dan sistem nilai di mana mereka hidup dan dalam kaitannya dengan tujuan, harapan, standard, dan perhatian mereka (Nursalam, 2015). Kualitas hidup adalah tingkat kepuasan atau ketidapuasan yang dirasakan seseorang tentang berbagai aspek dalam kehidupannya. Kualitas hidup termasuk kemandirian, privasi, pilihan, penghargaan dan kebebasan bertindak (Ekasari, dkk., 2019). Kualitas hidup merupakan hal yang dapat digunakan dalam bidang pelayanan Kesehatan untuk menganalisis emosional seseorang, faktor sosial, dan kemampuan untuk memenuhi tuntutan kegiatan dalam kehidupan secara normal dan dampak sakit dapat berpotensi untuk menurunkan kualitas hidup terkait Kesehatan (Fryer et al., 2016).

Dari beberapa definisi di atas dapat disimpulkan bahwa kualitas hidup adalah persepsi individu terhadap kepuasan fisik, sosial, dan emosional yang dimilikinya.

2. Dimensi Kualitas Hidup

Wiliyanarti (2021) membagi 4 (empat) dimensi kualitas hidup, yaitu sebagai berikut:

- a. Dimensi kesehatan fisik

- 1) Aktivitas sehari-hari
 - 2) Ketergantungan pada obat-obatan dan bantuan medis
 - 3) Energi dan kelelahan
 - 4) Mobilitas
 - 5) Sakit dan ketidaknyamanan
 - 6) Tidur dan istirahat
 - 7) Kapasitas kerja
- b. Dimensi kesejahteraan psikologis
- 1) *Body image* dan *appearance*
 - 2) Perasaan negatif
 - 3) Perasaan positif
 - 4) *Self-esteem*
 - 5) Berpikir, belajar, memori dan konsentrasi
- c. Dimensi hubungan sosial
- 1) Relasi personal
 - 2) Dukungan sosial
 - 3) Aktivitas seksual
- d. Dimensi hubungan dengan lingkungan
- 1) Sumber finansial
 - 2) *Freedom, physical safety* dan *security*
 - 3) Perawatan kesehatan
 - 4) Lingkungan rumah
 - 5) Kesempatan untuk mendapatkan berbagai informasi baru dan keterampilan
 - 6) Partisipasi dan kesempatan untuk melakukan rekreasi atau kegiatan yang menyenangkan
 - 7) Lingkungan fisik tempat tinggal
 - 8) Transportasi

3. Komponen Kualitas Hidup

Komponen kualitas hidup menurut WHO (2012) yang disebut WHOQOL-BREF sebagai berikut:

- a. Kesehatan fisik: aktivitas kehidupan sehari-hari, ketergantungan terhadap obat-obatan dan bantuan medis, energi dan kelelahan, mobilitas, nyeri dan tidak nyaman, tidur dan istirahat serta kapasitas kerja.
- b. Kesehatan psikologis: citra tubuh dan penampilan, perasaan negative, perasaan positif, harga diri spiritualitas/agama/keyakinan personal, berpikir, belajar, memori dan konsentrasi.
- c. Hubungan sosial mencakup: hubungan personal, dukungan sosial dan aktivitas seksual.
- d. Lingkungan: sumber finansial, kebebasan, keamanan fisik, pelayanan kesehatan dan sosial, lingkungan rumah, kesempatan memperoleh informasi dan keterampilan baru, partisipasi dan rekreasi, lingkungan fisik dan transportasi.

Menurut (Silva et al., 2014) penilaian kualitas hidup menggunakan instrumen WHOQOL-BREFF dibagi menjadi 2 (dua) kategori, yaitu:

- a. Kualitas hidup baik, jika skor ≥ 60 .
- b. Kualitas hidup buruk, jika skor < 60 .

4. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup

Terdapat beberapa faktor yang dapat mempengaruhi kualitas hidup manusia, yaitu: (Faried et al., 2018; Ardiani et al., 2019)

a. Jenis Kelamin

Hormon pada perempuan usia lanjut produktif, yaitu hormone estrogen mempunyai peran sebagai pelindung, sehingga menyebabkan angka harapan hidup perempuan lebih tinggi daripada laki-laki. Sedangkan pada laki-laki peran estrogen sangat sedikit, dan juga mempunyai beban kerja fisik yang lebih berat ditambah dengan perilaku merokok dan kebiasaan makan yang kurang berimbang.

b. Status Perkawinan

Individu yang menikah memiliki kualitas hidup yang lebih tinggi daripada individu yang tidak menikah ataupun bercerai. Terdapat perbedaan kualitas hidup antara individu yang tidak menikah, individu bercerai ataupun janda, dan individu yang menikah atau kohabitasi. Dan baik pada

pria maupun wanita, individu dengan status menikah atau kohibitasi memiliki kualitas hidup yang lebih tinggi.

c. Pekerjaan

Pekerjaan sebagai salah satu faktor demografi yang penting mempengaruhi kebahagiaan dibandingkan faktor demografi lain. Pekerjaan menjadi hal yang utama karena pekerjaan memberikan aktivitas yang menghabiskan sepertiga waktu individu (8 jam perhari), di mana waktu ini setara dengan waktu yang dihabiskan individu untuk tidur dan melakukan berbagai aktivitas lainnya (Jacob & Sandjaya, 2018).

d. Usia

Usia adalah salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup. Menemukan adanya perbedaan yang terkait dengan usia dalam aspek-aspek kehidupan yang penting bagi individu. Penuaan akan memberikan dampak penurunan kualitas hidup lansia. Menurut Ćwirlej-Sozańska et al., (2018) kualitas hidup akan menurun dengan penambahan usia dan disertai dengan penyakit kronis yang diderita. Ketika usia mencapai 55 tahun risiko terserang stroke meningkat hingga dua kali lipat setiap usia bertambah 10 tahun. Data menunjukkan bahwa dua dari tiga kasus stroke terjadi pada penderita yang berusia lebih dari 65 tahun (Lingga, 2013).

e. Pendapatan

Pendapatan yang rendah akan berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan maupun pencegahan. Selain itu, pendapatan juga memiliki peranan penting dalam menentukan kualitas hidup seseorang karena seseorang yang memiliki pendapatan lebih dapat memenuhi kebutuhan eksternal (sandang, pangan) maupun persepsinya sehingga secara tidak langsung kualitas hidup seseorang akan lebih baik (Londa et al., 2017).

f. Pendidikan

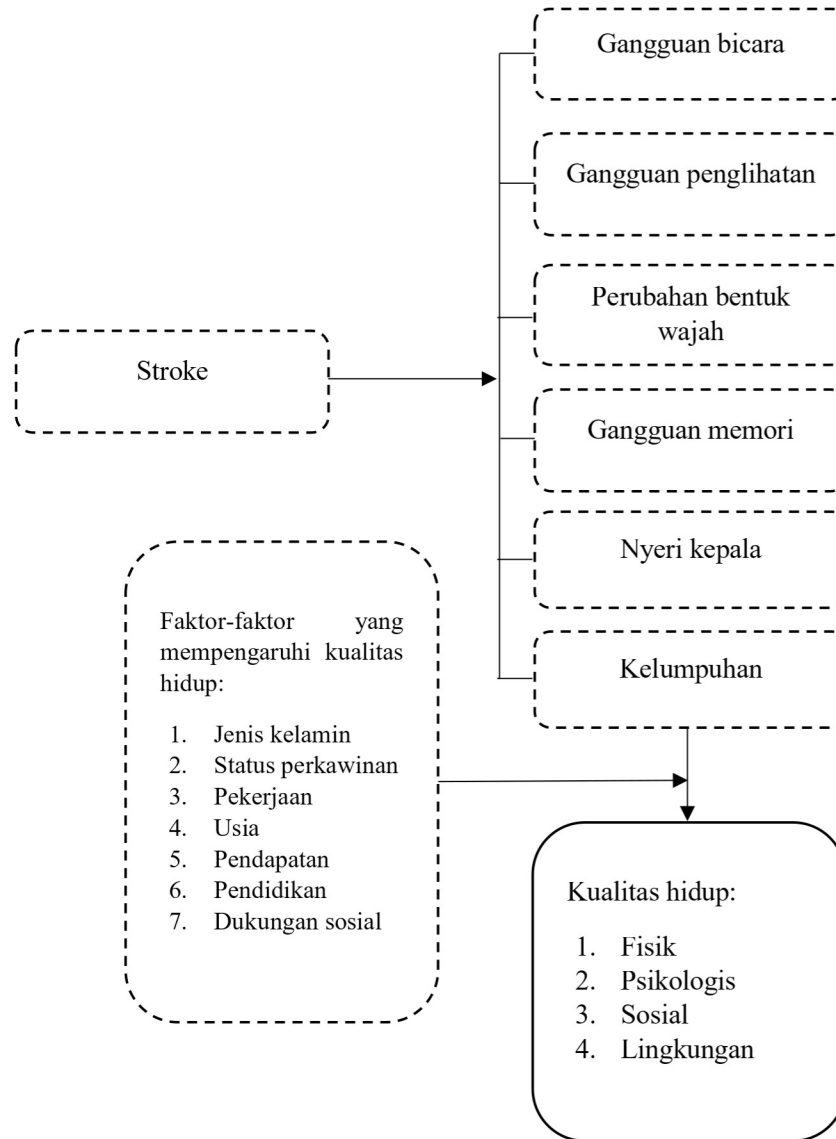
Pendidikan juga menjadi faktor kualitas hidup, hal ini terjadi karena individu yang memiliki pendidikan yang rendah akan merasa tidak percaya diri dan merasa bahwa dirinya tidak berguna. Suparti & Solikhah (2016),

individu yang memiliki pendidikan lebih tinggi akan mempunyai pengetahuan yang lebih luas juga memungkinkan seseorang dapat mengontrol dirinya dalam mengatasi masalah yang dihadapi, sehingga dapat membantu individu tersebut dalam membuat keputusan.

g. Dukungan Sosial

Dukungan Sosial adalah informasi atau umpan balik dari orang lain yang menunjukkan bahwa seseorang dicintai dan diperhatikan, dihargai, dan dihormati, dan dilibatkan dalam jaringan komunikasi dan kewajiban yang timbal balik. Jacob & Sandjaya (2018) menyatakan bahwa hubungan sosial mencakup relasi personal, dukungan sosial dan aktivitas sosial. Relasi personal merupakan hubungan individu dengan orang lain. Dukungan sosial yaitu menggambarkan adanya bantuan yang didapatkan oleh individu yang berasal dari lingkungan sekitarnya.

C. KERANGKA TEORI



Skema 2.1 Kerangka Teori

(Price & Wilson, 2013; Muttaqin, 2013; Faried et al., 2018; Ardiani et al., 2019; WHO, 2012)

Keterangan:

————— : Diteliti

----- : Tidak Diteliti