

**AKTIVITAS FISIK PASIEN SROKE PADA MASA PANDEMI GLOBAL
COVID-19**

SKRIPSI



**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
INSTITUT TEKNOLOGI KESEHATAN & SAINS WIYATA HUSADA
SAMARINDA
2020**

**AKTIVITAS FISIK PASIEN SROKE PADA MASA PANDEMI GLOBAL
COVID-19**

SKRIPSI

Untuk Memenuhi Sebagai Persyaratan Untuk Mencapai Derajat Sarjana
Keperawatan (S. Kep.) Pada Program Studi S1 Ilmu Keperawatan



**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
INSTITUT TEKNOLOGI KESEHATAN & SAINS WIYATA HUSADA
SAMARINDA
2020**

HALAMAN PENGESAHAN
AKTIVITAS FISIK PASIEN STROKE PADA
MASA PANDEMI GLOBAL COVID-19

SKRIPSI

Disusun Oleh:

Siti Lestari Nurhamidah

16048882301

Telah dipertahankan didepan dewan penguji
Pada tanggal 19 Agustus 2020

SUSUNAN DEWAN PENGUJI

1. Ns. Suwanto, S.Kep., M.Adm.Kes
NIDN. 8810490019



2. Ns. Abdurrahman, M.Kep
NIDN. 0815078501



3. Ns. Chrisya Damaniq Sirep, M.Kep
NIDN. 1124118301



4. Ns. Marina Kristi Jayun R, M.Kep
NIDN. 1129059301



Mengetahui,
Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
ITKES Wiyata Husada Samarinda



Ns. Kiki Hardiansyah Safitri, M.Kep., Sp.Kep.M.B
NIDN. 1128058801

Institut Teknologi Kesehatan & Sains Wiyata Husada Samarinda

LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Siti Lestari Nurhamidah

NIM : 16.0488.823.01

Program Studi : S1 – Ilmu Keperawatan

Judul Laporan Tugas Akhir : Aktivitas Fisik Pasien Stroke Pada Masa Pandemi
Global COVID-19.

Menyatakan bahwa skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber, baik yang dikutip maupun yang di rujuk telah saya nyatakan dengan benar adanya.



Samarinda, 19 Agustus 2020

Yang membuat pernyataan,

Siti Lestari Nurhamidah

NIM: 16.0488.823.01

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur peneliti panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena berkat Rahmat dan bimbinganNya saya dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “Aktivitas Fisik Pasien Stroke Pada Masa Pandemi Global COVID-19”. Penulisan skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan program studi Keperawatan ITKes Wiyata Husada Samarinda.

Peneliti menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan skripsi ini, sangatlah sulit bagi peneliti untuk menyelesaikan semua proses tepat waktunya. Oleh karena itu, perkenankanlah peneliti mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada:

1. Bapak Mujito Hadi, M.M selaku Ketua Yayasan Wiyata Husada Samarinda.
2. Bapak Dr. Eka Ananta Sidharta, S.E., M.M.C.A (L) selaku Rektor ITKES Wiyata Husada Samarinda.
3. Bapak Nanang Asnawi, S.Ft.Physio., M.Fis yang telah memberikan izin kepada peneliti untuk melakukan kegiatan penelitian di Praktek Mandiri Fisioterapi Suryanata Samarinda.
4. Ibu Ns. Kiki Hardiansyah Safitri, M.Kep., Sp.Kep.MB selaku Ketua Program Studi Keperawatan yang telah memberikan kesempatan, dukungan dan semangat luar biasa untuk mengikuti pendidikan di Program Studi Ilmu Keperawatan.
5. Bapak Ns. Chrisyen Damanik, S.Kep., M.Kep selaku dosen pembimbing I yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikirannya untuk mengarahkan Peneliti dalam penyusunan skripsi ini.
6. Ibu Ns. Marina Kristi Layun, S.Kep., M.Kep selaku dosen pembimbing II yang telah dengan sabar memberikan bimbingan serta masukannya dalam berbagi ilmu yang bermanfaat.
7. Bapak Ns. Suwanto, S.Kep., M.Adm.Kes selaku penguji I terima kasih atas masukkan dan ilmu yang telah diberikan demi perbaikan penulisan proposal hingga skripsi.

8. Bapak Ns. Abdurrahman, S.Kep., M.Kep selaku penguji II yang sabar dalam memberikan masukan dan arahan dalam proses penulisan proposal hingga skripsi.
9. Segenap Dosen dan Tenaga Kependidikan program Studi Ilmu Keperawatan Institut Teknologi Kesehatan dan Sains Wiyata Husada Samarinda.
10. Teristimewa kedua orang tua peneliti Bapak Sihana, S.Pd dan Ibu Nurita Sahara, kakak peneliti Apt. Yunita Setianingsih, S.Farm serta adik peneliti Medianto Chairul Putra yang tiada henti-hentinya memberikan semangat dan dukungan berupa doa, kasih sayang, maupun motivasi kepada peneliti.
11. Sahabat tercinta dari mahasiswa baru hingga saat ini, Nur indah puspita sari, Dwi ekti oktafiani, Maria novayana, Christiyanty, Eva rappan, Melinda dwi irawati dan teman-teman seperjuangan kelas B angkatan 2016 serta rekan-rekan satu bimbingan yang tidak dapat di sebutkan satu persatu, terima kasih untuk pelajaran, pengalaman, dan suka maupun duka yang dilalui bersama saat kuliah, kalian adalah yang terbaik.
12. Kakak-kakak kontrakan tercinta (kak memey, kak mita, kak ely, kak prily, kak rinda, kak sari, kak hana, kak candra, kak yaya, kak dwi dan kak dea)
13. Segala pihak yang terlibat dalam proses penyusunan skripsi ini serta memberikan dukungan dan semangat, terima kasih banyak.

Peneliti mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu penyelesaian skripsi ini. Demi kesempurnaan skripsi ini peneliti mengharapkan kritik dan saran yang membangun guna perbaikan selanjutnya. Akhir kata, Peneliti berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga skripsi ini membawa manfaat bagi pengembangan Ilmu Keperawatan.

Samarinda, 19 Agustus 2020

Peneliti,

Siti Lestari Nurhamidah

NIM: 16.04.888.823.01

LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Siti Lestari Nurhamidah

NIM : 16.0488.823.01

Program Studi : S1 – Ilmu Keperawatan

Dengan ini menyetujui dan memberikan hak kepada ITKES Wiyata Husada Samarinda atas karya ilmiah saya yang berjudul:

Aktivitas Fisik Pasien Stroke Pada Masa Pandemi Global COVID-19.

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak ini, ITKES Wiyata Husada Samarinda berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai peneliti dan pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Samarinda, 19 Agustus 2020

Yang menyatakan,

Siti Lestari Nurhamidah

NIM: 16.0488.823.01

AKTIVITAS FISIK PASIEN STROKE PADA MASA PANDEMI GLOBAL COVID-19

Siti Lestari Nurhamidah¹, Chrisylen Damanik², Marina Kristi Layun³

ABSTRAK

Latar Belakang: Stroke merupakan gangguan pada otak yang terjadi secara global maupun fokal yang diakibatkan oleh suplai darah ke otak terganggu dan menyebabkan Kerusakan pada sel otak sehingga terganggunya aktivitas fungsional sehari-hari. Aktivitas fisik mempunyai peran dalam keberhasilan pengobatan stroke dan dapat memberi dampak bermakna dalam perbaikan stroke. **Tujuan:** terdeskripsikan Aktivitas Fisik Pasien Stroke pada masa Pandemi COVID-19. **Metode:** Jenis penelitian kuantitatif dengan rancangan penelitian deskriptif melalui pendekatan *cross sectional*. Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Juni-Juli 2020, dengan melibatkan 35 responden. Teknik pengambilan sampel menggunakan *non-probability sampling* dengan teknik *consecutive sampling*. Pengumpulan data menggunakan kuesioner yang telah tervalidasi dan analisa data menggunakan statistik deskriptif berupa data frekuensi dan persentase. **Hasil :** Kuesioner Aktifitas fisik stroke didapatkan sebanyak 54,3 % responden berada pada aktivitas fisik stroke Ringan. **Kesimpulan:** Sebagian besar responden memiliki aktivitas fisik ringan pada stroke sebanyak 19 responden (54,3%), sehingga perlu penelitian lebih lanjut untuk menganalisa faktor-faktor yang mempengaruhi aktivitas fisik pasien stroke pada masa pandemi COVID-19.

Kata Kunci : Aktivitas Fisik, Stroke, COVID-19

¹Mahasiswa program studi ilmu keperawatan, ITKES Wiyata Husada Samarinda

²Dosen program studi ilmu keperawatan, ITKES Wiyata Husada Samarinda

³Dosen program studi ilmu keperawatan, ITKES Wiyata Husada Samarinda



PHYSICAL ACTIVITY OF STROKE PATIENTS IN THE GLOBAL PANDEMIC TIME COVID-19

Siti Lestari Nurhamidah¹, Chrisylen Damanik², Marina Kristi Layun³

ABSTRACT

Background: Stroke is a disorder of the brain that occurs globally and focally caused by disruption of the blood supply to the brain and causes damage to brain cells so that daily functional activities are disrupted. Physical activity has a role in the success of stroke treatment and can have a significant impact on stroke improvement. **Objective:** to describe the Physical Activity of Stroke Patients during the COVID-19 Pandemic. **Method:** This type of research is quantitative with a descriptive research design through a cross sectional approach. This research was conducted in June-July 2020, involving 35 respondents. The sampling technique used non-probability sampling with consecutive sampling technique. Collecting data using a validated questionnaire and data analysis using descriptive statistics in the form of frequency and percentage data. **Results:** The questionnaire for stroke physical activity was found that 54.3% of respondents were in mild stroke physical activity. **Conclusion:** Most of the respondents had light physical activity on stroke as many as 19 respondents (54.3%), so further research is needed to analyze the factors that influence the physical activity of stroke patients during the COVID-19 pandemic.

Keywords: Physical Activity, Stroke, COVID-19

¹ Student of the Nursing Science Study Program, ITKES Wiyata Husada Samarinda

² Lecturer in nursing science study program, ITKES Wiyata Husada Samarinda

³ Lecturer in nursing science study program, ITKES Wiyata Husada Samarinda

 Briton
International English School

Institut Teknologi Kesehatan & Sains Wiyata Husada Samarinda

DAFTAR ISI

	Hal
HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN.....	iii
KATA PENGANTAR	iv
LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vi
ABSTRAK	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR SKEMA	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	7
C. Tujuan Penelitian	7
D. Manfaat Penelitian	8
E. Penelitian Terkait	8
BAB II TINJAUAN TEORITIS	11
A. Telaah Pustaka	12
1. Konsep Dasar Stroke	12
2. Konsep Aktivitas Fisik	19
3. Konsep Dasar Covid 19	27
B. Aplikasi Teori Calista Roy Pada Aktivitas Fisik Stroke	32
C. Kerangka Teori Penelitian	36
D. Pertanyaan penelitian	37
BAB III METODE PENELITIAN	38
A. Jenis dan Rancangan Penelitian	38
B. Kerangka Konsep Penelitian	38
C. Lokasi dan Waktu Penelitian	39
D. Populasi dan Sampel	39
E. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional	41
F. Sumber Data dan Instrument Penelitian	43
G. Uji Instrumen	44
H. Prosedur Pengumpulan Data	45
I. Analisa Data	48
J. Etika Penelitian	50
K. Alur Penelitian	53
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	54
A. Hasil Penelitian	54
B. Pembahasan	57
C. Keterbatasan Penelitian	64

BAB V PENUTUP	66
A. Kesimpulan	66
B. Saran	66
DAFTAR PUSTAKA	67
LAMPIRAN	



DAFTAR TABEL

	Hal
Tabel 2.1 Klasifikasi Aktivitas Fisik Berdasarkan MET	21
Tabel 3.1 Definisi Operasional	42
Tabel 3.2 Penilaian alat ukur SPAQ	44
Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden.....	54
Tabel 4.2 Skor Aktivitas Fisik Pasien Stroke Menggunakan SPAQ	55
Tabel 4.3 Tingkat Aktivitas Fisik Pasien Stroke Menggunakan SPAQ	56



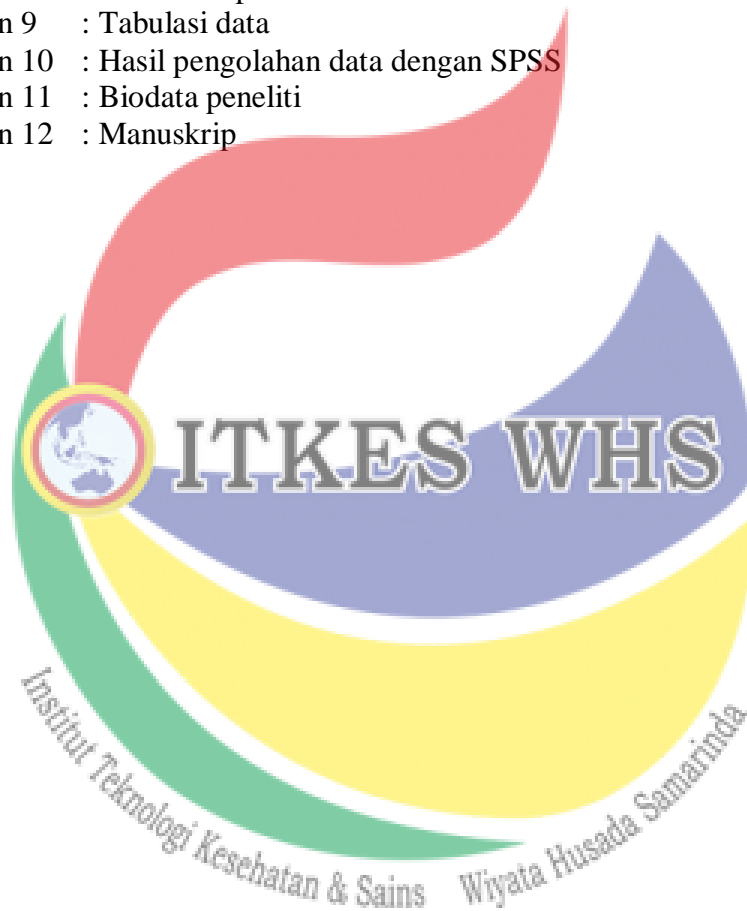
DAFTAR SKEMA

	Hal
Skema 2.1 Kerangka Teori Penelitian	36
Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian	38
Skema 3.2 Alur Penelitian	53



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Plan Of Action Kegiatan Tugas Akhir Tahun Akademik 2019/2020
- Lampiran 2 : Surat permohonan studi pendahuluan dan pengambilan data
- Lampiran 3 : Surat permohonan izin penelitian
- Lampiran 4 : Surat balasan izin persetujuan studi pendahuluan dan pengambilan data
- Lampiran 5 : Surat balasan izin persetujuan penelitian
- Lampiran 6 : Penjelasan penelitian
- Lampiran 7 : *Informed consent*
- Lampiran 8 : Instrumen penelitian
- Lampiran 9 : Tabulasi data
- Lampiran 10 : Hasil pengolahan data dengan SPSS
- Lampiran 11 : Biodata peneliti
- Lampiran 12 : Manuskrip



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke menurut *World Health Organization (WHO)* merupakan penyebab kematian kedua di dunia dan penyakit yang paling sering menimbulkan kecacatan (WHO, 2015). Stroke terjadi apabila pembuluh darah otak mengalami penyumbatan atau pecah yang mengakibatkan otak tidak mendapatkan pasokan darah yang membawa oksigen sehingga terjadi kematian sel atau jaringan otak (Kesuma *et al.* , 2019). Stroke merupakan gangguan pada otak yang terjadi secara global maupun fokal yang diakibatkan oleh suplai darah ke otak terganggu baik yang disebabkan karena penyumbatan maupun karena pecahnya pembuluh darah. Kerusakan pada sel otak menyebabkan berbagai macam gangguan fungsi tergantung dimana terjadi penyumbatan seperti gangguan sirkulasi, gangguan fisiologis, gangguan kekuatan otot dan gangguan mobilisasi (Sibaran *et al.*, 2020). Tanda-tanda seseorang stroke cukup beragam, seperti kelumpuhan, perubahan mental, gangguan daya pikir, kesadaran, konsentrasi, fungsi intelektual, gangguan komunikasi, gangguan emosional dan kehilangan indera perasa. Dampak dari stroke ini mengakibatkan ketidakmampuan pasien dalam melakukan sesuatu yang biasanya dikerjakan sebelum terkena stroke, Hal ini dikarenakan oleh pemulihan setelah stroke merupakan suatu proses panjang yang dapat berlangsung selama beberapa tahun (Wati & Yanti, 2018).

World Health Organization (WHO) dari 56.400.000 kematian di seluruh dunia pada tahun 2015, lebih dari setengahnya (54 %) adalah karena 10 penyakit salah satunya adalah stroke. Penyakit stroke berada pada tingkat yang paling tinggi menyebabkan kematian sebanyak 15 juta orang pada tahun 2015 dan terbesar secara global dalam 15 tahun terakhir. Dari jumlah tersebut, 5 juta orang meninggal dan 5 juta lainnya menjadi cacat permanen sehingga membebani keluarga dan komunitas mereka. Di Amerika, stroke telah menyebabkan kematian sebanyak 130.000 orang dan menjadi penyebab kematian tertinggi nomor lima. Rata-rata setiap 4 menit ada satu orang yang

meninggal akibat stroke. Setiap tahunnya, lebih dari 795.000 orang di Amerika menderita stroke dan rata-rata terserang setiap 40 detik (*Stroke Association*, 2015). Dari 795.000 orang, 610.000 orang diantaranya terserang stroke untuk pertama kali dan 185.000 orang lainnya pernah mengalami stroke sebelumnya.

Di Indonesia stroke berada pada peringkat pertama sebagai penyebab kematian disemua umur dengan persentase 15,4%. Menurut Riskesdas (2013), angka kejadian stroke di Indonesia meningkat menjadi 12,1 per 1000 penduduk. Angka kejadian stroke tahun 2013 sebanyak 7% meningkat dibandingkan tahun 2018 yaitu 10,9% per 1000 orang (Riskesdas, 2018). Di Kalimantan timur tahun 2018 berkisar 14,7%, berusia ≥ 75 dengan persentase 50,2 %, untuk jenis kelamin laki-laki 11,0% lebih tinggi di bandingkan dengan perempuan 10,9%, untuk perkotaan 12,6% angka presentase lebih tinggi di bandingkan perdesaan 8,8%, untuk pendidikan yang tertinggi adalah tidak/belum pernah sekolah dengan presentase 21,2% dan untuk yang tidak bekerja 21,8% lebih tinggi dari yang bekerja dan tahun 2019 angka tertinggi di alami oleh perempuan di bandingkan laki-laki dengan jumlah 1.212 perempuan dan 1.101 laki-laki, jumlah penderita stroke di Samarinda sendiri 161 pada tahun 2019 (Dinas Kesehatan, 2019). Kejadian Stroke merupakan kondisi yang menimbulkan 20% penderita yang bertahan hidup masih membutuhkan perawatan di institusi kesehatan setelah 3 bulan paska stroke dan 15-30% penderitanya mengalami kecacatan yang permanen. Salah satu akibatnya adalah menurunnya kemampuan gerak fisik sehingga mengalami gangguan fungsional ringan sampai sedang yang mengakibatkan gangguan aktivitas fisik.

Stroke mempengaruhi kegiatan dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari seseorang, adapun yang dipengaruhi antara lain membuat percaya diri seseorang berkurang, produktivitas yang menurun, penurunan keinginan untuk menyalurkan hobi dan dan gangguan secara fungsional (Dasuki & Hartini, 2019). Gangguan fungsional menyebabkan seseorang menderita kecacatan, sehingga penderita stroke menjadi tidak produktif. Permasalahan ini disebabkan oleh adanya gangguan sistem sensorik maupun sistem motorik

yang mendukung kemampuan postural control. Kontrol postural (*postural control*) merupakan kemampuan dalam mengatur posisi tubuh dalam melawan gravitasi menggunakan mekanisme keseimbangan yang adekuat untuk tujuan stabilisasi dan orientasi. Kontrol postural dibutuhkan dalam seluruh aspek gerakan fungsional terkait dengan perannya sebagai dasar untuk keseimbangan postur sehingga gerak menjadi terkontrol dan efisien (Syatibi *et al.* , 2016).

Gangguan fisik motorik yang khas dari pasien stroke serangan pertama adalah penurunan fungsi gerak motorik pada salah satu sisi tubuh bagian kanan atau kiri, tergantung pada sisi bagian mana stroke menyerang. Apabila terjadi serangan stroke pada otak bagian kanan, maka akan berpengaruh terhadap fungsi gerak motorik tubuh bagian kiri, begitu pula dengan sebaliknya. Pada kasus stroke serangan kedua, terdapat dua kemungkinan yang akan terjadi. Pertama, stroke menyerang sisi otak yang sama dengan serangan sebelumnya, maka dampaknya akan berpengaruh pada sisi tubuh yang sama. Apabila stroke menyerang pada sisi otak yang normal, maka terdapat kemungkinan kedua sisi tubuh baik kanan maupun kiri akan mengalami penurunan kemampuan gerak yang berakibat terhambat aktivitas fisik (Niqren, 2016)

Aktivitas fisik didefinisikan sebagai "setiap gerakan tubuh yang dihasilkan oleh kontraksi otot rangka yang menghasilkan pengeluaran energi (Chen *et al.* , 2020). Aktivitas fisik dapat mencegah stroke berulang dan mengurangi kematian pasca stroke dengan memodifikasi faktor risiko stroke (misalnya, dengan menurunkan tekanan darah, menurunkan rasio kolesterol total, menurunkan *Body Masa Index* (BMI), dan melatih dengan olahraga dengan tujuan untuk meningkatkan atau mempertahankan satu atau lebih kebugaran fisik (Phusuttatam *et al.*, 2019). Bagi individu, tingkat aktivitas fisik yang tidak memadai dapat meningkatkan resiko kanker, penyakit jantung, stroke, dan diabetes hingga 20-30% dan mempersingkat masa hidup hingga 3-5 tahun (Organization, 2018). Aktivitas fisik dan berobat secara teratur memiliki bukti yang tinggi dalam pencegahan stroke primer dan sekunder dan rehabilitasi. aktivitas fisik stroke juga telah dikaitkan dengan peningkatan

pemulihan motorik, kualitas hidup dan kegiatan kehidupan sehari-hari (Chen et al., 2020).

Aktivitas fisik yang disarankan oleh *American Heart Association* yaitu aktivitas yang dapat memacu kegiatan fisik seseorang secara keseluruhan. Aktivitas tersebut diantaranya naik turun tangga, jalan cepat, jogging atau berenang dan bersepeda. Aktivitas dimulai dengan 10 menit perhari selama seminggu hingga mencapai minimal 30 menit selama 5 kali seminggu (Menular, 2018). Tingkat aktivitas pasien stroke dapat dikaitkan dengan sejumlah faktor, seperti kesehatan secara keseluruhan, fungsi tubuh serta aktivitas lingkungan. Saat ini dunia sedang digemparkan oleh ditemukannya varian baru dari Corona virus yaitu *Severe Acute Respiratory Syndrome CoronaVirus 2* atau yang lebih dikenal dengan *SARs CoV-2*. Virus ini ditemukan pertama kali di Wuhan, provinsi Hubei dan menyebar dengan cepat ke seluruh negara China (Wang et al., 2020). Dampak yang ditimbulkan dari adanya pandemic COVID-19 ini berupa *Locdown, social distance, impact on economy* (Hiscott et al., 2020) yang membuat adanya pembatasan dalam berinteraksi dan beraktivitas di lingkungan.

Penyakit *coronavirus* (COVID-19) merupakan sebagai penyakit jenis baru *coronavirus* yang menyebar dengan cepat dari orang ke orang dan menjadi *epidemic* utama yang menyebabkan tragedi hebat. COVID-19 telah diidentifikasi dari keluarga *coronavirus zoonosis*, seperti sindrom pernapasan akut yang parah *coronavirus* (SARS-CoV) dan *Middle East Respiratory Syndrom Corona Virus* (MERSCoV). titik awal virus ini terjadi di wilayah Wuhan Cina dan kasus pertama dilaporkan pada akhir 2019 (Dhakal, Sweitzer, Indik, Acharya, & William, 2020). Peningkatan jumlah kasus yang cepat membuat pencegahan dan pengendalian COVID-19 sangat serius (Zeng et al., 2020). Sejak 23 Januari pemerintah China mulai melakukan pembatasan pergerakan orang masuk dan keluar dari Wuhan (Weekly, 2020). *World Health Organization* (WHO) secara resmi mendeklarasikan wabah COVID-19 sebagai kesehatan darurat Internasional pada 30 Januari 2020 dan *pandemic* global pada 11 maret 2020. Pada 30 Januari Pusat Pengendalian dan Pencegahan Penyakit Amerika Serikat mengumumkan bahwa semua

warga negara yang kembali dari provinsi Hubei, China harus melakukan karantina selama 14 hari (House, 2020).

Virus ini menyebar sangat cepat dan luas terutama pada orang tua dan mereka yang memiliki penyakit kronik, Sebagian besar orang yang terinfeksi virus COVID-19 akan mengalami penyakit pernapasan ringan hingga sedang dan sembuh tanpa memerlukan perawatan khusus, orang yang lebih tua dan mereka yang memiliki masalah medis mendasar seperti penyakit kardiovaskular, diabetes, penyakit pernapasan kronis, dan kanker lebih mungkin akan mengakibatkan penyakit yang lebih serius hingga akan mengalami kematian (*World Health Organization, 2020*). Presentasi klinis umumnya berupa infeksi pernapasan dengan tingkat keparahan gejala mulai dari penyakit seperti pilek biasa ringan, hingga pneumonia virus yang parah untuk sindrom gangguan pernapasan akut yang berpotensi fatal. Gejala karakteristik termasuk demam, batuk, dan dyspnea, meskipun beberapa pasien mungkin tidak menunjukkan gejala. Komplikasi penyakit parah termasuk, tetapi tidak terbatas pada, kegagalan multi-organ, syok septik, dan pembekuan darah.

Di Indonesia sendiri pertama kali ditemukan pasien dengan konfirmasi positif COVID-19 pada tanggal 2 Maret 2020. Sedangkan Situasi virus corona (COVID-19) 06 Juni 2020 secara Global Negara / Kawasan terdapat 216 Negara, Kasus terkonfirmasi sebanyak 6.612.301 dengan kematian 391.161 orang. Sedangkan data di Indonesia angka Positif mencapai 30.514 orang, yang Sembuh sebanyak 9.907 orang sementara yang angka yang Meninggal akibat COVID-19 ini sebanyak 1.801 orang dari segala usia dan jenis kelamin (COVID-19, 2020).

Saat ini pemerintah melaksanakan kebijakan Rapid Test atau tes cepat. Rapid test dilakukan dengan mengambil tetes darah untuk melihat antibodi. Dengan dilakukannya Rapid Test di banyak daerah, akan ada lonjakan kasus positif. Mengetahui kasus positif penting bagi pemerintah untuk mengambil tindakan tepat dalam penanganan wabah COVID-19. Tidak ada aktivitas mobilisasi massa untuk pemeriksaan. Petugas akan mendatangi rumah ke rumah menelusuri riwayat kontak erat seseorang. Rapid Test atau tes cepat

COVID-19 bertujuan untuk mendeteksi kasus secara dini sehingga pemerintah dapat menyusun dan melakukan tindakan yang tepat untuk menghentikan penyebaran virus corona. Tidak semua orang perlu mengikuti Rapid Test atau tes cepat. Hanya mereka yang direkomendasikan oleh petugas kesehatan yang perlu menjalaninya (Kemenkes, Gugus Tugas Covid19.go.id, 2020).

Hasil tinjauan sistematis, yang bertujuan menyelidiki aktivitas fisik individu dengan stroke, menunjukkan bahwa, aktivitas fisik mereka rendah dalam jumlah, durasi, dan intensitas, Aktivitas fisik yang rendah telah dilaporkan bahkan pada orang yang memiliki gangguan fisik ringan. Selain itu, individu dengan stroke menghabiskan waktu jauh lebih sedikit dalam berdiri, berjalan, dan terlibat dalam aktivitas fisik yang ringan, sedang, atau kuat, tingkat aktivitas fisik pasien stroke bisa mengalami peningkatan yang baik dengan usia lebih muda, dan menjalani program rehabilitasi yang lebih intensif (Aguiar *et al.*, 2020).

Perkembangan penyakit dan respon terapi serta adanya pembatasan dalam berinteraksi dan beraktivitas akibat dari diberlakukannya *social distancing* turut berpengaruh pada individu dengan stroke dalam beraktivitas. Penderita stroke akan mengalami kelemahan pada ekstremitas dan fungsi penurunan mobilitas yang dapat menghambat aktivitas fisik sehari hari, menyebabkan ketidakmandirian pasien dalam melakukan perawatan diri seperti makan, berpakaian, mandi, berpindah tempat, BAB, BAK, dan bersosialisasi. penderita stroke biasanya akan mengalami keterbatasan fisik, kecacatan, stress serta depresi pada seorang stroke sehingga membutuhkan bantuan secara berkesinambungan Agar secara bertahap pasien dapat melakukan aktivitas fisik secara mandiri dan tidak memperberat kondisinya (Aguiar *et al.*, 2020).

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di Klinik Fisioterapi Mandiri Nanang Asnawi Samarinda pada bulan juli di dapatkan 5 dari 4 pasien mengatakan tidak berani untuk beraktivitas diluar rumah diantaranya tidak berani berobat keluar rumah, berolahraga diluar rumah, belanja diluar rumah, dan lain-lain selama masa pandemi COVID-19 ini. Selain itu juga

karena pasien sedang mematuhi himbauan pemerintah karena khawatir terpapar oleh virus COVID-19. Sehubungan dengan uraian di atas, masih banyak penderita stroke yang khawatir untuk beraktivitas fisik diluar rumah pada masa COVID-19 sehingga berdasarkan fenomena diatas maka perlu dilakukan penelitian **“Aktivitas Fisik Pasien Stroke Pada Masa Pandemi Global COVID-19”**.

B. Rumusan Masalah

Kerusakan pada sel otak pada pasien stroke menyebabkan berbagai macam gangguan fungsi tergantung dimana terjadi penyumbatan seperti gangguan sirkulasi, gangguan fisiologis, gangguan kekuatan otot dan gangguan mobilisasi sehingga menyebabkan gangguan aktivitas fisik. Angka kejadian Penyakit stroke berada pada tingkat yang paling tinggi menyebabkan kematian sebanyak 15 juta orang dan terbesar secara global dalam 15 tahun terakhir, dari jumlah tersebut, 5 juta orang meninggal dan 5 juta lainnya menjadi cacat. Saat ini dunia sedang digemparkan oleh ditemukannya varian baru dari Corona virus yaitu Severe Acute Respiratory Syndrome CoronaVirus 2. Salah satu dampak pandemi COVID-19 saat ini adalah *Locdown* dan *social distance*, Perkembangan penyakit dan respon terapi serta adanya pembatasan dalam berinteraksi dan beraktivitas akibat dari diberlakukannya *social distancing* turut berpengaruh pada individu dengan stroke dalam berinteraksi dan beraktivitas di lingkungan. Berdasarkan masalah di atas terkait mengenai aktivitas fisik pada pasien stroke selama masa pandemic COVID- 19 ini belum pernah dilakukan pada pasien stroke, sehingga perlu dilakukan penelitian untuk mengetahui bagaimana Gambaran Aktivitas Fisik Pasien Stroke Pada Masa Pandemi Global COVID-19.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Teridentifikasi aktivitas fisik pasien stroke pada masa pandemi COVID-19.

2. Tujuan Khusus

- a. Teridentifikasi karakteristik responden meliputi jenis kelamin, usia, dan pekerjaan.
- b. Teridentifikasi distribusi frekuensi aktivitas fisik pasien stroke pada tingkatan ringan, sedang, berat berdasarkan karakteristik responden yang meliputi jenis kelamin, usia, dan pekerjaan.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Praktis

- a. Bagi Pusat Pelayanan Kesehatan

Dapat digunakan sebagai peninjau sarana suatu indikator atau pengkajian mengenai aktivitas fisik pasien stroke selama masa pandemi global COVID-19.

- b. Bagi Pasien

Pasien mampu untuk beraktivitas fisik selama masa pandemi global COVID-19.

- c. Bagi Masyarakat

Diharapkan memberikan edukasi terkait aktivitas fisik selama stroke dimasa pandemi global COVID-19 yang dapat dijadikan sebagai bahan referensi yang terpercaya

2. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan bagi institusi pendidikan dalam proses pembelajaran mahasiswa keperawatan dalam memperoleh gambaran mengenai aktivitas fisik pasien stroke pada masa pandemi global COVID-19.

E. Penelitian Terkait

1. Sibarani *et al.*, (2019). Hubungan Aktivitas Fisik Terhadap Konstipasi pada Pasien Stroke di RS Islam Siti Rahmah Padang. Konstipasi merupakan keluhan yang sangat sering pada pasien stroke, jika tidak diatasi akan menyebabkan komplikasi penyakit lainnya. Konstipasi pada pasien stroke bisa disebabkan oleh berbagai faktor, salah satunya

diperberat oleh aktivitas fisik yang kurang. Tujuan Menentukan korelasi aktifitas fisik terhadap konstipasi pada pasien stroke di RS Islam Siti Rahmah Padang. Subjek penelitian adalah pasien stroke sebanyak 54 orang. Desain penelitian ini adalah *cross sectional* dengan teknik pengambilan sampel secara *simple random sampling*. Pengukuran konstipasi menggunakan *Constipation Scoring System (CSS)* dan untuk menilai aktifitas fisik digunakan *International Physical Activity Quosioner (IPAQ)*. Responden dengan aktifitas rendah dan mengalami konstipasi berjumlah 34 orang . Hal ini menunjukkan terdapat hubungan yang kuat dan bersifat positif antara aktivitas fisik dan konstipasi pada pasien stroke. Persamaan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya adalah kedua peneliti ingin mengetahui gambaran aktivitas fisik pada pasien stroke dan mendapatkan aktivitas fisik rendah. Sedangkan perbedaan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya adalah pada penelitiannya sebelumnya peneliti fokus terhadap aktivitas fisik pasien stroke terhadap konstipasi sementara penelitian ini melihat aktivitas fisik stroke pada masa pandemi global COVID-19.

2. Chen *et al.*, (2020). *Levels of physical activity in acute stroke patients treated at a stroke unit: A prospective, observational study*. Sebuah studi observasional prospektif untuk menggambarkan tingkat aktivitas fisik pada pasien dengan stroke pada hari 2 dan hari 5 atau 6 setelah masuk ke unit stroke komprehensif . Penelitian ini dilakukan di unit stroke di Rumah Sakit Universitas Sahlgrenska selama periode 4 bulan antara 2017 dan 2018. Pasien dengan stroke diamati selama 1 menit setiap 10 menit sementara tim multidisiplin sedang bekerja. Tingkat aktivitas fisik, lokasi, dan orang-orang yang hadir dicatat pada setiap titik waktu. Sebanyak 46 pasien diamati pada hari itu 2, di antaranya 29 diamati untuk kedua kalinya pada hari ke 5 atau 6. Pasien berada di tempat tidur setengah dari waktu dan terlibat dalam aktivitas tegak selama kurang dari 10% sehari 2. Pasien menghabiskan 73% dari hari ke-2 di kamar tidur dan 56% dari hari ini saja. Seiring waktu, ada perubahan signifikan 10% dari aktivitas "di tempat tidur" menjadi "duduk". Pasien secara fisik tidak aktif, sendirian

dan di kamar mereka untuk sebagian besar waktu selama hari-hari pertama di unit stroke komprehensif. Ada beberapa peningkatan aktivitas fisik selama minggu pertama setelah masuk. Persamaan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya adalah kedua peneliti ingin mengetahui gambaran aktivitas fisik pada pasien stroke. Sedangkan perbedaan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya adalah pada penelitiannya sebelumnya peneliti fokus terhadap aktivitas fisik pasien di unit stroke sementara penelitian ini melihat aktivitas fisik stroke pada masa pandemi global COVID-19 di Klinik Fisioterapi.

3. Birgit Vahlberg *et al.*, (2018). *Level of physical activity in men and women with chronic stroke*. penderita stroke yang tinggal di komunitas umumnya menunjukkan tingkat aktivitas fisik (*Physical Activity*) yang rendah. Peningkatan Pemahaman tentang faktor-faktor yang mempengaruhi partisipasi dalam PA setelah stroke sangat penting untuk meningkatkan level PA. Selanjutnya, perbedaan gender dalam PA telah menerima sedikit perhatian dalam penelitian stroke. Tujuan dari penelitian adalah untuk menguji perbedaan gender dalam PA, fungsi fisik dan faktor psikologis dan hubungan antara faktor-faktor ini dan PA pada pria dan wanita 1 - 3 tahun pasca-stroke. Sebanyak 187 individu yang tinggal bersama masyarakat stroke (65-85 tahun, 29% wanita) dilibatkan dalam analisis sekunder berdasarkan data dari studi cross-sectional. Kriteria eksklusi adalah disfungsi kognitif atau bahasa yang parah atau demensia. Tingkat PA diukur dengan Skala Aktivitas Fisik untuk Lansia. Fungsi fisik termasuk keseimbangan, kecepatan berjalan dan mobilitas. Psikologis. faktor termasuk depresi, kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan dan kemanjuran diri yang terkait dengan jatuh. Jatuh dan takut jatuh masing-masing diukur dengan satu pertanyaan. Hasil menunjukkan bahwa strategi untuk meningkatkan level PA 1 - 3 tahun dapat ditingkatkan dengan mempertimbangkan faktor gender. Persamaan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya adalah kedua peneliti ingin mengetahui gambaran aktivitas fisik pada pasien stroke. Sedangkan perbedaan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya adalah pada

penelitiannya sebelumnya peneliti fokus terhadap aktivitas fisik pasien stroke terhadap gender wanita dan pria sementara penelitian ini melihat aktivitas fisik stroke pada masa pandemi global COVID-19.



BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Konsep Stroke

a. Definisi Stroke

Stroke adalah salah satu gangguan saraf yang terjadi akibat dari terganggunya peredaran darah ke otak sekitar 24 jam atau lebih. Gejala klinis berlangsung mendadak dan progresif sehingga terjadi kerusakan otak secara akut serta terjadi secara fokal atau global (Paulista, Em, & Biológicas, n.d). Stroke adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan perubahan neurologis yang disebabkan oleh adanya gangguan suplai darah ke bagian otak (Black & Hawks, 2014). Stroke terjadi akibat pembuluh darah yang membawa darah dan oksigen ke otak mengalami penyumbatan dan ruptur, kekurangan oksigen menyebabkan fungsi control gerakan tubuh yang dikendalikan oleh otak tidak berfungsi (American Heart Association, 2015)

b. Etiologi dan Faktor Resiko

Penyakit stroke sering dianggap penyakit monopoli orang tua. Terjadi transisi demografi dan teknologi di Indonesia dewasa ini mengakibatkan perubahan pola penyakit tidak menular (PTM) stroke yang sebelumnya didominasi oleh orang tua yang berusia 50 tahun ke atas. Namun sekarang ini ada kecenderungan juga diderita pasien dibawah 50 tahun. Pada kaum muda, serangan stroke sangat berkaitan dengan gaya hidup serta temperamen yang cenderung ambisius. Gaya hidup kaum muda yang disinyalir memicu stroke adalah makanan-makanan siap saji, minuman beralkohol, kerja berlebihan, kurang berolahraga dan stress, penggunaan obat perangsang, narkoba serta kebiasaan merokok, mengkonsumsi obat perangsang dan narkoba membuat aliran darah menjadi meningkat. Sedangkan kebiasaan merokok menyebabkan penumpukan kotoran di bagian dalam pembuluh darah atau aterosklerosis (Alchuriyah & Wahjuni, 2016).

Stroke menurut S. Smeltzer & Bare (2002) diakibatkan dari salah satu dari empat kejadian, yaitu: thrombosis (bekuan darah di dalam pembuluh darah otak atau leher), embolisme serebral (bekuan darah atau material lain yang dibawa ke otak dari bagian tubuh yang lain, iskemia (penurunan aliran darah ke area otak), hemoragi serebral (pecahnya pembuluh darah serebral dengan perdarahan kedalam jaringan otak atau ruang sekitar otak). Penghentian suplai darah ke otak menyebabkan kehilangan sementara atau permanen gerakan,berpikir memori, bicara atau sensasi.

Faktor resiko stroke menurut *Association American Heart Stroke* (2015) meliputi:

- 1) Faktor resiko utama: Hipertensi, dapat mengakibatkan pecahnya atau menyempitnya pembuluh darah otak sehingga mengakibatkan aliran darah ke otak terganggu dan sel otak mengalami kematian; Diabetes Mellitus, dapat menyebabkan penebalan dinding pembuluh darah otak yang berukuran besar akibatnya diameter pembuluh darah akan menyempit sehingga aliran darah terganggu, pada akhirnya akan menyebabkan kematian; penyakit Jantung, diakibatkan oleh jantung melepaskan sel-sel / jaringan-jaringan yang mati ke aliran darah sehingga menimbulkan sumbatan aliran darah ke otak; *Transient Ischemic Attack* (TIA), makin sering mengalami TIA maka kemungkinan untuk mengalami stroke semakin besar.
- 2) Faktor resiko tambahan : kadar lemak darah yang tinggi termasuk kolesterol dan trigliserida, mengakibatkan penebalan dinding pembuluh darah yang diikuti penurunan elastisitas pembuluh darah; kegemukan yang disertai dengan hipertensi dan gangguan toleransi glukosa akan meningkatkan resiko stroke; merokok, dapat meningkatkan konsentrasi fibrinogen sehingga meningkatkan kekentalan darah dan mengakibatkan penebalan dinding pembuluh darah; riwayat keluarga dengan stroke, beresiko lebih besar bila terdapat riwayat keluarga dengan stroke; penyakit darah

tertentu seperti leukemia dan polisitemia, dimana leukemia dapat menyebabkan perdarahan otak dan polisitemia dapat menghambat kelancaran aliran darah ke otak

c. Klasifikasi

Menurut Stroke Association (2017) terdapat dua jenis stroke yakni stroke iskemik atau penyumbatan pembuluh darah dan stroke hemoragik atau pembuluh darah di otak pecah, sekitar 85% dari semua penderita stroke bersifat iskemik dan 15% hemoragik.

1) Stroke hemoragik

Stroke hemoragik terdiri dari perdarahan subaraknoid (SAH) dan perdarahan intraserebral. Perdarahan subaraknoid dapat terjadi akibat trauma atau pecahnya intrakranial aneurisma atau malformasi arteriovenosa (AVM). Sedangkan perdarahan intraserebral terjadi ketika pembuluh darah yang pecah di dalam otak menyebabkan hematoma (DiPiro *et al.*, 2017). Stroke hemoragik pada umumnya terjadi pada lanjut usia, karena penyumbatan terjadi pada dinding pembuluh darah yang sudah rapuh (*aneurisma*). Stroke hemoragik bisa juga disebabkan karena faktor keturunan (*genetik*). Keadaan yang sering terjadi adalah kerapuhan karena mengerasnya dinding pembuluh darah akibat timbul plak atau *arteriosclerosis* akan lebih parah lagi apabila disertai dengan gejala tekanan darah tinggi (Subekti, 2019)

Stroke hemoragik terjadi ketika pembuluh darah (arteri) yang melemah pecah atau bocor. Stroke hemoragik lebih jarang terjadi tetapi hampir sekitar 40% kematian pasien diakibatkan karena stroke ini. Ada dua jenis stroke hemoragik yang disebut intraserebral dan subarachnoid. Perdarahan intraserebral terjadi ketika pembuluh darah di dalam otak pecah dan darah masuk ke jaringan otak sekitarnya. Perdarahan menyebabkan sel-sel otak mati dan bagian otak yang terpengaruh berhenti bekerja. Tekanan darah tinggi dan penebaran pembuluh darah adalah penyebab paling umum dari jenis stroke ini. Perdarahan subaraknoid melibatkan

perdarahan di daerah antara otak dan jaringan yang menutupi otak, yang dikenal sebagai ruang subaraknoid (Saqqur *et al.*, 2020)

2) Stroke iskemik

Stroke jenis ini terjadi jika aliran darah ke otak berhenti karena aterosklerosis (penumpukan kolesterol pada dinding pembuluh darah) atau bekuan darah yang menyumbat suatu pembuluh darah ke otak sehingga pasokan darah ke otak terganggu. Stroke ini disebabkan oleh suatu gangguan peredaran darah otak berupa obstruksi atau sumbatan yang menyebabkan hipoksia pada otak dan tidak terjadi perdarahan. Stroke ini ditandai dengan kelemahan atau hemiparesis, nyeri kepala, mual muntah, pandangan kabur, dan disfagia.

Stroke iskemik disebabkan oleh peristiwa trombotik atau emboli yang menyebabkan penurunan aliran darah ke otak. Dalam peristiwa trombotik, aliran darah ke otak terhambat dalam pembuluh darah karena disfungsi di dalam pembuluh itu sendiri, biasanya karena penyakit aterosklerotik, diseksi arteri, displasia fibromuskuler atau kondisi peradangan (Ntaios G, 2020). Pada dasarnya stroke iskemik disebabkan oleh beberapa hal, diantaranya adalah (a) Atheroma, yaitu penyumbatan yang bisa terjadi disepanjang arteri menuju otak. Penyumbatan bisa terjadi disepanjang pembuluh darah arteri yang menuju otak, yaitu pada dua arteri koronalis interna dan dua arteri vertebralis. Suatu atheroma bisa terbentuk didalam pembuluh darah arteri korotis sehingga menyebabkan berkurangnya aliran darah, keadaan ini sangat serius karena setiap pembuluh darah arteri korotis dalam keadaan normal akan memberikan sebagian darah ke otak. (b) Peradangan atau infeksi yang dapat menyebabkan menyempitnya pembuluh darah ke otak (c) Obat-obatan, seperti kokain dan amfetamin juga mempersempit pembuluh darah ke otak (d) Penurunan tekanan darah yang tiba-tiba sehingga menghambat aliran darah ke otak. (e) Emboli, yaitu endapan lemak yang terlepas

dari dinding arteri dan terbawa aliran darah lalu menyumbat arteri yang lebih kecil. Arteri korotis dan arteri vertebralis beserta percabangannya juga bisa tersumbat karena adanya pembekuan darah yang berasal dari tempat lain, seperti dari jantung atau satu katupnya.

Ada dua jenis stroke iskemik yang paling sering terjadi yaitu sebagai berikut : (a) *Trombotic stroke*, yaitu gumpalan darah (thrombus) terbentuk dalam salah satu arteri yang menyuplai darah ke otak (b) *Embolic stroke*, terjadi ketika gumpalan darah atau partikel lain terbentuk diluar otak, biasanya didalam jantung terbawa aliran darah, dan mempersempit pembuluh darah. Stroke jenis ini biasanya terjadi mendadak dan penderitanya usia muda.

d. Manifestasi Klinis

Untuk mencegah terjadinya stroke, sebenarnya ada tanda-tanda awal yang bisa dikenali kemungkinan terjadinya stroke. Dalam kasus stroke dikenal dengan istilah “*Golden hour*” yaitu saat-saat sangat penting yang harus dimanfaatkan untuk membawa penderita ke dokter, yaitu 3 jam dihitung dari mengalami serangan. Semakin cepat pertolongan yang diberikan semakin kecil resiko kecacatan yang akan terjadi.

Stroke menyebabkan berbagai defisit neurologik, bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya tidak adekuat, dan jumlah aliran darah kolateral (sekunder atau aksesori). Fungsi otak yang rusak tidak dapat membaik sepenuhnya.

1) Kehilangan motorik

Stroke adalah penyakit motor neuron dan mengakibatkan kehilangan kontrol *volunter* terhadap gerakan motorik.

2) Kehilangan komunikasi

Fungsi otak lain yang dipengaruhi oleh stroke adalah bahasa dan komunikasi. Stroke adalah penyebab afasia paling umum. Disfungsi bahasa dan komunikasi dapat di manifestasikan oleh hal

berikut: (a) Disartria (kesulitan berbicara), ditunjukkan dengan bicara yang sulit dimengerti yang disebabkan oleh paralisis otot yang bertanggung jawab untuk menghasilkan bicara. (b) Disfasia atau afasia (bicara defektif atau kehilangan bicara), yang terutama ekspresif atau reseptif. (c) Apraksia (ketidakmampuan untuk melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya), seperti terlihat ketika pasien mengambil sisir dan berusaha untuk menyisir rambutnya.

3) Gangguan persepsi

Ketidakmampuan untuk menginterpretasikan sensasi. Stroke dapat mengakibatkan disfungsi persepsi visual, gangguan dalam hubungan visual-spasial dan kehilangan sensori.

4) Kerusakan fungsi kognitif dan efek psikologik

Disfungsi ini dapat ditunjukkan dengan kesulitan dalam pemahaman, lupa, dan kurang motivasi, yang menyebabkan pasien ini menghadapi masalah frustrasi dalam program rehabilitasi mereka.

5) Disfungsi kandung kemih

Setelah stroke pasien mungkin mengalami inkontinensia urinarius sementara karena konfusi, ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk menggunakan urina.

Kenali gejala stroke dengan senyum, gerak, bicara, Akibat yang paling sering dari stroke adalah kematian, maka, jika si penderita tidak meninggal, akibat yang dirasakan adalah kecacatan anggota gerak. Masalah yang muncul adalah pasien datang terlambat ke rumah sakit, penyakit stroke yang dideritanya sudah mencapai level diatas tidak berbahaya, dengan kata lain mencapai level parah. Keterlambatan pasien datang kerumah sakit disebabkan mereka tidak tau mengenal gejala stroke. Maka yang harus dilakukan adalah melihat gejala dini stroke, seperti:

1) Senyum

Senyum merupakan hal yang termudah yang dilakukan setiap orang. Mintalah seseorang untuk melihat senyum anda, apakah ada keanehan pada bibir anda ketika senyum. Keanehan itu seperti perot. Pada penderita stroke, saat tertawa atau senyum, bibirnya akan perot. Pada awal memang tidak begitu tampak. Namun, coba untuk teliti lagi untuk mencegah adanya kecacatan total.

2) Gerak

Untuk melihat apakah seseorang terkena stroke, pada tes gerak mintalah untuk memperhatikan gerak. Angkat kedua tangan, apakah sama tinggi atau tinggi sebelah. Jika tinggi sebelah, kemungkinan stroke akan terjadi.

3) Bicara

Jika awal bicara normal, namun setelah beberapa menit berbicara cedal, bisa jadi terkena stroke. Orang yang bisa bicara normal tidak akan berubah cedal hanya karena banyak bicara.

e. Mekanisme

Aliran darah di setiap otak terhambat karena trombus atau embolus, maka terjadi kekurangan oksigen ke jaringan otot. Kekurangan oksigen pada awalnya mungkin akibat iskemia (karena henti jantung atau hipotensi) dan hipoksia karena proses kesukaran bernafas sehingga sumbatan pada arteri koroner dapat mengakibatkan suatu area infark (kematian jaringan). Perdarahan disebabkan oleh ruptura arteri cerebri ekstrava, sehingga jaringan yang terletak di dekatnya akan tertekan. Darah ini sangat mengiritasi jaringan otak, sehingga mengakibatkan vasospasme pada arteri di sekitar pendarahan. Spasme ini dapat menyebar ke seluruh hemisfer otak, bekuan darah yang semua lunak akhirnya akan larut dan mengecil, otak yang terletak di sekitar tempat bekuan dapat membengkak dan mengalami nekrosis.

Infark regional kortikal, sub kortikal ataupun infark regional dibatang otak terjadi karena daerah perdarahan suatu arteri tidak/kurang mendapat aliran darah. Aliran/suplai darah tidak disampaikan ke daerah

tersebut oleh karena arteri yang bersangkutan tersumbat atau pecah. maka akan terjadi infark jaringan otak yang permanen. Penghentian suplai darah ke otak menyebabkan kehilangan sementara atau permanen gerakan, berpikir memori, bicara atau sensasi. Pasien stroke yang tidak dapat melakukan aktifitas sehari-hari akan muncul beberapa perilaku mudah tersinggung, mudah marah, mudah menangis, sering melamun, dan menarik diri dari lingkungan (Subekti, 2019)

f. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pasien stroke menurut Smeltzer & Bare (2002) dibagi menjadi dua fase yaitu fase akut dan fase rehabilitasi: fase akut, pada fase ini kondisi pasien belum stabil sehingga masih dalam perawatan dimana pasien yang dirawat diunit stroke memberikan hasil yang lebih baik. Pasien menjadi lebih mandiri, mudah kembali ke kehidupan sosial dan mempunyai kualitas hidup yang baik. berakhir 48 sampai 72 jam, dimana mempertahankan jalan nafas dan ventilasi yang adekuat; fase rehabilitasi, merupakan program pemulihan yang bertujuan mengoptimalkan kapasitas fisik dan kemampuan fungsional pasien stroke, sehingga mampu mandiri dalam melakukan aktifitas fisik sehari-hari. Sasaran utama pada fase ini adalah pasien dan keluarga meliputi perbaikan mobilitas, menghindari nyeri bahu, dapat mengontrol kandung kemih, dapat melakukan perawatan diri, perbaikan proses pikir, perbaikan dalam berkomunikasi, perbaikan fungsi keluarga dan tidak adanya komplikasi.

2. Konsep Aktivitas Fisik

a. Definisi Aktivitas Fisik

Aktivitas fisik adalah Gerakan tubuh yang dihasilkan oleh otot rangka yang memerlukan pengeluaran energi. Aktivitas fisik terdiri dari aktivitas yang dilakukan saat bekerja, bermain, melakukan pekerjaan rumah tangga, bepergian, dan terlibat dalam kegiatan rekreasi. Istilah “aktivitas fisik” tidak boleh disamakan dengan “olahraga”. Olahraga merupakan sub kategori aktivitas fisik yang direncanakan, terstruktur,

berulang, dan bertujuan untuk memperbaiki atau mempertahankan satu atau lebih komponen kebugaran fisik. Aktivitas fisik baik yang dilakukan dengan intensitas sedang maupun berat dapat meningkatkan kesehatan (WHO, 2018).

b. Klasifikasi Aktivitas Fisik

1) Tipe Aktivitas Fisik

- a) Kegiatan ringan yaitu hanya memerlukan sedikit tenaga dan biasanya tidak menyebabkan perubahan dalam pernafasan atau ketahanan (*endurance*). Contoh: berjalan kaki, menyapu lantai, mencuci baju/piring, mencuci kendaraan, dan menonton TV.
- b) Kegiatan sedang yaitu membutuhkan tenaga intens atau terus-menerus, Gerakan otot yang berirama atau kelenturan (*flexibility*). Contoh berlari kecil, tenis meja, berenang, bermain dengan hewan peliharaan, bersepeda, dan berjalan cepat.
- c) Kegiatan berat: berhubungan dengan olahraga yang membutuhkan kekuatan (*strength*) dan menghasilkan keringat. Contoh: berlari, *aerobic*, bela diri (misal karate, taekwondo, pencak silat) dan *outbond* (Nurmalina, 2011).

2) Frekuensi

Frekuensi adalah jumlah latihan yang dilakukan dalam periode waktu tertentu. Frekuensi merujuk kepada seberapa banyak aktivitas itu dilakukan dalam kurun waktu seminggu, sebulan, atau setahun. Contoh seseorang mahasiswa bersepeda ke kampus setiap hari Selasa dan Kamis. Frekuensi aktivitas fisik bersepeda yang dilakukan mahasiswa tersebut adalah 2 kali dalam seminggu (Wibowo & Andriyani, 2015).

3) Durasi

Durasi adalah lamanya waktu melakukan latihan dalam satu sesi. Durasi merujuk pada lama waktu melakukan aktivitas dengan menghitung jumlah waktu dalam menit atau jam selama 1 sesi aktivitas (Wibowo & Andriyani, 2015).

4) Intensitas Aktivitas Fisik

Intensitas merujuk pada tingkat kesulitan dalam melakukan aktivitas. Intensitas pada umumnya dikelompokkan menggunakan skala rendah, sedang, dan tinggi. Beberapa pengelompokan aktivitas fisik diantaranya:

- a) Pengelompokan berdasarkan denyut jantung yang terdiri atas: tidak aktif < 96 kali/menit, ringan 97-120 kali/menit, sedang 121-145 kali/menit, berat >145 kali/menit (Utomo, 2015).

Pengelompokan berdasarkan nilai *Metabolic Equivalent (MET)*. *Metabolic equivalent (MET)* adalah rasio laju metabolisme saat kerja dengan laju metabolisme saat istirahat. MET digambarkan dengan satuan kkal/kg/jam. 1 MET = konsumsi energi (oksigen) yang digunakan saat istirahat (Singh & Purohit, 2011). Semakin tinggi intensitas atau tubuh bekerja maka jumlah MET akan semakin tinggi pula. Untuk jelasnya dapat melihat tabel di bawah

Tabel 2.1 Klasifikasi Aktivitas Fisik Berdasarkan MET

Aktivitas Fisik	Konsumsi Oksigen (MET)
Tidak ada Aktifitas	<2,0
Ringan	2,0-3,5
Sedang	3,5-5,0
Tinggi	5,0-7,5
Sangat Tinggi	>7,5

- b) Klasifikasi berdasarkan *Stroke Physical Activity Questionnaire* :

1. Aktivitas Fisik Ringan

Melakukan beberapa aktivitas fisik intensitas sedang atau kuat tetapi kurang dari 150 menit aktivitas fisik intensitas sedang seminggu atau 75 menit aktivitas intensitas kuat atau kombinasi yang setara.

2. Aktivitas Fisik Sedang

Aktif melakukan aktivitas fisik intensitas sedang hingga 150 menit hingga 300 menit seminggu.

3. Aktivitas Fisik Berat

Sangat Aktif melakukan aktivitas fisik intensitas sedang selama lebih dari 300 menit seminggu.

c. Manfaat aktivitas fisik

Adapun menurut Romando (2015), melakukan aktivitas fisik mempunyai banyak manfaat dan kegunaannya secara umum antara lain:

- 1) Menurunkan kadar glukosa darah (mengurangi resistensi insulin atau meningkatkan sensitivitas insulin).
- 2) Menurunkan dan menjaga keseimbangan berat badan.
- 3) Menjaga kebugaran dan kesegaran tubuh, sehingga membantu memelihara stamina untuk melakukan aktivitas sehari-hari.
- 4) Mengurangi kemungkinan komplikasi, gangguan lemak darah, peningkatkan tekan darah dan hiperkoagulasi (penggumpalan) darah.
- 5) Meningkatkan kemampuan tubuh dalam mengoptimalkan oksigen di dalam tubuh.
- 6) Meningkatkan fungsional tubuh
- 7) Manfaat psikologis

d. Faktor-faktor yang mempengaruhi Aktivitas Fisik Pasien Stroke

Faktor yang mempengaruhi aktivitas fisik pasien stroke:

1) Jenis Kelamin

Penelitian dari Vahlberg *et al.*, (2018) bahwa ketidakefektifan aktivitas fisik stroke lebih sering terjadi pada wanita dibanding pria dikarenakan wanita memiliki kecepatan berjalan lebih lambat dan lebih banyak mengalami depresi serta rasa takut jatuh dibanding pria. Alasan lainnya adalah terdapat pada perbedaan depresi dan rasa takut. Pada pria dapat mengidentifikasi untuk menjadi kuat secara fisik dan tanpa rasa takut, sementara wanita sering mengidentifikasi dengan feminin untuk menjadi sensitif dan terbuka tentang keprihatinan. Ketakutan karena persepsi

keseimbangan yang buruk akan berakibat jatuh telah terbukti berdampak negatif terhadap aktivitas fisik stroke (Morris *et al.*, 2017).

2) Usia

usia muda lebih mudah dalam peningkatan aktivitas fisik stroke dan rehabilitasi menjadi lebih intensif (Aguiar *et al.*, 2020). Penelitian dari Vahlberg *et al.*, (2018) yang menyatakan bahwa responden yang lebih tua mempengaruhi aktivitas fisik stroke melihat dari gaya berjalan dan kecepatan berjalan, peningkatan lebar langkah, waktu dukungan ganda, dan spatiotemporal variabilitas.

3) Pekerjaan

Aktivitas pekerjaan individu dapat berkontribusi secara signifikan terhadap aktivitas fisik, bahkan pada orang yang sudah pensiun. Dalam konteks ini, stroke lebih rendah di antara mereka yang memiliki pekerjaan aktif dibandingkan dengan mereka yang bekerja menetap. Bahkan pekerjaan ringan aktif menghasilkan manfaat kesehatan yang besar, yang penting karena pensiunan cenderung hadir dengan perilaku yang lebih menetap dan kurang aktif.

4) Gejala Fisik

Gejala fisik yang muncul pada stroke seperti dapat menghambat aktivitas fisik sehari-hari, menyebabkan ketidakmandirian pasien dalam melakukan perawatan diri seperti makan, berpakaian, mandi, berpindah tempat, BAB, BAK, dan bersosialisasi. penderita stroke biasanya akan mengalami keterbatasan fisik, kecacatan, stress serta depresi pada seorang stroke sehingga membutuhkan bantuan secara berkesinambungan. Agar secara bertahap pasien dapat melakukan aktivitas fisik secara mandiri dan tidak memperberat kondisinya (Aguiar *et al.*, 2020).

5) Lingkungan

Tingkat aktivitas pasien stroke dapat dikaitkan dengan sejumlah faktor, seperti kesehatan secara keseluruhan, fungsi tubuh serta perubahan aktivitas lingkungan.

e. Aktivitas Fisik Pada Pasien Stroke

Gejala fisik yang muncul pada stroke seperti gangguan mobilitas dapat menghambat aktivitas fisik sehari-hari yang menyebabkan ketidakmandirian pasien. Untuk kebiasaan hidupnya penderita stroke diharapkan melakukan peningkatan kegiatan fisik, tidak perlu yang terlalu berat, karena penderita stroke mengalami sedikit kelainan pada anggota gerak, karena itu sebelum memulai latihan, ada baiknya konsultasi terlebih dahulu dengan dokter atau ahli terapi fisik, lakukan kegiatan jalan kaki sebagian dari kebugaran selama 60 menit, atau jika terlalu berat dapat dipecah menjadi 10 menit setiap hari, selain jalan kaki latihan yang ringan yang bisa dilakukan misalnya aerobik.

Penelitian dari (Aguiar et al., 2020) menyatakan bahwa, aktivitas fisik stroke banyak termasuk kategori aktivitas fisik rendah rendah dalam jumlah, durasi, dan intensitas. Aktivitas fisik yang rendah telah dilaporkan bahkan pada orang yang memiliki gangguan fisik ringan. Selain itu, individu dengan stroke menghabiskan waktu jauh lebih sedikit dalam berdiri, berjalan, dan terlibat dalam aktivitas fisik yang ringan, sedang, atau kuat.

Jenis aktivitas fisik yang bisa dilakukan untuk pasien stroke :

1) Berjalan kaki

Manfaat jalan kaki untuk penderita stroke adalah berjalan kaki secara rutin sangat bermanfaat untuk membantu meningkatkan kesehatan penderita stroke baik dari segi fisik, mobilitas, dan juga kualitas hidupnya. Berjalan kaki merupakan cara termurah dan termudah yang bisa dilakukan kapan saja dan dimana saja. Selain manfaat yang disebutkan di atas, berjalan kaki sangat efektif untuk mengontrol tekanan darah, menjaga berat badan, dan menurunkan kadar lemak dalam tubuh.

Bagi penderita stroke melakukan jalan kaki minimal 10-60 menit sehari. Apabila belum dapat jalan lakukan olahraga sambil duduk dengan menggoyangkan tangan/kaki minimal 10 menit per hari.

2) Berenang (*Hydrotherapy*)

Menurut dokter spesialis olahraga, renang merupakan salah satu terapi air (*hydrotherapy*), bagian dari proses penyembuhan saraf yang terganggu atau bahkan rusak, seperti penderita stroke. Terapi latihan di air seperti renang banyak manfaat yang di dapat. Beberapa manfaat tersebut adalah ketersediaan oksigen dalam tubuh menjadi lebih baik sehingga meningkatkan daya kerja otot dan oksigenasi otak. Renang juga memperlancar sirkulasi darah dan meningkatkan penyerapan oksigen ke dalam jaringan saraf, mengurangi kekakuan otot, membuat jaringan sendi menjadi lebih lentur, menurunkan rasa nyeri, memberikan efek relaksasi, dan meningkatkan kemampuan gerak anggota tubuh. Namun, terapi ini biasanya dilakukan sebagai 'alat' bantu. Ada beberapa kedalaman kolam air yang diprogramkan yakni 90, 120, dan 180 cm. Pasien stroke yang baru pertama kali berlatih berjalan diterapi di kolam dengan kedalaman 90 cm. Kolam dengan kedalaman 120 cm dan 180 cm ditujukan untuk pasien yang ingin melatih sendi dan otot-otot menggunakan alat bantu tambahan, seperti dumbel ataupun bola. Untuk mendapatkan hasil signifikan, program latihan dapat dilakukan terapi selama 68 minggu, dengan durasi dua kali seminggu, sekali terapi waktunya 1 jam.

3) Senam stroke

Manfaat senam stroke adalah:

- a) Kekuatan otot (fungsi motorik) bertambah. Bagian tubuh yang mengalami gangguan (kelemahan) dikuatkan supaya bisa bergerak dengan lebih baik. Anggota tubuh yang sehat dilatih untuk membantu anggota tubuh yang sakit.
- b) Keluwesan' bergerak lebih terwujud
- c) Koordinasi gerakan menjadi lebih baik

- d) Bagian tubuh atau anggota tubuh terhindar dari spastisitas/kekakuan yang berlebihan dan kontraktur.
- e) Aliran darah ke seluruh tubuh menjadi lebih lancar
- f) Tubuh terasa lebih segar
- g) Jiwa menjadi senang karena bertemu dengan sesama pasien stroke.

Senam stroke ini merupakan salah satu bentuk latihan fisioterapi yang terbentuk dari hasil kreasi dan inovasi beberapa jenis metode latihan yang disusun sedemikian rupa, untuk dapat memberikan rangsangan kepada beberapa reseptor yang akan dibawa ke otak untuk diproses dan menghasilkan output berupa gerakan yang terkoordinasi. Lebih lanjut, bahwa senam stroke terdiri dari 3 bagian yaitu pemanasan, inti, dan pendinginan. Senam stroke dilakukan selama 20-40 menit dalam 3-5 hari seminggu.

4) Jogging pasca stroke

Penderita stroke juga akan mendapat banyak manfaat dengan latihan beban. Stroke pada umumnya akan mengakibatkan kelumpuhan otot satu sisi tubuh. Bila otot yang sudah lumpuh ini tidak dilatih maka akan terjadi pengecilan dan semakin lama akan menjadi permanen. Sisi tubuh yang lumpuh pada awalnya harus dilatih secara pasif (digerakkan oleh orang lain) namun secara perlahan harus terus dilatih secara aktif. Bagi penderita stroke iskemik atau TIA yang mampu melakukan aktivitas fisik sangat dianjurkan untuk melakukan aktivitas fisik ringan selama 30 menit per hari. Bagi penderita yang tidak mampu melakukan aktivitas fisik maka dianjurkan untuk melakukan latihan dengan bantuan atau supervisi orang yang sudah terlatih.

5) Terapi hobi

Terapi hobi menjadi salah satu penunjang dalam keberhasilan pemulihan penderita stroke. Dukung dan temani mereka untuk melakukan hobinya, seperti misalnya berkebun, menyulam, atau membuat kue. Dengan demikian, penderita akan terhindar dari stres

dan bisa mengisi waktu luangnya dengan kegiatan yang bermanfaat. Selama hobi tersebut tidak membahayakan, maka berikan dukungan dan tentunya bantuan karena ada kalanya kemampuan fisik penderita pasca stroke berkurang atau mengalami penurunan (Avie, 2015).

f. Pengukuran Aktivitas Fisik Stroke

Dalam penelitian ini menggunakan kuesioner aktivitas fisik yaitu karena kuesioner ini mengkaji aktivitas fisik seseorang dalam 7 hari terakhir. *Stroke Physical Activity Questionnaire* dikembangkan oleh Thunyakamon Phussuttatam (2019) yang digunakan untuk mengukur tingkat aktivitas fisik seseorang stroke. Alat ukur ini terdiri dari 12 item pertanyaan yang dikelompokkan menjadi 3 komponen utama yaitu aktivitas fisik rendah (7 item), aktivitas fisik sedang (3 item) dan aktivitas fisik berat (2 item).

3. Konsep COVID-19

a. Definisi COVID-19

Infeksi saluran pernapasan akut yang berpotensi parah yang disebabkan oleh novel coronavirus pernapasan akut parah syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2). Penyakit Coronavirus (COVID-19) berasal dari provinsi Wuhan di Cina yang terdeteksi pada akhir tahun 2019 dan merupakan penyakit serius, penyakit yang disebabkan oleh sindrom pernapasan akut coronavirus 2 (*severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2)*) (Dhakar *et al.*, 2020). (SARS-CoV-2) merupakan spesies virus yang terikat secara genetic dengan Coronavirus yang bertanggung jawab menyebabkan wabah *severe acute respiratory syndrome (SARS)* pada tahun 2002 (Wilder *et al.*, 2020)

b. Manifestasi Klinis COVID-19

Presentasi klinis umumnya berupa infeksi pernapasan dengan tingkat keparahan gejala mulai dari penyakit seperti pilek biasa ringan, hingga pneumonia virus yang parah untuk sindrom gangguan pernapasan akut yang berpotensi fatal. Gejala karakteristik termasuk demam, batuk, dan dyspnea, meskipun beberapa pasien mungkin tidak

menunjukkan gejala namun terdapat komplikasi penyakit parah termasuk, tetapi tidak terbatas pada, kegagalan multi-organ, syok septik, dan pembekuan darah.

Gejala khas COVID-19 termasuk demam tingkat tinggi, batuk kering, sesak napas, kelelahan, dysgeusia dan anosmia. Sementara banyak subyek yang terinfeksi mungkin tanpa gejala atau memiliki gejala ringan, penyakit ini dapat dengan cepat berkembang menjadi penyakit serius pada hingga 16% dari subyek yang terinfeksi, mempengaruhi paru-paru dan menyebabkan sindrom gangguan pernapasan akut yang parah, kegagalan pernapasan, dan kematian (Dafer *et al.*, 2020).

c. Dampak COVID-19

World Health Organization secara resmi mendeklarasikan wabah COVID-19 sebagai kesehatan darurat internasional pada tanggal 30 Januari 2020 dan menetapkan *pandemic* global pada tanggal 11 Maret 2020, sehingga dari masalah pandemi tersebut banyak Negara di seluruh dunia didesak oleh *World Health Organization* untuk mengajukkan *social distance* dan karantina wilayah.

Dampak yang ditimbulkan dari adanya *pandemic* COVID-19 ini berupa *Locdown, social distance, impact on economy* (Hiscott *et al.*, 2020), dari sekian banyak dampak yang di timbulkan akibat pandemi tersebut salah satunya berimbas pada Aktivitas Pasien Stroke dalam memenuhi kebutuhan kesehatan. Stroke tetap merupakan keadaan darurat medis bahkan selama pandemi.

Pasien yang terkena stroke parah memerlukan rawat inap dan berpotensi berisiko lebih besar mengalami morbiditas dan mortalitas rawat inap. Faktor-faktor yang mempengaruhi hasil pada pasien dengan stroke dapat mempengaruhi patogen di rumah sakit, keterbatasan sumber daya yang mempengaruhi diagnostik, perawatan akut, dan perawatan pasca stroke seperti rehabilitasi (Khosravani *et al.*, 2020).

d. Manajemen Stroke Pada Masa Pandemi COVID-19

1) Ruang gawat darurat

Ruang gawat darurat, pasien harus diskriminasi untuk COVID-19 sebelum dievaluasi oleh tim stroke. Mengingat sifat muncul dari perawatan stroke, kesulitan dalam memperoleh dalam banyak kasus tinjauan lengkap sistem dan riwayat kontak, evaluasi dapat dilakukan di pusat-pusat yang memiliki kemampuan ini. Lebih disukai bahwa semua pasien diberikan masker untuk mengamankan perlindungan tim penatalaksanaan secara langsung.

Peralatan pelindung pribadi (APD) yang sesuai harus digunakan sesuai dengan CDC dan pedoman institusi lokal, (yang disebut 'kode stroke terlindungi,' bersama dengan pengobatan di lokasi yang ditunjuk terpisah dari pasien lainnya. Semua pasien harus menerima standar perawatan stroke dan harus dievaluasi untuk trombolisis potensial dengan aktivator plasminogen jaringan intravena (rtPA) atau tenecteplase (TNK), bersama dengan trombektomi endovaskular (ET) ketika dicurigai adanya oklusi pembuluh darah besar (LVO).

Mungkin dalam kasus-kasus tertentu (seperti serangan iskemik transien dan infark lacunar kecil dengan defisit minimal) untuk mendapatkan tes yang dipercepat dan evaluasi kritis di ruang gawat darurat, menghindari masuk rumah sakit. Ketika di rumah sakit berkembang menjadi sesak oleh masuknya pasien COVID-19, dan ketika unit dikonversi untuk mengakomodasi dan merawat pasien yang terinfeksi, distribusi tempat tidur di unit terpisah harus direncanakan terlebih dahulu.

Pasien yang menerima trombolisis kimia intravena harus dimonitor per pedoman stroke saat ini. Namun, untuk menghindari paparan personel, pemantauan dapat dilakukan secara virtual dengan konferensi video dua arah dalam beberapa kasus. Praktek saat ini melibatkan institusi yang menerima pasien pasca trombolisis ke unit perawatan intensif (ICU); untuk menghindari

pemanfaatan tempat tidur ICU, pasien stroke pasca trombolisis dapat dimasukkan ke unit perawatan menengah (IMCU) atau unit 'step down' stroke, diawasi oleh ahli saraf atau ahli saraf vaskular dengan anggapan ada kemungkinan rendah kebutuhan unit perawatan intensif bersama dengan penerimaan awal pasien dengan perdarahan intraserebral yang kecil.

2) Perencanaan rehabilitas

Semua petugas kesehatan yang merawat pasien dengan COVID-19 berisiko lebih tinggi untuk terpajan dan harus memakai pelindung yang sesuai. Terapi fisik (PT), terapi okupasi (OT), terapi wicara (ST), bersama dengan layanan rehabilitasi sering terlibat dalam perawatan pasien stroke, dan merupakan bagian integral dari pemulihan stroke . Perawatan tambahan harus dilakukan ketika berkonsultasi dengan layanan seperti itu yang bertentangan dengan melibatkan semua layanan terapi tanpa pandang bulu, dan layanan terapi (bila perlu) juga harus menekankan pengajaran latihan rehabilitasi yang aman yang dapat dilakukan oleh pasien 'sebagai pekerjaan rumah' ketika sendirian, konsultasi diet pun dibutuhkan untuk masa rehabilitasi ini.

3) Anggota keluarga

Sementara memperoleh riwayat dan informasi medis dari anggota keluarga sering diperlukan, terutama ketika pasien afasik atau memiliki perubahan status mental, banyak rumah sakit secara tepat membatasi pengunjung atau tidak menerapkan kebijakan pengunjung. Upaya ekstra perlu dilakukan untuk menjangkau keluarga melalui telepon untuk mendiskusikan riwayat pasien, kondisi, pilihan perawatan, dan perencanaan kepulangan dengan anggota keluarga dan perawat. Pengecualian terhadap kebijakan pengunjung, seperti diskusi tentang perawatan akhir hidup, harus dilakukan jika sesuai.

4) Transfer

Perawatan stroke sering melibatkan jaringan rumah sakit, situs yang mentransfer pasien stroke untuk perawatan tingkat perawatan yang lebih tinggi seperti ET, atau perawatan ICU untuk infark masif dengan edema serebral atau untuk perdarahan intraserebral (ICH). Tele-stroke harus didorong untuk mengevaluasi pasien dan untuk mencegah transfer yang tidak perlu. Untuk stroke iskemik akut, neuroimaging termasuk pencitraan arteri harus diperoleh di situs berbicara, dan harus ditinjau baik oleh ahli radiologi lokal maupun dokter tele-stroke untuk membantu dalam pemilihan pasien yang tepat untuk transfer.

Dokter tele-stroke mungkin diminta untuk membuat keputusan serius kapan harus menggunakan sumber daya yang terbatas dan risiko penyebaran COVID-19 ketika mempertimbangkan transfer potensial. Sebagai contoh, dokter dapat memilih untuk tidak menerima pemindahan pasien dengan perdarahan masif, atau pasien dengan stroke iskemik yang memiliki kemungkinan hasil pengobatan pasca stroke yang sangat rendah. Ketika transfer dianggap perlu, pasien harus diskruining untuk COVID-19 di situs berbicara. Jika kecurigaan klinis infeksi COVID-19 tinggi, tim intervensi harus siap menggunakan APD yang tepat, dengan respirator N95 untuk melindungi dari partikel yang terbawa udara dan dari kontaminasi cairan selama prosedur endovaskular jika diperlukan intubasi. Kalau tidak, masker bedah mungkin cukup. Pasca intervensi, pasien harus dirawat di unit ICU yang sesuai seperti yang dibahas di atas

5) Operasi elektif

Banyak institusi baik nasional maupun dunia telah menunda prosedur bedah yang tidak mendesak selama berminggu-minggu (mis. Bedah karotis atau jantung) dan intervensi bedah segera akan menjadi preseden. Prosedur yang tidak mendesak masih dilakukan di beberapa pusat terpilih.

6) Perencanaan Pelepasan

Banyak pasien yang selamat dari stroke awal ditinggalkan dengan kecacatan yang membutuhkan terapi fisik intensif di fasilitas rehabilitasi rawat inap. Sedangkan rehabilitasi awal dan intens adalah kritis dalam pemulihan stroke, perpindahan ke lembaga rehabilitasi akut dan fasilitas jangka panjang telah tertunda karena kekhawatiran tentang penyebaran infeksi COVID-19 di fasilitas perawatan jangka panjang dan panti jompo.

7) Membangun jaringan stroke

Membangun jaringan stroke di dalam kota dan kolaborasi antar institusi harus dipertimbangkan secara serius ketika lonjakan COVID-19 semakin buruk. Pandemi COVID-19 harus dianggap sebagai perang melawan umat manusia, dan perencanaan darurat harus didorong oleh otoritas kelembagaan. pasien COVID-19 antara fasilitas akan diperlukan karena institusi menjadi kewalahan dengan lonjakan pasien. Komunitas stroke harus mendorong kolaborasi antara jaringan stroke untuk menetapkan cakupan mingguan yang berputar untuk perawatan stroke akut di area geografis tertentu; dengan demikian membebaskan sumber daya rumah sakit dan melepaskan tanggung jawab stroke call dan memungkinkan dokter untuk membantu merawat pasien pada unit COVID-19.

B. Teori Keperawatan

Model adaptasi Roy untuk keperawatan merupakan suatu teori yang diturunkan dari teori yang sebelumnya, diantaranya teori Harry Helson mengenai psikofisika yang diperluas menjadi ilmu sosial dan perilaku. Pada teori adaptasi Helson, proses adaptasi merupakan fungsi dari stimulus yang datang dan ingkat adaptif. Setelah mengembangkan modelnya, Roy menyajikannya sebagai kerangka kerja praktik, penelitian dan pendidikan keperawatan. Roy menyatakan bahwa lebih dari 1500 pengajar dan siswa telah berkontribusi pada perkembangan teoritis model adaptasinya. Roy

menyajikan teori ini sebagai kerangka kerja kurikulum pada sejumlah besar audiens pada konferensi pendidikan keperawatan di Chicago pada tahun 1977 (Alligood, 2017).

Dalam buku *Introductio to Nursing: An Adaptation Model*, mendiskusikan tentang konsep diri dan mode identitas kelompok. Ia dan kolaboratornya mengutip karya Coombs mengenai konsistensi diri dan konsep utama yang mempengaruhi konsep diri. Model identitas konsep diri adalah satu dari tiga mode psikososial yang berfokus pada aspek psikologis dan spiritual sistem manusia. Kebutuhan dasar yang mendasari mode konsep diri individu telah diidentifikasi sebagai identitas psikospiritual atau kebutuhan untuk mengetahui diri sendiri sehingga seseorang dapat menjadi atau merasakan keberadaan yang utuh, bermakna, dan bermanfaat di alam semesta ini. Konsep diri dapat diidentifikasi sebagai kumpulan kepercayaan dan perasaan tentang diri pada waktu tertentu yang terbentuk dari persepsi internal dan persepsi diri dari orang lain. Komponen konsep diri yang pertama adalah fisik diri termasuk di dalamnya sensasi dan citra tubuh, yang kedua personal diri yang mencakup konsistensi diri, ideal diri atau harapan diri, dan moral- etika-spiritual diri (Nursalam, 2015).

Model Roy berfokus pada konsep adaptasi manusia. Konsep- konsepnya mengenai keperawatan manusia, kesehatan dan lingkungan yang saling berhubungan dengan adaptasi sebagai konsep sentralnya. Pada akhirnya, manusia memberikan respon dan adaptasi pun terjadi. Respon ini dapat berupa respon adaptif ataupun inefektif. Respon adaptif meningkatkan integritas dan membantu manusia dalam mencapai tujuan adaptasi, yaitu untuk bertahan hidup, tumbuh, berkembang biak, menguasai, serta transformasi seseorang dan lingkungannya yang membawanya menuju sehat. Disisi lain respon inefektif gagal mencapai tujuan tersebut atau bahkan mengancam pencapaian tujuan sehingga mengakibatkan terganggunya integritas seseorang. Terdapat dua subsistem yang saling berhubungan dengan model Roy. Subsistem proses primer, fungsional, atau kontrol terdiri dari regulator dan kognator. Sedangkan subsistem sekunder dan efektor terdiri

dari empat mode adaptasi berikut: kebutuhan fisiologis, kebutuhan konsep diri, fungsi peran dan interpedensi (Nursalam, 2015).

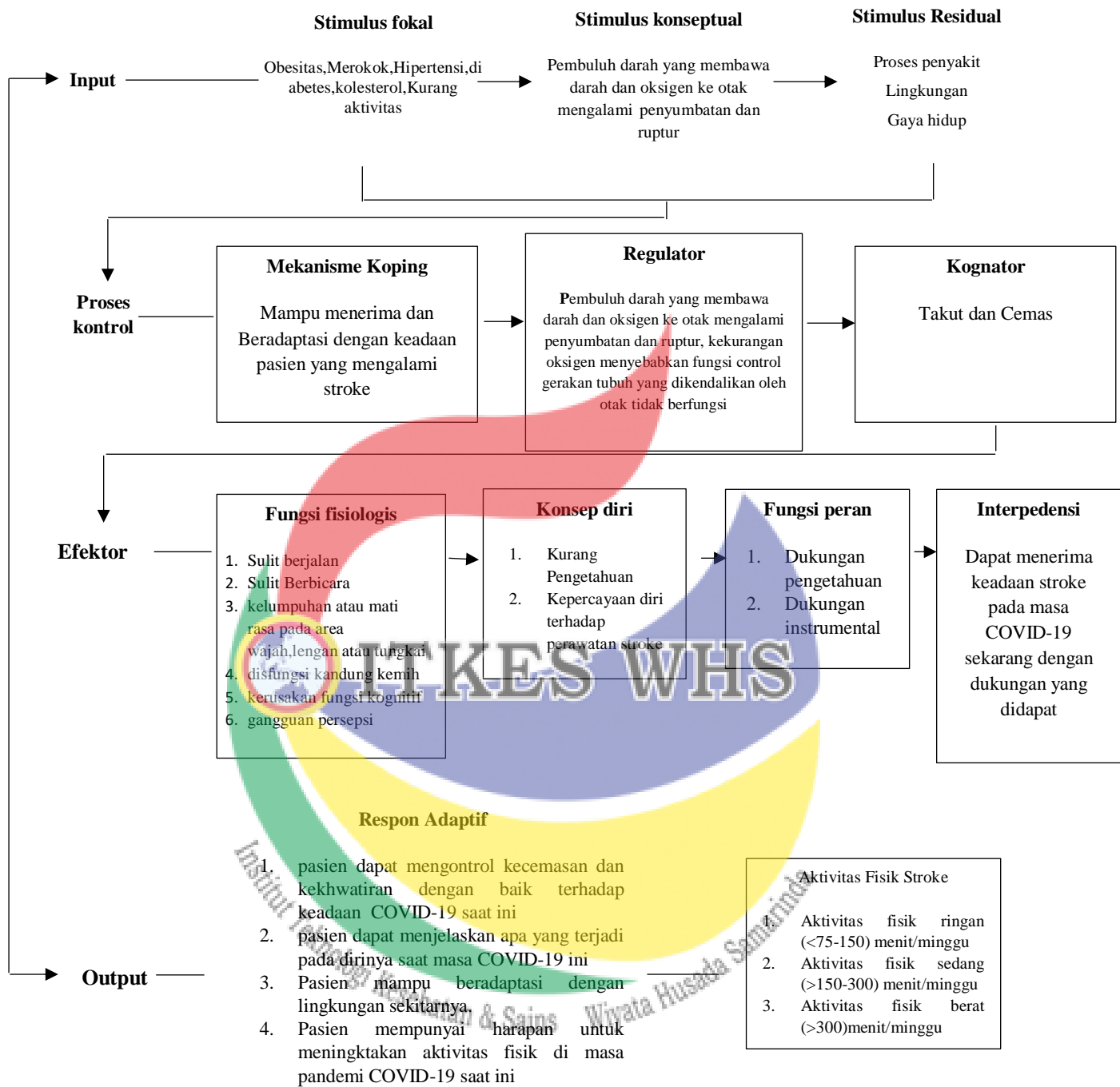
Roy memandang regulator dan kognator sebagai metode koping subsistem regulator adalah proses koping utama yang melibatkan system syaraf, kimiawi, dan hormonal. Sedangkan subsistem kognator adalah proses koping utama yang melibatkan empat saluran kognitif-emosi, proses persepsi dan informasi, belajar, menilai dan emosi. Subsistem koping regulator, dengan metode adaptasi fisiologis berespon secara otomatis melalui proses koping neurologis, kimiawi dan endokrin. Subsistem koping kognator, dengan metode adaptif konsep diri, interpedensi dan fungsi peran, berespon melalui empat saluran kognitif-emosi yaitu pemrosesan informasi yang diterima, pembelajaran, penilaian, dan emosi. Persepsi adalah proses interpretasi dari suatu stimulus. Persepsi menghubungkan regulator dengan kognator dalam hal input terhadap regulator diubah menjadi persepsi. Persepsi adalah proses dari kognator. Respon-respon yang mengikuti suatu persepsi adalah umpan balik bagi kognator maupun regulator. Dalam teori Roy memiliki perubahan yang membuat individu harus mempertahankan integritas dirinya yaitu beradaptasi secara kontinue (Nursalam, 2015).

1. Input: sistem adaptasi mempunyai input yang berasal dari internal individu, Roy mengidentifikasi input sebagai suatu stimulus. Stimulus merupakan suatu unit informasi, kejadian atau energi yang berasal dari lingkungan. Sejalan dengan adanya stimulus, tingkat adaptasi individu direspon sebagai suatu input dalam system adaptasi. Tingkat adaptasi tersebut tergantung dari stimulus yang didapat berdasarkan kemampuan individu. Tingkat respon antar individu sangat unik dan bervariasi bergantung pada pengalaman yang didapatkan sebelumnya, status kesehatan individu, dan stressor yang diberikan (Nursalam, 2015).
2. Proses
 - a. Roy menggunakan istilah mekanisme koping untuk menjelaskan proses kontrol dari individu sebagai suatu sistem adaptasi. Beberapa mekanisme koping dipengaruhi oleh faktor kemampuan genetik dan mekanisme lainnya dengan cara dipelajari. Roy menekankan ilmu

keperawatan yang unik untuk mengontrol mekanisme koping. Mekanisme tersebut dinamakan regulator dan kognator (Nursalam, 2015).

- b. Subsistem regulator mempunyai sistem komponen input, proses internal, dan output. Stimulasi input berasal dari dalam atau luar individu. Perantara system regulator berupa kimiawi, saraf, atau endokrin. Proses regulator terjadi ketika stimulus eksternal divisualisasikan dan ditransfer melalui saraf mata menuju pusat saraf otak dan bagian bawah pusat saraf otonomi. Stimulus kognator juga berasal dari faktor internal dan eksternal. Perilaku output subsistem kognator. Proses kontrol kognator berhubungan dengan fungsi otak yang tinggi terhadap persepsi atau proses informasi, pengambilan keputusan dan emosi. Dalam mempertahankan integritas seseorang, kognator dan regulator bekerja secara bersamaan (Nursalam, 2015).
3. Efektor: sistem adaptasi proses internal yang terjadi pada individu didefinisikan Roy sebagai system efektor. Empat efektor atau model adaptasi tersebut meliputi: (1) Fisiologi; (2) konsep diri; (3) fungsi peran; (4) ketergantungan (Nursalam, 2015).
4. Output: perilaku seseorang berhubungan dengan metode adaptasi. Koping yang tidak efektif berdampak terhadap respon sakit (maladaptif). Jika klien masuk pada zona maladaptif maka klien mempunyai masalah keperawatan (Nursalam, 2015)

C. Kerangka Teori



Skema 2.1: Manusia sebagai sistem adaptif (Roy, C, 1984) Introduction to nursing: An adaptation model, edisi 2 hal 30, Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall

D. Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimana karakteristik responden meliputi jenis kelamin, usia, dan pekerjaan
2. Bagaimana distribusi frekuensi aktivitas fisik pasien stroke pada tingkatan ringan, sedang, berat berdasarkan karakteristik responden yang meliputi jenis kelamin, usia, dan pekerjaan



BAB III

METODE PENELITIAN

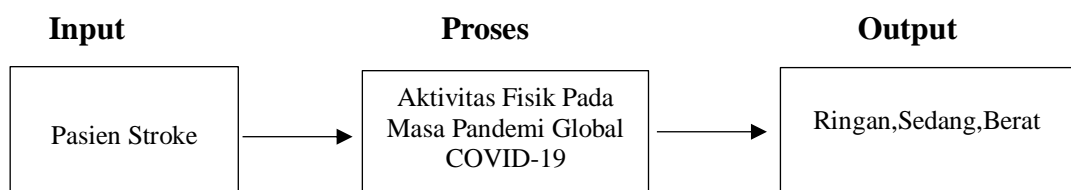
A. Jenis dan Rancangan Penelitian

Penelitian ini berjenis kuantitatif, dengan menggunakan rancangan penelitian *deskriptif* dengan pendekatan *Cross Sectional* (jenis penelitian yang melakukan waktu pengukuran/observasi data setiap variabel hanya satu kali) (Dahlan, 2015) dengan menggunakan metode *survey* yaitu mengumpulkan informasi melalui tanya jawab kuesioner (Nursalam, 2011) untuk melihat aktivitas fisik pasien stroke pada masa pandemi global COVID-19. Jenis metode penelitian *deskriptif* merupakan suatu metode yang berfungsi untuk *mendeskripsikan atau memberi gambaran objek yang diteliti melalui data atau sampel yang telah terkumpul sebagaimana adanya tanpa melakukan analisis dan membuat kesimpulan yang berlaku untuk umum* (Sugiyono, 2016)

B. Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep merupakan suatu alat bantu bagi peneliti untuk menghubungkan hasil temuan dengan kerangka teori. Kerangka konsep dirumuskan oleh peneliti sesudah membaca berbagai teori yang ada kemudian menyusun teorinya sendiri yang akan digunakan sebagai landasan penelitiannya (Adik wibowo dalam buku metodologi penelitian.,2014).

Definisi dari kerangka konsep bisa diartikan sebagai suatu kerangka hubungan antara konsep yang *ingin diamati atau diukur* melalui peneliti (Nursalam, 2015). Kerangka konsepnya berupa variabel Aktivitas Fisik Pasien Stroke Pada Masa Pandemi Global COVID-19 sebagai berikut:



Skema 3.1 kerangka konsep penelitian

C. Lokasi dan Waktu Penelitian

1. Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian dilaksanakan di Klinik Fisioterapi Mandiri Nanang Asnawi Air Putih Samarinda.

2. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan mulai bulan Juni-Juli 2020.

D. Populasi dan Sampel

1. Populasi Penelitian

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas objek atau subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari kemudian ditarik kesimpulan. Jadi populasi bukan hanya orang tetapi juga objek dan benda-benda alam yang lain. Populasi juga bukan sekedar jumlah yang ada pada obyek/subyek yang dipelajari, tetapi meliputi seluruh karakteristik/sifat yang dimiliki oleh subyek/obyek itu (Sugiyono, 2016).

Populasi dalam penelitian ini adalah penderita Stroke yang masih rutin melakukan pengobatan pada masa pandemi COVID-19. Pada masa pandemi pengunjung mengalami penurunan termasuk pada penderita stroke yang melakukan pengobatan. Oleh karena itu, jumlah populasi yang didapatkan peneliti juga semakin sedikit. Populasi dalam penelitian ini adalah penderita stroke yang rutin melakukan pengobatan selama tiga bulan terakhir dari bulan april-juni dengan jumlah 62 pasien.

2. Sampel Penelitian

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut. Bila populasi besar, dan peneliti tidak mungkin mempelajari semua yang ada pada populasi, misalnya karena keterbatasan, dana, tenaga dan waktu, maka peneliti dapat menggunakan sampel yang diambil dari populasi itu. Apa yang dipelajari dari sampel itu, kesimpulannya akan dapat diberlakukan untuk populasi. Untuk itu sampel yang diambil dari populasi harus betul-betul representatif/mewakili (Sugiyono, 2016). Teknik sampling dalam penelitian ini menggunakan

Teknik *Non-Probability Sampling* dengan *Consecutive sampling*. Teknik pengambilan sampel dengan metode *non probability sampling* yaitu dengan teknik pengambilan sampel yang tidak memberi peluang/kesempatan sama bagi setiap unsur atau anggota populasi untuk dipilih menjadi sampel, sedangkan teknik *consecutive sampling* yaitu memilih sampel setelah sebelumnya sudah ditetapkan kriteria yang harus dipenuhi. Sampel diambil dalam suatu kurun waktu yang telah ditetapkan oleh peneliti sampai jumlah sampel terpenuhi (Nursalam, 2015).

Dalam penelitian ini digunakan perhitungan sampel menurut Rumus Slovin (Sugiyono,2011)

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

Keterangan :

n : Ukuran Sampel

N : Ukuran Populasi

e : Kelonggaran ketidakteelitian atau derajat korelasi dari rumus diatas jumlah sampel dengan tingkat kesalahan 5% adalah sebagai berikut :

$$n = \frac{62}{1 + 62 (0,5)^2}$$

$$n = \frac{62}{1 + 62 (0,05)^2}$$

$$n = \frac{62}{1 + 62 (0.0025)}$$

$$n = 54$$

Dari penerapan jumlah sampel diatas diperoleh sampel sebanyak 54 pasien. Sampel diperkecil lagi menjadi 35 responden dikarenakan situasi kondisi sekarang yang tidak memungkinkan mengambil data akibat pandemi COVID-19. Data kuantitatif maksimal 30 dan sampel yang diambil 35 responden artinya dapat mengambil penelitian kuantitatif. 35 responden ini di dapat dengan cara mengambil data pasien stroke dari Klinik Fisioterapi Mandiri Nanang Asnawi Samarinda yang rutin menjalani pengobatan selama 3 bulan terakhir.

3. Kreteria Sampel Penelitian

a. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau yang akan diteliti (Nursalam, 2015).

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah:

- 1) Pasien stroke yang sedang kontrol di klinik Fisioterapi Mandiri Nanang Asnawi Samarinda.
- 2) Mampu berkomunikasi dengan baik.
- 3) Bersedia menjadi responden penelitian.

b. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan atau mengeluarkan subjek yang memenuhi kriteria eksklusi dari studi karena berbagai sebab (Nursalam, 2015).

Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah

- 1) Pasien stroke dengan perubahan tingkat kesadaran
- 2) Pasien stroke dengan Afasia (Gangguan Komunikasi yang disebabkan kerusakan pada otak)

E. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

1. Variabel Penelitian

Variabel adalah perilaku atau karakteristik yang memberikan nilai beda terhadap sesuatu (benda, manusia, dan lain-lain). Ciri yang dimiliki oleh anggota suatu kelompok (orang, benda, situasi) berbeda dengan yang dimiliki oleh kelompok tersebut. Dalam riset, variabel dikarakteristikan sebagai derajat, jumlah dan perbedaan. Variabel juga merupakan konsep dari berbagai level abstrak yang didefinisikan sebagai suatu fasilitas untuk pengukuran dan atau manipulasi suatu penelitian. Konsep yang dituju dalam penelitian bersifat konkret dan secara langsung bisa diukur (Nursalam, 2017). Variabel dalam penelitian ini merupakan variabel tunggal, yaitu aktivitas fisik pada pasien stroke.

2. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari sesuatu yang didefinisikan tersebut. Karakteristik yang dapat diamati (diukur) itulah yang merupakan kunci definisi operasional. Dapat diamati artinya memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena yang kemudian dapat diulangi lagi oleh orang lain (Nursalam, 2017).

Tabel 3.1 Definisi Operasional

Variabel penelitian	Definisi operasional	Alat ukur	Cara ukur	Hasil ukur	Skala
Aktivitas Fisik	Pernyataan responden terkait aktivitas fisik yang dilakukan saat dalam aktivitas sehari-hari meliputi pekerjaan fisik, pekerjaan rumah tangga, perjalanan (dengan berjalan berlari bersepeda), atau berolahraga yang di tentukan dalam 7 hari terakhir pada masa COVID- 19.	SPAQ	Mengisi kuesioner SPAQ lalu dijumlah kan sesuai item pertanyaan.	Dinyatakan dalam rentang nilai 1. Aktivitas fisik ringan <75-150 menit/minggu 2. Aktivitas fisik sedang >150-300 menit/minggu 3. Aktivitas fisik berat > 300 menit/minggu	Ordinal
Jenis kelamin	Perbedaan biologis dari laki-laki dan perempuan	Kuesioner	Wawancara	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
Usia	Satuan waktu yang diukur sejak lahir hingga dilakukan penelitian	Kuesioner	Wawancara	1. Masa dewasa akhir (35-45 tahun) 2. Masa lansia awal (46-55 tahun) 3. Masa lansia Akhir-manula (56-77 tahun)	Ordinal
Pekerjaan	Suatu profesi yang dilakukan untuk mendapatkan penghasilan serta pengeluaran energi untuk kegiatan tersebut	Kuesioner	Wawancara	1. tidak bekerja 2. buruh 3. pelajar/mahasiswa 4. Wiraswasta 5. Pns/Tni/Polri 6. Tidak Bekerja	Nominal

Sumber : Data primer (2020)

F. Sumber Data dan Instrumen Penelitian

1. Sumber Data

Data primer adalah data yang diperoleh peneliti secara langsung (dari tangan pertama). Data primer adalah sumber data yang langsung memberikan kepada pengumpul atau peneliti melalui wawancara, angket, observasi, atau gabungan ketiganya (Sugiyono, 2017). Data primer dari penelitian ini adalah hasil dari observasi responden. Data sekunder adalah sumber data yang tidak langsung memberikan data kepada pengumpul data atau peneliti misalnya lewat orang lain atau dokumen (Sugiyono, 2017). Data Sekunder pada penelitian ini didapatkan dari a) data yang diperoleh dari Fisioterapi Air Putih Samarinda b) Peneliti menggunakan bahan – bahan kepustakaan sebagai landasan teori.

2. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah suatu alat pengumpul data yang digunakan untuk mengukur fenomena alam maupun sosial yang diamati (Sugiyono, 2015). Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini berupa kuesioner. Terdapat dua instrumen yang digunakan yaitu Instrumen A tentang karakteristik responden dan dan Instrumen B tentang aktivitas fisik pasien stroke dengan kuesioner *SPAQ*.

a. Instrumen A

Instrument ini berisikan tentang karakteristik responden yang meliputi jenis kelamin, usia, pendidikan terakhir, pekerjaan, alat bantu aktivitas fisik, riwayat stroke dan riwayat penyakit sebelumnya. Sub variabel dari pendidikan terakhir meliputi tidak sekolah, SD, SMP, SMA/SMK, dan Diploma/ Sarjana/ Magister/ Profesor. Sub variabel dari pekerjaan meliputi tidak bekerja, buruh, pelajar/mahasiswa, wiraswasta, PNS/TNI/POLRI dan lain-lain. Sub variabel dari alat bantu aktivitas fisik stroke meliputi tongkat jalan, kursi roda, dan tanpa alat bantu.

b. Instrumen B

Kuesioner berupa Instrumen yang digunakan dalam mengukur aktivitas fisik pada pasien stroke yaitu *Stroke Physical Activity*

Questionnaire dikembangkan oleh Thunyakamon Phussuttatam (2019) pada tahun 2019 yang digunakan untuk mengukur tingkat aktivitas fisik seseorang stroke. Alat ukur ini terdiri dari 12 item pertanyaan yang dikelompokkan menjadi 3 komponen utama yaitu aktivitas fisik rendah (7 item), Aktivitas Fisik Sedang (3 item) dan Aktivitas Fisik Berat (2 item)

Tabel 3.2 penilaian alat ukur SPAQ

Alat ukur	Cara alat ukur	Total menit/minggu
SPAQ (Stroke Physical Activity Questionnaire)	(rata-rata waktu perhari) X (menit/sesi) setelah itu ditambahkan dengan item lain yang ada pada kuesioner.	Menit / minggu dalam aktivitas fisik ringan, sedang dan berat. 1) Aktivitas fisik ringan (<75-150 menit/minggu) 2) Aktivitas fisik sedang (>150-300 menit/minggu) 3) Aktivitas Fisik Berat (>300 menit/minggu)

1. Aktivitas Fisik Ringan

Melakukan beberapa aktivitas fisik intensitas sedang atau kuat tetapi kurang dari 150 menit/minggu aktivitas fisik intensitas sedang seminggu atau 75 menit aktivitas intensitas kuat atau kombinasi yang setara.

2. Aktivitas Fisik Sedang

Aktif melakukan aktivitas fisik intensitas sedang hingga 150 menit hingga 300 menit seminggu.

3. Aktivitas Fisik Berat

Sangat Aktif melakukan aktivitas fisik intensitas sedang selama lebih dari 300 menit seminggu.

G. Uji Instrumen

Tujuan dari uji instrumen adalah agar dapat diperolehnya informasi mengenai kualitas instrumen sudah atau belum memenuhi persyaratan yang digunakan. Baik buruknya instrumen akan berpengaruh terhadap benar tidaknya data yang diperoleh, sedangkan benar tidaknya sangat menentukan bermutu tidaknya hasil penelitian (Arikunto, 2010).

1. Uji Validitas

Validitas adalah suatu indeks yang menunjukkan alat ukur itu benar-benar mengukur apa yang diukur (Notoatmodjo, 2012). Sebuah instrumen dikatakan valid apabila dapat mengungkapkan data dari variabel yang diteliti secara tepat. Tinggi rendahnya validitas instrumen menunjukkan sejauh mana data yang terkumpul tidak menyimpang dari gambaran tentang validitas yang dimaksud (Arikunto, 2010). Instrumen dinyatakan valid jika instrumen tersebut mampu mengukur apa saja yang hendak diukur. Instrumen penelitian ini sudah valid berdasarkan tervalidasi berdasarkan judul "*Development and Preliminary Validation of a Stroke Physical Activity Questionnaire*" oleh Thunyakamon Phussuttatam (2019). Didapatkan korelasi dengan accelerometer Uji Spearman dengan nilai r_s 0,57.

2. Uji Reabilitas

Reabilitas dilakukan untuk melihat apakah alat ukur yang digunakan (kuisioner) menunjukkan konsistensi dalam mengukur gejala yang sama ukurannya (Sugiyono, 2015). Uji reliabilitas berguna untuk menetapkan apakah instrumen dapat digunakan lebih dari satu kali, paling tidak oleh responden yang sama akan menghasilkan data yang konsisten. Pada penelitian ini tidak dilakukan uji validitas dan uji reliabilitas dikarenakan menggunakan instrumen yang sudah tervalidasi berdasarkan dari artikel penelitian sebelumnya yang berjudul "*Development and Preliminary Validation of a Stroke Physical Activity Questionnaire*" oleh Thunyakamon Phussuttatam (2019). Didapatkan nilai Reabilitas dengan menggunakan *Interclass Correlation Coefficient (ICC)* yaitu *Physical Activity* Ringan adalah 0,56 (91% CI 0,18-0,77), *Physical Activity* Sedang 0,91 (0,83-0,95) , dan untuk *Physical Activity* Sedang hingga Kuat adalah 0,90 (95% CI 0,81-0,95).

H. Prosedur Pengumpulan Data

1. Tahap persiapan penelitian

- a. Peneliti menyusun proposal dan melakukan bimbingan.
- b. Mengurus surat izin studi pendahuluan di ITKES Wiyata Husada Samarinda.
- c. Mengajukan surat izin studi pendahuluan Ke Klinik Fisioterapi Nanang Asnawi Samarinda
- d. Peneliti menemui bagian tata usaha Klinik Fisioterapi Nanang Asnawi Samarinda untuk mengambil data. Data yang diambil adalah pasien yang memiliki stroke.
- e. Mengurus surat perizinan penelitian ke Klinik Fisioterapi Nanang Asnawi Samarinda
- f. Tahap studi dokumentasi, studi pustaka, penyusunan proposal dan dilanjutkan dengan ujian proposal.
- g. Perencanaan penelitian dalam situasi pandemi COVID-19 :
 - 1) Mencari pasien stroke dengan data yang didapat di fisioterapi dan ikut dalam pelaksanaan fisioterapi samarinda.
 - 2) Instrumen pengambilan data dapat direncanakan secara langsung.
 - 3) Pengambilan data melalui bertatap langsung yang dapat dilakukan dengan cara menghubungi nomer telepon responden terlebih dahulu atau langsung bertemu di fisioterapi.

2. Tahap pelaksanaan penelitian

- a. Menjelaskan pada responden tujuan penelitian
- b. Mengajukan izin kesepakatan pada responden untuk menjadi sampel dan menandatangani lembar persetujuan menjadi responden (*informed consent*) bagi responden yang bersedia menjadi sampel penelitian.
- c. Setelah responden memahami tujuan penelitian dan bersedia menjadi responden, kemudian peneliti bertanya secara langsung terkait dengan poin-poin yang ada dalam kuesioner karakteristik responden dan kuesioner SPAQ.
- d. Setelah kuesioner terisi, dikumpulkan selanjutnya dipersiapkan untuk diolah.

- e. Tahap pelaksanaan penelitian selama pandemi COVID-19 :
- 1) Tahap pelaksanaan penelitian secara langsung dirumah apabila pasien tidak bisa ditemui di fisioterapi pada masa pandemi COVID-19 dapat dilakukan dengan cara :
 - a) Melakukan perjanjian sebelumnya melalui telepon berdasarkan data yang di berikan dari fisioterapi
 - b) Jika pasien bersedia bertemu , peneliti mendatangi rumah responden berdasarkan alamat yang telah diberikan.
 - c) Peneliti memperkenalkan diri, menjelaskan tujuan dan prosedur penelitian, serta meminta kesediaan calon responden dengan mengisi *informed consent*.
 - d) Peneliti bertanya secara langsung terkait dengan poin-poin yang ada dalam kuesioner karakteristik responden dan kuesioner SPAQ
 - e) Melakukan pengumpulan data sesuai dengan protocol kesehatan yakni: menggunakan masker, menjaga jarak 1-2 meter, mencuci tangan sebelum dan sesudah bersentuhan dengan responden
 - 2) Tahap pelaksanaan penelitian secara langsung fisioterapi pada masa pandemi COVID-19 dapat dilakukan dengan cara:
 - a) Peneliti menemui kepala ruangan serta pelayan yang ada diruangan untuk meminta izin melakukan penelitian.
 - b) Peneliti meminta arahan terkait pasien mana saja yang dapat menjadi responden penelitian.
 - c) Peneliti menemui calon responden.
 - d) Peneliti memperkenalkan diri, menjelaskan tujuan dan prosedur penelitian, serta meminta kesediaan calon responden dengan mengisi *informed consent*.
 - e) Peneliti bertanya secara langsung terkait dengan poin-poin yang ada dalam kuesioner karakteristik responden dan kuesioner SPAQ

- f) Melakukan pengumpulan data sesuai dengan protokol kesehatan yakni: menggunakan masker, menjaga jarak 1-2 meter, mencuci tangan sebelum dan sesudah bersentuhan dengan responden.

3. Tahap penyelesaian

- a. Data yang sudah terkumpul kemudian diolah sesuai dengan tahapan pengolahan data.
- b. Membuat analisis, pembahasan serta kesimpulan dari data yang diolah

I. Analisa Data

1. Teknik Pengolahan Data

Menurut Notoatmojdo (2012) data yang terkumpul dalam tahap pengelompokan data perlu diolah dahulu. Tujuannya adalah untuk menyederhanakan seluruh data yang terkumpul, menyajikannya dalam susunan yang baik dan rapi. Pengolahan data dalam penelitian dilakukan melalui tahap-tahap sebagai berikut:

a. *Editing* (memeriksa)

Dilakukan dengan mengoreksi data yang telah diperoleh yang meliputi kebenaran pengisian, kelengkapan jawaban, konsistensi dan relevansi jawaban terhadap kuesioner A dan Kuesioner B (SPAQ)

b. *Coding* (memberi kode)

Peneliti melakukan pengkodean terhadap data yang sudah diedit, sebagai usaha menyederhanakan data dan mudah untuk di olah, Karakteristik responden di klasifikasikan berdasarkan jenis kelamin, umur, dan pekerjaan. Pada jenis kelamin angka 1 menunjukkan kelamin laki-laki, angka 2 menunjukkan kelamin perempuan, kemudian umur angka 1 menunjukkan rentan usia 35-35 tahun, angka 2 menunjukkan rentan umur 46-55 tahun dan angka 3 menunjukkan rentan umur 56-77 tahun. Kemudian kualifikasi pekerjaan menunjukkan angka 1 menunjukkan tidak bekerja, angka 2 menunjukkan buruh, angka 3 menunjukkan pelajar/mahasiswa, angka 4 menunjukkan pegawai/Tni/Polri, angka 5 menunjukkan wirausaha, dan 6

menunjukkan lain-lain. Skor jawaban dari kuesioner *SPAQ* di klasifikasikan dengan 1 yaitu aktivitas fisik ringan <75-150, angka 2 menunjukkan aktivitas fisik sedang >150-300, angka 3 menunjukkan aktivitas fisik berat >300.

c. *Cleaning* (pembersihan data)

Apabila dari semua data setiap sumber atau responden selesai dimasukkan, maka perlu dicek kembali untuk melihat kemungkinan-kemungkinan adanya kesalahan kode, ketidaklengkapan, dan sebagainya, kemudian dilakukan perbaikan atau koreksi.

d. Penetapan skor

Setelah data terkumpul dan kelengkapannya diperiksa kemudian diberi skoring. Selanjutnya, data di analisis terlebih dahulu dengan menetapkan skor pada setiap item jawabannya.

e. *Tabulating* (Tabulasi Data)

Kemudian dilakukan tabulasi data dengan memasukkan data-data hasil penelitian lalu memasukkan data-data dalam tiap variabel ke program computer dengan bantuan *software* untuk dilakukan untuk analisis data sehingga data akan muncul dalam bentuk sesuai dengan keinginan peneliti.

2. Analisa Data

Analisa data (Notoatmodjo, 2012). Berdasarkan kerangka konsep penelitian, penelitian ini terdapat variabel bebas dan variabel terkait. Desain penelitian adalah *cross sectional* dengan pendekatan kuantitatif. Pengolahan data hanya mendeskripsikan atau menggambarkan hasil penelitian dibedakan berdasarkan satu varian, yaitu:

a. Uji normalitas data

Uji normalitas adalah sebuah uji yang dilakukan dengan tujuan untuk menilai sebaran data pada sebuah kelompok data atau variabel, apakah sebaran data tersebut berdistribusi normal atau tidak. Pada penelitian ini tidak menggunakan uji normalitas dikarenakan di dalam referensi sebelumnya dalam penelitian "*Development and Preliminary Validation of a Stroke Physical Activity Questionnaire*" oleh

Thunyakamon Phussuttatam (2019) sudah diketahui Hasil Nilai ukur kuesioner *Stroke Physical Activity Questionnaire (SPAQ)*.

b. Analisa univariat

Analisa univariat bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik variabel penelitian. Analisa univariat tergantung dari jenis datanya. Untuk data yang bersifat numerik digunakan nilai mean atau rata-rata, median dan standar deviasi (Notoadmodjo, 2012). Gambaran ini mempunyai tujuan untuk mengetahui aktivitas fisik pasien stroke pada masa pandemi global COVID-19. Penyajian variabel dengan hasil pengukuran yang diperoleh adalah aktivitas fisik pasien stroke dan karakteristik responden yang meliputi: Jenis kelamin, usia, dan pekerjaan.

J. Etika Penelitian

Selama penelitian berlangsung, peneliti akan memperhatikan prinsip-prinsip etik, adapun prinsip-prinsip etik yang akan peneliti perhatikan adalah:

1. Nilai-nilai Dasar Pelaksanaan Penelitian

a. Kejujuran

Jujur dalam pengumpulan bahan pustaka, pengumpulan data, jujur pada kekurangan dan metode yang dilakukan. Jujur untuk mampu menghargai rekan peneliti dan tidak mengklaim pekerjaan yang bukan pekerjaan sendiri dinyatakan sebagai pekerjaan sendiri.

b. Profesionalisme

Sebagai individu peneliti bekerja sesuai dengan standar moral dan etika yang ditentukan oleh pekerjaan dan hasil yang akan dicapai sesuai dengan hal yang telah ditentukan.

c. Kesetaraan

Upaya peneliti untuk menghindari adanya diskriminasi ras, suku maupun budaya dari responden.

d. Keadilan

Peneliti harus adil dalam hak dan kewajiban responden.

e. Saling menghargai

Upaya peneliti mengelola penelitian secara bernurani dan berkeadilan terhadap lingkungan penelitiannya, menghormati obyek penelitian (manusia), berbuat sesuai kodrat, tanpa merendahkan martabat.

2. Etika Penelitian

a. Persetujuan (*informed consent*)

Sebelum melakukan penelitian, peneliti terlebih dahulu meminta izin kepada kepala Klinik Fisioterapi dan Fisioterapis yang bertugas di ruangan. Kemudian peneliti meminta arahan terkait pasien mana yang dapat dijadikan responden penelitian. Lalu peneliti menemui calon responden, mengucapkan salam, melakukan perkenalan dengan calon responden, menjelaskan maksud dan tujuan penelitian, menjelaskan prosedur penelitian, serta meminta kesediaan calon responden dengan menandatangani lembar *informed consent*, lalu dilakukan penelitian dengan wawancara secara langsung kepada responden terkait data demografi dan kondisi yang dialami, saat melakukan *informed consent* ada beberapa klien yang menolak karena tidak ingin informasinya diketahui siapapun.

b. *Anonymity*

Nama maupun inisial responden hanya tercantum dalam *informed consent* yang disimpan sebagai arsip peneliti, kemudian dalam lembar data demografi tidak dicantumkan nama responden, akan tetapi peneliti menggantinya dengan nomor urut responden, termasuk dalam penyajian hasil penelitian juga demikian.

c. *Non-maleficence*

Prinsip ini mengutamakan untuk menghindari atau tidak menimbulkan bahaya baik berupa fisik maupun psikologis agar tidak terjadi keraguan bagi responden.

d. *Justice*

Prinsip ini mengutamakan keadilan, dalam penelitian ini tidak akan membedakan intervensi pada satu responden dengan responden

lainnya, tidak ada diskriminasi dan membeda-bedakan, semua diperlakukan yang sama.

e. Kerahasiaan (*confidentiality*)

Informasi yang didapatkan dari responden dijelaskan dalam lembar *informed consent* untuk dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, termasuk nama responden. Segala informasi yang berkaitan dengan data diri responden hanya disimpan sebagai arsip peneliti. Peneliti hanya menampilkan informasi berupa jenis kelamin, usia, pekerjaan, pendidikan serta diagnosis penyakit responden untuk kebutuhan penelitian yang disajikan atau dilaporkan sebagai hasil riset.



K. Alur Penelitian



Skema 3.2 Alur Penelitian (Notoatmojo, 2012; Nursalam, 2017; Nursalam 2011; Notoatmodjo, 2012 & Sugiono 2016;)

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini berisi tentang pemaparan hasil penelitian dan pembahasan yang berkaitan dengan penelitian yang telah dilakukan. Hasil penelitian yang tertulis disertai dengan interpretasi dari data-data tersebut. Pada bagian selanjutnya akan diuraikan fakta berdasarkan hasil penelitian, yang akan dikaitkan menyajikan hasil pengumpulan data yang telah dilaksanakan pada bulan Juli 2020 di Klinik Fisioterapi Mandiri Nanang Asnawi Samarinda. Kuesioner dibagikan kepada responden dalam hal ini sesuai berjumlah 35 responden. Responden mengisi kuesioner aktivitas fisik stroke dengan 12 item pernyataan. Seluruh data yang terkumpul telah memenuhi syarat untuk dianalisis. Hasil penelitian disajikan dalam bentuk table dan tekstual yang didasarkan pada analisis univariat.

A. Hasil penelitian

1. Gambaran Tempat Penelitian

Klinik Fisioterapi Nanang Asnawi merupakan klinik Fisioterapi mandiri yang memberikan pelayanan khusus fisioterapi yang merupakan salah satu di antara klinik fisioterapi yang berada di Samarinda dan berdiri sejak tahun 2016. Fisioterapi Mandiri Nanang Asnawi berada di Jalan. P. Suryanata Putih RT 33 RW 7 No. 5 Kelurahan Air Putih Samarinda, Samarinda Ulu. Adapun jenis penanganan yang diberikan di antaranya: teknik penyinaran, elektroterapi, elektro magnetik terapi, traksi, mobilisasi *excercise*, *manual therapy*, konsultasi fisioterapi.

2. Analisa Univariat

Analisa univariat dalam penelitian ini yaitu mengidentifikasi distribusi responden berdasarkan Aktivitas Fisik Pasien Stroke Berdasarkan SPAQ dan karakteristik responden.

a. Karakteristik Responden

Karakteristik responden didalam penelitian ini terdiri dari jenis kelamin, usia dan pekerjaan, yang mana penjabaran hasil dari setiap karakteristik dalam bentuk frekuensi dan persentase

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin, Usia, dan Pekerjaan Pada Pasien Stroke Pada Masa Pandemi Global COVID-19 di Fisioterapi Nanang Asnawi Samarinda Pada Bulan Juli 2020 (n=35)

Variabel	Frekuensi	Persentase
1. Jenis Kelamin		
a. Laki-laki	21	60,0%
b. Perempuan	14	40,0%
2. Usia		
a. Masa dewasa akhir (35-45 Tahun)	4	11,4%
b. Masa lansia awal (46-55 Tahun)	12	34,3%
c. Masa lansia akhir-manula (56-77 Tahun)	19	54,3%
3. Pekerjaan		
a. Tidak Bekerja	14	40,0%
b. Pegawai Negeri/TNI/Polri	6	17,1%
c. Wiraswasta	3	8,6%
d. Lain-lain	12	34,3%

Sumber : Data Primer,2020

Berdasarkan tabel 4.1 diatas menunjukkan Sebagian besar responden berjenis kelamin laki-laki sebanyak 21 responden (60,0%). Dan sebagian besar pada kelompok usia lansia akhir sampai manula 56-77 tahun sebanyak 19 responden (54,3%) serta ditinjau dari status pekerjaan sebagian besar responden tidak bekerja dengan 14 responden (40,0%).

b. Aktivitas Fisik Pasien Stroke

Pengukuran aktivitas fisik dalam penelitian ini menjelaskan aktivitas fisik pasien stroke. Berikut adalah hasil uji univariat mengenai aktivitas fisik pasien stroke.

Table 4.2 Tingkat Aktivitas Fisik Menggunakan SPAQ Pada Pasien Stroke Pada Masa Pandemi Global COVID-19 Di Fisioterapi Nanang Asnawi Samarinda Pada Juli 2020 (n=35)

Indikator	Frekuensi	Persentase
1. Aktivitas fisik Ringan (<75-150) menit/minggu	19	54,3%
2. Aktivitas Fisik Sedang (>150-300) menit/minggu	3	8,6%
3. Aktivitas Fisik Berat (>300) menit/minggu	13	37,1%
Total	35	100%

Sumber: Data Primer

Berdasarkan tabel 4.2 diatas, pasien Stroke yang memiliki aktivitas fisik ringan sebanyak 19 orang dengan (54,3%), pasien yang memiliki aktivitas fisik sedang sebanyak 3 orang dengan (8,6%) dan pasien yang memiliki aktivitas fisik berat sebanyak 13 orang dengan (37,1%) Sehingga dapat disimpulkan bahwa masih banyak pasien stroke yang memiliki aktivitas fisik ringan (54,3%).

c. Aktivitas Fisik Pasien Stroke Ditinjau dari Jenis Kelamin, Usia, dan Pekerjaan.

Data aktivitas fisik diuji dengan menggunakan deskriptif statistik untuk mengetahui aktivitas fisik pasien stroke ringan, sedang dan berat responden ditinjau dari karakteristik yang meliputi

Tabel 4.3 Distribusi Aktivitas Fisik Ringan, Sedang, Berat Responden Ditinjau Dari Jenis Kelamin, Usia, dan Pekerjaan Pada Pasien Stroke Pada Masa Pandemi Global COVID-19 di Klinik Fisioterapi Nanang Asnawi Samarinda Pada Bulan Juli 2020 (n=35)

Variabel	Aktivitas Fisik Stroke			Total
	Ringan	Sedang	Berat	
1. Jenis kelamin				
a. Laki-laki	10	1	10	21
b. Perempuan	9	2	3	14
2. Usia				
a. Masa dewasa akhir (35-45 Tahun)	1	2	1	4
b. Masa lansia Awal (46-55 Tahun)	7	1	4	12
c. Masa lansia akhir-manula (56-77 Tahun)	11	0	8	19
3. Pekerjaan				
a. Tidak Bekerja	8	1	5	14
b. Pegawai Negeri/Tni/Polri	2	1	3	6
c. Wiraswasta	3	0	0	3
d. Lain-lain	6	1	5	12

Sumber : Data Primer, 2020

Berdasarkan tabel 4.3 diatas bahwa dari 35 responden di dapatkan nilai menurut distribusi Aktivitas Fisik Ringan, Sedang, Berat ditinjau berdasarkan jenis kelamin, Pada laki-laki didapatkan nilai 10 menunjukkan aktivitas fisik ringan, nilai 1 menunjukkan aktivitas fisik Sedang, dan nilai 10 menunjukkan aktivitas fisik Berat, Sedangkan pada jenis kelamin perempuan didapatkan nilai 9 yang menunjukkan aktivitas fisik Ringan, 2 menunjukkan nilai

aktivitas fisik sedang, dan 3 menunjukkan aktivitas fisik berat, Dari gambaran tersebut dapat disimpulkan bahwa responden yang berjenis kelamin laki-laki lebih banyak melakukan aktivitas fisik (Ringan dan Berat) dibandingkan perempuan dengan aktivitas fisik rendah.

Berdasarkan usia responden, masa dewasa akhir usia 35-45 tahun didapatkan dengan hasil nilai 1 menunjukkan aktivitas fisik ringan, nilai 2 menunjukkan aktivitas fisik sedang dan nilai 1 menunjukkan aktivitas fisik berat. Masa lansia awal usia 46-55 tahun didapatkan nilai 7 menunjukkan aktivitas fisik ringan, 1 menunjukkan aktivitas fisik ringan dan 4 menunjukkan aktivitas fisik berat. Terakhir adalah lansia akhir-manula usia 56-77 tahun dengan hasil nilai 11 menunjukkan aktivitas fisik sedang dan 8 menunjukkan aktivitas fisik berat. Dari gambaran tersebut dapat disimpulkan bahwa usia lansia akhir 56-77 tahun memiliki aktivitas fisik sedang dan berat paling banyak.

Aktivitas fisik yang ringan, sedang, berat berdasarkan pekerjaan didapatkan responden yang tidak bekerja dengan nilai 8 menunjukkan aktivitas fisik ringan, nilai 1 menunjukkan aktivitas fisik sedang dan nilai 5 menunjukkan aktivitas fisik berat, Responden dengan PNS/Tni/Polri didapatkan hasil nilai 2 menunjukkan aktivitas fisik ringan, 1 menunjukkan aktivitas fisik ringan, nilai 3 menunjukkan aktivitas fisik berat. Responden dengan wiraswasta hanya mendapatkan nilai 3 di aktivitas fisik ringan. Responden dengan pekerjaan lain-lain mendapatkan nilai 6 di aktivitas fisik ringan, nilai 1 di aktivitas fisik sedang dan nilai 5 di aktivitas fisik berat. Dari gambaran tersebut dapat disimpulkan bahwa responden yang tidak berkerja lebih banyak melakukan aktivitas fisik Ringan.

B. Pembahasan

Pembahasan dalam penelitian ini menjelaskan interpretasi dan diskusi hasil penelitian tentang aktivitas fisik pasien stroke di Klinik Fisioterapi Mandiri Nanang Asnawi Samarinda pada masa global COVID-19.

1. Karakteristik Responden

a. Berdasarkan Jenis Kelamin

Berdasarkan hasil penelitian pada tabel 4.1 Karakteristik jenis kelamin responden menunjukkan jumlah responden laki-laki lebih banyak daripada responden perempuan yaitu sebanyak 21 orang (60,0%). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Wayunah *et al.*, (2017) mengungkapkan bahwa bahwa serangan stroke lebih banyak terjadi pada laki-laki dibuktikan dengan hasil penelitian yang menunjukkan bahwa prevalensi kejadian stroke lebih banyak pada laki-laki, ini didukung oleh American Heart Association/AHA 2017 bahwa serangan stroke lebih banyak terjadi pada laki-laki dibandingkan perempuan dibuktikan dengan hasil kejadian stroke pada laki-laki 81,7 per 100.000 dan perempuan 71,8 per 100.000.

Menurut Mafruzah *et al.*, (2017) Hal ini bisa disebabkan karena kebiasaan yang dilakukan seperti merokok, konsumsi kopi, kurangnya olahraga dan yang lainnya. Selain itu, pada laki-laki terdapat hormon testosteron, dimana hormon ini dapat meningkatkan kadar LDL, apabila kadar LDL tinggi maka dapat meningkatkan kadar kolesterol dalam darah yang merupakan faktor resiko terjadinya penyakit degeneratif seperti stroke (Neneng Astuti, 2017)

Pada laki-laki lebih beresiko terkena stroke tiga kali lipat dibandingkan dengan perempuan dan laki-laki lebih rawan terkena penyakit stroke dari pada perempuan pada usia yang lebih muda, hal ini dikarenakan perempuan memiliki hormon estrogen yang berperan mempertahankan kekebalan tubuh sampai menopause dan sebagai proteksi atau pelindung pada proses aterosklerosis. tetapi pada wanita yang telah mengalami menopause risiko terkena stroke sama dengan laki-laki, Mafruzah *et al.*, (2017).

Laki-laki memiliki kecenderungan lebih besar untuk terkena stroke pada usia dewasa dibandingkan dengan perempuan, pernyataan di atas mendukung penelitian dari Neneng Astuti (2017)

bahwa laki-laki dan perempuan memiliki perbedaan fisiologis yang bersifat hormonal yang mempengaruhi variasi ciri-ciri biologis seperti kesuburan, meskipun secara fisik laki-laki lebih kuat dibanding perempuan akan tetapi daya tahan rasa sakit maupun daya tahan terhadap penyakit perempuan lebih kuat.

b. Usia

Berdasarkan hasil penelitian pada tabel 4.1 didapatkan bahwa rata-rata responden adalah lansia akhir-manula yang berusia 56-77 tahun sebanyak 19 orang (54,3%). Umur merupakan faktor risiko kejadian stroke yang tidak dapat diubah, dimana semakin meningkatnya umur, maka risiko terjadi stroke juga akan semakin meningkat. Hal ini disebabkan semakin bertambahnya umur maka sistem pembuluh darah mengalami pemunduran sehingga berisiko (Wayunah *et al.*, 2017).

Kejadian stroke meningkat seiring dengan bertambahnya usia, setelah usia memasuki 55 tahun keatas. Risiko stroke meningkat dua kali lipat setiap kurun waktu 10 tahun. Sesuai pendapat dari Wayunah *et al.*, (2017) bahwa setelah berusia 55 tahun, risiko stroke berlipat ganda setiap kurun waktu sepuluh tahun dan dua pertiga dari semua serangan stroke yang terjadi pada orang yang berusia di atas 65 tahun.

Hasil tersebut mendukung bahwa kejadian stroke terjadi pada lansia karena pada lansia terjadi perubahan fisik, dimana semua organ tubuh mengalami kemunduran fungsi termasuk pembuluh darah otak. Pembuluh darah menjadi tidak elastis terutama bagian endotel yang mengalami penebalan pada bagian intima, sehingga mengakibatkan lumen pembuluh darah semakin sempit dan berdampak pada peningkatan tekanan aliran darah, yang dapat mengakibatkan memperbesar risiko terjadinya perdarahan pada pembuluh darah otak (Neneng Astuti, 2017)

Umur pada ini merupakan umur lansia, pada lansia terjadi penurunan seluruh fungsi-fungsi organ tubuh termasuk diantaranya

adalah pembuluh darah. Pembuluh darah pada lansia menjadi menipis dan berkecenderungan merapuh sehingga bila terjadi sumbatan oleh lemak pada pembuluh darah akan mengakibatkan pecahnya pembuluh darah, Hal ini sesuai dengan pernyataan Fepi *et al.*, (2018) yang menyatakan bahwa pada individu yang berumur ≥ 55 tahun pembuluh darahnya menipis dan mengalami kerapuhan, pada lansia stroke akan semakin bertambah meluas, sehingga resiko terkena stroke menjadi 2 (dua) kali lipat.

Penelitian ini juga sejalan dengan Mafruzah *et al.*, (2017) bahwa angka kejadian stroke terbanyak berada pada usia 56-65 tahun dengan persentase 52.5%. Stroke yang menyerang kelompok usia diatas 40 tahun disebabkan kelainan otak non-traumatik akibat proses patologi pada sistem pembuluh darah otak. peningkatan frekuensi stroke seiring dengan peningkatan umur berhubungan dengan proses penuaan, dimana semua organ tubuh mengalami kemunduran fungsi termasuk pembuluh darah otak. Pembuluh darah menjadi tidak elastis terutama pada bagian endotel yang mengalami penebalan di bagian intima, sehingga mengakibatkan lumen pembuluh darah semakin sempit dan berdampak pada penurunan aliran darah otak.

c. Pekerjaan

Berdasarkan hasil penelitian pada tabel 4.1 menunjukkan bahwa tingkat pekerjaan paling tinggi adalah tidak bekerja adalah 40,0% dengan tingkat aktivitas fisik ringan paling banyak yaitu 8 responden. Terjadinya stroke yang di alami pada orang yang tidak bekerja, dengan hasil penelitian Neneng astuti (2017) lebih dari separuh 25 (19,8%) stroke terjadi pada pasien tidak bekerja dalam hal ini dikarenakan adanya kecenderungan hidup santai, pola makan yang tidak teratur, malas berolahraga, dan tingkat stres yang lebih tinggi dibandingkan dengan orang yang bekerja.

faktor –faktor inilah yang akan mengakibatkan kurangnya kemampuan metabolisme dalam proses pembakaran zat –zat

makanan yang dikonsumsi. Sehingga ini dapat beresiko terjadinya tumpukan kadar lemak dan kolesterol dalam darah yang beresiko membentuk aterosklerosis yang dapat menyumbat pembuluh darah yang dapat berakibat pada munculnya stroke.

Menurut Embi (2008) pekerjaan berperan penting dalam kehidupan manusia untuk memenuhi kebutuhan hidupnya terutama kebutuhan ekonomi dan sosial. Responden yang tidak bekerja memiliki waktu yang lebih banyak untuk beraktivitas di rumah seperti membersihkan halaman rumah, berkebun dan melakukan aktivitas intensitas sedang yang lain di dalam rumah. Durasi aktivitas fisik yang lama ini menyebabkan skor aktivitas fisik menjadi tinggi.

2. Aktivitas Fisik Pasien Stroke

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan hasil rata-rata aktivitas fisik responden memiliki nilai median sebesar 150 menit/minggu dengan nilai minimal 10 menit/minggu dan maksimal 760 menit/minggu. Hasil penelitian tingkat aktivitas fisik dari 35 responden yang berobat ke Klinik Fisioterapi Nanang Asnawi Samarinda sebagian besar adalah pasien dengan aktivitas fisik ringan sebanyak 19 orang responden (54,3%) yang mengalami gangguan kelemahan otot tungkai dan lengan. Menurut asumsi peneliti pasien hanya mampu beraktivitas fisik ringan melihat dari hasil yang didapatkan.

Hasil penelitian tersebut sebanding dengan penelitian Jong Kim *et al.*, (2016) yang menyatakan bahwa jumlah aktivitas fisik yang dilakukan oleh pasien yang mengalami kelumpuhan pada lengan dan tungkai secara signifikan lebih ringan daripada yang dilakukan oleh pasien yang tidak mengalami kelumpuhan. penurunan aktivitas otot ekstensor lengan atas dan otot tangan secara signifikan tidak akan cukup untuk rehabilitasi yang efisien. Aktivitas fisik juga berkurang karena keterbatasan dalam berjalan bila gerakan kaki. Lebih lanjut, karena gejala sisa di lengan memiliki efek yang besar pada kinerja gerakan halus dan pekerjaan,

kelumpuhan kemungkinan berkontribusi pada penurunan aktivitas fisik dalam jumlah durasi dan intensitas.

Sejalan dengan (Aguiar *et al.*, 2020) yang menyatakan bahwa, aktivitas fisik mereka ringan dalam jumlah, durasi, dan intensitas. Aktivitas fisik yang ringan telah dilaporkan bahkan pada orang yang memiliki gangguan fisik rendah. Selain itu, individu dengan aktivitas fisik stroke menghabiskan waktu jauh lebih sedikit dalam berdiri, berjalan, dalam aktivitas fisik yang ringan. tingkat aktivitas fisik pasien stroke bisa mengalami peningkatan yang baik pada responden dengan usia yang lebih muda, dan menjalani program rehabilitasi yang lebih intensif.

Tingginya tingkat aktivitas fisik dapat terjadi bila responden melakukan aktivitas intensitas sedang atau berat sehingga mencapai skor aktivitas intensitas sedang lebih dari 150 menit seminggu atau dengan intensitas kuat selama 75 menit seminggu atau dengan kombinasi setara. Selama masa pandemi ini rata-rata responden banyak melakukan aktivitas di lingkungan rumah sesuai dengan anjuran pemerintah untuk melakukan physical distancing terutama pada orang dengan penyakit tidak menular yang memiliki komorbid terhadap COVID-10 (Kemenkes, 2020). Dari penelitian ini di dapatkan hasil bahwa aktivitas fisik pasien stroke berada pada aktivitas fisik ringan terkait dengan pekerjaan rumah, baik pekerjaan di dalam rumah maupun di luar rumah.

Responden dalam hasil penelitian ini melakukan aktivitas rutin harian di rumah sesuai dengan kemampuannya. Aktivitas yang rutin ini dapat dianggap sebagai bentuk latihan fisik yang diwujudkan dalam bentuk aktivitas sehari-hari, modifikasi yang seperti itu dapat dilakukan dalam bentuk aktifitas dasar berbentuk kegiatan sehari –hari di rumah (Bailey, 2017; Fanchamps *et al.*, 2018), Sebagian besar aktivitas yang dilakukannya berupa kegiatan dalam aktivitas fisik ringan seperti berkebun ringan, belanja makanan, olahraga, berjalan santai dan bersepeda santai. Metode ini terbukti efektif untuk tetap menjaga bahkan meningkatkan kemampuan fungsional. Ini didukung oleh penelitian Chen

et al., (2020) bahwa melakukan aktivitas fisik dan berobat secara teratur memiliki bukti yang tinggi dalam pencegahan stroke primer dan sekunder dan rehabilitasi. aktivitas fisik stroke juga telah dikaitkan dengan peningkatan pemulihan motorik, kualitas hidup dan kegiatan kehidupan sehari-hari.

Berdasarkan Jenis kelamin pada tabel 4.3 laki-laki memiliki tingkat aktivitas fisik berat yang lebih banyak yaitu sebanyak 10 orang yang menunjukkan bahwa pria menjalankan aktivitas fisik lebih baik di banding wanita hal ini sejalan dengan penelitian dari Vahlberg *et al.*, (2018) bahwa laki-laki lebih bisa melakukan aktivitas fisik dibandingkan perempuan untuk melakukan aktivitas fisik yang berat seperti olahraga hal ini dibuktikan dengan Gerakan-gerakan yang diukur pada SPAQ pada kategori berat yaitu latihan penguatan atau olahraga intensitas tinggi lainnya dimana sejalan dengan penelitian Ignatius *et al.*, (2017) laki-laki dengan kekuatan otot dan kemampuan motorik kasar yang lebih baik memiliki keluaran klinis yang lebih baik dibandingkan pada perempuan. Riskesdas 2007 menyatakan bahwa laki-laki lebih aktif daripada perempuan (Depkes RI, 2008). Alasan lainnya yaitu pria dapat mengidentifikasi dengan ideal untuk menjadi kuat secara fisik (Morris *et al.*, 2017)

Pada kelompok umur tabel 4.3 responden dengan usia 56-77 yaitu lansia akhir sampai manula berada paling banyak pada aktivitas ringan yaitu 11 responden. Hal Ini sebanding dengan penelitian Vahlberg *et al.* ,(2018) yang menyatakan bahwa responden yang lebih tua pada umur 50-70an keatas mempengaruhi aktivitas fisik stroke ringan melihat dari gaya berjalan dan kecepatan berjalan, peningkatan lebar langkah, waktu dukungan ganda, dan spatiotemporal variabilitas. Pada pria usia tua, indeks massa tubuh (BMI) dan kekuatan paha depan merupakan penentu independen kecepatan berjalan Pada wanita yang lebih tua, BMI, fleksi pinggul, abduksi panggul, dan kekuatan paha depan merupakan penentu terpenting kecepatan berjalan. Kecepatan berjalan diketahui menjadi

lebih lambat pada wanita yang lebih tua daripada pada pria yang lebih tua yang menyebabkan aktivitas fisik stroke yang ringan.

Berdasarkan kelompok pekerjaan pada 4.3 bahwa tingkat pekerjaan paling tinggi adalah tidak bekerja adalah 40,0% dengan tingkat aktivitas fisik ringan paling banyak yaitu 8 responden. hal ini menunjukkan bahwa frekuensi aktivitas fisik stroke adalah pasien yang tidak bekerja dengan tingkat aktivitas fisik ringan karena kurangnya aktivitas fisik yang dilakukan. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Hupin *et al.*, (2019) yang menyatakan bahwa aktivitas pekerjaan individu dapat berkontribusi secara signifikan terhadap aktivitas fisik, bahkan pada orang yang sudah pensiun atau sedang tidak bekerja.

Dalam konteks ini, stroke lebih ringan di antara mereka yang memiliki pekerjaan aktif dibandingkan dengan mereka yang bekerja menetap atau tidak bekerja, bahkan pekerjaan yang dilakukan ringan aktif menghasilkan manfaat kesehatan yang besar yang penting bagi pasien tidak bekerja yang cenderung menunjukkan perilaku yang tidak aktif. Menariknya, tidak banyak bergerak saat tidak bekerja dikaitkan dengan lebih banyak perilaku menetap yang membuat aktivitas fisik yang rendah sedangkan sebaliknya, menjadi aktif saat bekerja dikaitkan dengan lebih banyak waktu aktivitas fisik yang dilakukan sehingga meningkatkan tingkat aktivitas fisik. Pekerjaan aktif dengan aktivitas (intensitas ringan, sedang atau kuat) dikaitkan dengan 21% penurunan risiko kardiovaskular (infark miokard) dan kejadian serebrovaskular (stroke) dibandingkan dengan pekerjaan menetap atau tidak bekerja (Hupin *et al.*, 2019)

C. Keterbatasan penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian yang pertama kali dilakukan oleh peneliti, oleh sebab itu peneliti menyadari bahwa dalam penelitian ini peneliti banyak mengalami kesulitan dalam pelaksanaannya serta masih banyak terdapat kekurangan dalam berbagai aspek. Berikut adalah kesulitan dan kelemahan yang peneliti temui selama penelitian:

1. Tempat Penelitian

Dampak dari adanya pandemi COVID-19 menyebabkan hampir semua rumah sakit di Kota Samarinda menunda kegiatan penelitian mahasiswa sampai dengan batas yang tidak ditentukan sehingga peneliti mengubah tempat penelitian.

2. Sampel Penelitian

Dampak dari adanya pandemi COVID-19 pada penelitian ini menyebabkan peneliti mengalami kesulitan dalam pemenuhan jumlah sampel, sehingga sampel yang didapat tidak sesuai dengan jumlah sampel yang sudah ditetapkan, peneliti hanya mampu mendapatkan 35 responden dari target sampel 54 responden.



BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah didapatkan melalui pengumpulan data yang dilaksanakan di Fisioterapi Nanang Asnawi didapatkan hasil sebanyak 54,3% responden berada pada aktivitas fisik stroke ringan. Karakteristik responden secara umum pada jenis kelamin laki-laki sebesar 60%, usia terbanyak pada lansia akhir-manula yang berusia 56-77 tahun sebesar 54,3%, dan tidak bekerja sebanyak 40%. Sedangkan berdasarkan aktivitas fisik ringan, sedang, berat responden ditinjau dari jenis kelamin dengan hasil terbanyak adalah laki laki sebesar 10 responden dengan aktivitas ringan, usia lansia akhir-manula dengan 56-77 total sebesar 11 Responden aktivitas ringan dan tidak bekerja sebanyak 8 dalam aktivitas fisik ringan.

B. Saran

1. **Bagi Institusi Pendidikan**
Kepada institusi pendidikan khususnya program studi ilmu keperawatan untuk mempertimbangkan hasil penelitian sebagai salah satu referensi dalam mata ajar keperawatan khususnya dalam memahami aktivitas fisik pasien stroke pada masa pandemi global COVID-19.
2. **Bagi Institusi Pelayanan Kesehatan**
Penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai bahan referensi dan mampu menggambarkan kondisi aktivitas fisik stroke pada masa pandemi global COVID-19.
3. **Bagi Peneliti Selanjutnya**
Diharapkan penelitian selanjutnya dapat memperluas referensi yang berkaitan dengan aktivitas fisik stroke pada masa pandemi COVID-19. Selain itu penelitian mengenai aktivitas fisik stroke selanjutnya mampu menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi aktivitas fisik pasien stroke pada masa pandemi global COVID-19.

DAFTAR PUSTAKA

- Aguiar, L. T., Nadeau, S., Martins, J. C., Teixeira-Salmela, L. F., Britto, R. R., & Faria, C. D. C. de M. (2020). Efficacy of interventions aimed at improving physical activity in individuals with stroke: a systematic review. *Disability and Rehabilitation*, 42(7), 902–917.
- Alchuriyah, Siti. Wahjuni, Chatarina Umbul. 2016. Faktor Risiko Kejadian Stroke Usia Muda pada Pasien Rumah Sakit Brawijaya Surabaya. *Jurnal Berkala Epidemiologi*. Vol. 4. No. 1. 62-73.
- Alligood, M. R. (2014). Pakar Teori Keperawatan dan Karya Mereka. In 2.
- Arikunto, 2010:161. (2010). Metodologi Penelitian. *Pendekatan Penelitian*.
- Association, A. H. S. (2017). Heart Disease and Stroke Statistics. American Heart Association. <https://doi.org/10.1161/01.cir.0000441139.02102.80>.
- Bailey, R. R. (2017). The Issue Is—Promoting physical activity and nutrition in people with stroke. *American Journal of Occupational Therapy*, 71(7105360010), 7105360010p1-p5. Retrieved from <https://doi.org/10.5014/ajot.2017.021378>
- Black, J. M & Hawks, J., H. (2014). Keperawatan Medikal Bedah. Manajemen Klinis Untuk Hasil yang Diharapkan. Edisi 8. Buku 3. Singapura: Elsevier
- Chen, E., Viktorisson, A., Danielsson, A., Palstam, A., & Sunnerhagen, K. S. (2020). Levels of physical activity in acute stroke patients treated at a stroke unit: A prospective, observational study. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 52(4), jrm00041. <https://doi.org/10.2340/16501977-2671>
- COVID-19, G. T. P. P. (2020). *Infografis COVID-19 (29 April 2020)*. Info Grafis. <https://covid19.go.id/p/berita/infografis-covid-19-29-april-2020>
- Dafer, R. M., Osteras, N. D., & Biller, J. (2020). Acute Stroke Care in the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 104881. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2020.10488>
- Dasuki, D., & Hartini, S. A. (2019). Dukungan keluarga dapat meningkatkan kemampuan activity of daily living pada pasien pasca stroke. *Riset Informasi Kesehatan*, 8(1), 22. <https://doi.org/10.30644/rik.v8i1.221>
- Dhakal, B. P., Sweitzer, N. K., Indik, J. H., Acharya, D., & William, P. (2020). SARS-CoV-2 Infection and Cardiovascular Disease: COVID-19 Heart. *Heart, Lung and Circulation*. <https://doi.org/10.1016/j.hlc.2020.05.101>
- Embi, A. M. (2008). *Cabaran Dunia Pekerjaan*. PRIN-AD SDN

- Fanchamps, M. H. J., Horemans, H. L. D., Ribbers, G. M., Stam, H. J., & Bussmann, J. B. J. (2018). The accuracy of the detection of body postures and movements using a physical activity monitor in people after a stroke. *Sensors (Switzerland)*, 18(7). <https://doi.org/10.3390/s18072167>
- Fepi,S., & Nurhayati,H.K (2018). Faktor kejadian stroke di rumah sakit
- Hartoko, Y. (2018). Pengaruh Pendidikan, Pelatihan, Jenis Kelamin, Umur, Status Perkawinan, Dan Derah Tempat Tinggal Terhadap Lama Mencari Kerja Tenaga Kerja Terdidik Di Indonesia. Yogyakarta: Universitas Negeri Yogyakarta [Skripsi].
- Hiscott, J., Alexandridi, M., Muscolini, M., Tassone, E., Palermo, E., Soultsioti, M., & Zevini, A. (2020). The global impact of the coronavirus pandemic. *Cytokine and Growth Factor Reviews*, xxxx, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.cytogfr.2020.05.010>
- House, T. W. (2020). *Press Briefing by Members of the President's Coronavirus Task Force*. Briefing & Statement. <https://www.whitehouse.gov/briefings-statements/page/11/>
- Hupin,D.,Jeremy,R.,Nathalie,B.,Mathiue,B.,Martin,G.,Kevin,S.,Sebastian,C., Vincent,P.,Bienvenu,B.,Jean,C., & Fredic. (2019). Even a previous active physical activity at work still reduces late myocardial infarction and stroke in retired adults age >65 years by 32% the PROOF cohort study
- Ignatius,E.P., Arinta,P.W., Hexanto,M. (2017). Perbedaan jenis kelamin sebagai faktor resiko terhadap keluaran klinis pasien stroke iskemik. <http://ejournal-s1.undip.ac.id/index.php/medico>
- Jaenudin, E. (2018). Akna Kerja Bagi Guru Khidmah Di Pondok Pesantren Al Luqmaniyah Yogyakarta. Yogyakarta: Universitas Mercu Buana Yogyakarta [Skripsi].
- Kesuma, Ni Sultradewi Made T. Dharmawan, Dion K. Fatmawati, Heni. 2019. Gambaran Faktor Risiko dan Tingkat Risiko Stroke Iskemik Berdasarkan Stroke Scorecard di RSUD Klungkung. *Intisari Sains Medis Vol. 10. No. 3. 720-729.*
- Khosravani, H., Rajendram, P., Notario, L., Chapman, M. G., & Menon, B. K. (2020). Protected Code Stroke: Hyperacute Stroke Management During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic. *Stroke*, 2019, 1–5. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.120.029838>
- Ki joong,K.,Hwang,Y,K.,In-ae,C. (2016). Correlations between the sequelae of stroke and physical activity in Korean adult stroke patients.

- Lee, Y., Kim, W. S., & Paik, N. J. (2017). Gender differences in physical activity and health-related behaviors among stroke survivors: Data from the 5th Korea National Health and nutrition examination survey. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 24(5), 381–387.
<https://doi.org/10.1080/10749357.2017.1304877>
- Menular, D. P. dan P. P. T. M. (2018). *Aktivitas Fisik 150 menit per minggu agar jantung sehat*. Artikel. <http://www.p2ptm.kemkes.go.id/infographic-p2ptm/hipertensi-penyakit-jantung-dan-pembuluh-darah/aktivitas-fisik-150-menit-per-minggu-agar-jantung-sehat>
- Morris JH, Oliver T, Kroll T, Joice S, Williams B 2017 Physical activity participation in community dwelling stroke survivors: Synergy and dissonance between motivation and capability. A qualitative study. *Physiotherapy* 103: 311–321
- Mafruzah,N,P.,Endang,M., & Wilda,M. (2017). Hubungan derajat stroke terhadap status kognitif pada pasien stroke di poliklinik saraf rumah sakit umum daerah dr. Zaionel abidin Banda Aceh
- Nining Astuti.,(2017). Hubungan faktor usia, jenis kelamin, pekerjaan dengan jenis stroke
- Niqren, Z. L. (2016). Kemudahan Gerak Aktivitas Bagi Pasien Stroke Pada Ruang Dapur Di Unit Terapi Okupasi Adl. *Stroke Rehabilitation*, 136–154.
<https://doi.org/10.1016/B978-0-323-17281-3.00007-1>
- Notoadmodjo, S. (2012). *Metode Penelitian Kesehatan*, Jakarta: Rineka Cipta
- Nurmalina. (2011). *Pencegahan dan Manajemen obeitas*. Elex Media Komputindo
- Nursalam. 2011. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Edisi 2. Jakarta: Salemba Medika
- Nursalam. (2015). *Metodelogi penelitian keperawatan. Pendekatan Praktis*.Jakarta: Salemba Medika. (4),8-11,
- Nursalam. (2017). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis*. In *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis*.
- Organization, W. H. (2018). *Physicalactivity*.<https://www.who.int/health-topics/physical-activity>
- Phusuttatam, T., Saengsuwan, J., & Kittipanya-Ngam, P. (2019). Development and Preliminary Validation of a Stroke Physical Activity Questionnaire. *Stroke Research and Treatment*, 2019.<https://doi.org/10.1155/2019/6764834>

- Ririn Putri Nova. (2018). Hubungan dukungan keluarga dengan activity daily living pada pasien pasca stroke di Rs Sakinah Mojokerto dan RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo Mojokerto
- Saqqur, M., Salam, A., Akhtar, N., Ali, M., Joseph, S., Khan, A., ... Shuaib, A. (2020). The incidence rate, mortality rate, and functional outcome of intracerebral hemorrhage according to age, sex, and ethnic group in the state of Qatar. *International Journal of Stroke*.
<https://doi.org/10.1177/1747493019897856>
- Singh, A., & Purohit, B. (2011). Evaluation of Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ) among Healthy and Obese Health Professionals in Central India. *Baltic Journal of Health and Physical Activity*, 3.
<https://doi.org/DOI 10.2478/v10131-011-0004-6>
- Subekti (2019). Korelasi Antara Peningkatan Regulasi Emosi Dengan Self Management Pasien Stroke
- Sugiyono (2016) *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta
- Sugiyono. (2011). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif Dan R&D*. Bandung: Alfabeta
- Syatibi, M., Kurniawan, H., & Untari, R. (2016). Pengaruh Trunk Control Activity Terhadap Tingkat Kemandirian Aktivitas Kehidupan Sehari-Hari (Activity Of Daily Living) Pasien Pasca Stroke. *Jurnal Keterampilan Fisik*, 1(1), 15–22. <https://doi.org/10.37341/jkf.v1i1.75>
- Smeltzer, S., & Bare, B. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth Edisi 8*. EGC : Jakarta. <https://doi.org/10.1037/1524-9220.4.1.3>
- Utomo, H. S. (2015). Hubungan Aktivitas Fisik dengan Kapasitas Memori Kerja pada Mahasiswa Program Studi Kedokteran Universitas Sebelas Maret. *Universitas Sebelas Maret*. <https://digilib.uns.ac.id/dokumen/detail/44210/>
- Vahlberg, B., Bring, A., Hellström, K., & Zetterberg, L. (2019). Level of physical activity in men and women with chronic stroke. *Physiotherapy Theory and Practice*, 35(10), 947–955. <https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1460646>
- Wang, D., Hu, B., & Hu, C. (2020). Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus–Infected Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA Network*, 323. <https://doi.org/doi:10.1001/jama.2020.1585>
- Wati, Del Fatma dan Yanti, Yusda. 2018. Gambaran Dukungan Keluarga Terhadap Perubahan Konsep Diri Pasien Pasca Stroke di Poli Neurologi Hanafiah Batusangkar 2018. *Real in Nursing Journal*. Vol. 1. No. 1.

- Wayunah & muhammad,S. (2017). Analisis faktor yang berhubungan dengan kejadian stroke di RSUD Indramayu.
- Weekly, C. C. (2020). the epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 novel coronavirus disease (COVID-19)-China, 2020. *Vital Surveillances*, 2.
- Wells, B. G., DiPiro, J. T., Schwinghammer, T. L., & DiPiro, C. V. (2017). Pharmacotherapy Handbook,Tenth Edition. In *McGraw-Hill Companies*.
- WHO. (2018). *Physical activity*. WHO News Room. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
- Wibowo, Y. A., & Andriyani, F. D. (2015). *PENGEMBANGAN EKSTRAKURIKULER OLAHRAGA SEKOLAH*. UNY Press
- Wilder-Smith, A., Chiew, C. J., & Lee, V. J. (2020). Can we contain the COVID-19 outbreak with the same measures as for SARS? *The Lancet Infectious Diseases*, 20(5), e102–e107. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30129-8](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30129-8).
- World Health Organization (WHO). (2020). Coronavirus disease. *World Health Organization*, 2019(March), 2633. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.2633>
- Zeng, Y.-Y., Ma, Y.-T., Zhang, J.-Y., & Xie, X. (2020). COVID-19 and the cardiovascular system. *Natural Review Cardiology*, 17. <https://doi.org/https://doi.org/10.1038/s41569-020-0360-5>





PERMOHONAN STUDI PENDAHULUAN DAN PENGAMBILAN DATA



**INSTITUT TEKNOLOGI KESEHATAN & SAINS
WIYATA HUSADA SAMARINDA**
Izin Menristekdikti RI Nomor : 1040/KPT/I/2019

① itkeswhs
② itkeswhs
③ www.itkeswhs.ac.id
④ info@itkeswhs.ac.id

Jl. Kadrie Oening No. 77 Samarinda - Kalimantan Timur, Telp/Fax (0541) 7272431

Nomor : 1169 /ITKES-WHS/LT/2020
Lampiran : -
Hal : Permohonan Studi Pendahuluan dan Pengambilan data

21 Juli 2020

Kepada Yth.
Kepala Fisioterapi
di -
Tempat

Dengan hormat,
Teriring salam dan doa semoga Allah SWT selalu memberikan Rahmat dan Hidayah- Nya kepada kita semua.

Sehubungan dengan penyelesaian tugas akhir mahasiswa berupa penyusunan karya tulis ilmiah/skripsi, maka kami mohon kepada Bapak/ibu agar dapat memberikan ijin kepada mahasiswa kami untuk melakukan studi pendahuluan dan pengambilan data di tempat yang Bapak/ibu pimpin.

Adapun mahasiswa yang melakukan kegiatan tersebut adalah

ITKES WHS

Nama : Siti Fatmahanikah
NIM : 16.0488.823.01
Semester : VIII
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul Penelitian : Aktifitas Fisik Pasien Stroke pada masa Pandemi Global Covid 19

Kami tidak akan menginformasikan/menyebarkan data yang kami peroleh tanpa seijin pihak rumah sakit/Puskesmas/Instansi bapak/ibu.
Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan kesediannya kami mengucapkan terima kasih.

Wakil Rektor 1,
Institut Teknologi Kesehatan & Sains Wiyata Husada Samarinda


Chandra Solistyorini, S.ST., M.Keb
NIK. 114104.87.13.075

"Hold The Future Now"

PERMOHONAN IZIN PENELITIAN



**INSTITUT TEKNOLOGI KESEHATAN & SAINS
WIYATA HUSADA SAMARINDA**
Izin Menristekdikti RI Nomor : 1040/KPT/I/2019

📍 itkeswhs
📧 itkeswhs
🌐 www.itkeswhs.ac.id
✉ info@itkeswhs.ac.id

Jl. Kadrie Oening No. 77 Samarinda - Kalimantan Timur, Telp/Fax (0541) 7272431

Nomor : //68 /ITKES-WHS/LT/2020 21 Juli 2020
Lampiran : -
Hal : Permohonan Izin Penelitian

Kepada Yth.
Kepala Fisioterapi
di -
Tempat

Dengan hormat,

Teriring salam dan doa semoga Allah SWT selalu memberikan Rahmat dan Hidayah- Nya kepada kita semua.

Sehubungan dengan penyelesaian tugas akhir mahasiswa berupa penyusunan karya tulis ilmiah/skripsi, maka kami mohon kepada Bapak/Ibu agar dapat memberikan ijin kepada mahasiswa kami untuk melakukan penelitian di tempat yang Bapak/Ibu pintrou. Adapun mahasiswa yang melakukan kegiatan tersebut adalah :

Nama : Siti Lestari Nurhamidah
NIM : 16.0488.823.01
Semester : VIII
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul Penelitian : Aktifitas Fisik Pasien Stroke pada masa Pandemi Global Covid 19

Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami mengucapkan terima kasih.

Wakil Rektor I,



Sandra Sulistvorini, S.ST., M.Keb
NIP. 1974104 87.13.075

SURAT BALASAN PERSETUJUAN IZIN STUDI PENDAHULUAN DAN PENGAMBILAN DATA



PRAKTEK MANDIRI FISIOTERAPI
Nanang Asnawi, S.Ft, Physio., M.Fis
SIPF : 503/FS-002/102/III/2016
Jl.P.Suryanata RT 33 RW 7 No.5 Kel Air Putih Kec.Samarinda Ulu
Kodya Samarinda Kalimantan Timur
HP 0813 4706 4682 / E-Mail : nanangasnawi@yahoo.com

Samarinda, 23 Juli 2020

Nomor : 02/MPFT/VIII/2020

Lamp : --

Prihal : Peretujuan Ijin Studi Pendahuluan dan
Pengambilan Data

kepada Yth,

Ketua Jurusan Keperawatan
ITKES Wiyata Husada

Di -

Samarinda

Sehubungan Dengan Surat Dari Wakil Ketua I Jurusan Keperawatan No: 1169/ITKES-WHS/LT/2020 tanggal 21 Juli 2020, prihal Permohonan Ijin Pelaksanaan Pengambilan Data Bersama Ini Kami Sampaikan Bahwa:

1. Pada prinsipnya kerja di Indonesia memiliki pada Ijin Keperawatan ITKES Wiyata Husada Samarinda.

No	Nama	Judul
	Siti Lestari Nurhamidah NIM: 16.0488.823.01	Aktivitas Fisik Pasien Stroke Pada Masa Pandemi Global Covid 19.

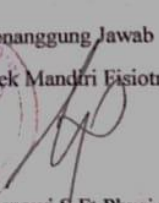
Untuk melaksanakan pengambilan data di Praktek Mandiri Fisioterapi Wiyata Husada dan Praktek Mandiri Fisioterapi Suryanata.

Selama melaksanakan kegiatan tersebut, supaya mematuhi ketentuan, tata tertib dan wajib memakai Almamater dan Kartu pengenal yang berlaku di Fisioterapi Wiyata Husada dan Praktek mandiri Fisioterapi Suryanata.

3. Sebelum melaksanakan kegiatan supaya menghubungi penanggung jawab pelayanan fisotrapi.

Demikian kami sampaikan, atas kerja sama yang baik kami ucapkan terima kasih.

Penanggung Jawab
Praktek Mandiri Fisioterapi


Nanang Asnawi, S.Ft, Physio., M.Fis

SURAT BALASAN PERSETUJUAN IZIN PENELITIAN



PRAKTEK MANDIRI FISIOTERAPI
Nanang Asnawi, S.Ft, Physio., M.Fis
SIPF : 503/FS-002/102/III/2016
Jl.P.Suryanata RT 33 RW 7 No.5 Kel Air Putih Kec.Samarinda Ulu
Kodya Samarinda Kalimantan Timur
HP 0813 4706 4682 / E-Mail : nanangasnawi@yahoo.com

Samarinda, 23 Juli 2020

Nomor : 02/MPFT/VIII/2020
Lamp : --
Prihal : Persetujuan Ijin Penelitian

kepada Yth,
Ketua Jurusan Keperawatan
ITKES Wiyata Husada
Di -
Samarinda

Sehubungan Dengan Surat Dari Wakil Ketua I Jurusan Keperawatan No: 1168/ITKES-WHS/LT/2020 tanggal 21 Juli 2020, prihal Permohonan Ijin Pelaksanaan Pengambilan Data Bersama Ini Kami Sampaikan Bahwa:

1. Pada prinsipnya kami dapat menerima mahasiswa prodi Ilmu Keperawatan ITKES Wiyata Husada Samarinda.

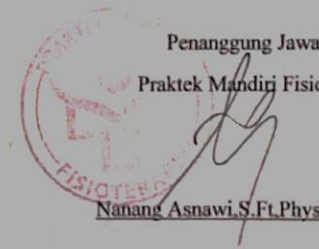
No	Nama	Judul
	Siti Lestari Nurhamidah NIM: 16.0488.823.01	Aktivitas Fisik Pasien Stroke Pada Masa Pandemi Global Covid 19.

Untuk melaksanakan pengambilan data di Praktek Mandiri Fisioterapi Wiyata Husada dan Praktek Mandiri Fisioterapi Suryanata.

2. Selama melaksanakan kegiatan tersebut, supaya mematuhi ketentuan, tata tertib dan wajib memakai Almamater dan Kartu pengenal yang berlaku di Fisioterapi Wiyata Husada dan Praktek mandiri Fisioterapi Suryanata.
3. Sebelum melaksanakan kegiatan, supaya menghubungi penanggung jawab pelayanan fisioterapi.

Demikian kami sampaikan, atas kerja sama yang baik kami ucapkan terima kasih.

Penanggung Jawab
Praktek Mandiri Fisioterapi


Nanang Asnawi, S.Ft, Physio., M.Fis



PENJELASAN PENELITIAN

Assalamualaikum. Wr.Wb

Selamat Pagi/Siang/sore

Nama Saya Siti Lestari Nurhamidah, mahasiswa semester 8 mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Institut Teknologi Kesehatan dan Sains Wiyata Husada Samarinda yang sedang melakukan penelitian dalam rangka memperoleh gelar sarjana. Penelitian ini mengenai “Aktivitas Fisik Pasien Stroke Pada Masa Global COVID-19” pembimbing Bapak Ns. Chrisyen Damanik, S.Kep., M.Kep dengan Ibu Ns. Marina Kristi Layun, S. Kep., M.kep. Tujuan dari penelitian ini untuk mengetahui gambaran Aktivitas Fisik Pasien Stroke Pada Masa Global Covid-19.

Kuesioner ini terdiri dari 2 bagian, Sdr/i diminta untuk mengisi data demografi dan kuesioner *SPAQ (Stroke Physical Activity Questionare)*. Saya harap sdr/i memberikan keterangan yang sesuai dengan keadaan yang sdr/i alami, tidak ada jawaban yang benar atau salah.

Sebelumnya saya mengucapkan terima kasih atas kesediaan Sdr/I untuk turut serta dalam penelitian ini. Setiap data yang Sdr/I berikan akan sangat berarti dalam penelitian ini. Data yang Sdr/I berikan akan dijamin kerahasiannya dan hanya akan dipergunakan untuk keperluan penelitian ini.

Wassalamualaikum. Wr.Wb
Peneliti

Siti Lestari nurhamidah

INFORMED CONSENT
PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Yang bertandatangan di bawah ini:

Judul : Aktivitas Fisik Pasien Stroke Pada Masa Global COVID-19.
Peneliti : Siti Lestari Nurhamidah.
Pembimbing : Ns. Chrisyen Damanik, S.Kep., M.Kep & Ns.Marian Kristi Layun, S.Kep., M.Kep.

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan telah meminta dan bersedia untuk berperan serta dalam penelitian yang dilakukan oleh Siti Lestari Nurhamidah. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui Aktivitas Fisik Pasien Stroke. Saya mengerti bahwa penelitian ini dilakukan dalam rangka memenuhi tugas akhir dan telah mendapat ijin dari ITKES Wiyata Husada Samarinda.

Saya mengerti bahwa saya telah menjadi bagian dari penelitian ini. Saya telah diberikan informasi bahwa keterlibatan dalam penelitian ini bersifat sukarela dan kerahasiaan identitas saya akan dijaga oleh peneliti. Saya juga memiliki hak untuk menghentikan atau mengundurkan diri dari penelitian ini tanpa adanya sanksi. Demikianlah surat pernyataan ini saya tanda tangani sebagai tanda persetujuan secara sukarela tanpa adanya paksaan dari siapapun.

Samarinda,...Juni 2020

Responden

(.....)

INSTRUMEN A
DATA DEMOGRAFI

Petunjuk Pengisian Kuesioner

Beri tanda silang (x) dan Isi pertanyaan dibawah ini:

No. Responden :

Tanggal Pengisian :

Petunjuk Pengisian Jawaban :

1. Pilihlah jawaban yang menurut anda sesuai dengan memberikan tanda cek atau centang (✓) pada salah satu jawaban yang telah disediakan.
2. Silahkan bertanya pada peneliti apabila ada pertanyaan yang kurang jelas.

Identitas Responden

1. Jenis Kelamin : () Laki-laki () Perempuan
2. Usia : _____ Tahun
3. Pendidikan terakhir : Tidak sekolah () Sekolah Dasar (SD) () Sekolah Menengah Pertama (SMP) () Sekolah Menengah Atas (SMA) () diploma III () sarjana () magister () profesor ()
4. Pekerjaan responden
 - a. Tidak bekerja
 - b. Buruh
 - c. Pelajar/ Mahasiswa
 - d. Wiraswasta
 - e. Pegawai Negeri/ TNI/ POLRI
 - f. Lain-lain
5. Alat bantu yang digunakan untuk aktivitas fisik
 - a. Tongkat jalan
 - b. Kursi roda
 - c. Tanpa alat bantu

6. Riwayat Stroke
 - a. Ya
 - b. Tidak
7. Riwayat Penyakit Sebelumnya
 - a. Ada
 - b. Tidak ada



INSTRUMEN B

STROKE PHYSICAL ACTIVITY QUESTIONNAIRE (SPAQ)

Kuesioner ini menanyakan tentang waktu yang Anda habiskan untuk melakukan aktivitas ringan, sedang, dan berat dalam 7 hari terakhir. Aktivitas fisik yang memerlukan gerakan otot dalam aktivitas sehari-hari Anda meliputi pekerjaan fisik, pekerjaan rumah tangga, perjalanan (dengan berjalan / berlari / bersepeda), atau berolahraga. Harap perkirakan waktu dan frekuensi melakukan setiap kegiatan.

Jenis Aktivitas	Frekuensi dan Durasi	Waktu rata-rata per minggu (menit)
1. Aktivitas fisik yang rendah (kegiatan yang membutuhkan upaya fisik minimal selama Anda bisa bernafas dengan normal atau bisa bernyanyi.)		
1.1 Kegiatan sehari-hari (mis., Perawatan, mandi, berpakaian)	Durasi: jam mnt / hari	
1.2 Pekerjaan rumah tangga ringan (mis., Membersihkan rumah, menyapu, mencuci piring, merapikan, mencuci pakaian)	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak • Setiap hari: Durasi: jam.....mnt /hari • Lain: Frekuensi:.....hari / minggu Durasi: jam.....mnt / hari 	
1.3 Berkebun ringan (yaitu, memangkas pohon dan menyiram)	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak • Setiap hari: Durasi: jam..... mnt /hari • Lain: Frekuensi:.....hari / minggu Durasi: jam.....mnt / hari 	
1.4 Belanja bahan makanan	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak • Setiap hari: Durasi: jam.....mnt /hari • Lain: Frekuensi:.....hari / minggu Durasi: jam.....mnt / hari 	

1.5 Range of motion and flexibility exercise	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak • Setiap hari: Durasi: jam.....mnt /hari • Lain: Frekuensi:.....hari / minggu Durasi:..... jam.....mnt / hari 	
1.6 Berjalan santai	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak • Setiap hari: Durasi: jam.....mnt /hari • Lain: Frekuensi:.....hari / minggu Durasi:..... jam.....mnt / hari 	
1.7 Bersepeda santai	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak • Setiap hari: Durasi: jam.....mnt /hari • Lain: Frekuensi:.....hari / minggu Durasi:..... jam.....mnt / hari 	
	Total waktu dalam aktivitas fisik rendah	
2. Aktivitas sedang (kegiatan yang membutuhkan usaha fisik sedang dan Anda sedang) bernafas lebih keras dan lebih cepat dari biasanya. Anda dapat berbicara dalam kalimat tetapi tidak bisa bernyanyi.)		
2.1 Berjalan naik dan turun tangga	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak • Setiap hari: Durasi: jam.....mnt /hari • Lain : Frekuensi:.....hari / minggu Durasi:..... jam.....mnt / hari 	
2.2 Jalan cepat	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak • Setiap hari: Durasi: jam.....mnt /hari • Lain: Frekuensi:.....hari / minggu Durasi:..... jam.....mnt / hari 	
2.3 Latihan aerobik intensitas sedang (mis. Bersepeda untuk berolahraga atau lainnya) (menggambarkan)	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak • Setiap hari: Durasi: jam.....mnt /hari • Lain: Frekuensi:.....hari / minggu Durasi:..... jam.....mnt / hari 	
	Total waktu dalam aktivitas fisik sedang	

3. Aktivitas berat (aktivitas yang membutuhkan upaya fisik yang keras. Anda bernafas lebih dalam dan lebih keras. Anda dapat berbicara 2 atau 3 kata tetapi tidak dapat berbicara dalam kalimat)		
3.1 Latihan penguatan (yaitu, latihan angkat beban atau latihan menahan beban)	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak • Setiap hari: Durasi: jam.....mnt /hari • Lain: Frekuensi:.....hari / minggu Durasi:..... jam.....mnt / hari 	
3.2 Latihan intensitas tinggi (yaitu berlari, menari aerobik, atau olahraga intensitas tinggi lainnya (jelaskan)	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak • Setiap hari: Durasi: jam.....mnt /hari • Lain: Frekuensi:.....hari / minggu Durasi:..... jam.....mnt / hari 	
Total waktu dalam aktivitas fisik berat		



TABULASI DATA

No	Inisial	Jenis kelamin	Usia	pendidikan	Pekerjaan	Alat bantu stroke	Riwayat stroke	Riwayat penyakit sbmnnya	Aktivitas fisik			Total	Kategori aktivitas fisik
									ringan	sedang	Berat		
1	Ma	p	53	SMP	lain-lain	tanpa alat bantu	ya	tidak ada	60	0	0	60	Aktivitas Fisik Ringan
2	Sb	L	60	SD	Wiraswata	kursi roda	ya	ada	30	0	0	30	Aktivitas Fisik Ringan
3	Hd	L	70	Profesor	lain-lain	tongkat	ya	ada	50	0	0	50	Aktivitas Fisik Ringan
4	Sp	L	55	Magister	Pns	tanpa alat bantu	ya	ada	115	0	0	115	Aktivitas Fisik Ringan
5	Jn	L	60	Sarjana	Wiraswata	tanpa alat bantu	tidak	ada	10	0	0	10	Aktivitas Fisik Ringan
6	Ss	L	60	Sarjana	lain-lain	tanpa alat bantu	ya	ada	20	0	0	20	Aktivitas Fisik Ringan
7	Pt	L	35	Sarjana	Wiraswata	tongkat	ya	ada	60	0	0	60	Aktivitas Fisik Ringan
8	Sn	P	36	Sarjana	lain-lain	tanpa alat bantu	tidak	tidak ada	125	55	90	270	Aktivitas Fisik Sedang
9	Fr	P	45	Sarjana	Pns	tanpa alat bantu	ya	ada	115	45	0	160	Aktivitas Fisik Sedang
10	Sr	P	46	SD	lain-lain	tanpa alat bantu	ya	ada	80	40	15	135	Aktivitas Fisik Ringan
11	Sb	P	70	SD	tidak bekerja	tanpa alat bantu	tidak	ada	20	10	0	30	Aktivitas Fisik Ringan
12	In	L	62	SD	lain-lain	tanpa alat bantu	ya	ada	260	100	75	435	Aktivitas Fisik Berat
13	Wy	L	55	SMP	Pns	tanpa alat bantu	ya	ada	680	80	0	760	Aktivitas Fisik Berat
14	Lr	L	36	Magister	Pns	tanpa alat bantu	tidak	ada	270	95	0	365	Aktivitas Fisik Berat
15	Jm	P	61	SMA	tidak bekerja	tongkat	ya	ada	130	20	0	150	Aktivitas Fisik Ringan

16	Ib	P	53	SMA	lain-lain	tanpa alat bantu	tidak	ada	60	0	0	60	Aktivitas Fisik Ringan
17	Bp	L	60	Sarjana	Pns	kursi roda	tidak	ada	90	60	0	150	Aktivitas Fisik Ringan
18	Bd	P	57	SMA	lain-lain	tanpa alat bantu	tidak	Tidak ada	460	75	0	535	Aktivitas Fisik Berat
19	It	P	51	SMA	tidak bekerja	tanpa alat bantu	tidak	ada	110	30	10	150	Aktivitas Fisik Ringan
20	Sb	P	60	SD	tidak bekerja	tanpa alat bantu	ya	ada	60	0	0	60	Aktivitas Fisik Ringan
21	Yk	L	55	SMA	tidak bekerja	tongkat	ya	ada	105	60	0	165	Aktivitas Fisik Sedang
22	RN	L	49	SMA	Pns	tanpa alat bantu	ya	ada	195	160	40	395	Aktivitas Fisik Berat
23	Mb	L	63	SD	tidak bekerja	tanpa alat bantu	ya	ada	225	105	180	510	Aktivitas Fisik Berat
24	Wr	L	60	SD	tidak bekerja	tongkat	ya	ada	215	140	20	375	Aktivitas Fisik Berat
25	Md	L	50	SD	tidak bekerja	tongkat	ya	ada	330	160	0	490	Aktivitas Fisik Berat
26	Wa	L	50	Sarjana	tidak bekerja	Kursi roda	ya	ada	105	0	0	105	Aktivitas Fisik Ringan
27	Bb	P	60	SD	tidak bekerja	tanpa alat bantu	ya	ada	135	0	10	145	Aktivitas Fisik Ringan
28	Ba	L	53	SMPS	lain-lain	tanpa alat bantu	ya	ada	315	75	10	400	Aktivitas Fisik Berat
29	Rs	L	77	Sarjana	lain-lain	tanpa alat bantu	Tidak	ada	45	0	0	45	Aktivitas Fisik Ringan
30	Mr	L	56	SMP	lain-lain	tanpa alat bantu	ya	ada	315	170	0	485	Aktivitas Fisik Berat
31	Bl	P	53	SD	tidak bekerja	kursi roda	ya	ada	130	0	0	130	Aktivitas Fisik Ringan
32	Tl	P	60	Tidak Sekolah	lain-lain	tanpa alat bantu	ya	ada	260	30	90	380	Aktivitas Fisik Berat
33	El	P	68	SMP	tidak bekerja	tanpa alat bantu	ya	ada	330	0	0	330	Aktivitas Fisik Berat

34	Li	L	57	SMA	tidak bekerja	kursi roda	ya	ada	375	0	0	375	Aktivitas Fisik Berat
35	Sp	L	59	Sarjana	tidak bekerja	tanpa alat bantu	ya	Tidak ada	35	0	0	35	Aktivitas Fisik Ringan



HASI PENGOLAHAN DATA DENGAN SPSS

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Total_aktivitas_	35	100,0%	0	0,0%	35	100,0%

Descriptives

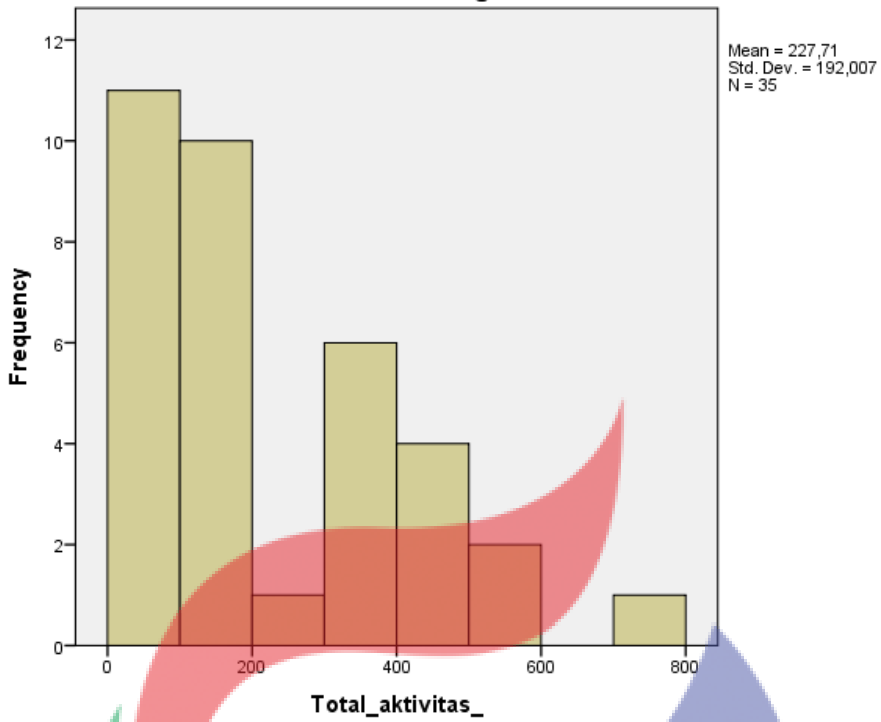
		Statistic	Std. Error
Total_aktivitas_	Mean	227,71	32,455
	95% Confidence Interval for Mean		
	Lower Bound	161,76	
	Upper Bound	293,67	
	5% Trimmed Mean	215,36	
	Median	150,00	
	Variance	36866,681	
	Std. Deviation	192,007	
	Minimum	10	
	Maximum	760	
	Range	750	
	Interquartile Range	320	
	Skewness	,836	,398
Kurtosis	-5,065	,778	

Tests of Normality

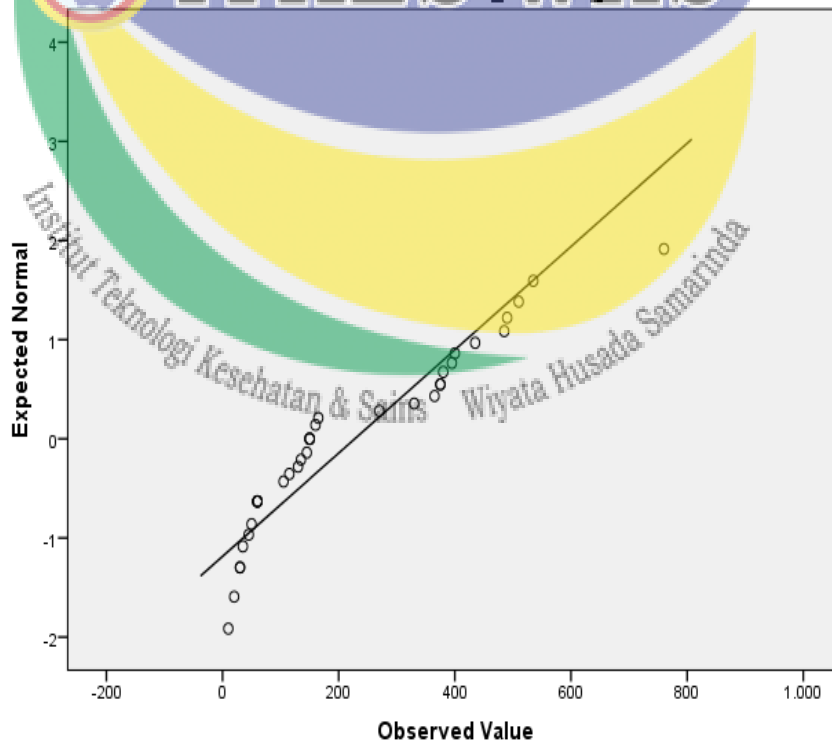
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Total_aktivitas_	,228	35	,000	,883	35	,001

a. Lilliefors Significance Correction

Histogram



Normal Q-Q Plot of Total_aktivitas_



UJI UNIVARIAT

Statistics

		jenis_kelamin	usia	aktivitas fisik	pekerjaan
N	Valid	35	35	35	35
	Missing	0	0	0	0

jenis_kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	laki-laki	21	60,0	60,0	60,0
	Perempuan	14	40,0	40,0	100,0
	Total	35	100,0	100,0	

usia

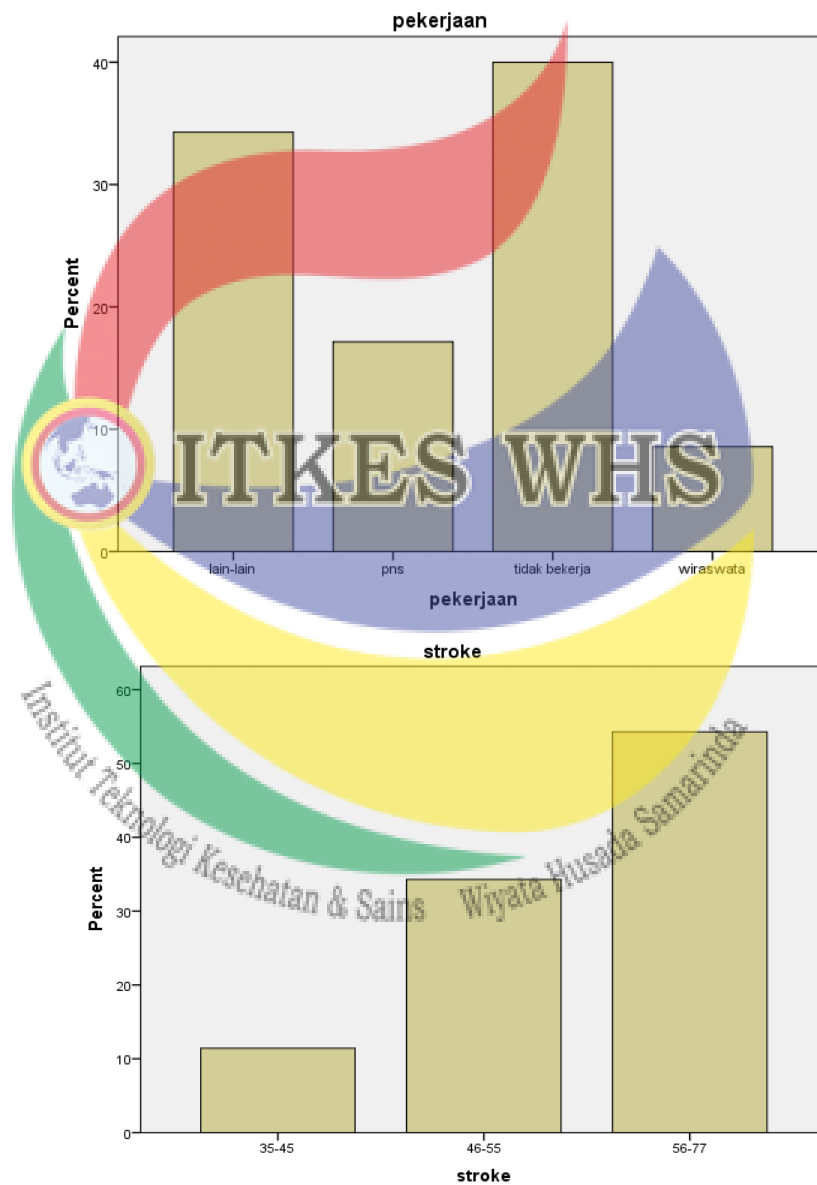
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	35-45 tahun (masa dewasa akhir)	4	11,4	11,4	11,4
	46-55 tahun (masa lansia awal)	12	34,3	34,3	45,7
	56-77 tahun (masa lansia akhir-manula)	19	54,3	54,3	100,0
	Total	35	100,0	100,0	

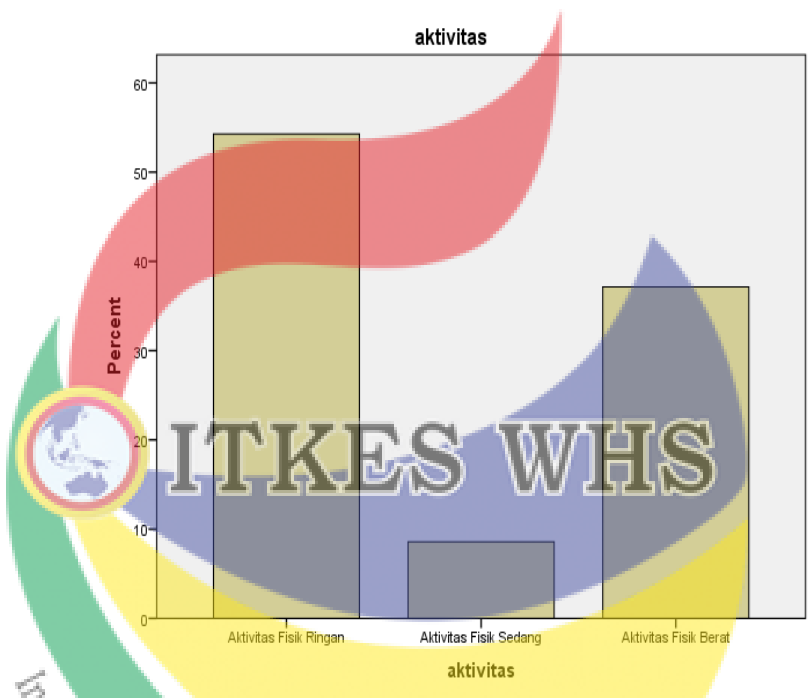
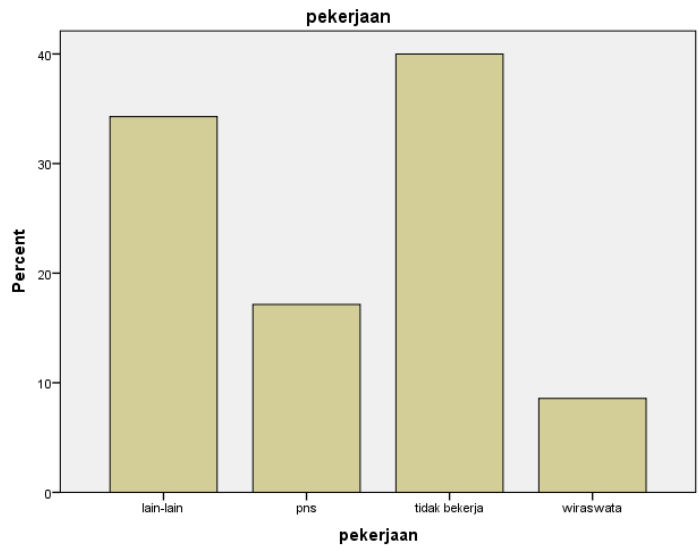
pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	lain-lain	12	34,3	34,3	34,3
	Pns	6	17,1	17,1	51,4
	tidak bekerja	14	40,0	40,0	91,4
	Wiraswata	3	8,6	8,6	100,0
	Total	35	100,0	100,0	

aktivitas fisik

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Aktivitas Fisik Ringan	19	54,3	54,3	54,3
Aktivitas Fisik Sedang	3	8,6	8,6	62,9
Aktivitas Fisik Berat	13	37,1	37,1	100,0
Total	35	100,0	100,0	





Distribusi Frekuensi Karakteristik menurut aktivitas ringan, aktivitas sedang dan aktivitas berat berdasarkan jenis kelamin, usia dan pekerjaan di Fisioterapi nanang asnawi samarinda

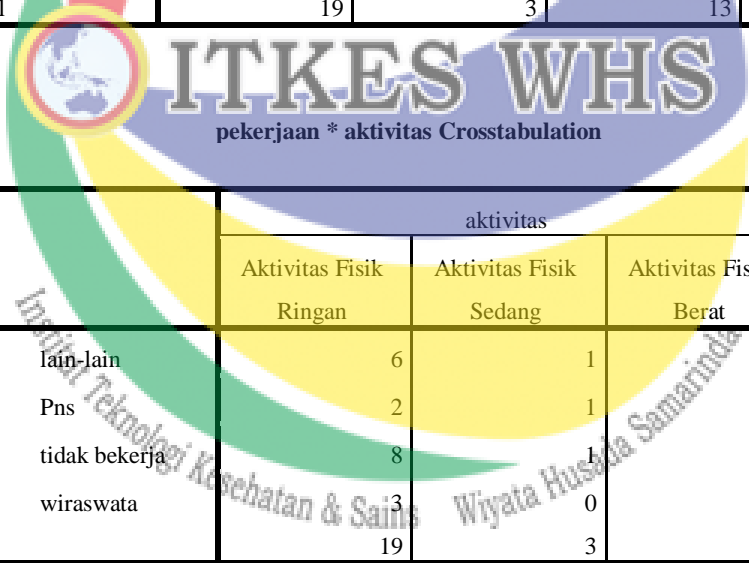
jenis_kelamin * aktivitas Crosstabulation

		aktivitas			Total
		Aktivitas Fisik Ringan	Aktivitas Fisik Sedang	Aktivitas Fisik Berat	
jenis_kelamin	laki-laki	10	1	10	21
	perempuan	9	2	3	14
Total		19	3	13	35

stroke * aktivitas Crosstabulation

Count

		aktivitas			Total
		Aktivitas Fisik Ringan	Aktivitas Fisik Sedang	Aktivitas Fisik Berat	
stroke	35-45 (masa dewasa akhir)	1	2	1	4
	46-55 (masa lansia awal)	7	1	4	12
	56-77 (masa lansia akhir-manula)	11	0	8	19
	Total	19	3	13	35



pekerjaan * aktivitas Crosstabulation

Count

		aktivitas			Total
		Aktivitas Fisik Ringan	Aktivitas Fisik Sedang	Aktivitas Fisik Berat	
pekerjaan	lain-lain	6	1	5	12
	Pns	2	1	3	6
	tidak bekerja	8	1	5	14
	wiraswata	3	0	0	3
Total		19	3	13	35



Institut Teknologi Kesehatan dan Sains (ITKES)

Wiyata Husada Samarinda

Jl. Kaderie Oening No.77 Samarinda Kalimantan Timur Telp/Fax. (0541) 7272431
www.stikeswhs.ac.id | info@stikeswhs.ac.id

BIODATA PENELITI



A. Data Pribadi

1. Nama : Siti Lestari Nurhamidah
2. Jenis kelamin : Perempuan
3. Tempat tanggal lahir : Muara Komam, 22 November 1998
4. Agama : Islam
5. Alamat : Jl. Ery Suparjan No 16 Rt 12
6. No. Hp : 089630403538
7. Email : sitilestarinurhamidah@gmail.com
Sitilestarinurhamidah301@student.stikeswhs.ac.id
8. Program studi : S1-Ilmu Keperawatan
9. NIM : 16.0488.823.01
10. Judul skripsi : Aktivitas Fisik Pasien Stroke Pada Masa Pandemi Global COVID-19
11. Dosen pembimbing : 1. Ns. Chrisyen Damanik S.Kep., M.Kep
2. Ns. Marina Kristi Layun., S.Kep., M.Kep

B. Riwayat Pendidikan

1. SD : SD Negeri 006 Simpang Pait
2. SMP : SMP Negeri 1 Long Ikis
3. SMK : SMA Negeri 1 Long Ikis

AKTIVITAS FISIK PASIEN STROKE PADA MASA PANDEMI GLOBAL COVID-19

Nurhamidah, S., L.¹, Damanik, C.², Layun, M., K.³

¹ Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan ITKES Wiyata Husada Samarinda, Jl. Kadrie Oening No.77, Samarinda, Kalimantan Timur.

e-mail: sitilestarinurhamidah301@student.stikeswhs.ac.id

² Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan ITKES Wiyata Husada Samarinda, Jl. Kadrie Oening No.77, Samarinda, Kalimantan Timur.

e-mail: chrisyendamanik@stikeswhs.ac.id

³ Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan ITKES Wiyata Husada Samarinda, Jl. Kadrie Oening No.77, Samarinda, Kalimantan Timur.

e-mail: marinalayun@stikeswhs.ac.id

Abstrak

Latar Belakang : Stroke merupakan gangguan pada otak yang terjadi secara global maupun fokal yang diakibatkan oleh suplai darah ke otak terganggu dan menyebabkan Kerusakan pada sel otak sehingga terganggunya aktivitas fungsional sehari-hari. Aktivitas fisik mempunyai peran dalam keberhasilan pengobatan stroke dan dapat memberi dampak bermakna dalam perbaikan stroke. **Tujuan:** terdeskripsikan Aktivitas Fisik Pasien Stroke pada masa Pandemi COVID-19. **Metode:** Jenis penelitian kuantitatif dengan rancangan penelitian deskriptif melalui pendekatan *cross sectional*. Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Juni-Juli 2020, dengan melibatkan 35 responden. Teknik pengambilan sampel menggunakan *non-probability sampling* dengan teknik *consecutive sampling*. Pengumpulan data menggunakan kuesioner yang telah tervalidasi dan analisa data menggunakan statistik deskriptif berupa data frekuensi dan persentase. **Hasil :** Kuesioner Aktifitas fisik stroke didapatkan sebanyak 54,3 % responden berada pada aktivitas fisik stroke Ringan. **Kesimpulan:** Sebagian besar responden memiliki aktivitas fisik ringan pada stroke sebanyak 19 responden (54,3%), sehingga perlu penelitian lebih lanjut untuk menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi aktivitas fisik pasien stroke pada masa pandemi COVID-19.

Kata kunci : Aktivitas Fisik, Stroke, COVID-19

PENDAHULUAN

Stroke terjadi apabila pembuluh darah otak mengalami penyumbatan atau pecah yang mengakibatkan otak tidak mendapatkan pasokan darah yang membawa oksigen sehingga terjadi kematian sel atau jaringan otak (Kesuma *et al.*, 2019). Stroke merupakan gangguan pada otak yang terjadi secara global maupun fokal yang diakibatkan oleh suplai darah ke otak terganggu baik yang disebabkan karena penyumbatan maupun karena pecahnya pembuluh darah. Kerusakan pada sel otak menyebabkan berbagai macam gangguan fungsi tergantung dimana terjadi penyumbatan seperti gangguan sirkulasi, gangguan fisiologis, gangguan kekuatan otot dan gangguan mobilisasi (Sibaran *et al.*, 2020).

Kejadian Stroke merupakan kondisi yang menimbulkan 20% penderita yang bertahan hidup masih membutuhkan perawatan di institusi kesehatan setelah 3 bulan paska stroke dan 15-30% penderitanya mengalami kecacatan yang permanen. Salah satu akibatnya adalah menurunnya kemampuan gerak fisik sehingga mengalami gangguan fungsional ringan sampai sedang yang mengakibatkan gangguan aktivitas fisik. Jika stroke menyerang pada sisi otak yang normal, maka terdapat kemungkinan kedua sisi tubuh baik kanan maupun kiri akan mengalami penurunan kemampuan gerak yang berakibat terhambat aktivitas fisik (Niqren, 2016)

Aktivitas fisik didefinisikan sebagai "setiap gerakan tubuh yang dihasilkan oleh kontraksi otot rangka yang menghasilkan pengeluaran energi (Chen *et al.*, 2020).

Aktivitas fisik dapat mencegah stroke berulang dan mengurangi kematian pasca stroke dengan memodifikasi faktor risiko stroke (misalnya, dengan menurunkan tekanan darah, menurunkan rasio kolesterol total, menurunkan *Body Masa Index* (BMI), dan melatih dengan olahraga dengan

tujuan untuk meningkatkan atau mempertahankan satu atau lebih kebugaran fisik (Phusuttatam *et al.*, 2019). Bagi individu, tingkat aktivitas fisik yang tidak memadai dapat meningkatkan resiko kanker, penyakit jantung, stroke, dan diabetes hingga 20-30% dan mempersingkat masa hidup hingga 3-5 tahun (Organization, 2018). Aktivitas fisik dan berobat secara teratur memiliki bukti yang tinggi dalam pencegahan stroke primer dan sekunder dan rehabilitasi. aktivitas fisik stroke juga telah dikaitkan dengan peningkatan pemulihan motorik, kualitas hidup dan kegiatan kehidupan sehari-hari (Chen *et al.*, 2020).

Tingkat aktivitas pasien stroke dapat dikaitkan dengan sejumlah faktor, seperti kesehatan secara keseluruhan, fungsi tubuh serta aktivitas lingkungan. Saat ini dunia sedang digemparkan oleh ditemukannya varian baru dari Corona virus yaitu Severe Acute Respiratory Syndrome CoronaVirus 2 atau yang lebih dikenal dengan SARs CoV-2. Virus ini ditemukan pertama kali di Wuhan, provinsi Hubei dan menyebar dengan cepat ke seluruh negara China (Wang *et al.*, 2020). Dampak yang ditimbulkan dari adanya pandemic COVID-19 ini berupa *Locdown*, *social distance*, *impact on economy* (Hiscott *et al.*, 2020) yang membuat adanya pembatasan dalam berinteraksi dan beraktivitas di lingkungan.

Perkembangan penyakit dan respon terapi serta adanya pembatasan dalam berinteraksi dan beraktivitas akibat dari diberlakukannya *social distancing* turut berpengaruh pada individu dengan stroke dalam beraktivitas. Penderita stroke akan mengalami kelemahan pada ekstremitas dan fungsi penurunan mobilitas yang dapat menghambat aktivitas fisik sehari-hari, menyebabkan ketidakmandirian pasien dalam melakukan perawatan diri seperti makan, berpakaian, mandi, berpindah tempat, BAB, BAK, dan bersosialisasi. penderita stroke biasanya akan mengalami keterbatasan fisik, kecacatan,

stress serta depresi pada seorang stroke sehingga membutuhkan bantuan secara berkesinambungan Agar secara bertahap pasien dapat melakukan aktivitas fisik secara mandiri dan tidak memperberat kondisinya (Aguiar et al., 2020).

Berdasarkan studi pendahuluan yang di lakukan di Klinik Fisioterapi Mandiri Nanang Asnawi Samarinda pada bulan juli di dapatkan 5 dari 4 pasien mengatakan tidak berani untuk beraktivitas diluar rumah diantaranya tidak berani berobat keluar rumah, berolahraga diluar rumah, belanja diluar rumah,dan lain-lain selama masa pandemic COVID-19 ini. Selain karena mematuhi himbauan pemerintah juga karena khawatir terpapar oleh virus COVID-19. Sehubungan dengan uraian di atas, masih banyak penderita stroke yang khawatir untuk beraktivitas fisik diluar rumah pada masa Covid 19.

Penelitian ini bertujuan untuk terdeskripsikan Aktivitas Fisik pasien stroke pada masa pandemi COVID-19.

METODE

Penelitian ini merupakan rancangan penelitian deskriptif menggunakan pendekatan *cross sectional*. Populasi pada penelitian ini adalah pasien stroke yang berobat selama 3 bulan terakhir yang berjumlah 64 pasien.

Sampel dalam penelitian ini adalah pasien stroke yang berobat di klinik nanang asnawi samarinda. Penelitian ini menggunakan teknik sampling yaitu teknik *Non-Probability Sampling* dengan *consecutive sampling* yang mendapatkan jumlah 54 pasien namun sampel diperkecil lagi menjadi 35 responden dikarenakan situasi kondisi sekarang yang tidak memungkinkan mengambil data akibat pandemi COVID-19. Kriteria inklusi penelitian ini adalah Kriteria Pasien stroke yang sedang kontrol di klinik Fisioterapi Nanang Asnawi Samarinda, mampu berkomunikasi dengan baik,bersedia

menjadi responden penelitian. Sedangkan kriteria eksklusi adalah Pasien stroke dengan perubahan tingkat kesadaran Afasia dan gangguan Komunikasi yang disebabkan kerusakan pada otak

Instrument yang digunakan berupa kuesioner *Stroke Physical Activity Questioner* dikembangkan oleh Thunyakamon Phussuttatam (2019) pada tahun 2019 yang digunakan untuk mengukur tingkat aktivitas fisik seseorang stroke Alat ukur ini terdiri dari 12 item pertanyaan yang dikelompokkan menjadi 3 komponen utama yaitu aktivitas fisik rendah (7 item), Aktivitas Fisik Sedang (3 item) dan Aktivitas Fisik Berat (2 item).

HASIL ANALISIS UNIVARIAT

1. Karakteristik Responden

Karakteristik responden merupakan sesuatu yang melekat pada pasien, pada tabel dibawah ini dijabarkan karakteristik responden.

Berdasarkan Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin, Usia, dan Pekerjaan Pada Pasien Stroke Pada Masa Pandemi Covid-19 di Fisioterapi Nanang Asnawi Samarinda Pada Bulan juni-Juli 2020 (n=35)

Variabel	Frekuensi	Persentase
4. Jenis Kelamin		
D. Laki-laki	21	60,0%
M. Perempuan	14	40,0%
5. Usia		
d. 35-45 Tahun	4	11,4%
e. 46-55 Tahun	12	34,3%
f. 56-77 Tahun	19	54,3%
6. Pekerjaan		
e. Tidak Bekerja	14	40,0%
f. Pns/Tni/Polri	6	17,1%
g. Wirasuasta	3	8,6%
h. Lain-lain	12	34,3%

2. Aktivitas fisik pasien stroke

Tabel 4.2 Tingkat Aktivitas Fisik Menggunakan SPAQ Pada Pasien Stroke Pada Masa Pandemi Covid-19 Di Fisioterapi Nanang Asnawi Samarinda Pada Juli 2020 (n=35)

Indikator	Frekuensi	persentase
Aktivitas ringan <75-150 menit/minggu	19	54,3%
Aktivitas fisik sedang >150-300 menit/minggu	3	8,6%
Aktivitas Berat Fisik >300 menit/minggu	13	37,1%

3. Aktivitas fisik ringan sedang berat berdasarkan karakteristik responden

Table 4.3 Tingkat Distribusi Aktivitas Fisik Ringan, Sedang, Berat Responden Ditinjau Dari Jenis Kelamin, Usia, dan Pekerjaan Pada Pasien Stroke Pada Masa Pandemi Covid-19 di Klinik Fisioterapi Nanang Asnawi Samarinda (n=35)

Variabel	Aktivitas fisik		
	Ringan	Sedang	Berat
1. Jenis Kelamin			
a. Laki-Laki	10	1	10
b. Perempuan	9	2	3
2. Usia			
a. 35-45 tahun	1	2	1
b. 46-55 tahun	7	1	4
c. 56-77 tahun	11	0	8
3. Usia			
a. Tidak bekerja	8	1	5
b. Pns/Tni/Polri	2	1	3
c. Wiraswasta	3	0	0
d. Lain-lain	6	1	5

PEMBAHASAN

1. Karakteristik Responden

a. Berdasarkan Jenis Kelamin

Berdasarkan hasil penelitian pada tabel 4.1 Karakteristik jenis kelamin responden menunjukkan jumlah responden laki-laki lebih banyak daripada Berdasarkan

hasil penelitian pada tabel 4.1 Karakteristik jenis kelamin responden menunjukkan jumlah responden laki-laki lebih banyak daripada responden perempuan yaitu sebanyak 21 orang (60,0%). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Wayunah *et al.*, (2017) mengungkapkan bahwa serangan stroke lebih banyak terjadi pada laki-laki dibandingkan perempuan. Hal ini didukung oleh American Heart Association/AHA 2017 bahwa serangan stroke lebih banyak terjadi pada laki-laki dibandingkan perempuan. Hal ini dapat dibuktikan dengan hasil kejadian stroke pada laki-laki 81,7 per 100.000 dan perempuan 71,8 per 100.000.

Menurut Mafruzah *et al.*, (2017) Hal ini bisa disebabkan karena kebiasaan yang dilakukan seperti merokok, konsumsi kopi, kurangnya olahraga dan yang lainnya. Selain itu, pada laki-laki terdapat hormon testosteron, dimana hormon ini dapat meningkatkan kadar LDL, apabila kadar LDL tinggi maka dapat meningkatkan kadar kolesterol dalam darah yang merupakan faktor resiko terjadinya penyakit degeneratif seperti stroke (Neneng Astuti, 2017)

Pada laki-laki lebih beresiko terkena stroke tiga kali lipat dibandingkan dengan perempuan dan laki-laki lebih rawan terkena penyakit stroke dari pada perempuan pada usia yang lebih muda, hal ini dikarenakan perempuan memiliki hormon estrogen yang berperan mempertahankan kekebalan tubuh sampai menopause dan sebagai proteksi atau pelindung pada proses aterosklerosis. tetapi pada

wanita yang telah mengalami menopause risiko terkena stroke sama dengan laki-laki, Mafruzah *et al.*, (2017).

Laki-laki memiliki kecenderungan lebih besar untuk terkena stroke pada usia dewasa dibandingkan dengan perempuan, pernyataan di atas mendukung penelitian dari Neneng Astuti (2017) bahwa laki-laki dan perempuan memiliki perbedaan fisiologis yang bersifat hormonal yang mempengaruhi variasi ciri-ciri biologis seperti kesuburan, meskipun secara fisik laki-laki lebih kuat dibanding perempuan akan tetapi daya tahan rasa sakit maupun daya tahan terhadap penyakit perempuan lebih kuat

b. Usia

Berdasarkan hasil penelitian pada tabel 4.1 didapatkan bahwa rata-rata responden berusia 56-77 tahun sebanyak 19 orang (54,3%). Umur merupakan faktor risiko kejadian stroke yang tidak dapat diubah, dimana semakin meningkatnya umur, maka risiko terjadi stroke juga akan semakin meningkat. Hal ini disebabkan semakin bertambahnya umur maka sistem pembuluh darah mengalami pemunduran sehingga berisiko (Wayunah *et al.*, 2017)

kejadian stroke meningkat seiring dengan bertambahnya usia, setelah usia memasuki 55 tahun keatas. Risiko stroke meningkat dua kali lipat setiap kurun waktu 10 tahun. Sesuai pendapat dari wayunah *et al.*, (2017) bahwa setelah berusia 55 tahun, risiko stroke berlipat ganda setiap kurun waktu sepuluh tahun dan dua pertiga dari semua serangan stroke yang terjadi pada orang yang berusia di atas 65 tahun.

Hasil tersebut mendukung bahwa kejadian stroke terjadi pada lansia karena pada lansia

terjadi perubahan fisik, dimana semua organ tubuh mengalami kemunduran fungsi termasuk pembuluh darah otak. Pembuluh darah menjadi tidak elastis terutama bagian endotel yang mengalami penebalan pada bagian intima, sehingga mengakibatkan lumen pembuluh darah semakin sempit dan berdampak pada peningkatan tekanan aliran darah, yang dapat mengakibatkan memperbesar resiko terjadinya perdarahan pada pembuluh darah otak (Neneng Astuti, 2017)

Umur pada ini merupakan umur lansia, pada lansia terjadi penurunan seluruh fungsi-fungsi organ tubuh termasuk diantaranya adalah pembuluh darah. Pembuluh darah pada lansia menjadi menipis dan berkecenderungan merapuh sehingga bila terjadi sumbatan oleh lemak pada pembuluh darah akan mengakibatkan pecahnya pembuluh darah. Hal ini sesuai dengan pernyataan Fepi *et al.*, (2018) yang menyatakan bahwa pada individu yang berumur ≥ 55 tahun pembuluh darahnya menipis dan mengalami kerapuhan, pada lansia stroke akan semakin bertambah meluas, sehingga resiko terkena stroke menjadi 2 (dua) kali lipat.

Penelitian ini juga sejalan dengan Mafruzah *et al.*, (2017) bahwa angka kejadian stroke terbanyak berada pada usia 56-65 tahun dengan persentase 52.5%. Stroke yang menyerang kelompok usia diatas 40 tahun disebabkan kelainan otak non-traumatik akibat proses patologi pada sistem pembuluh darah otak. peningkatan frekuensi stroke seiring dengan peningkatan umur berhubungan dengan proses penuaan, dimana semua organ tubuh mengalami kemunduran fungsi termasuk pembuluh darah otak. Pembuluh

darah menjadi tidak elastis terutama pada bagian endotel yang mengalami penebalan di bagian intima, sehingga mengakibatkan lumen pembuluh darah semakin sempit dan berdampak pada penurunan aliran darah otak

c. Pekerjaan

Berdasarkan hasil penelitian pada tabel 4.1 menunjukkan bahwa tingkat pekerjaan paling tinggi adalah tidak bekerja adalah 40,0% dengan tingkat aktivitas fisik ringan menetap, bahkan pekerjaan ringan Berdasarkan hasil penelitian pada tabel 4.1 menunjukkan bahwa tingkat pekerjaan paling tinggi adalah tidak bekerja adalah 40,0% dengan tingkat aktivitas fisik ringan paling banyak yaitu 8 responden. Terjadinya stroke yang di alami pada orang yang tidak bekerja, dengan hasil penelitian Neneng astuti (2017) lebih dari separuh 25 (19,8%) stroke terjadi pada pasien tidak bekerja dalam hal ini dikarenakan adanya kecenderungan hidup santai, pola makan yang tidak teratur, malas berolahraga, dan tingkat stres yang lebih tinggi dibandingkan dengan orang yang bekerja.

faktor –faktor inilah yang akan mengakibatkan kurangnya kemampuan metabolisme dalam proses pembakaran zat –zat makanan yang dikonsumsi. Sehingga ini dapat beresiko terjadinya tumpukan kadar lemak dan kolesterol dalam darah yang beresiko membentuk aterosklerosis yang dapat menyumbat pembuluh darah yang dapat berakibat pada munculnya stroke.

Menurut Embi (2008) pekerjaan berperan penting dalam kehidupan manusia untuk memenuhi kebutuhan hidupnya terutama kebutuhan ekonomi dan

sosial. Responden yang tidak bekerja memiliki waktu yang lebih banyak untuk beraktivitas di rumah seperti membersihkan halaman rumah, berkebun dan melakukan aktivitas intensitas sedang yang lain di dalam rumah. Durasi aktivitas fisik yang lama ini menyebabkan skor aktivitas fisik menjadi tinggi.

2. Aktivitas Fisik Pasien Stroke

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan hasil rata-rata aktivitas fisik responden memiliki nilai median sebesar 150 menit/minggu dengan nilai minimal 10 menit/minggu dan maksimal 760 menit/minggu. Hasil penelitian tingkat aktivitas fisik dari 35 responden yang berobat ke Klinik Fisioterapi Nanang Asnawi Samarinda sebagian besar adalah pasien dengan aktivitas fisik ringan sebanyak 19 orang responden (54,3%) yang mengalami gangguan kelemahan otot tungkai dan lengan. Menurut asumsi peneliti hanya mampu beraktivitas fisik ringan. Hasil penelitian tersebut sebanding dengan penelitian Jong kim *et al.*, (2016) yang menyatakan bahwa jumlah aktivitas fisik yang dilakukan oleh pasien yang mengalami kelumpuhan pada lengan dan tungkai secara signifikan lebih ringan daripada yang dilakukan oleh pasien yang tidak mengalami kelumpuhan. penurunan aktivitas otot ekstensor lengan atas dan otot tangan secara signifikan tidak akan cukup untuk rehabilitasi yang efisien.

Selain itu, aktivitas fisik berkurang karena keterbatasan dalam berjalan bila gerakan kaki. Lebih lanjut, karena gejala sisa di lengan memiliki efek yang besar pada kinerja gerakan halus dan pekerjaan, kelumpuhan kemungkinan berkontribusi pada

penurunan aktivitas fisik dalam jumlah durasi dan intensitas. Sejalan dengan (Aguiar *et al.*, 2020) yang menyatakan bahwa, aktivitas fisik mereka ringan dalam jumlah, durasi, dan intensitas. Aktivitas fisik yang ringan telah dilaporkan bahkan pada orang yang memiliki gangguan fisik rendah. Selain itu, individu dengan aktivitas fisik stroke menghabiskan waktu jauh lebih sedikit dalam berdiri, berjalan, dalam aktivitas fisik yang ringan. tingkat aktivitas fisik pasien stroke bisa mengalami peningkatan yang baik pada responden dengan usia yang lebih muda, dan menjalani program rehabilitasi yang lebih intensif.

Tingginya tingkat aktivitas fisik dapat terjadi bila responden melakukan aktivitas intensitas sedang atau berat sehingga mencapai skor aktivitas intensitas sedang lebih dari 150 menit seminggu atau dengan intensitas kuat selama 75 menit seminggu atau dengan kombinasi setara. Selama masa pandemi ini rata-rata responden banyak melakukan aktivitas di lingkungan rumah sesuai dengan anjuran pemerintah untuk melakukan physical distancing terutama pada orang dengan penyakit tidak menular yang memiliki komorbid terhadap COVID-10 (Kemenkes, 2020). Dari penelitian ini di dapatkan hasil bahwa aktivitas fisik pasien stroke berada pada aktivitas fisik ringan terkait dengan pekerjaan rumah, baik pekerjaan di dalam rumah maupun di luar rumah.

Responden dalam hasil penelitian ini melakukan aktivitas rutin harian di rumah sesuai dengan kemampuannya. Aktivitas yang rutin ini dapat dianggap sebagai bentuk latihan fisik yang diwujudkan dalam bentuk aktivitas sehari-hari, modifikasi yang seperti itu dapat dilakukan dalam bentuk

aktivitas dasar berbentuk kegiatan sehari –hari di rumah (Bailey, 2017; Fanchamps, Horemans, Ribbers, Stam, & Bussmann, 2018).

Sebagian besar aktivitas yang dilakukannya berupa kegiatan dalam aktivitas fisik ringan seperti berkebun ringan, belanja makanan, olahraga, berjalan santai dan bersepeda santai. Metode ini terbukti efektif untuk tetap menjaga bahkan meningkatkan kemampuan fungsional. Ini didukung oleh penelitian Chen *et al.*, 2020 bahwa melakukan aktivitas fisik dan berobat secara teratur memiliki bukti yang tinggi dalam pencegahan stroke primer dan sekunder dan rehabilitasi. aktivitas fisik stroke juga telah dikaitkan dengan peningkatan pemulihan motorik, kualitas hidup dan kegiatan kehidupan sehari-hari.

Berdasarkan Jenis kelamin pada tabel 4.3 laki-laki memiliki tingkat aktivitas fisik berat yang lebih banyak yaitu sebanyak 10 orang yang menunjukkan bahwa pria menjalankan aktivitas fisik lebih baik di banding wanita hal ini sejalan dengan penelitian dari Vahlberg *et al* (2018) bahwa laki-laki lebih bisa melakukan aktivitas fisik dibandingkan perempuan untuk melakukan aktivitas fisik yang berat seperti olahraga hal ini dibuktikan dengan Gerakan-gerakan yang diukur pada SPAQ pada kategori berat yaitu latihan penguatan atau olahraga intensitas tinggi lainnya dimana sejalan dengan penelitian Ignatius *et al.*, 2017 laki-laki dengan kekuatan otot dan kemampuan motorik kasar yang lebih baik memiliki keluaran klinis yang lebih baik dibandingkan pada perempuan. Risdas 2007 menyatakan bahwa laki-laki lebih aktif daripada perempuan (Depkes RI, 2008). Alasan lainnya yaitu pria dapat mengidentifikasi dengan ideal

untuk menjadi kuat secara fisik (Morris et al, 2017)

Pada kelompok umur tabel 4.3 responden dengan usia 56-77 berada paling banyak pada aktivitas ringan yaitu 11 responden. Hal ini sebanding dengan penelitian Vahlberg *et al* .,(2018) yang menyatakan bahwa responden yang lebih tua pada umur 50-70an keatas mempengaruhi aktivitas fisik stroke ringan melihat dari gaya berjalan dan kecepatan berjalan, peningkatan lebar langkah, waktu dukungan ganda, dan spatiotemporal variabilitas. Pada pria usia tua, indeks massa tubuh (BMI) dan kekuatan paha depan merupakan penentu independen kecepatan berjalan Pada wanita yang lebih tua, BMI, fleksi pinggul, abduksi panggul, dan kekuatan paha depan merupakan penentu terpenting kecepatan berjalan. Kecepatan berjalan diketahui menjadi lebih lambat pada wanita yang lebih tua daripada pada pria yang lebih tua yang menyebabkan aktivitas fisik stroke yang ringan.

Berdasarkan kelompok pekerjaan pada 4.3 bahwa tingkat pekerjaan paling tinggi adalah tidak bekerja adalah 40,0% dengan tingkat aktivitas fisik ringan paling banyak yaitu 8 responden. hal ini menunjukkan bahwa frekuensi aktivitas fisik stroke adalah pasien yang tidak bekerja dengan tingkat aktivitas fisik ringan karena kurangnya aktivitas fisik yang dilakukan. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Hupin *et al.*, (2019) yang menyatakan bahwa aktivitas pekerjaan individu dapat berkontribusi secara signifikan terhadap aktivitas fisik , bahkan pada orang yang sudah pensiun atau sedang tidak bekerja. Dalam konteks ini, stroke lebih ringan di antara mereka yang memiliki pekerjaan aktif dibandingkan dengan mereka yang bekerja

menetap, bahkan pekerjaan ringan aktif menghasilkan manfaat kesehatan yang besar.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian yang telah didapatkan melalui pengumpulan data yang dilaksanakan di Fisioterapi Nanang Asnawi didapatkan hasil sebanyak 54,3% responden berada pada aktivitas fisik stroke ringan, aktivitas stroke sedang sebanyak 8,6% dan aktivitas stroke Berat sebanyak 37,1 %. Karakteristik responden secara umum pada jenis kelamin laki-laki sebesar 60%, usia terbanyak pada lansia akhir 56-77 tahun sebesar 54,3%, dan tidak bekerja sebanyak 40%.

REFERENSI

- Aguiar, L. T., Nadeau, S., Martins, J. C., Teixeira-Salmela, L. F., Britto, R. R., & Faria, C. D. C. de M. (2020). Efficacy of interventions aimed at improving physical activity in individuals with stroke: a systematic review. *Disability and Rehabilitation*, 42(7), 902–917.
- Bailey, R. R. (2017). The Issue Is—Promoting physical activity and nutrition in people with stroke. *American Journal of Occupational Therapy*, 71(7105360010), 7105360010p1-p5. Retrieved from <https://doi.org/10.5014/ajot.2017.021378>
- Chen, E., Viktorisson, A., Danielsson, A., Palstam, A., & Sunnerhagen, K. S. (2020). Levels of physical activity in acute stroke patients treated at a stroke unit: A prospective, observational study. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 52(4), jrm00041. <https://doi.org/10.2340/16501977-2671>

- Embi, A. M. (2008). *Cabaran Dunia Pekerjaan*. PRIN-AD SDN
- Fepi,S., & Nurhayati,H.K (2018). Faktor kejadian stroke di rumah sakit
- Hupin, D., Raffin, J., Barth, N., Berger, M., & Garet, M. (2019). Even a Previous Light-Active Physical Activity at Work Still Reduces Late Myocardial Infarction and Stroke in Retired Adults Aged >65 Years by 32%: The PROOF Cohort Study. *Public Health*, 1-10
- Hiscott, J., Alexandridi, M., Muscolini, M., Tassone, E., Palermo, E., Soultsioti, M., & Zevini, A. (2020). The global impact of the coronavirus pandemic. *Cytokine and Growth Factor Reviews*, xxx, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.cytogfr.2020.05.010>
- Ignatius,E.P., Arinta,P.W., Hexanto,M. (2017). Perbedaan jenis kelamin sebagai faktor resiko terhadap keluaran klinis pasien stroke iskemik. <http://ejournal-s1.undip.ac.id/index.php/medico>
- Kesuma, Ni Sultradewi Made T. Dharmawan, Dion K. Fatmawati, Heni. 2019. Gambaran Faktor Risiko dan Tingkat Risiko Stroke Iskemik Berdasarkan Stroke Scorecard di RSUD Klungkung. *Intisari Sains Medis Vol. 10, No. 3*. 720-729.
- Ki joong,K.,Hwang,Y.K.,In-ae,C. (2016). Correlations between the sequelae of stroke and physical activity in Korean adult stroke patients.
- Mafruzah, N. P., Mutiawati, E., & Wilda, M. (2017). Hubungan Derajat Stroke Terhadap Status Kognitif Pada Pasien Stroke Iskemik Di Poliklinik Saraf Rumah Sakit Umum Daerah dr. Zainoel Abidin Banda Aceh. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Kedokteran Medisia*, 61-67
- Nining Astuti.,(2017). Hubungan faktor usia, jenis kelamin, pekerjaan dengan jenis stroke
- Niqren, Z. L. (2016). Kemudahan Gerak Aktivitas Bagi Pasien Stroke Pada Ruang Dapur Di Unit Terapi Okupasi Adl. *Stroke Rehabilitation*, 136–154. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-17281-3.00007-1>
- Phusuttatam, T., Saengsuwan, J., & Kittipanya-Ngam, P. (2019). Development and Preliminary Validation of a Stroke Physical Activity Questionnaire. *Stroke Research and Treatment*, 2019. <https://doi.org/10.1155/2019/6764834>
- Wang, D., Hu, B., & Hu, C. (2020). Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA Network*, 323. <https://doi.org/doi:10.1001/jama.2020.1585>
- Wayunah, & Muhammad, S. (2016). Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Stroke Di RSUD Indramayu. *Jurnal Pendidikan Keperawatan*, 65-76
- Vahlberg, B., Bring, A., Hellström, K., & Zetterberg, L. (2019). Level of physical activity in men and women with chronic stroke. *Physiotherapy Theory and Practice*, 35(10), 947–955. <https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1460646>

