

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Stroke

1. Definisi stroke

Stroke merupakan penyakit yang berhubungan dengan defisit neurologis akibat cedera fokal atau global akut yang terjadi di sistem saraf pusat (SSP), hal ini disebabkan oleh adanya gangguan pada pembuluh yang mengalirkan darah ke otak, termasuk perdarahan yang terjadi pada daerah *subarachnoid* (SAH), perdarahan daerah *intracerebral* (ICH), dan infark cerebral (Sacco *et al.*, 2013). Stroke atau yang biasa disebut *brain attack* terjadi akibat aliran darah yang terputus sehingga nutrisi dan oksigen tidak bisa disalurkan ke otak, hal ini mengakibatkan terjadinya kematian sel-sel otak yang akan mempengaruhi fungsi tubuh (*State of the nation*, 2018). Stroke terjadi akibat gangguan fungsi syaraf lokal dan atau global pada otak yang progresif, muncul secara mendadak, dan cepat. Gangguan tersebut diakibatkan karena terganggunya peredaran darah pada otak non traumatik yang terjadi selama lebih dari 24 jam. Sebuah gangguan dapat didefinisikan sebagai stroke apabila sebelumnya pernah didiagnosis oleh tenaga kesehatan atau belum pernah didiagnosis akan tetapi sebelumnya pernah mengalami gejala kelumpuhan pada satu sisi tubuh yang terjadi secara mendadak atau kelumpuhan satu sisi tubuh yang terjadi bersamaan dengan baal atau kesemutan satu sisi tubuh, kesulitan dalam berkomunikasi atau berbicara pelo atau tidak bisa memahami

pembicaraan atau mulut tidak dalam posisi yang seharusnya (mulut mencong) tanpa disertai kelumpuhan pada otot mata (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI, 2013).

2. Klasifikasi stroke

Berdasarkan kelainan patologisnya, stroke dapat diklasifikasikan menjadi dua jenis, yaitu:

a. Stroke iskemik

Lebih dari 70% kasus stroke yang terjadi merupakan stroke iskemik (Fong, 2016). Stroke iskemik atau biasa disebut infark atau non hemoragik disebabkan oleh terhentinya suplai darah ke bagian otak karena penyumbatan pada pembuluh darah. Sumbatan tersebut dapat berupa timbunan lemak, gumpalan darah atau hal lainnya yang bisa terjadi di arteri otak atau pembuluh darah kecil di dalam otak (*State of the nation*, 2018). Penyumbatan yang terjadi akan menyebabkan gangguan pada aliran darah otak atau yang biasa disebut *cerebral blood flow* (CBF), sehingga akan mempengaruhi fungsi neurologis karena deprivasi oksigen dan glukosa. Stroke iskemik 45% disebabkan oleh trombus arteri besar atau kecil, 20% emboli dan yang lain tidak diketahui penyebabnya (Kanyal, 2015). Stroke iskemik berdasarkan penyebabnya dapat dibagi menjadi dua tipe yaitu:

1) Stroke trombotik

Stroke trombotik terjadi karena sumbatan berupa trombus atau bekuan darah yang biasanya terbentuk karena aterosklerosis.

Pembuluh darah mengalami gangguan akibat plak sehingga memicu terjadinya trombosis pada kasus aterosklerosis (Jauch, *et al.*, 2014). Plak yang terbentuk pada dinding pembuluh darah akan menyebabkan kerusakan pada endothelium dan menyebabkan permukaan dalam pembuluh darah (lapisan intima) tidak rata. Hal ini akan memungkinkan perlekatan dan agregasi platelet pada dinding pembuluh darah dan mengaktifkan mekanisme koagulasi sehingga trombus akan terbentuk dan berkembang di sekitar plak. Ketika mekanisme sirkulasi kompensasi kolateral mengalami kegagalan maka perfusi akan terganggu dan menyebabkan kematian sel (Kanyal, 2015).

2) Stroke emboli

Stroke emboli disebabkan oleh gumpalan (embolus) yang biasanya terbentuk di tempat lain (hati atau arteri pada leher) yang terlepas kemudian terbawa aliran darah dan menyumbat pembuluh darah pada otak atau pembuluh darah yang menuju otak. Embolisme otak dapat berasal dari arteri maupun jantung. Microemboli dari arteri biasanya disebabkan karena terlepasnya plak sklerosis di arteri karotid sedangkan dari sumber jantung, emboli biasa disebabkan oleh tumor jantung, fibrilasi atrium, *valvular disorder*, *acute myocardial infarction* (AMI), *sub acute bacterial endocarditis*, dan *sinoatrial disorder*. Emboli pada sepertiga pasien stroke iskemik berasal dari jantung, yaitu karena

fibrilasi atrium. Selain gumpalan, serpihan plak atheromatous, dan fibrin, ada beberapa bahan lain yang dapat menjadi embolus di sistem sirkulasi central yaitu, lemak, tumor, udara, dan benda asing. Stroke emboli pada saat onsetnya biasanya ditandai dengan defisit neurologis maksimum (Kanyal, 2015)

b. Stroke hemoragik

Stroke hemoragik disebabkan adanya pembuluh darah yang pecah dan menyebabkan perdarahan. Berdasarkan letaknya, stroke hemoragik dapat dibagi menjadi dua yaitu:

1) *Subarachnoid haemorrhage* (SAH)

Subarachnoid haemorrhage (SAH) merupakan perdarahan di permukaan otak yang biasanya disebabkan oleh ruptur aneurisma vaskular. Darah sering keluar dan menumpuk di ruang subarachnoid (ruang antara jaringan otak dan lapisan yang melindungi otak) sehingga menekan jaringan otak yang berada di sekitarnya. Jaringan otak yang terdesak akan mengalami kerusakan dan menyebabkan gangguan fungsi sesuai dengan letak kerusakan pada jaringan (Fong, 2016). Perdarahan yang ditimbulkan biasanya bersifat masif dan ekstravasasi darah ke ruang subarachnoid sangat cepat sehingga stroke jenis ini menimbulkan angka kematian yang cukup tinggi bagi penderitanya (50%).

2) *Intracerebral haemorrhage* (ICH)

ICH merupakan perdarahan yang terjadi di dalam otak. Perdarahan ini biasa disebabkan oleh kerusakan arteri kecil yang menembus jaringan otak akibat hipertensi. Tekanan darah yang meningkat secara signifikan akan menyebabkan pembuluh arteri robek sehingga terjadi perdarahan yang membentuk massa. Jaringan otak yang terdesak, tertekan, dan bergeser karena perdarahan ini akan memicu terganggunya fungsi otak (Stroke Association, 2017).

Penyakit lain yang sering dihubungkan dengan stroke dan biasa disebut dengan mini stroke adalah *Transient Ischaemic Attack* (TIA). TIA merupakan gangguan neurologis dengan gejala sama dengan stroke dan berlangsung selama kurang dari 24 jam. Penyebab umum dari *Transient Ischaemic Attack* adalah karena adanya penyumbatan pada arteri yang berlangsung sementara (American Heart Association, 2015).

3. Gejala stroke

Gejala stroke secara umum terjadi secara tiba-tiba. Stroke berkaitan dengan gangguan pada saraf sehingga terkadang penderita sering tidak menyadari munculnya gejala stroke. beberapa gejala stroke antara lain adalah, terjadinya kelemahan atau mati rasa secara tiba-tiba pada anggota gerak, seperti kaki, tangan, dan wajah, kelemahan ini terjadi terutama pada satu sisi tubuh, gejala lainnya adalah kesulitan dalam berbicara atau memahami pembicaraan, kebingungan yang tiba-tiba, kehilangan

koordinasi, gangguan keseimbangan, kesulitan berjalan, nyeri kepala berat tiba-tiba, gangguan penglihatan, bisa terjadi pada satu atau kedua mata. Gejala stroke menurut sistem vascular yang terlibat dapat dibedakan menjadi dua yaitu:

a. Sirkulasi anterior

Gejala yang muncul biasanya adalah kelemahan, dyspraxia, defisit sensoris, disfasia (*expressive* dan *receptive*), gangguan lapang pandang, disfungsi kortikal yang lebih tinggi, dan tanda-tanda kontralateral.

b. Sirkulasi posterior

Gejala yang muncul adalah defisit saraf kranial, defek lapang pandang, ataksia dan vertigo, gangguan koordinasi, dan tanda ipsilateral (Smith, *et al.*, 2014).

4. Dampak stroke

Stroke adalah salah satu kondisi darurat yang perlu penanganan segera karena dapat menyebabkan kecacatan dan kematian. Tingginya angka kejadian, kematian, dan kecacatan yang disebabkan karena penyakit stroke secara signifikan akan meningkatkan beban penyakit dan biaya perawatan yang harus dibayarkan, sehingga beban keluarga dan masyarakat pun akan meningkat. Beban penyakit yang ditimbulkan oleh penyakit stroke dapat diturunkan dengan meningkatkan *outcome* dengan cara pemberian tindakan atau penanganan setelah serangan stroke dan pemberian pelayanan secara

komprehensif saat menjalani perawatan di rumah sakit (Rachmawati, *et al.*, 2017)

Dampak lain yang dapat ditimbulkan oleh penyakit stroke antara lain dapat menimbulkan kelemahan karena kerusakan jaringan otak secara langsung, kelemahan ini dapat ditandai dengan penurunan kekuatan otot, derajat kekuatan otot menurut *Medical Research Council* (MRC) dapat dibagi menjadi:

Tabel 2.1 Derajat kekuatan otot menurut *Medical Research Council* (MRC)

Derajat	Ciri
0	Paralysis total
1	Kontraksi minimal
2	Mampu melakukan gerakan tetapi tidak mampu melawan gravitasi
3	Gerakan aktif melawan gravitasi, tetapi tidak mampu melawan tahanan ringan
4	Gerakan aktif melawan gravitasi dan tahanan ringan
5	Kekuatan normal

Komplikasi yang terjadi setelah serangan stroke biasanya disebabkan oleh perubahan kemampuan tubuh penderita. Hal ini terjadi ketika anggota tubuh yang mengalami kelemahan tidak digerakkan atau digunakan dalam jangka waktu yang lama, maka anggota tubuh tersebut dapat mengalami kekakuan. Kekakuan terjadi akibat pemendekan otot dan jaringan lain yang menjadi pendukung di sekitar sendi sehingga gerakan sendi terhambat. Stroke juga dapat menyebabkan kerusakan kulit dan luka. Hal ini disebabkan karena kemampuan gerak penderita yang berkurang dan dapat dicegah dengan cara mereposisi secara teratur dan menjaga kebersihan kulit.

Penderita juga biasanya mengalami kesulitan dalam mengontrol buang air kecil setelah serangan stroke terjadi, akan tetapi hal ini biasanya dapat membaik seiring berjalannya waktu. Masalah lain yang sering ditimbulkan oleh penyakit stroke adalah gangguan psikologis, antara lain, kecemasan dan gangguan mood termasuk depresi (Muth, 2016)

5. Derajat keparahan stroke

National Stroke Foundation guidelines merekomendasikan *National Institutes of Health Stroke Scale* (NIHSS) yang pertama kali dikembangkan pada tahun 1989 sebagai alat penilaian yang valid untuk menilai tingkat keparahan stroke. NIHSS memiliki domain yang mencakup tingkat kesadaran, kekuatan otot lengan dan kaki, sensasi, koordinasi, gerakan mata, *integrity of visual fields*, gerakan wajah, bahasa, kemampuan berbicara dan *neglect*. Hasil penilaian skala NIHSS terdiri dari skor 0 hingga 42, dengan interpretasi semakin tinggi skor maka tingkat keparahan stroke akan semakin tinggi dan prognosis semakin buruk. Bukti menunjukkan bahwa NIHSS responsif terhadap perubahan klinis dari waktu ke waktu, valid, dan andal untuk menilai tingkat keparahan stroke. Alat yang dibutuhkan dalam penilaian ini juga sangat minimal, yaitu hanya membutuhkan benda tajam untuk pengujian sensorik pasien (Kwah dan Diong, 2014). Derajat keparahan stroke dapat dibagi menjadi tiga antara lain, stroke ringan apabila skor NIHSS 0-8, stroke sedang apabila skor NIHSS 9-15, dan dapat dikatakan stroke berat apabila skor NIHSS >16 (Muchada, *et al.*, 2014).

6. Penatalaksanaan stroke

Prinsip utama dari penatalaksanaan stroke adalah “*Time is brain*” dan “*Golden period*”. Penanganan yang ideal seharusnya dilakukan pada 3 jam pertama setelah gejala pertama dikenali (Antara, *et al.*, 2013).

Penatalaksanaan stroke dapat dibagi menjadi dua, yaitu:

a. Penatalaksanaan tahap akut

1) Penatalaksanaan farmakologi

Stroke iskemik dapat diobati dengan obat anti trombotik yang berfungsi untuk mencegah atau menghambat terbentuknya bekuan darah (trombus), salah satu obat anti trombotik yang sering digunakan adalah aspirin. Stroke iskemik juga dapat ditangani dengan pemberian antikoagulan yang berfungsi untuk mengurangi emboli dan menekan pembentukan pembuluh darah. Obat anti koagulan yang biasa digunakan adalah warfarin dan heparin. Pilihan lain yang dapat diberikan pada penderita stroke iskemik adalah agen trombolitik seperti rTPA yang biasanya digunakan pada infark cerebral yang belum lama terjadi.

Terapi farmakologi yang dilakukan pada pasien stroke hemoragik bertujuan untuk mengatasi perdarahan. Obat yang biasa diberikan yaitu asam traneksamat, protamin, vitamin K dan plasma beku. Pasien dengan stroke berat disertai dengan edema cerebral atau pembengkakan jaringan otak, dapat dilakukan

pemberian obat seperti manitol dan gliserol yang berfungsi untuk menurunkan tekanan intracranial.

2) Penatalaksanaan dengan operasi atau bedah

Pertimbangan pelaksanaan tindakan operasi bedah dilaksanakan berdasarkan pada ukuran, lokasi, kedalaman hematoma, adanya pembengkakan jaringan otak, dan kondisi pasien pada stroke hemoragik. Operasi bedah pada stroke hemoragik dilakukan untuk membuang hematoma sehingga tekanan intrakranial (tekanan di dalam tengkorak) dapat berkurang dan memotong aneurisma sehingga perdarahan lebih lanjut dapat dicegah. Tindakan operasi bedah yang dilakukan pada stroke iskemik memiliki tujuan untuk membuang lapisan intima arteri karotis sehingga risiko kekambuhan stroke dapat dicegah. Pilihan lain yang dapat dilakukan adalah dengan tindakan non invasif dengan menggunakan kateter untuk melebarkan pembuluh darah di leher yang menyempit atau menutup aneurisma pada pembuluh darah di otak (Fong, 2016).

b. Penatalaksanaan rehabilitatif

Rehabilitasi stroke merupakan suatu upaya yang terdiri dari sejumlah spektrum kegiatan dan dilakukan dengan tujuan mengoptimalkan pemulihan pasca serangan stroke. Fungsi utama dari rehabilitasi stroke adalah untuk memaksimalkan fungsi dan

kemandirian yang masih dimiliki sehingga pasien dapat melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri (Muth, 2016).

Rehabilitasi stroke terdiri dari beberapa program diantaranya:

1) Fisioterapi

Fisioterapi diharapkan dapat mengembalikan fungsi fisik pasien, selain itu fisioterapi juga bertujuan untuk memberikan informasi mengenai perawatan pada pasien dan keluarganya, mengajarkan pasien agar dapat melakukan aktivitas secara mandiri, dan mencegah terjadinya komplikasi.

2) Terapi wicara

Terapi wicara berfungsi untuk membantu mengembalikan fungsi pasien dalam berkomunikasi, memperbaiki kemampuan menelan, dan ekspresi verbal pasien.

3) Terapi okupasi

Terapi okupasi memiliki tujuan untuk mengoptimalkan fungsi sehingga pasien dapat mandiri dalam berbagai kegiatan seperti perawatan diri (mandi, memakai pakaian, dll), perawatan keluarga, dll.

4) Terapi psikologis

Terapi ini hanya dilakukan apabila pasien mengalami keluhan gangguan emosional atau psikologis (Fong, 2016).

B. Kepatuhan rehabilitasi

1. Definisi kepatuhan rehabilitasi

Kepatuhan dapat didefinisikan sebagai keterlibatan aktif secara sukarela dari pasien dan penyedia layanan kesehatan dengan cara yang dapat diterima dan disetujui bersama sehingga hasil preventif dan terapeutik yang diinginkan dapat tercapai (Ogwumike, *et al.*, 2015)

Kepatuhan rehabilitasi berhubungan dengan kecepatan pemulihan kecacatan pasien. Pasien dengan penyakit kronik, kepatuhan rehabilitasi lebih sulit untuk didapatkan. Hal ini berhubungan dengan lamanya penyembuhan dan respon perubahan tubuh yang lambat terhadap pengobatan pada penyakit kronik (Syadullah dan Miftahudin, 2017)

2. Fase kepatuhan rehabilitasi

Kepatuhan rehabilitasi berfluktuasi seperti huruf S yaitu dari tingkat rendah ke tinggi, lalu kembali ke tingkat rendah dan stabil pada tingkat rendah. Kepatuhan rehabilitasi dapat dibedakan dalam 3 fase, antara lain:

a. Fase peningkatan cepat

Fase ini terjadi pada minggu pertama hingga keenam setelah stroke. Kebanyakan pasien sedang mengalami perawatan di unit perawatan intensif (ICU), instalasi gawat darurat, departement neurologi, maupun rehabilitasi pada saat mengalami fase ini. Pasien memiliki keinginan yang kuat untuk bertahan hidup dan pulih, serta memiliki kepercayaan yang kuat pada rehabilitasi pada 2 minggu pertama perawatan akut di rumah sakit. Periode ini merupakan waktu

terbaik untuk rehabilitasi dan pemulihan fungsional sehingga dapat memberikan efek yang luar biasa. Bimbingan dan perawatan yang komprehensif dari tenaga medis pada fase ini akan membuat tingkat kepatuhan pasien meningkat pesat.

b. Fase penurunan lambat

Fase ini terjadi pada minggu ke enam hingga minggu ke 21. Sebagian besar pasien sudah dipulangkan ke rumah oleh pihak rumah sakit pada saat fase ini muncul. Penurunan kepatuhan rehabilitasi terjadi akibat tidak adanya instrumen dan peralatan rehabilitasi di rumah, keluarga yang tidak mampu memberikan bimbingan yang cukup seperti yang dilakukan tenaga medis, kehilangan minat, dan inersia. Penurunan lambat kepatuhan rehabilitasi ini biasanya terjadi selama 12 minggu.

c. Fase stabil

Fase ini terjadi setelah fase peningkatan cepat dan penurunan lambat, pada fase ini terjadi kondisi dimana tidak ada fluktuasi yang signifikan selama 21 hingga 24 minggu. Efek dari rehabilitasi yang dilakukan pada fase stabil tidak sejelas sebelumnya karena restorasi fungsi neurologis yang semakin sulit. Kepatuhan rehabilitasi pasien dapat terus berlanjut tanpa intervensi pada fase ini (Yao, *et al.*, 2017).

3. Alat ukur kepatuhan rehabilitasi

Kepatuhan rehabilitasi dapat diukur dengan instrumen berupa kuesioner dengan delapan pertanyaan yang telah diadopsi dari instrumen

penelitian Maulidia (2014) dan dimodifikasi oleh Kurniawan (2016). Pernyataan kuesioner baku yang digunakan sebagai acuan adalah *Morinsky Medication Adherence Scale* (MMAS) yang dialih bahasakan ke dalam bahasa Indonesia dan sebelumnya digunakan untuk mengukur kepatuhan minum obat penderita tuberculosis kemudian dilakukan modifikasi dan digunakan dalam penelitian Kurniawan (2016) untuk mengukur kepatuhan rehabilitasi. Skala *Guttman* digunakan untuk menentukan jawaban kuesioner kepatuhan rehabilitasi dengan jawaban yang disediakan terdiri dari jawaban ya dan tidak. Jumlah nilai tertinggi pada penilaian ini adalah 8 dan jumlah nilai terendah adalah 0. Pernyataan terdiri dari dua jenis yaitu pernyataan *unfavourable* yang berjumlah enam nomor yaitu nomor 1, 2, 4, 6, 7, 8, dan pernyataan *favourable* yang berjumlah dua nomor yaitu nomor 3 dan 5. Cara pemberian skor untuk pernyataan *unfavourable* adalah ya=0 dan tidak=1, sedangkan untuk pernyataan *favourable* adalah tidak=0 dan ya=1. Hasil dari skoring kepatuhan dikelompokkan menjadi kepatuhan tinggi yaitu apabila total skor 8, kepatuhan sedang yaitu apabila total skor $6 < 8$, dan kepatuhan rendah yaitu apabila total skor < 6 (Kurniawan, 2017).

C. Kualitas hidup

1. Definisi kualitas hidup

Kualitas hidup dapat didefinisikan sebagai kondisi yang terdiri dari dua komponen yaitu kemampuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari

yang merupakan cerminan dari kondisi fisik, psikologis, dan sosial serta kepuasan pasien terhadap perawatan yang berhubungan dengan gejala penyakit dan tingkat fungsi atau kontrol penyakit yang diderita (Post, 2014). *World Health Organization* (WHO) mengatakan bahwa kualitas hidup dapat diartikan sebagai persepsi individu mengenai posisi mereka dalam kehidupan dalam konteks sistem nilai di wilayah tempat tinggal mereka dan budaya yang berkaitan dengan harapan, kekhawatiran, standar, dan tujuan. Hal ini dipengaruhi oleh keadaan psikologis individu, tingkat kemandirian, hubungan sosial, kesehatan fisik, kepercayaan pribadi, dan hubungan dengan faktor lingkungan hidup. Selain itu, kualitas hidup merupakan konsep yang tersusun dari aspek psikososial dan medis, termasuk aktivitas instrumental, rasa sakit, kegiatan sehari-hari, fungsi sosial, dan kepuasan secara keseluruhan terhadap kehidupan (Chaturvedi dan Prasad, 2016). Kualitas hidup memiliki konsep secara luas yaitu mencakup bagaimana individu mengukur berbagai aspek kehidupan sesuai dengan sudut pandangnya (Theofilou, 2013). Tingkat kualitas hidup pasien stroke dapat dipengaruhi oleh beberapa hal yaitu usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, dan status pernikahan (Bindawas dan Venu, 2016).

2. Dimensi kualitas hidup

De haan et all. (1993) mengatakan bahwa kualitas hidup menurut kesehatan harus memuat beberapa dimensi, antara lain:

a. Dimensi psikologis

Dimensi psikologis mencakup kepuasan hidup, fungsi kognitif, status emosi, persepsi mengenai kesehatan, dan kebahagiaan.

b. Dimensi fisik

Dimensi fisik mengarah pada pengobatan yang dijalani dan gejala yang ditimbulkan oleh penyakit.

c. Dimensi fungsional

Dimensi fungsional terdiri atas mobilitas, kemampuan rawat diri, dan level aktivitas fisik (kapasitas untuk berperan dalam pekerjaan dan kehidupan dalam keluarga).

d. Dimensi sosial

Dimensi sosial mencakup penilaian terhadap interaksi sosial secara kuantitatif maupun kualitatif dan aspek kontak.

3. Alat ukur kualitas hidup

Alat untuk mengukur kualitas hidup dengan bentuk kuesioner dapat dikategorikan menjadi dua jenis yaitu:

a. Alat ukur umum (*generic instrument*)

Alat ukur umum adalah alat yang biasa digunakan untuk mengukur kualitas hidup pada pasien penyakit kronik secara umum.

Alat ini dapat digunakan untuk mengukur ketidak mampuan,

kemampuan fungsional, dan kekhawatiran akibat penyakit yang di derita. Contoh dari alat ini adalah *World Health Organization Quality of Life group (WHOQOL)*, *EuroQOL-5 Dimension (EQ-5D)*, dan *Short Form-36 (SF-36)*.

b. Alat ukur khusus (*specific instrumen*)

Alat ukur khusus merupakan alat yang dapat digunakan untuk mengukur suatu yang khusus dari populasi tertentu seperti pada orang tua, penyakit, atau fungsi khusus seperti fungsi emosional. Contoh dari alat ini adalah *Quality of Life Interview (QoLI)*, *Lancashire Quality of Life Profile (Lqo3LP)*, *Quality of Life Questionnaire in Schizophrenia (S-QoL)*, *Personal Evaluation of Transitions in treatment (PETIT)*, dan *Quality of Life Scale (QLS)*.

4. *World Health Organization Quality of Life – BREF (WHOQOL-BREF)*

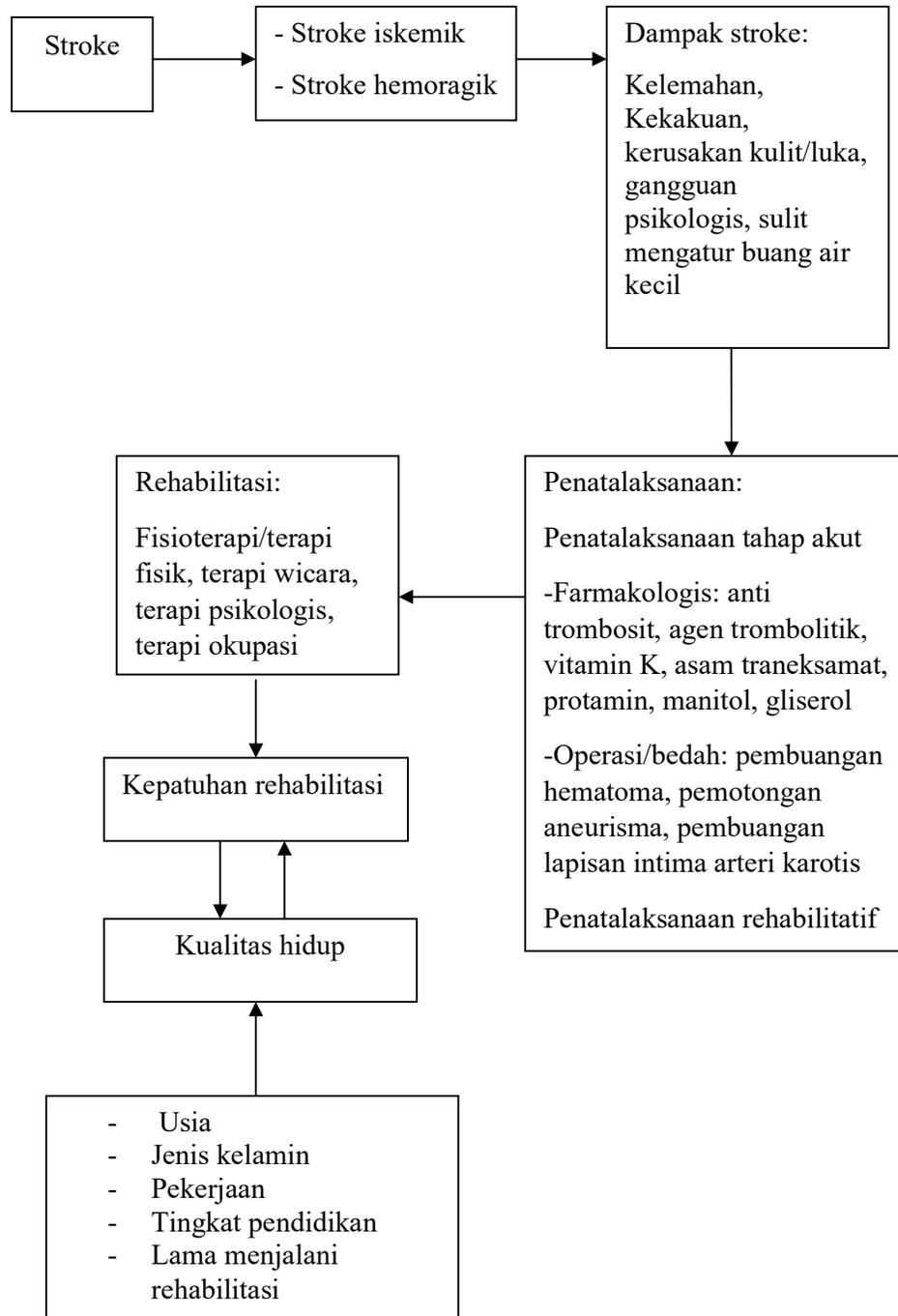
World Health Organization Quality of Life – BREF (WHOQOL-BREF) adalah salah satu instrumen untuk menilai kualitas hidup yang dikembangkan oleh *World Health Organization (WHO)* dan memiliki beberapa versi bahasa termasuk bahasa Indonesia. Instrumen WHOQOL-BREF berupa kuesioner yang terdiri dari 26 pertanyaan dan berbentuk *self-report* dimana subjek diminta untuk menjawab pertanyaan sesuai dengan kondisi dirinya. Instrumen ini terdiri dari beberapa dimensi yang letaknya tersebar dalam 26 pertanyaan secara acak.

Tabel 2.2 Dimensi WHOQOL-BREF

No.	Dimensi	Jumlah pertanyaan	Nomor pertanyaan
1.	Dimensi psikologis	6	5, 6, 7, 11, 19, 26
2.	Dimensi kesehatan fisik	7	3, 4, 10, 15, 16, 17, 18
3.	Dimensi sosial	3	20, 21, 22
4.	Dimensi lingkungan	8	8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25

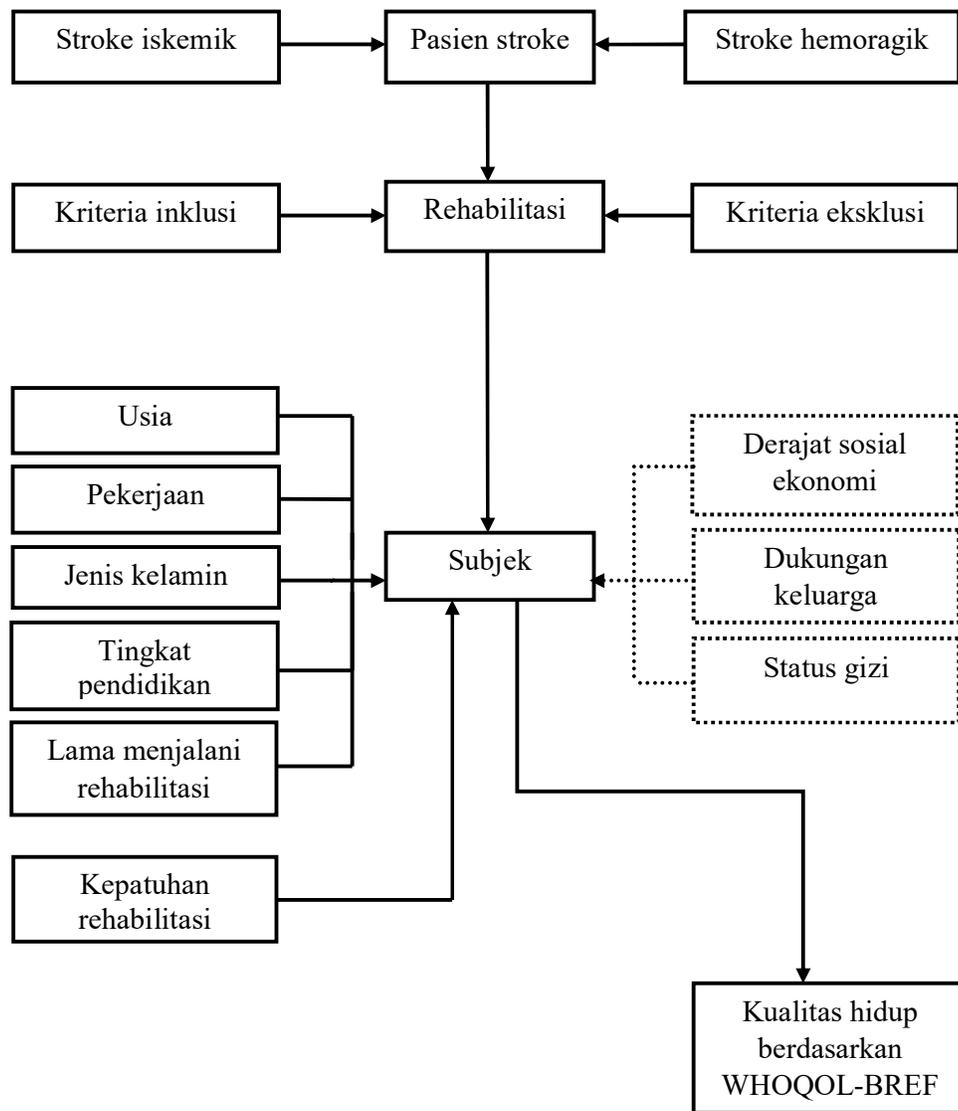
Keempat dimensi memiliki rentang nilai atau skor yang berbeda. Dimensi psikologis memiliki skor antara 6-30, dimensi kesehatan fisik skor 7-35, dimensi sosial skor 3-15, dan dimensi lingkungan skor 8-24. Seluruh hasil dari skor kualitas hidup kemudian ditransformasikan menjadi 0-100 sesuai ketentuan WHOQOL-BREF. Semakin rendah skor yang didapat, semakin buruk kualitas hidup pasien, begitu juga sebaliknya, bila skor yang didapat semakin tinggi maka kualitas hidup pasien semakin baik.

D. Kerangka teori



Gambar 1. Kerangka Teori

E. Kerangka konsep



Gambar 2. Kerangka Konsep

Keterangan:

—————▶ : faktor yang memicu dan diteliti

.....▶ : faktor yang memicu dan tidak diteliti

F. Hipotesis

Hipotesis dari penelitian ini adalah ada hubungan yang signifikan antara kepatuhan rehabilitasi dan kualitas hidup pasien pasca stroke berdasarkan WHOQOL-BREF.