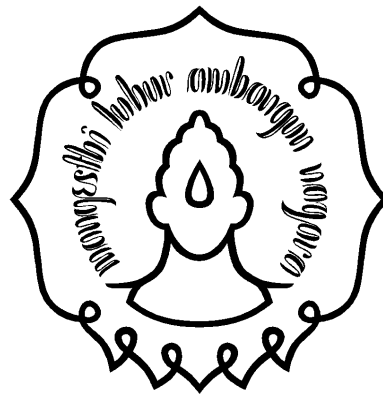


**PERBEDAAN SKOR KUALITAS HIDUP TERKAIT KESEHATAN
ANTARA PASIEN STROKE ISKEMIK SERANGAN PERTAMA
DAN BERULANG**

SKRIPSI

**Untuk Memenuhi Persyaratan
Memperoleh Gelar Sarjana Kedokteran**



FITRI IKA ARDE YANI

G0006083

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS SEBELAS MARET
SURAKARTA**

2010

PENGESAHAN SKRIPSI

Skripsi dengan judul: Perbedaan Skor Kualitas Hidup Terkait Kesehatan antara Pasien Stroke Iskemik Serangan Pertama dan Berulang.

Fitri Ika Arde Yani, G0006083, Tahun 2010

Telah diuji dan sudah disahkan di hadapan Dewan Penguji Skripsi

Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret

Pada Hari Selasa, Tanggal 13 April 2010

Pembimbing Utama

Nama : Diah Kurnia Mirawati, dr., Sp.S.

NIP : 19680707 200312 2 001 (.....)

Pembimbing Pendamping

Nama : Nanang Wiyono, dr., M.Kes.

NIP : 19760530 200212 1 002 (.....)

Penguji Utama

Nama : Agus Sudomo, dr., Sp.S (K).

NIP : 19490516 197603 1 002 (.....)

Anggota Penguji

Nama : Risono, dr., Sp.S (K).

NIP : 19491111 197610 1 001 (.....)

Surakarta,

Ketua Tim Skripsi

Dekan FK UNS

Sri Wahjono, dr., MKes., DAFK

Prof. Dr. H. A.A. Subijanto, dr., MS.

NIP. 19450824 197310 1 001

NIP. 19481107 197310 1 003

PERNYATAAN

Dengan ini menyatakan bahwa dalam skripsi ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu Perguruan Tinggi dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Surakarta, 13 April 2010

Fitri Ika Arde Yani

NIM. G0006083

ABSTRAK

Fitri Ika Arde Yani, G.0006083, 2010. Perbedaan Skor Kualitas Hidup Terkait Kesehatan antara Pasien Stroke Iskemik Serangan Pertama dan Berulang. Skripsi, Fakultas Kedokteran, Universitas Sebelas Maret, Surakarta.

Tujuan: Penelitian ini dilakukan untuk membandingkan kualitas hidup terkait kesehatan antara pasien stroke iskemik serangan pertama dan berulang

Metode: Penelitian ini menggunakan metode *observational analytic* dengan pendekatan *cross sectional*. Subyek adalah pasien stroke iskemik serangan pertama dan berulang. Sampel diambil dengan teknik *purposive sampling*. Sampel yang diambil sebanyak 30 orang yang terdiri dari 15 pasien stroke iskemik serangan pertama dan 15 serangan berulang. Kualitas hidup terkait kesehatan diukur menggunakan kuesioner *Medical Outcome Study SF-36 (SF-36)*. Data yang terkumpul disajikan dalam bentuk tabel dan dianalisa menggunakan *t test* dengan taraf kepercayaan = 0.05.

Hasil: Skor kualitas hidup terkait kesehatan pada pasien stroke iskemik serangan pertama lebih tinggi daripada pasien stroke iskemik serangan berulang (rata-rata \pm standar deviasi, 2238 \pm 399.7 dengan 1596 \pm 554.2, $P = 0.001$). Juga didapatkan perbedaan yang bermakna antara rata-rata skor kualitas hidup terkait kesehatan pada dimensi fungsi fisik (62 \pm 24.8 dengan 25 \pm 15.8, $P = 0.000$), peranan fisik (23 \pm 19.9 dengan 3 \pm 8.8, $P = 0.007$), energi (75 \pm 17.2 dengan 52 \pm 17.7, $P = 0.001$).

Simpulan: Skor kualitas hidup terkait kesehatan pada pasien stroke iskemik serangan pertama lebih tinggi daripada pasien stroke iskemik serangan berulang

Kata kunci: Kualitas Hidup Terkait Kesehatan, Stroke Iskemik Serangan Pertama, Stroke Iskemik Serangan Berulang.

ABSTRACT

Fitri Ika Arde Yani, G.0006083, 2010. *Health-Related Quality of Life (HRQoL) in Ischemic Stroke Patients: Comparison Between First-Time and Recurrent Stroke. Script, Faculty of Medicine, Sebelas Maret University, Surakarta.*

Objective: *This research was conducted to compare the health-related quality of life between first-time ischemic stroke patients and recurrent ones.*

Method: *This research used observational analytic with cross sectional approach. The subject were the first-time and recurrent ischemic stroke patients. The sample taken with sampling random purposive technique with the sums of the sample is 30 persons which consist of 15 first-time and 15 recurrent ischemic stroke patients. HR-QOL was assessed using Medical Outcome Study SF-36. Data which is gained, is presented in the form of table and analyzed using t test on significance level = 0,05.*

Results: Health-related quality of life scores were significantly higher in the first-time ischemic stroke patients than in the recurrent ones (mean \pm standard deviation, 2238 ± 399.7 vs 1596 ± 554.2 , $P = 0.001$). Also, the first-time ischemic stroke patients scored significantly higher than the recurrent ones in HR-QOL domains physical (62 ± 24.8 vs 25 ± 15.8 , $P = 0.000$), physical role (23 ± 19.9 vs 3 ± 8.8 , $P = 0.007$), and energy (75 ± 17.2 vs 52 ± 17.7 , $P = 0.001$)

Conclusions: Health-related quality of life scores appears to be higher in the first-time ischemic stroke patients than in the recurrent ones.

Key Words: HR-QOL (Health-Related Quality of Life), first time ischemic stroke, recurrent ischemic stroke

PRAKATA

Segala puji bagi Allah, yang tidak ada sesembahan yang berhak diibadahi selain Allah, dengan rahmat dan pertolongan-Nya, penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul **“Perbedaan Skor Kualitas Hidup Terkait Kesehatan antara Pasien Stroke Iskemik Serangan Pertama dan Berulang”**. Shalawat dan salam semoga tercurah kepada Rasulullah Shalallahu ‘Alaihi Wa Sallam dan orang-orang yang senantiasa mengikuti sunnahnya.

Dalam penyusunan skripsi ini, penulis banyak menemui kendala dan hambatan, namun berkat bimbingan, arahan dan bantuan berbagai pihak, penulis dapat menyelesaikannya. Untuk itu perkenankanlah dengan setulus hati penulis menyampaikan rasa terima kasih kepada:

1. Prof. Dr. A.A. Subijanto, dr., M.S, selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta.
2. Sri Wahjono, dr., M.Kes, selaku Ketua Tim Skripsi Universitas Sebelas Maret Surakarta.
3. Diah Kurnia Mirawati, dr., Sp.S, selaku Pembimbing I yang telah banyak memberikan bimbingan, masukan, saran dan arahan dalam penelitian ini.
4. Nanang Wiyono, dr., M.Kes, selaku Pembimbing II yang telah banyak memberikan bimbingan, masukan, saran dan arahan dalam penelitian ini.
5. Agus Sudomo, dr., Sp.S (K), selaku Penguji I yang telah berkenan menguji serta memberikan saran dan masukan dalam penelitian ini.
6. Risono, dr., Sp.S (K), selaku Penguji II yang telah berkenan menguji serta memberikan saran dan masukan dalam penelitian ini.
7. Seluruh staf bagian skripsi dan staf Saraf Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret yang telah banyak membantu dalam penelitian ini.
8. Ibu, Bapak, Adik-adik yang sangat kusayangi.
9. Teman-teman Kos Nefila yang selalu mendukung dan menyemangati.
10. Teman-teman semua yang telah membantu penyusunan skripsi ini.
11. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini.

Penulis berharap semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi yang berkepentingan khususnya dan bagi pembaca umumnya.

Surakarta, 13 April 2010

Fitri Ika Arde Yani

DAFTAR ISI

| | halaman |
|---------------------------------|---------|
| PRAKATA | vi |
| DAFTAR ISI | vii |
| DAFTAR TABEL | ix |
| DAFTAR GAMBAR | x |
| DAFTAR LAMPIRAN | xi |
| BAB I PENDAHULUAN | 1 |
| A. Latar Belakang Masalah | 1 |
| B. Rumusan Masalah | |

| | |
|---|----|
| C. Tujuan Penelitian | 3 |
| D. Manfaat Penelitian | 3 |
| BAB II LANDASAN TEORI | 3 |
| A. Tinjauan Pustaka | 4 |
| B. Kerangka Pemikiran | 4 |
| C. Hipotesis | 4 |
| BAB III METODE PENELITIAN | 22 |
| A. Jenis Penelitian | 23 |
| B. Lokasi Penelitian | 24 |
| C. Subyek Penelitian | 24 |
| D. Teknik Sampling | 24 |
| E. Desain Penelitian | 24 |
| F. Identifikasi Variabel Penelitian | 24 |
| G. Definisi Operasional Variabel Penelitian | 24 |
| H. instrumentasi Penelitian | 24 |
| I. Cara Kerja Penelitian..... | 26 |
| J. Teknik Analisis Data..... | 26 |
| BAB IV HASIL PENELITIAN | 26 |
| BAB V PEMBAHASAN | 27 |
| BAB VI SIMPULAN DAN SARAN | 28 |
| A. Simpulan | 29 |

| | |
|----------------------|----|
| B. Saran | 29 |
| DAFTAR PUSTAKA | 30 |
| LAMPIRAN | 35 |
| | 41 |
| | 41 |
| | 41 |
| | 42 |

DAFTAR TABEL

| | halaman |
|---|---------|
| Tabel 1. Persentase Serangan Stroke Berulang..... | 12 |
| Tabel 2. Pertanyaan yang Mewakili 8 Dimensi Kuesioner SF-36..... | 19 |
| Tabel 3. Skor Kuesioner SF-36..... | 20 |
| Tabel 4. Karakteristik Subyek Penelitian..... | 30 |
| Tabel 5. Rata-rata Total Skor Kualitas Hidup Terkait Kesehatan Berdasarkan Umur Subyek..... | 31 |
| Tabel 6. Rata-rata Total Skor Kualitas Hidup Terkait Kesehatan Berdasarkan Waktu Serangan Stroke Terakhir..... | 32 |
| Tabel 7. Rata-rata Total Skor Kualitas Hidup Terkait Kesehatan Berdasarkan Jenis Kelamin Subyek Penelitian..... | 32 |

Tabel 8. Nilai p pada Skor 8 Domain dan Total Skor Kualitas Hidup Terkait Kesehatan

Subyek Penelitian..... 34

DAFTAR GAMBAR

halaman

Gambar 1. Rata-Rata Skor 8 Domain Kualitas Hidup Terkait Kesehatan Subyek Penelitian

(Skor Maksimal 100 pada Tiap Domain)..... 32

Gambar 2. Rata-Rata Total Skor Kualitas Hidup Terkait Kesehatan Subyek

Penelitian..... 33

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Data Hasil Penelitian Subyek Stroke Iskemik Serangan Pertama

Lampiran 2. Data Hasil Penelitian Subyek Stroke Iskemik Serangan Berulang

Lampiran 3. Surat Persetujuan Menjadi Responden

Lampiran 4. *Ethical Clearance*

Lampiran 5. Formulir Short Form – 36 (SF-36)

Lampiran 6. Uji Homogenitas Sampel

Lampiran7. Analisis Statistik Skor Kualitas Hidup Terkait Kesehatan Subyek Penelitian

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Stroke adalah sindroma klinis dengan gejala berupa gangguan fungsi otak baik secara fokal maupun global yang dapat menimbulkan kematian atau kecacatan yang menetap lebih dari 24 jam tanpa penyebab lain kecuali gangguan vaskuler. Sedangkan stroke iskemik adalah stroke yang disebabkan penyumbatan arteri yang menyuplai darah ke otak secara tiba-tiba (WHO, 2006). Prevalensi penderita stroke di Asia 50-400 orang per 100000 penduduk per tahun (Bethesda Stroke Center, 2007).

Stroke merupakan penyebab terbesar ketidakmampuan fisik, emosi, dan kehidupan sosial pada orang dewasa (Tarasová M *et al.*, 2007). Walaupun stroke merupakan penyakit yang menyerang sistem saraf pusat, efek yang dihasilkan dapat berpengaruh pada seluruh tubuh. Efek yang mungkin terjadi dapat berupa kelumpuhan, defisit fungsi kognitif, kesulitan bicara, kesulitan emosional, masalah dalam kehidupan sehari-hari, serta kesakitan (NINDS, 2003). Stroke erat pula kaitannya dengan depresi. Depresi ini biasanya muncul dalam dua tahun pertama setelah seseorang terkena stroke (Nasrun, 2001).

Ketidakmampuan fisik, emosi, dan kehidupan sosial pasien stroke tentu saja mempengaruhi perannya sosialnya. Hal tersebut memberikan pengaruh yang besar terhadap kualitas hidup terkait kesehatan pada pasien stroke (Åström M *and*

Asplund K, 2005). Dalam penelitian Wyller *et al* (1998) dilaporkan bahwa pasien stroke mempunyai kualitas hidup terkait kesehatan yang lebih rendah jika dibandingkan dengan kelompok kontrol. Pengukuran kualitas hidup terkait kesehatan pada pasien stroke menjadi umum dilakukan dengan adanya pengakuan bahwa evaluasi perawatan pasien stroke harus meliputi kualitas sekaligus kuantitas dari kelangsungan hidup pasien. Pengukuran tersebut biasanya meliputi elemen fungsional, fisik, psikologis, dan sosial dari pasien (Krančiukaitė dan Rastenytė, 2006). Pengukuran kualitas hidup terkait kesehatan pada pasien stroke tersebut tidak hanya untuk mengetahui reaksi pasien terhadap penyakitnya dan meningkatkan usaha-usaha perawatan suportif, tetapi juga untuk mengevaluasi terapi yang telah dilakukan (De Haan *et al.*, 1993).

Kejadian stroke berulang kerap kali terjadi di antara pasien yang telah pulih dari serangan stroke. Sekitar 25% pasien akan mengalami kejadian stroke berulang. Resiko kematian dan ketidakmampuan setelah stroke meningkat dengan adanya kejadian stroke berulang tersebut (NINDS, 2003). Adanya peningkatan resiko ketidakmampuan tersebut juga menunjukkan adanya peningkatan resiko penurunan kualitas hidup pada pasien serangan stroke berulang.

Pentingnya pengukuran kualitas hidup terkait kesehatan pada pasien stroke iskemik dan adanya peningkatan resiko ketidakmampuan pada pasien stroke iskemik serangan berulang mendorong peneliti untuk membandingkan hasil pengukuran kualitas hidup terkait kesehatan antara pasien stroke iskemik serangan pertama dan berulang.

B. Perumusan Masalah

Apakah ada perbedaan skor kualitas hidup terkait kesehatan antara pasien stroke iskemik serangan pertama dan berulang?

C. Tujuan Penelitian

Untuk mengetahui perbedaan skor kualitas hidup terkait kesehatan antara pasien stroke iskemik serangan pertama dan berulang.

D. Manfaat Penelitian

1. Teoritis :

Sebagai sumbangan ilmu pengetahuan untuk mengetahui apakah kejadian stroke iskemik berulang menurunkan skor kualitas hidup terkait kesehatan pasien stroke iskemik melebihi penurunan akibat stroke iskemik serangan yang pertama.

2. Aplikatif :

Jika diketahui adanya perbedaan kualitas hidup terkait kesehatan antara pasien stroke iskemik serangan pertama dan berulang serta jika terbukti bahwa kualitas hidup terkait kesehatan pada pasien serangan berulang lebih rendah secara signifikan, maka terapi untuk meningkatkan kualitas hidup terkait kesehatan pasien serangan stroke iskemik berulang harus ditingkatkan.

BAB II

LANDASAN TEORI

A. Tinjauan pustaka

1. Stroke

a. Definisi

Stroke adalah sindroma klinis dengan gejala berupa gangguan fungsi otak baik secara fokal maupun global yang dapat menimbulkan kematian atau kecacatan yang menetap lebih dari 24 jam tanpa penyebab lain kecuali gangguan vaskuler yang dapat berupa infark maupun hemoragik (WHO, 2006).

Definisi menurut World Health Organization (2006) tersebut mengeksklusikan:

- 1) *Transient Ischemic Attack* (TIA), dimana juga merupakan gejala neurologis fokal tetapi berlangsung kurang dari 24 jam
- 2) Perdarahan subdural
- 3) Perdarahan epidural
- 4) Keracunan
- 5) Gejala-gejala yang disebabkan trauma

b. Epidemiologi

Stroke merupakan penyebab kematian ketiga pada Negara maju dengan insidensi tiap tahunnya mencapai 2 kasus tiap 1000 populasi. Mayoritas stroke adalah dengan infark serebral sebagai penyebab (Ginsberg, 2008). Prevalensi penderita stroke di Asia 50-400 orang per 100000 penduduk per tahun (Bethesda Stroke Center, 2007).

c. Klasifikasi

Menurut World Health Organization (WHO, 2006), stroke diklasifikasikan menjadi tiga sub grup mayor, yaitu:

1) Stroke iskemik

a) Definisi dan etiologi

Stroke yang disebabkan karena oklusi secara tiba-tiba pada arteri yang menyuplai aliran darah ke otak. Oklusi ini dapat disebabkan oleh pembentukan thrombus pada tempat oklusi tersebut (stroke iskemik trombotik) maupun pembentukan thrombus di tempat lain yang kemudian terbawa aliran darah dan menyumbat arteri di otak (stroke iskemik embolik). Penegakan diagnosis jenis stroke ini berdasarkan *neuroimaging*.

b) Patofisiologi

Arteri yang tersumbat oleh thrombus maupun embolus akan mengganggu suplai darah ke otak. Jika tidak ada pembuluh darah kontralateral yang adekuat, maka area yang disuplai akan mengalami infark. Daerah sekitar zona infark total terdapat penumbra iskemik yang fungsinya bisa pulih kembali jika aliran

darah baik kembali. Iskemia pada otak ini dapat diperberat oleh edema otak baik itu yang sitotoksik (akumulasi air pada sel-sel glia dan neuron yang rusak) maupun yang vasogenik (akumulasi cairan ekstraseluler akibat perombakan sawar darah otak). Edema tersebut dapat menyebabkan peningkatan tekanan intrakranial dan kompresi struktur otak di sekitarnya (Ginsberg, 2008).

2) Perdarahan intraserebral

Perdarahan yang berasal dari arteri di otak ke jaringan otak. Prevalensinya mungkin lebih tinggi pada negara-negara berkembang dikarenakan diet, aktivitas fisik, pengobatan hipertensi yang tidak adekuat, maupun predisposisi genetik. Penegakan diagnosis jenis stroke ini berdasarkan *neuroimaging*.

3) Perdarahan subaraknoid

Perdarahan pada arteri yang terletak di antara dua meninges yaitu pia mater dan arakhnoid mater. Gejala yang terjadi ialah adanya kejadian sakit kepala tajam secara tiba-tiba dan biasanya disertai kesadaran yang menurun. Penegakan diagnosis jenis stroke ini berdasarkan *neuroimaging* atau pungsi lumbal.

d. Faktor resiko

Menurut World Health Organization (WHO, 2006), faktor resiko stroke diklasifikasikan menjadi dua, yaitu:

1) Faktor resiko mayor

a) Bisa dimodifikasi, meliputi:

- (1) Peningkatan tekanan darah
- (2) Merokok
- (3) Aktivitas fisik yang kurang
- (4) Diet (konsumsi sayuran dan buah-buahan yang kurang)
- (5) Konsumsi alkohol yang berlebih
- (6) Kelebihan berat badan
- (7) Diabetes

b) Lingkungan, meliputi:

- (1) Perokok pasif
- (2) Akses terhadap terapi kesehatan

c) Tidak bisa dimodifikasi, meliputi:

- (1) Umur (peningkatan resiko pada usia lanjut)
- (2) Jenis kelamin (peningkatan resiko pada jenis kelamin laki-laki)
- (3) Genetik

2) Faktor resiko minor

Pada negara berkembang, diabetes mellitus, fibrilasi atrium, dan beberapa penyakit jantung lainnya merupakan faktor resiko stroke iskemik yang bisa dimodifikasi. Hiperkolesterolemia juga merupakan faktor resiko kejadian stroke.

e. Gejala

Menurut World Health Organization (WHO, 2006), gejala stroke diklasifikasikan menjadi dua, yaitu:

1) Gejala mayor

Gejala-gejalanya harus berasal dari gangguan vaskuler dan harus meliputi satu atau lebih dari beberapa gangguan fokal maupun global pada fungsi otak di bawah ini :

a) Gangguan motorik unilateral atau bilateral

(termasuk berkurangnya koordinasi)

b) Gangguan sensorik unilateral atau bilateral

c) Afasia/ disfasia (bicara yang terganggu)

d) Hemianopia (gangguan pada separuh sisi lapang pandang)

e) *Forced gaze (conjugate deviation)*

f) Apraxia dengan onset akut

g) Ataxia dengan onset akut

h) Defisit daya tangkap dengan onset akut

2) Gejala minor

Merupakan gejala-gejala yang mungkin terlihat tetapi tidak mencukupi untuk menegakkan diagnosis stroke, antara lain:

- a) Pusing, vertigo
- b) Sakit kepala yang terlokalisir
- c) Penglihatan yang kabur pada kedua mata
- d) Diplopia
- e) Disartria (bicara pelo atau cadel)
- f) Gangguan fungsi kognitif (termasuk kebingungan)
- g) Gangguan kesadaran
- h) Kejang
- i) Disfagia (sakit saat menelan)

f. Efek stroke

Stroke merupakan penyakit yang menyerang system saraf pusat, namun efek yang dihasilkan dapat berpengaruh pada seluruh tubuh. Menurut *National Institute of Neurological Disorders and Stroke* (NINDS, 2003), efek yang mungkin terjadi dapat berupa:

1) Paralisis

Biasanya terjadi unilateral (hemiplegia) dan paralisis terjadi kontralateral dari lesi di hemisfer otak. Paralisis dapat menyebabkan

kesulitan dalam aktivitas sehari-hari seperti berjalan, berpakaian, makan, atau menggunakan kamar mandi. Beberapa pasien stroke juga mengalami kesulitan saat menelan (disfagia).

2) Defisit fungsi kognitif

Stroke dapat menimbulkan permasalahan dalam proses berfikir, pemusatan perhatian, proses pembelajaran, pembuatan keputusan, maupun daya ingat. Defisit fungsi kognitif yang parah menimbulkan keadaan yang disebut apraksia dan agnosia.

3) Defisit bahasa

Pasien stroke sering mengalami kesulitan dalam memahami (afasia) atau menyusun perkataan (disartria). Hal ini disebabkan kerusakan regio temporal kiri atau lobus parietal otak.

4) Defisit emosional

Pasien stroke dapat mengalami kesulitan dalam mengontrol emosi mereka. Depresi sering terjadi pada pasien stroke. Depresi post stroke dapat menghalangi pemulihan dan rehabilitasi stroke bahkan dapat mengarah pada percobaan bunuh diri.

5) Rasa sakit

Rasa sakit, sensasi aneh, dan rasa kebas pada pasien stroke mungkin disebabkan banyak factor meliputi kerusakan region sensorik otak, sendi yang kaku, atau tungkai yang lumpuh. Tipe sakit yang tidak biasa pada stroke disebut *central stroke pain* atau *central pain syndrome*

(CPS). CPS disebabkan oleh kerusakan pada area di thalamus. Rasa sakit tersebut merupakan campuran dari rasa panas, dingin, terbakar, perih, mati rasa, dan rasa tertusuk. Rasa sakit tersebut terasa lebih parah di ekstremitas dan semakin parah dengan perubahan gerak dan temperature terutama dingin.

2. Serangan stroke berulang

a. Definisi

Menurut *World Health Organization* (WHO, 2006), serangan stroke berulang dikategorikan menjadi dua, yaitu:

- 1) Terdapat riwayat gejala yang memenuhi definisi WHO terhadap stroke pada waktu yang lalu.
- 2) Terdapat gejala stroke yang baru terjadi dalam jangka waktu 28 hari setelah onset stroke yang sebelumnya.

Untuk dapat didefinisikan sebagai serangan stroke berulang, gejala-gejala baru stroke yang terjadi harus memenuhi criteria menurut *World Health Organization* (WHO, 2006) di bawah ini:

- 1) Jika kejadiannya terjadi pada daerah distribusi arterial yang sama, jarak waktu dengan stroke yang sebelumnya terjadi harus ≥ 29 hari, atau
- 2) Jika kejadiannya terjadi pada daerah distribusi arterial yang jelas berbeda, jarak waktu dengan stroke yang sebelumnya terjadi bisa ≤ 28 hari.

Tabel 1. Presentase Serangan Stroke Berulang (NSA, 2007)

| Percentage of Recurrence After First Stroke | |
|--|------------|
| Within 30-Days | 3% to 10% |
| Within 1-Year | 5% to 14% |
| Within 5-Years | 25% to 40% |

b. Epidemiologi

Data di Amerika, di antara 750.000 orang yang mengalami serangan stroke setiap tahunnya, 5-14% akan mengalami serangan stroke berulang dalam rentang waktu satu tahun. Pada rentang waktu lima tahun setelahnya, presentasinya akan meningkat menjadi 24% pada wanita dan 42% pada pria (NSA, 2007).

c. Faktor resiko

1) Hipertensi

Hipertensi merupakan faktor resiko yang paling besar, setidaknya empat dari lima pasien dengan hipertensi akan mengalami serangan stroke berulang (Shing, 1998).

Leoo *et al* (2008), mengemukakan dalam penelitiannya bahwa faktor resiko vaskuler paling tinggi terhadap kejadian stroke berulang adalah hipertensi (75%).

2) Diabetes melitus

Pasien Diabetes Melitus dengan kadar glukosa darah yang tinggi setelah stroke beresiko tinggi untuk mengalami serangan stroke berulang, kematian, dan ketidakberhasilan dalam rehabilitasi (Shing, 2008).

3) Hiperlipidemi

Satu dari tiga pasien stroke berulang mengalami peningkatan kadar kolesterol (Shing, 1998).

4) Penyakit jantung

Shing (1998) dalam penelitiannya mengemukakan bahwa satu dari tiga pasien yang mengalami serangan stroke berulang memiliki riwayat penyakit jantung. Penyebabnya dimungkinkan karena aterosklerosis pembuluh darah yang kemudian dapat menyebabkan stenosis atau oklusi pada arteri di otak. Fibrilasi atrium juga merupakan faktor resiko karena merupakan sumber potensial dari kardioemboli. Leoo *et al.* (2008) juga mengemukakan dalam penelitiannya bahwa 29% dari 889 pasien stroke berulang memiliki riwayat fibrilasi atrium.

5) Perokok (Shing, 1998).

6) Hiperurisemi

20% pasien stroke berulang memiliki riwayat kadar asam urat darah yang tinggi (Shing, 1998)

7) Jenis kelamin

Anjani (2009), dalam penelitiannya menunjukkan bahwa terdapat korelasi yang kuat antara jenis kelamin dengan peningkatan kejadian stroke ulang dimana pria memiliki peluang yang lebih besar untuk mengalami stroke ulang dibanding wanita.

8) Jenis stroke

Penderita stroke yang memiliki riwayat stroke iskemik memiliki peluang yang lebih besar untuk mengalami stroke ulangan dibanding penderita stroke dengan riwayat stroke hemoragik sebelumnya (Anjani, 2009).

3. Kualitas Hidup Terkait Kesehatan

Kualitas hidup seringkali diartikan sebagai komponen kebahagiaan dan kepuasan terhadap kehidupan. Akan tetapi pengertian kualitas hidup tersebut seringkali bermakna berbeda pada setiap orang karena mempunyai banyak sekali faktor yang mempengaruhi seperti keuangan, keamanan, atau kesehatan. Untuk itulah digunakan sebuah istilah Kualitas Hidup Terkait Kesehatan dalam bidang kesehatan (Fayers and Machin, 2007).

Pengertian kualitas hidup terkait kesehatan juga sangat bervariasi antar banyak peneliti. Dalam definisi WHO, sehat bukan hanya terbebas dari penyakit, akan tetapi juga berarti sehat secara fisik, mental, maupun sosial. Seseorang yang sehat akan mempunyai kualitas hidup yang baik, begitu pula kualitas hidup yang baik tentu saja akan menunjang kesehatan (Harmaini, 2006).

Menurut de Haan *et al.* (1993), kualitas hidup terkait kesehatan harus mencakup dimensi sebagai berikut:

a. Dimensi fisik

Dimensi merujuk pada gejala-gejala yang terkait penyakit dan pengobatan yang dijalani.

b. Dimensi fungsional

Dimensi ini terdiri dari perawatan diri, mobilitas, serta level aktivitas fisik seperti kapasitas untuk dapat berperan dalam kehidupan keluarga maupun pekerjaan.

c. Dimensi psikologis

Meliputi fungsi kognitif, status emosi, serta persepsi terhadap kesehatan, kepuasan hidup, serta kebahagiaan.

d. Dimensi sosial

Meliputi penilaian aspek kontak dan interaksi social secara kualitatif maupun kuantitatif.

Pengukuran kualitas hidup terkait kesehatan dapat menggunakan kuesioner yang berisikan faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup. Menurut Harmaini (2006), terdapat tiga macam alat pengukur, yaitu:

a. Alat ukur generik

Merupakan alat ukur yang dapat digunakan untuk berbagai macam penyakit maupun usia. Keuntungan alat ukur ini lebih luas penggunaannya, tetapi kelemahannya tidak mencakup hal-hal khusus pada penyakit tertentu. Contoh alat ukur ini adalah SF-36.

b. Alat ukur spesifik

Merupakan alat ukur yang spesifik untuk penyakit-penyakit tertentu, biasanya berisikan pertanyaan-pertanyaan khusus yang sering terjadi pada penyakit yang dimaksud. Keuntungan alat ukur ini dapat mendeteksi lebih tepat keluhan atau hal khusus yang berperan dalam suatu penyakit tertentu. Kelemahan alat ukur ini tidak dapat digunakan pada penyakit lain dan biasanya pertanyaannya lebih sulit dimengerti. Contoh alat ukur ini adalah *Kidney Disease Quality of Life – Short Form* (KDQOL-SF).

c. Alat ukur *utility*

Merupakan pengembangan suatu alat ukur, biasanya generik. Pengembangannya dari penilaian kualitas hidup menjadi parameter lainnya sehingga mempunyai manfaat yang berbeda. Contoh alat ukur ini adalah EQ-5D (*European Quality of Life – 5 Dimensions*) yang dikonversi menjadi *Time Trade-Off* (TTO) yang berguna dalam bidang ekonomi, yaitu dapat digunakan menganalisa biaya kesehatan dan perencanaan keuangan kesehatan negara.

4. Hubungan Stroke dengan Skor Kualitas Hidup Terkait Kesehatan

Dalam penelitian Wyller *et al.* (1998) dilaporkan bahwa pasien stroke mempunyai kualitas hidup terkait kesehatan yang lebih rendah jika

dibandingkan dengan kelompok kontrol. Stroke mengakibatkan terjadinya ketidakmampuan fisik, emosi, dan kehidupan sosial. Hal tersebut memberikan pengaruh yang besar terhadap kualitas hidup terkait kesehatan pada pasien stroke (Åström M and Asplund K, 2005). Ketidakmampuan dan kecacatan pada penderita stroke berhubungan dengan skor kualitas hidupnya. Pengaruh tersebut kuat pada skor dimensi fisik tetapi lemah pada dimensi mental (Patel, 2006).

Penelitian lain menunjukkan berbagai faktor yang mempengaruhi skor kualitas hidup terkait kesehatan pada pasien stroke. Pasien dengan stroke iskemik maupun hemoragik mempunyai skor kualitas hidup terkait kesehatan yang cenderung seimbang (De Haan, 1995). Pasien stroke dengan usia lanjut, kulit berwarna, menderita penyakit penyerta, dan dengan fungsi anggota gerak atas yang berkurang dilaporkan mempunyai skor kualitas hidup terkait kesehatan yang lebih rendah pada dimensi fisik (Nichols-Larsen, 2005).

Pengukuran kualitas hidup terkait kesehatan pada pasien stroke menjadi umum dilakukan dengan adanya pengakuan bahwa evaluasi perawatan pasien stroke harus meliputi kualitas sekaligus kuantitas dari kelangsungan hidup pasien. Pengukuran tersebut biasanya meliputi elemen fungsional, fisik, psikologis, dan sosial dari pasien (Krančiukaitė dan Rastenytė, 2006). Pengukuran kualitas hidup terkait kesehatan pada pasien stroke tersebut tidak hanya untuk mengetahui reaksi pasien terhadap penyakitnya dan meningkatkan usaha-usaha perawatan suportif, tetapi juga untuk mengevaluasi terapi yang telah dilakukan (De Haan *et al.*, 1993).

5. Kuesioner SF-36

Kuesioner SF-36 ini terdiri atas 36 pertanyaan yang mewakili 8 dimensi yaitu fungsi fisik (10 pertanyaan), peranan fisik (4 pertanyaan), rasa nyeri (2 pertanyaan), kesehatan umum (5 pertanyaan), fungsi sosial (2 pertanyaan), energy (4 pertanyaan), peranan emosi (3 pertanyaan), dan kesehatan jiwa (5 pertanyaan) (Ware *et al.*, 1993). Delapan dimensi tersebut dapat dikumpulkan menjadi dua komponen besar yaitu komponen fisik dan komponen mental (Ware *et al.*, 1994). Skor SF-36 berkisar antara 0-100, dimana semakin tinggi skor menunjukkan semakin baiknya kualitas hidup terkait kesehatan pasien (Krančiukaitė dan Rastenytė, 2006).

Penghitungan hasil skor kualitas hidup terkait kesehatan dengan kuesioner SF-36 menggunakan daftar nilai seperti yang tersebut dalam tabel di bawah ini. Untuk skor akhir, dilakukan perhitungan rata-rata pada masing-masing pertanyaan yang menunjukkan dimensi yang diwakilinya seperti pada tabel di bawah sehingga hasil akhirnya akan menunjukkan skor masing-masing dimensi yaitu skor dimensi fungsi fisik, peranan fisik, rasa nyeri, kesehatan umum, fungsi sosial, energy, peranan emosi, dan kesehatan jiwa (RAND, 2009).

Tabel 2. Pertanyaan yang Mewakili 8 Dimensi Kuesioner SF-36 (RAND, 2009)

| Skala | Jumlah item | No pertanyaan |
|----------------|--------------------|---------------------------------|
| Fungsi fisik | 10 | 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 |
| Peranan fisik | 4 | 13, 14, 15, 16 |
| Peranan emosi | 3 | 17, 18, 19 |
| Energi | 4 | 23, 27, 29, 31 |
| Kesehatan jiwa | 5 | 24, 25, 26, 28, 30 |
| Fungsi sosial | 2 | 20, 32 |
| Rasa nyeri | 2 | 21, 22 |
| Kesehatan umum | 5 | 1, 33, 34, 35, 36 |

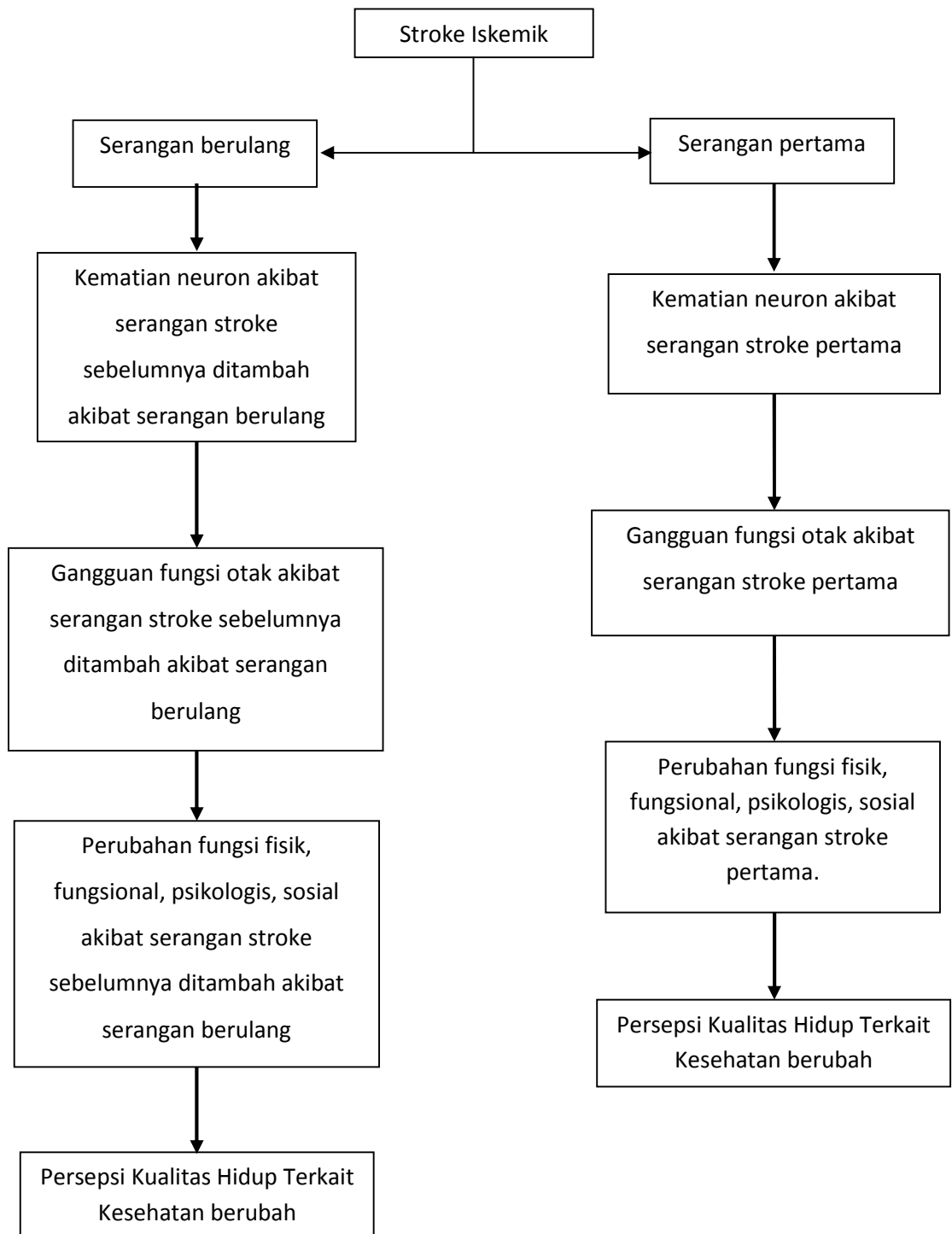
Tabel 3. Skor Kuesioner SF-36 (RAND, 2009)

| No pertanyaan | No respon | skor |
|---------------------------------|-----------|------|
| 1, 2, 20, 22, 34, 36 | 1 | 100 |
| | 2 | 75 |
| | 3 | 50 |
| | 4 | 25 |
| | 5 | 0 |
| | | |
| 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 | 1 | 0 |
| | 2 | 50 |
| | 3 | 100 |
| | | |
| 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 | 1 | 0 |

| | | |
|--------------------|---|-----|
| | 2 | 100 |
| | | |
| 21, 23, 26, 27, 30 | 1 | 100 |
| | 2 | 80 |
| | 3 | 60 |
| | 4 | 40 |
| | 5 | 20 |
| | 6 | 0 |
| | | |
| 24, 25, 28, 29, 31 | 1 | 0 |
| | 2 | 20 |
| | 3 | 40 |
| | 4 | 60 |
| | 5 | 80 |
| | 6 | 100 |
| | | |
| 32, 33, 35 | 1 | 0 |
| | 2 | 25 |
| | 3 | 50 |
| | 4 | 75 |
| | 5 | 100 |

Dalam penelitian ini digunakan alat ukur generik yaitu SF-36 (Harmaini, 2006) karena kuesioner ini merupakan instrumen generik (dapat dipergunakan untuk bermacam penyakit maupun usia) yang telah dipergunakan secara luas untuk mengukur kualitas hidup terkait kesehatan. Instrumen tersebut telah diterjemahkan ke dalam banyak bahasa. Validitasnya telah dibuktikan pada populasi umum dan beberapa grup pasien yang bervariasi (de Haan, 2002). Kuesioner SF-36 ini juga telah digunakan secara luas di Indonesia untuk mengukur kualitas hidup terkait kesehatan (Harmaini, 2006). Kuesioner SF-36 ini dapat digunakan oleh subjek wanita maupun pria. Subjek yang dapat menggunakan kuesioner ini harus berusia di atas 14 tahun (AHOC, 2005). Sedangkan alat ukur spesifik untuk mengukur kualitas hidup pada pasien stroke adalah *Stroke Specific Quality of Life*, akan tetapi kuesioner tersebut belum tersedia dalam bahasa Indonesia.

B. Kerangka Pemikiran



C. Hipotesis

Skor kualitas hidup terkait kesehatan pada pasien stroke iskemik serangan pertama lebih tinggi daripada pasien stroke iskemik serangan berulang.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Penelitian ini adalah *observational analitik* dengan pendekatan *cross sectional*.

B. Lokasi penelitian

Penelitian dilakukan di Poliklinik Rawat Jalan Saraf RSUD dr Moewardi Surakarta.

C. Subyek Penelitian

Subyek penelitian adalah pasien Poliklinik Rawat Jalan Saraf RSUD dr Moewardi Surakarta.

D. Teknik Sampling

Sampel diambil dengan teknik *purposive sampling* berdasarkan ciri-ciri atau sifat tertentu yang berkaitan dengan karakteristik populasi (Taufiqurrahman, 2004).

Kriteria inklusi pengambilan sampel untuk penelitian ini adalah:

1. Pasien stroke serangan pertama atau berulang

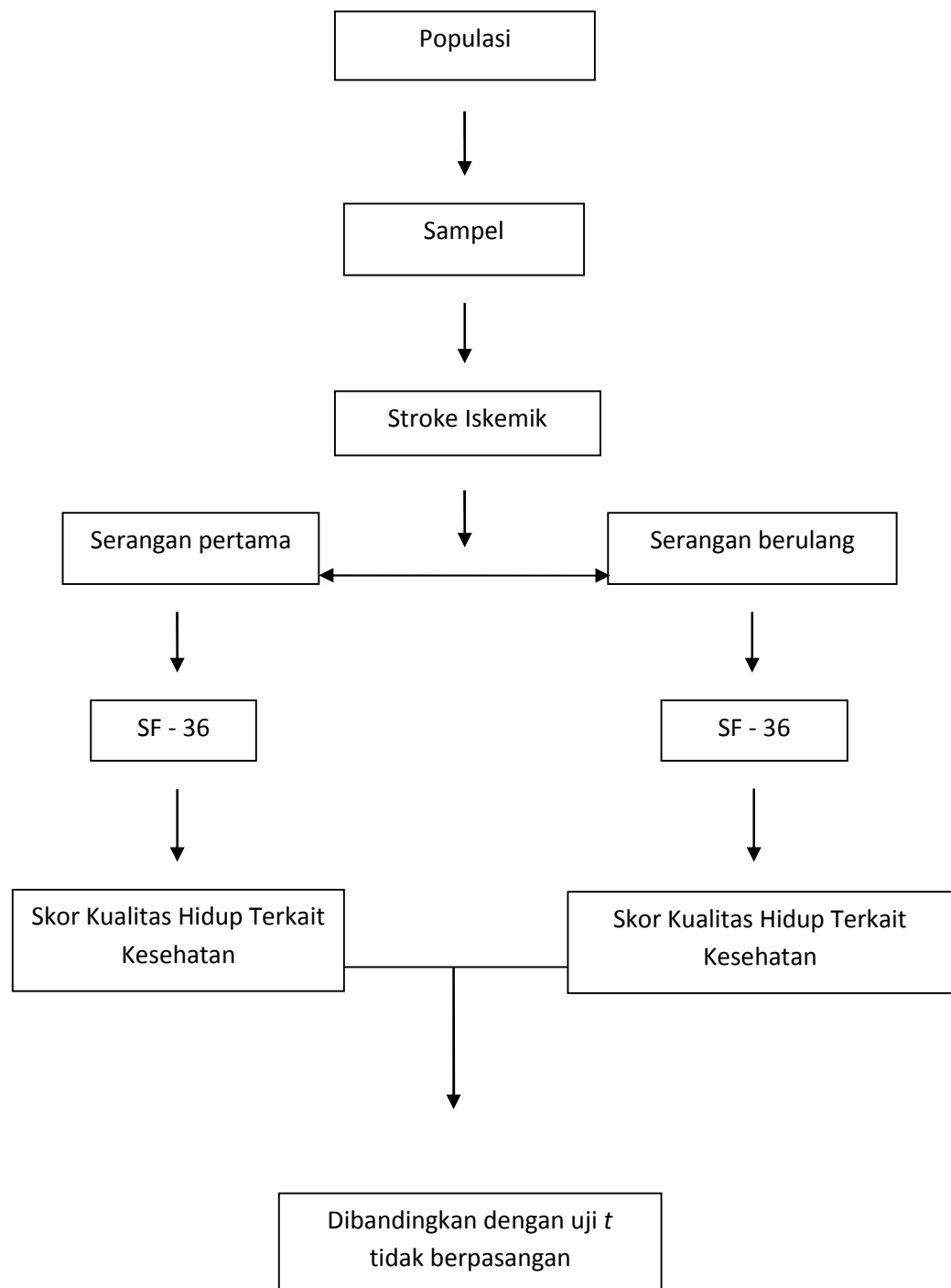
2. Bersedia menjadi subyek penelitian
3. Tidak buta huruf
4. Usia 50-70 tahun
5. Pendidikan terakhir minimal SD 24 ajat
6. Serangan stroke terakhir terjadi minimum 4 minggu sebelum penelitian dilakukan.

Kriteria eksklusi pengambilan sampel pada penelitian ini adalah:

1. Pasien mengalami gangguan kesadaran saat dilakukan pemeriksaan
2. Pasien mengalami afasia saat pemeriksaan

Penentuan jumlah sampel pada penelitian ini menggunakan patokan umum *Rule of Thumb*. Yaitu digunakan ukuran sampel sebanyak 30 pasien setelah dilakukan restriksi dengan kriteria yang telah ditentukan. Selanjutnya 30 sampel tersebut akan dibagi menurut jumlah kelompok perlakuan. Sehingga masing-masing kelompok terdiri atas 15 sampel (Murti, 2006).

E. Desain Penelitian



F. Identifikasi Variabel Penelitian

1. Variabel bebas : Stroke serangan pertama dan serangan berulang
2. Variabel terikat : Skor kualitas hidup terkait kesehatan
3. Variabel luar :
 - a. Variabel terkendali : Lama mengalami stroke
Usia pasien
Tingkat pendidikan pasien
 - b. Variabel tak terkendali : Luas lesi
Jenis kelamin pasien

G. Definisi Operasional Variabel Penelitian

1. Variabel bebas

a. Stroke serangan pertama

Stroke serangan pertama adalah serangan stroke yang terjadi pada seseorang yang belum pernah mengalami serangan stroke sebelumnya (WHO, 2006). Variabel ini diketahui melalui status pasien yang menjadi subjek penelitian serta dari hasil CT-scan yang menunjukkan stroke iskemik serangan pertama.

b. Stroke serangan berulang

Serangan stroke berulang ialah adanya serangan stroke baru yang terjadi lebih dari 28 hari setelah serangan stroke pertama (WHO, 2006).

Variabel ini diketahui melalui status pasien yang menjadi subjek penelitian serta dari hasil CT-scan yang menunjukkan stroke iskemik stroke iskemik serangan berulang.

2. Variabel terikat (Skor kualitas hidup terkait kesehatan)

Skor kualitas hidup terkait kesehatan diartikan sebagai komponen kebahagiaan dan kepuasan terhadap kehidupan yang mencakup dimensi fisik, fungsional, psikologis, dan sosial (Fayers and Machin, 2007; de Haan *et al.*, 1993). Variabel ini diukur menggunakan kuesioner *Medical Outcome Study SF-36* yang telah valid (Harmaini, 2006).

H. Instrumentasi Penelitian

Pada penelitian ini peneliti menggunakan:

1. Status pasien dan hasil CT-scan pasien
2. Kuesioner *Medical Outcome Study SF-36* (Harmaini, 2006)
3. Surat pernyataan persetujuan untuk menjadi objek penelitian

Penelitian ini akan dilakukan dengan cara obyek penelitian menjawab daftar pertanyaan dalam kuesioner. Hasil CT-scan dan status pasien disertakan sebagai pelengkap.

I. Cara Kerja Penelitian

Pada penelitian ini setelah data-data yang diharapkan terkumpul dari hasil pengisian kuesioner dan status pasien, data dipisahkan menjadi dua kelompok yaitu pasien dengan serangan stroke iskemik pertama dan serangan berulang.

Data-data yang terkumpul kemudian diolah untuk mendapatkan informasi sebagai berikut:

1. Distribusi sampel berdasarkan jenis kelamin
2. Distribusi sampel berdasarkan umur
3. Perbandingan skor kualitas hidup terkait kesehatan pada penderita stroke serangan pertama dan berulang

J. Teknik Analisis Data

Penelitian ini menggunakan teknik analisis data uji t tidak berpasangan. Menurut Dahlan (2008) uji ini digunakan karena:

1. Hipotesisnya merupakan hipotesis komparatif
2. Skala variabelnya numerik
3. Terdiri dari dua kelompok sampel yang tidak berpasangan

Menurut Dahlan (2008) uji ini dapat digunakan jika syarat-syaratnya terpenuhi yaitu:

1. Sebaran datanya harus normal
2. Varians datanya bisa sama atau tidak

Jika syarat-syarat tersebut tidak dapat dipenuhi maka akan digunakan uji alternatifnya (non parametrik) yaitu uji *Mann Whitney* (Dahlan, 2008).

Teknik analisa uji t akan dihitung dengan menggunakan *SPSS 14.0 for Windows* dengan batas kemaknaan 5% ($p < 0,05$).

BAB IV

HASIL PENELITIAN

Penelitian telah dilakukan di Poliklinik Rawat Jalan Saraf RSUD dr Moewardi Surakarta pada tanggal 14 Januari sampai dengan 25 Februari 2010. Subyek penelitian sebanyak 30 orang dengan perincian 15 orang subyek dengan stroke iskemik serangan pertama dan 15 orang subyek dengan stroke iskemik serangan berulang. Penentuan subyek menggunakan cara *purposive sampling* dengan karakteristik disajikan sebagai berikut :

Tabel 4. Karakteristik Subyek Penelitian

| Karakteristik Subyek | Serangan Stroke | |
|---------------------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| | Serangan Pertama (n=15) | Serangan Berulang (n=15) |
| Laki-laki | 9 | 10 |
| Perempuan | 6 | 5 |
| Pendidikan | | |
| • SD | 5 | 5 |
| • SMP/SMA sederajat | 8 | 10 |
| • S1 sederajat | 2 | - |
| Rata-rata umur (min,maks dalam tahun) | 62 (51 – 70) | 64 (50 – 70) |

| | | |
|--------------------------|---|---|
| Serangan stroke terakhir | | |
| • < 1 tahun yang lalu | 8 | 8 |
| • >1 tahun yang lalu | 7 | 7 |

Seperti tercantum dalam tabel 4, karakteristik subyek penelitian dikelompokkan berdasarkan jenis kelamin, tingkat pendidikan, umur, serta waktu terjadinya serangan stroke yang terakhir. Untuk mengetahui karakteristik subyek penelitian, dilakukan analisa statistik dengan mencari perbedaan rata-rata dalam tiap karakteristik. Pada kelompok karakteristik umur, distribusi datanya normal sehingga digunakan uji *t*. Sedangkan pada kelompok karakteristik jenis kelamin, tingkat pendidikan, serta waktu terjadinya serangan stroke yang terakhir, distribusi datanya tidak normal sehingga diuji dengan *Mann-Whitney test*. Hasil analisa statistik menunjukkan tidak ada perbedaan yang bermakna pada tiap karakteristik subyek penelitian, sehingga subyek penelitian ini homogen.

Tabel 5. Rata-rata Total Skor Kualitas Hidup Terkait Kesehatan Berdasarkan Umur Subyek

| Umur Subyek | Rata-rata Total Skor | |
|--------------|----------------------|-------------------|
| | Serangan Pertama | Serangan Berulang |
| 50-55 | 2115 | 1825 |
| 56-60 | 1860 | 982 |
| 61-65 | 2181 | 1663 |
| 65-70 | 2473 | 1668 |

Tabel 5 menunjukkan rata-rata total skor kualitas hidup terkait kesehatan berdasarkan umur subyek. Umur yang semakin meningkat tidak menunjukkan skor yang semakin menurun baik pada stroke serangan pertama maupun berulang. Akan tetapi pada kedua kelompok subyek serangan stroke pertama dan berulang didapati rata-rata total skor kualitas hidup terkait kesehatan paling rendah pada kelompok umur 56 – 60 tahun.

Tabel 6. Rata-rata Total Skor Kualitas Hidup Terkait Kesehatan Berdasarkan Waktu Serangan Stroke Terakhir

| Serangan Terakhir | Rata-rata Total Skor | |
|---------------------|----------------------|-------------------|
| | Serangan Pertama | Serangan Berulang |
| < 1 tahun yang lalu | 2151 | 1272 |
| > 1 tahun yang lalu | 2335 | 1965 |

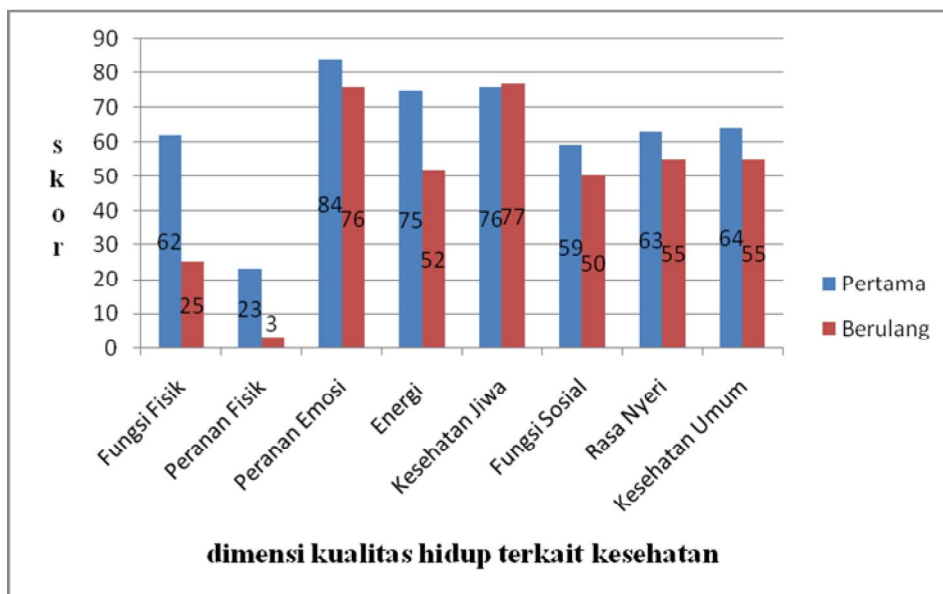
Tabel 6 menunjukkan rata-rata total skor kualitas hidup terkait kesehatan berdasarkan waktu terjadinya serangan stroke terakhir pada subyek. Pada kedua kelompok subyek serangan stroke pertama dan berulang didapati rata-rata total skor kualitas hidup terkait kesehatan lebih rendah pada subyek yang serangan stroke terakhirnya terjadi kurang dari 1 tahun sebelum dilakukan penelitian.

Tabel 7. Rata-rata Total Skor Kualitas Hidup Terkait Kesehatan Berdasarkan Jenis Kelamin Subyek Penelitian

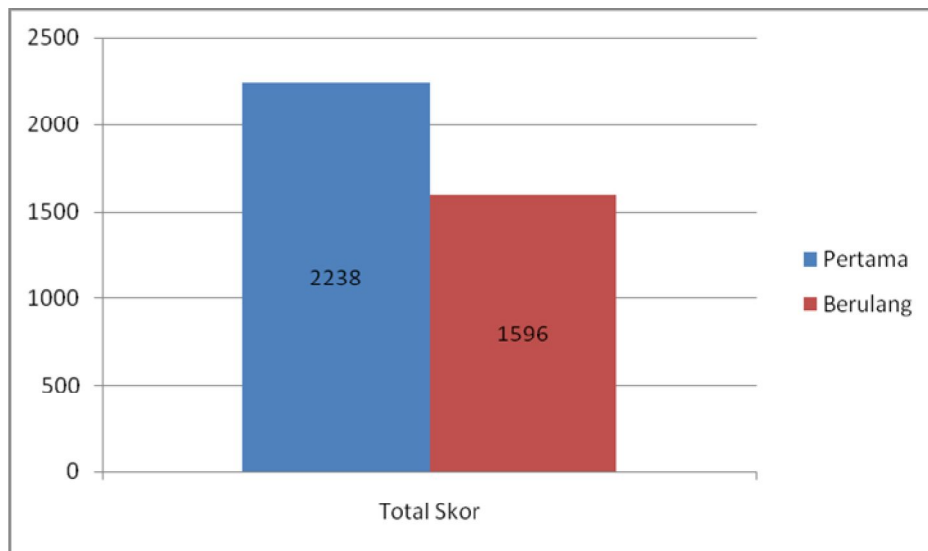
| Jenis Kelamin | Rata-rata Total Skor | |
|---------------|----------------------|-------------------|
| | Serangan Pertama | Serangan Berulang |
| Laki-laki | 2368 | 1586 |
| Perempuan | 2042 | 1620 |

Tabel 7 menunjukkan rata-rata total skor kualitas hidup terkait kesehatan pada kelompok subyek serangan stroke pertama didapatkan lebih tinggi pada subyek laki-laki. Sedangkan pada kelompok subyek serangan stroke berulang didapati rata-rata total skor kualitas hidup terkait kesehatan lebih tinggi pada subyek perempuan.

Analisis statistik deskriptif dilakukan terhadap data-data yang terkumpul untuk mendapatkan rata-rata skor total maupun rata-rata skor tiap dimensi kualitas hidup terkait kesehatan sehingga didapatkan data-data sebagai berikut:



Gambar 1. Rata-Rata Skor 8 Domain Kualitas Hidup Terkait Kesehatan Subyek Penelitian (Skor Maksimal 100 pada Tiap Domain)



Gambar 2. Rata-Rata Total Skor Kualitas Hidup Terkait Kesehatan Subyek Penelitian

Kemudian dilakukan analisa statistik terhadap data-data yang terkumpul. Uji normalitas data menggunakan *Saphiro-Wilk* didapatkan skor pada dimensi energi, rasa nyeri, kesehatan umum, dan total skor terdistribusi normal sehingga menggunakan uji parametrik *t test*. Sedangkan pada skor dimensi fisik, fungsi fisik, peranan emosi, kesehatan jiwa, dan fungsi sosial distribusi datanya tidak normal sehingga menggunakan uji alternatif nonparametrik *Mann Whitney*.

Dari hasil uji statistik tersebut didapatkan nilai *p* sebagai berikut:

Tabel 8. Nilai *p* pada Skor 8 Domain dan Total Skor Kualitas Hidup Terkait Kesehatan Subyek Penelitian

| Dimensi kualitas hidup | <i>p</i> |
|------------------------|----------|
| | |

| | |
|----------------|---------|
| Fungsi Fisik | 0.000** |
| Peranan Fisik | 0.007** |
| Peranan Emosi | 0.744** |
| Energi | 0.001* |
| Kesehatan Jiwa | 0.436** |
| Fungsi Sosial | 0.389** |
| Rasa Nyeri | 0.486* |
| Kesehatan Umum | 0.275* |
| Total Skor | 0,001* |

* : *t test* (jika distribusi data normal)

** : *Mann-Whitney Test* (jika distribusi data tidak normal)

Dari nilai *p* dalam tabel 8 di atas didapatkan perbedaan yang bermakna antara rata-rata skor kualitas hidup terkait kesehatan pasien stroke serangan pertama dan berulang pada dimensi fungsi fisik, peranan fisik, energi, serta pada total skor. Sedangkan pada dimensi peranan emosi, kesehatan jiwa, fungsi sosial, rasa nyeri, dan kesehatan umum tidak ditemukan perbedaan yang bermakna.

BAB V

PEMBAHASAN

Berdasarkan data-data yang diperoleh dari hasil penelitian yang dilakukan di bagian Poliklinik Rawat Jalan Saraf RSUD Dr.Moewardi Surakarta dan penghitungan statistik serta dari penelitian terdahulu, maka penelitian ini dapat dibahas sebagai berikut.

Pada tabel 4 berisi karakteristik subyek penelitian, umur subyek dibatasi antara umur 50-70 tahun karena skor kualitas hidup terkait kesehatan terkait dengan umur penderita stroke. Adanya perbedaan presentase subyek laki-laki dan perempuan dalam penelitian tidak dapat membuktikan apakah jenis kelamin berpengaruh terhadap kejadian stroke. Hal ini dikarenakan penelitian ini menerapkan kriteria-kriteria tertentu dalam pengambilan sampel subyek penelitian, sehingga tidak mengikutsertakan semua pasien stroke yang ditemui dalam jangka waktu penelitian.

Tabel 5 menunjukkan rata-rata skor kualitas hidup terkait kesehatan berdasarkan umur subyek penelitian. Adanya variasi rata-rata skor dapat membuktikan bahwa umur subyek mempengaruhi skor kualitas hidup terkait kesehatan. Almborg dan Berg (2009) menyebutkan bahwa skor pada dimensi energi, fungsi sosial, peran emosi, dan kesehatan jiwa pasien stroke usia 45-64 tahun lebih rendah dibanding pada usia yang lebih tua. Hal ini disebabkan pasien pada usia pertengahan memerlukan usaha lebih banyak untuk menyesuaikan keadaan kehidupan yang baru setelah serangan stroke. Akan tetapi data-data dalam penelitian ini tidak memungkinkan untuk dapat

diambil kesimpulan mengenai pengaruh umur terhadap skor kualitas hidup terkait kesehatan karena penelitian ini tidak dirancang untuk mencari hubungan antara keduanya.

Tabel 6 menunjukkan rata-rata total skor kualitas hidup terkait kesehatan berdasarkan waktu terjadinya serangan stroke terakhir pada subyek. Pada kedua kelompok subyek serangan stroke pertama dan berulang didapati rata-rata total skor kualitas hidup terkait kesehatan lebih rendah pada subyek yang serangan stroke terakhirnya terjadi kurang dari 1 tahun sebelum dilakukan penelitian. Kauhanen (1999) menyebutkan skor kualitas hidup terkait kesehatan pada pasien stroke mengalami peningkatan pada fase *post-stroke*. Akan tetapi peningkatan yang terjadi tidak signifikan pada selang waktu satu tahun setelah serangan stroke.

Tabel 7 menunjukkan rata-rata total skor kualitas hidup terkait kesehatan pada kelompok subyek serangan stroke pertama didapatkan lebih tinggi pada subyek laki-laki. Sedangkan pada kelompok subyek serangan stroke berulang didapati rata-rata total skor kualitas hidup terkait kesehatan lebih tinggi pada subyek perempuan. Pada sebuah penelitian menyebutkan bahwa perbedaan jenis kelamin juga mempengaruhi skor kualitas hidup terkait kesehatan. Gray *et al.* (2007) menyebutkan skor kualitas hidup terkait kesehatan ditemukan lebih rendah pada wanita. Akan tetapi, pada penelitian ini tidak dapat menyimpulkan hubungan jenis kelamin dengan rata-rata skor kualitas hidup terkait kesehatan karena desain penelitian yang tidak sesuai.

Gambar 1 dan 2 serta tabel 8 menunjukkan total skor kualitas hidup terkait kesehatan pada subyek dengan stroke iskemik serangan pertama lebih tinggi secara bermakna dibandingkan subyek stroke iskemik serangan berulang, ditunjukkan pada

dimensi fungsi fisik, peranan fisik, dan energi. Sedangkan pada dimensi peranan emosi, kesehatan jiwa, fungsi sosial, rasa nyeri, dan kesehatan umum perbedaan skor antara kedua kelompok subyek tidak bermakna.

Komponen fisik diwakili oleh dimensi fungsi fisik, peranan fisik, rasa nyeri, dan kesehatan umum dalam pengukuran dengan skor kualitas hidup terkait kesehatan menggunakan SF-36 (Ware *et al.*, 1994). Dalam sebuah penelitian yang juga menggunakan SF-36 menyebutkan bahwa dimensi fungsi fisik dan peranan fisik dalam kualitas hidup terkait kesehatan merupakan dimensi yang paling dipengaruhi dengan keadaan *post-stroke* (Hackett *et al.*, 2000). Skor fungsi fisik dan peranan fisik yang rendah menggambarkan bahwa subyek masih mengalami keterbatasan dan kesulitan saat menjalani aktivitas fisik mereka (Kong and Yang, 2006). Setelah mengalami serangan stroke berulang, pasien memiliki kecenderungan untuk lebih mengalami ketidakmampuan dan kecacatan fisik dibandingkan orang dengan serangan stroke pertama (Coull and Rothwell, 2004; Samsa *et al.*, 1999; Samuelsson *et al.*, 1996). Adanya kecenderungan tersebut mengindikasikan pentingnya menentukan prognosis, rencana terapi dan rehabilitasi yang tepat terhadap kejadian stroke berulang. Hal tersebut menjadi semakin penting karena pasien dengan stroke berulang dapat meningkatkan kemampuan fisiknya melalui terapi dan rehabilitasi yang tepat (Sien Ng *et al.*, 2007).

Sedangkan komponen mental dalam kualitas hidup terkait kesehatan diwakili oleh dimensi energi, fungsi sosial, peranan emosi, dan kesehatan jiwa (Ware *et al.*, 1994). Berdasarkan data-data yang diperoleh, dalam empat dimensi tersebut hanya dimensi energi yang memiliki perbedaan bermakna antara skor dua kelompok subyek.

Hal ini dimungkinkan karena komponen mental pada pasien stroke lebih dipengaruhi oleh faktor selain serangan stroke berulang. Dalam penelitian Anderson *et al.* (1996) menyebutkan bahwa peran keluarga sangat mempengaruhi komponen mental dalam kualitas hidup terkait kesehatan pasien stroke. Dimensi kesehatan jiwa pada subyek yang menikah ditemukan lebih rendah secara signifikan dibandingkan subyek yang tidak menikah tetapi tinggal dengan keluarganya. Faktor lain yang juga mempengaruhi adalah kemampuan komunikasi pasien stroke. Pasien stroke yang mengalami kesulitan dalam komunikasi seperti afasia maupun disartria cenderung mengalami penurunan dalam dimensi fungsi sosial. Adanya hal tersebut menyebabkan pasien stroke sering mengalami respon emosi yang berlebihan. Mereka juga sering mengeluhkan pengalaman yang memalukan akibat adanya gangguan komunikasi tersebut (Lynch, 2008). Dalam penelitian ini, pasien yang mengalami gangguan komunikasi yang berat dieksklusikan, sehingga pengaruh faktor komunikasi dalam fungsi sosial dihilangkan.

Penelitian ini memiliki beberapa kelemahan dalam generalisasi hasil penelitian.

Hal tersebut di antaranya:

A. Tidak semua faktor yang mempengaruhi kualitas hidup terkait kesehatan dieksklusikan, di antaranya:

1. Faktor resiko stroke yang mempengaruhi kualitas hidup terkait kesehatan

Sejarah diabetes melitus dan penyakit jantung iskemik sebelumnya dilaporkan menyebabkan prognosis yang buruk dan pengurangan kemampuan pada pasien stroke (Wong and Li, 2003).

Pasien stroke yang sebelumnya menderita diabetes mellitus dilaporkan memiliki skor kualitas hidup terkait kesehatan yang lebih rendah pada dimensi fisik (Nichols-Larsen *et al.*, 2005).

2. Faktor penyakit penyerta yang mempengaruhi kualitas hidup terkait kesehatan

Stroke yang diikuti oleh *Atrial Fibrillation* memiliki prognosis yang buruk dan pengurangan kemampuan yang bermakna (Lamassa *et al.*, 2001).

Pasien stroke dengan faktor pemberat hipertensi, diabetes mellitus, dan arthritis mempunyai skor kualitas hidup terkait kesehatan yang lebih rendah pada dimensi fisik dibandingkan dengan yang tidak memiliki faktor pemberat tersebut (Nichols-Larsen *et al.*, 2005).

Kecacatan dan ansietas pada pasien stroke mempengaruhi kualitas hidup terkait kesehatannya. Intervensi terhadap hal tersebut berpotensi meningkatkan skor kualitas hidup terkait kesehatan (Sturm *et al.*, 2004).

3. Terapi rehabilitasi pada subyek penelitian

Subyek penelitian tidak dibedakan apakah subyek mengikuti terapi rehabilitasi *post-stroke* atau tidak. Terapi rehabilitasi merupakan salah satu

faktor yang juga berpengaruh terhadap kualitas hidup terkait kesehatan pada pasien stroke (Sien Ng *et al.*, 2007).

B. Penggunaan kuesioner SF-36

SF-36 merupakan kuesioner yang bersifat generik, sehingga dimungkinkan tidak dapat menggambarkan bagaimana sesungguhnya akibat spesifik stroke terhadap kualitas hidup terkait kesehatan (Hobart *et al.*, 2002).

Dimensi dalam SF-36 dilaporkan tidak dapat menggambarkan level fungsi social pasien stroke dikarenakan terlalu terbatasnya poin pertanyaan untuk fungsi social (Lai *et al.*, 2003).

BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Dari hasil penelitian yang telah dilaksanakan di RSUD Dr.Moewardi Surakarta, dapat disimpulkan bahwa skor kualitas hidup terkait kesehatan pada pasien stroke iskemik serangan pertama lebih tinggi daripada pasien stroke iskemik serangan berulang

B. Saran

1. Pencegahan serangan ulangan pada pasien stroke perlu ditingkatkan.
2. Dilakukan penelitian serupa dengan mengeksklusikan variabel-variabel lain yang juga mempengaruhi skor kualitas hidup terkait kesehatan pada pasien stroke.
3. Dilakukan penelitian serupa dengan menggunakan alat ukur yang lebih spesifik untuk pasien stroke.

DAFTAR PUSTAKA

- Åström M. and Asplund K. 2005. Handicap and Quality of Life After Stroke. In: Bogousslavsky J. (ed). *Long Term Effects of Stroke*. New York: Marcel Dekker, Inc, pp: 25-48.
- Almborg A.H., and Berg S., 2009. Quality of life among swedish patients after stroke: psychometric evaluation of sf-36. *J Rehabil Med*. 41: 48–53.
- Anderson C., Laubscher S., and Burns R. 1996. Validation of the short form 36 (SF-36) health survey questionnaire among stroke patients. *Stroke*. 27: 1812-1816.
- Anjani N. A. 2009. Hubungan Jenis Kelamin, Umur, Jenis Stroke dan Interval Stroke dengan Kejadian Stroke Ulang. <http://medicine.uii.ac.id>. (11 September 2009).
- Australian Health Outcomes Collaboration. 2005. SF-36® Health Survey (Version 1.0). *Instrument review*. AHOC.
- Bethesda Stroke Center 2007. *Enam Langkah Optimal Penanganan Stroke*. <http://www.strokebethesda.com/content/view/152/42/>. (25 Oktober 2009)
- Coull A. J., and Rothwell P. M., 2004. Underestimation of the early risk of recurrent stroke: evidence of the need for a standard definition. *Stroke*. 35: 1925-1929.

Dahlan M. S. 2008. *Statistik Untuk kedokteran dan Kesehatan*. 3rd ed. Jakarta: Salemba Medika, pp: 60-65.

De Haan R.J. 2002. Measuring Quality of Life After Stroke Using the SF-36. *Stroke*. 33:1176-1177. 42

De Haan R., Aaronson N., Limburg M., Hower R.L., and van Crevel H.1993. Measuring quality of life in stroke. *Stroke*. 24:320-327.

De Haan R, Limburg M., Van der Meulen J.H.P., Jacobs H.M., Aaronson N. 1995. Quality of Life After Stroke: Impact of Stroke Type and Lesion Location. *Stroke*. 26:402-408.

Fayers P.M., Machin D. (eds). 2007. *Quality of Life: the assessment, analysis, and interpretation of patient-reported outcomes*. 2nd ed. England: Jhon Wiley & Sons Ltd, pp: 4-5.

Ginsberg L. 2008. *Lecture Notes Neurology*. 8th ed. Surabaya: Erlangga, pp: 89-99.

Gray L. J., Sprigg N., Bath P. M. W., Boysen G., De Deyn P. P., Leys D., O'Neill D., Ringelstein E.B. 2007. *Sex differences in quality of life in stroke survivors: data from the 'Tinzaparin in Acute Ischaemic Stroke Trial' (TAIST)*. www.nottingham.ac.uk. (6 September 2009)

Hackett M, Duncan J, Anderson C, Broad J, Bonita R., 2000. Health-related quality of life among long-term survivors of stroke: results from the auckland stroke study. *Stroke*. 31:440–447.

Harmaini F. 2006. *Uji Keandalan dan Kesahihan Formulir European Quality of Life – 5 Dimensions (EQ-5D) untuk Mengukur Kualitas Hidup Terkait Kesehatan pada Usia Lanjut di RSUPNCM*. Indonesia. Universitas Indonesia. Tesis.

Hobart J. C., Williams L. S, Moran K., and Thompson A. J. 2002. Quality of life measurement after stroke: uses and abuses of the sf-36. *Stroke*. 33: 1348-1356.

Kauhanen M.L. 1999. *Quality of Life After Stroke*. Oulu, University of Oulu. Dissertation.

Kong K H, Yang S Y., 2006. Health-related quality of life among chronic stroke survivors attending a rehabilitation clinic. *Singapore Med J*. 47(3): 213.

Krančiukaitė D. and Rastenyte D. 2006. Measurement Of Quality Of Life In Stroke Patients. *Medicina (Kaunas)*. 2006; 42(9).

Lai S. M., Perera S., Duncan P. W., and Bode R. 2003. Physical and Social Functioning After Stroke: Comparison of the Stroke Impact Scale and Short Form-36. *Stroke*. 34:488-493.

Lamassa M., Di Carlo A., Pracucci G., Basile A. M., Trefoloni G., Vanni P., Spolveri S., Baruffi M. C., Landini G., Ghetti A., Wolfe C. D. A., and Inzitari D. 2001. Characteristics, outcome, and care of stroke associated with atrial fibrillation in

europe : data from a multicenter multinational hospital-based registry (the european community stroke project). *Stroke*. 32: 392-398.

Leoo T., Lindgren A., Petersson J., von Arbin M. 2008. Risk Factors and Treatment at Recurrent Stroke Onset: Results from the Recurrent Stroke Quality and Epidemiology (RESQUE) Study. *Cerebrovasc Dis*. 25:254-260.

Lynch E. B., Butt Z., Heinemann A., Victorson D., Nowinski C. J., Perez L., and Cella D. 2008. A qualitative study of quality of life after stroke: the importance of social relationships. *J Rehabil Med* . 40: 518–523.

Murti B. 2006. *Desain dan Ukuran Sampel untuk Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif di Bidang Kesehatan*. Yogyakarta: Gajah Mada University Press, pp: 135-137.

Nasrun 2001. *Penderita Stroke Mudah Depresi*.
<http://pusdiknakes.or.id/pdpersi/?show=detailnews&kode=891&tbl=cakrawala>.
(11 September 2009).

National Institute of Neurological Disorders and Stroke. 2003. Know Stroke. Know The Sign. Act In Time. *Bull. NINDS*.

National Stroke Association. 2007. HOPE : The Stroke Recovery Guide. *Bull. NSA*.

Nichols-Larsen D., Clark P.C., Zeringue A., Greenspan A., Blanton S. 2005. Factors Influencing Stroke Survivors' Quality of Life During Subacute Recovery. *Stroke*. 36: 1480-1484.

Patel M.D., Tilling K., Lawrence E., Rudd A.G., Wolfe C.D.A., McKeivitt C. 2006. Relationships between long-term stroke disability, handicap and health-related quality of life. *Age and Ageing*. 35: 273-279.

RAND. 2009. *Scoring Instructions for the 36-Item Short Form Survey (SF-36)*. http://www.rand.org/health/surveys_tools/mos/mos_core_36item_scoring.htm. (2 November 2009)

Samsa G. P., Bian J., Lipscomb J., and Matchar D. B., 1999. Epidemiology of recurrent cerebral infarction : a medicare claims-based comparison of first and recurrent strokes on 2-year survival and cost. *Stroke*. 30: 338-349.

Samuelsson M., Söderfeldt B., Olsson G. B., 1996. Functional outcome in patients with lacunar infarction. *Stroke*. 27: 842-846

Shing Nin Mei. 1998. Recurrent Stroke: Subtypes and Risk Factors. *Acta Neurol Taiwan*. 7: 7-13.

Sien Ng Y., Jung H., Chiong Y., Lim P. A., 2007. Do recurrent stroke patients have poorer functional outcomes compared with first-time stroke patients after inpatient rehabilitation?. *Arch Phys Med Rehabil* Vol 88.

Sturm J. W., Donnan G. A, Dewey H. M, Macdonell R. A. L., Gilligan A. K., Srikanth V., and Thrift A. G. 2004. Quality of Life After Stroke: The North East Melbourne Stroke Incidence Study (NEMESIS). *Stroke*. 35:2340-2345.

Tarasová M., Nečasová J., Mikulík R., Pohanka M., Hashim M. K. A., Drliková L., Bártlová B., Nosavcovová E., Al-Mahmodi N. A. I., Al Fadhli A. K., Anbais F. H., Erajhi A. A., Pospíšil P., Konečný L., Siegelová J. 2007. Quality Of Life In Patients After Acute Stroke. *SCRIPTA MEDICA (BRNO)* 80(5): 243–252.

Taufiqurrahman M.A. 2004. *Pengantar Metodologi Penelitian untuk Ilmu Kesehatan*. Surakarta: CSGF, p: 62.

Ware JE, Kosinski M, Keller SD. 1994. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales. *A User's Manual Boston*. MA: The Health Institute.

Ware JE, Kosinski M, Gandek B. 1993. SF-36[®] Health Survey. *Manual & Interpretation Guide*. Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated.

Wong K. S. and Li H. 2003. Patients with predominant intracranial atherosclerosis long-term mortality and recurrent stroke risk among chinese stroke. *Stroke* 34: 2361-2366.

World Health Organization. 2006. The WHO STEPwise approach to stroke surveillance. *WHO*.

Wyller T. B., Holmen J., Laake P., and Laake K. 1998. Correlates of Subjective Well-being in Stroke Patients. *Stroke*. 29:363-367.