

Hubungan antara Usia dengan Kualitas Hidup pada Pasien Stroke di Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta

Petra Gusti Parikesit^{1*}, Rizaldy Taslim Pinzon^{1,2}, Esdras Ardi Pramudita¹

ABSTRACT

Stroke is still a dominant disease in Indonesia, especially in the Special Region of Yogyakarta. Stroke is an aging disease, where the majority of stroke occurred on post 65 years old. However, study regarding to the relationship of age and the quality of life of a post-ischemic stroke patient has yet been researched sufficiently and its result may vary. Through this study, we will discuss about the relationship between age and the quality of life of a post-ischemic stroke diagnosed patient at Bethesda Hospital Yogyakarta. This study is a retrospective cohort research conducted by using stroke patients at the Bethesda Yogyakarta Hospital. The data consists of 107 patients with the age span between 43 and 78 with the highest age proportion on the data are in the age span between 51 and 70 years old. Independent t-test and Spearman's rank test indicates that there is no relationship between age and quality of life. Chi-square and Fisher's exact test indicates that the initial NIHSS score correlates with psychological domain (RR: 0.423; 95% CI: 0.232-0.773; p: 0.008), and the atrial fibrillation condition correlates with social relation domain (RR: 3.709; 95% CI: 2.090-6.582; p: 0.012). There is no correlation between age and quality of life by which is measured by WHOQOL-BREF questionnaire. However, a correlation was found between the domain of psychological health with the initial NIHSS score and in the domain of social relations with the condition of atrial fibrillation

Keywords: age, ischemic stroke, quality of life, World Health Organization quality of life brief version

Stroke menjadi penyakit tidak menular yang cukup banyak ditemukan di negara maju dan berkembang. Hingga tahun 2007, stroke menjadi penyebab kematian akibat penyakit tidak menular tertinggi di negara Indonesia, yakni bertanggung jawab pada 15,4% kasus kematian. Selain itu, menurut Riskesdas 2018, proporsi stroke di Indonesia semakin meningkat seiring dengan pertambahan usia dari penduduk.¹ Data pada tahun 2018 menunjukkan bahwa prevalensi stroke di Indonesia tertinggi terdapat pada provinsi Kalimantan Timur, yakni sebesar 14,7% dan disusul oleh provinsi D.I. Yogyakarta, yakni sebesar 14,6%, serta diperkirakan bahwa terdapat 2.120.362 penduduk yang terdiagnosis stroke di Indonesia.²

Stroke merupakan penyakit penuaan, kebanyakan stroke terjadi pada orang berusia lebih dari 65 tahun. Data menunjukkan bahwa pasien

yang lebih tua memiliki angka mortalitas yang lebih tinggi dan kualitas hidup yang lebih buruk apabila dibandingkan dengan pasien stroke yang berusia lebih muda.³ Pasien yang berhasil sembuh dari stroke iskemik biasanya berada pada risiko tinggi untuk mengalami gangguan-gangguan kardiovaskular lainnya, seperti infark miokard, juga kematian akibat gangguan vaskular.⁴

Pada tahun 2022 dan 5 tahun sebelumnya, belum ada penelitian yang menjelaskan tentang hubungan antara usia pasien stroke dengan kualitas hidup pasien stroke di Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta. Berdasar dari pemahaman tersebut, penelitian ini dilakukan dengan tujuan untuk mengidentifikasi hubungan antara usia pasien dan kualitas hidup pasien stroke agar kelak menjadi pembelajaran bagi penduduk di Indonesia, khususnya di Provinsi DIY.

METODE

Penelitian ini menggunakan metode kohort retrospektif. Jalannya penelitian ini dilakukan dengan cara mencari pasien stroke iskemik yang

* Corresponding Author: petragusti148@gmail.com

¹ Fakultas Kedokteran, Universitas Kristen Duta Wacana, Yogyakarta, Indonesia

² Departemen Neurologi, Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta, Indonesia

terdaftar pada rekam medis RS Bethesda Yogyakarta, kemudian mengidentifikasi hubungan antara usia pasien stroke tersebut dengan kualitas hidupnya. Pengukuran kualitas hidup pasien stroke iskemik diukur menggunakan WHOQOL-BREF pada 6-12 bulan pasca serangan stroke.

WHOQOL-BREF terdiri dari 26 item kuesioner, setiap item diberi poin 1 hingga 5, sehingga ditetapkan sebagai skala ordinal lima poin. Selanjutnya, poin tersebut ditransformasikan ke dalam skala 0-100. Apabila skor transformasinya berjumlah 0-20 maka digolongkan sebagai sangat buruk, 21-40 digolongkan sebagai buruk, 41-60 digolongkan sebagai sedang, 61-80 digolongkan sebagai baik, dan 81-100 digolongkan sebagai sangat baik.⁵

Data yang diperoleh dari *Stroke Center* Rumah Sakit Bethesda akan dianalisis menggunakan metode analisis univariat untuk menentukan karakteristik dasar pasien dan analisis bivariat menggunakan program SPSS untuk menilai hubungan antara kualitas hidup pada pasien stroke iskemik dengan usia pasien stroke. Penggambaran uji normalitas data dilakukan dengan menggunakan uji Kolmogorov-Smirnoff atau bisa juga menggunakan uji Shapiro-Wilk serta dilanjutkan dengan uji t independen untuk mengkomparasi perbedaan rerata skor kualitas hidup yang dinilai per-domain yang tercantum pada WHOQOL-BREF antara pasien yang berusia tua dan berusia muda. Adapun beberapa domain yang diukur pada WHOQOL-BREF ialah domain kesehatan fisik, kesehatan psikologis, hubungan sosial, domain kesehatan lingkungan, juga *overall quality of life* dan *general health*. Selain itu, dilakukan juga uji Chi-Square dan Spearman Rank untuk menentukan signifikansi antara variabel utama dan perancu dengan kualitas hidup. Dengan menggunakan *software* OpenEpi, jumlah sampel minimal yang dibutuhkan adalah 78 pasien. Penelitian ini juga sudah mendapatkan tinjauan etik dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta No. 133/KEPK-RSB/XI/22.

HASIL

Dari 107 pasien yang dianalisis, usia subjek paling banyak terdapat pada kelompok usia 51-60 dan 61-70 tahun, yakni masing-masing sebanyak 35 subjek (32,7%). Sebagian besar dari subjek berjenis

kelamin laki-laki (58,9%), 57 pasien (53,3%) memiliki riwayat hipertensi, tidak memiliki riwayat diabetes, tidak terdapat kondisi atrial fibrilasi, dan tidak terdapat komplikasi. Selain itu, sebagian besar pasien menderita kelemahan sisi bagian kanan tubuh (47,7%) dan skor NIHSS awal terbanyak ada pada kategori sedang (78,5%). Hasil dari karakteristik pasien dapat dilihat pada tabel 1.

Tabel 1. Karakteristik Pasien

Karakteristik Pasien (Mean $\pm$ SD)	n = 107	Persentase (%)
Usia (62,79 $\pm$ 9,618)		
<50 tahun	10	9,3
51-60 tahun	35	32,7
61-70 tahun	35	32,7
>70 tahun	27	25,3
Jenis Kelamin		
Laki-laki	63	58,9
Perempuan	44	41,1
Riwayat Hipertensi		
Ya	57	53,3
Tidak	50	46,7
Riwayat Diabetes		
Ya	27	25,2
Tidak	80	74,8
Riwayat Dislipidemia		
Ya	34	31,8
Tidak	73	68,2
Atrial Fibrilasi		
Ya	5	4,7
Tidak	102	95,3
Kelemahan Sisi		
Kanan	51	47,7
Kiri	38	35,5
Tidak Ada	18	16,8
Komplikasi		
Ada	10	9,3
Tidak	97	90,7
NIHSS Awal ^a		
Ringan (0-4)	23	21,5
Sedang (5-14)	84	78,5
Berat (14-25)	0	0
Sangat berat (>25)	0	0

^aNIHSS = *National Institutes of Health Stroke Scale*

Tabel 2 menunjukkan hasil analisis bivariat uji t independen yang menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara usia dengan kualitas hidup pasien pasca diagnosis stroke.

Tabel 2. Hasil Analisis Bivariat Uji T Independen

	Kelompok Usia <60			Kelompok Usia ≥60			p-value ^a
	n	Mean	SD	n	Mean	SD	
KH Domain 1 atau Kesehatan Fisik	45	3,67	0,477	62	3,60	0,495	0,465
KH Domain 2 atau Kesehatan Psikologis		4,80	0,405		4,69	0,465	0,220
KH Domain 3 atau Hubungan Sosial		3,82	0,387		3,71	0,458	0,184
KH Domain 4 atau Kesehatan Lingkungan		4,64	0,484		4,67	0,471	0,725

^aNilai $p < 0,05$ dianggap bermakna secara statistik

Pada uji hasil bivariat *chi-square* pada tabel dibawah, didapatkan hasil bahwa variabel NIHSS awal berpengaruh terhadap domain 2/kesehatan psikologis (RR: 0,423; 95% CI: 0,232-0,773; p: 0,008) (Tabel 3), dan kondisi atrial fibrilasi berpengaruh terhadap domain 3/hubungan sosial (RR: 3,709; 95% CI: 2,090-6,582; p: 0,012) (Tabel 4). Pada domain 1/kesehatan fisik dan 4/kesehatan lingkungan, tidak ditemukan adanya variabel yang

berpengaruh ($p > 0,05$), yang secara berturut-turut ditunjukkan oleh tabel 5 dan tabel 6. Pada domain 2 dan 4, seluruh responden memiliki skor kualitas hidup pada kategori baik (KH = 4) dan sangat baik (KH = 5), sehingga data yang ditampilkan dalam tabel hanya mencerminkan dua kategori tersebut. Sebaliknya, pada domain 1 dan 3, responden hanya memiliki skor pada kategori sedang (KH = 3) dan baik (KH = 4), sehingga data yang disajikan terbatas pada kedua kategori tersebut.

Tabel 3. Perbandingan Karakteristik Subjek dengan Kualitas Hidup Baik dan Sangat Baik (Domain 2/ Kesehatan Psikologis)

Variabel	Baik (KH = 4) n = 28	Sangat baik (KH = 5) n = 79	RR	CI (95%)	p-value ^a
Jenis Kelamin					0,261
Laki-laki	19	44	1,474	0,737-2,949	
Perempuan	9	35	ref		
Riwayat Hipertensi					0,174
Ya	18	39	1,579	0,805-3,096	
Tidak	10	40	ref		
Riwayat Diabetes					0,327
Ya	9	18	1,404	0,724-2,722	
Tidak	19	61	ref		
Riwayat Dislipidemia					0,672
Ya	8	26	0,859	0,421-1,750	
Tidak	20	53	ref		
Atrial Fibrilasi					1,000
Ya	1	4	0,756	0,127-4,492	
Tidak	27	75	ref		
Kelemahan Sisi					0,149
Kanan	12	39	0,529	0,259-1,082	
Kiri	8	30	0,474	0,212-1,058	
Tidak Ada	8	10	ref		
Komplikasi					0,285
Ada	4	6	1,617	0,702-3,725	
Tidak	24	73	ref		
NIHSS Awal ^b					0,008
Sedang (5-14)	17	67	0,423	0,232-0,773	
Ringan (0-4)	11	12	ref		

^aNilai $p < 0,05$ dianggap bermakna secara statistik

^bNIHSS = *National Institutes of Health Stroke Scale*

Tabel 4. Perbandingan Karakteristik Subjek dengan Kualitas Hidup Baik dan Sedang (Domain 3/Hubungan Sosial)

Variabel	Sedang (KH = 3) n = 26	Baik (KH = 4) n = 81	RR	CI (95%)	p-value ^a
Jenis Kelamin					0,751
Laki-laki	16	47	1,117	0,561-1,198	
Perempuan	10	34	ref		
Riwayat Hipertensi					0,701
Ya	13	44	0,877	0,450-1,712	
Tidak	13	37	ref		
Riwayat Diabetes					0,184
Ya	4	23	0,539	0,204-1,424	
Tidak	22	58	ref		
Riwayat Dislipidemia					0,274
Ya	6	28	0,664	0,285-1,457	
Tidak	20	53	ref		
Atrial Fibrilasi					0,012
Ya	4	1	3,709	2,090-6,582	
Tidak	22	80	ref		
Kelemahan Sisi					0,460
Kanan	13	38	0,765	0,342-1,709	
Kiri	7	31	0,553	0,217-1,408	
Tidak Ada	6	12	ref		
Komplikasi					0,252
Ada	4	6	1,764	0,759-4,099	
Tidak	22	75	ref		
NIHSS Awal ^b					0,821
Sedang (5-14)	20	64	0,913	0,415-2,005	
Ringan (0-4)	6	17	ref		

^aNilai $p < 0,05$ dianggap bermakna secara statistik^bNIHSS = *National Institutes of Health Stroke Scale*

Tabel 5. Perbandingan Karakteristik Subjek dengan Kualitas Hidup Baik dan Sedang (Domain 1/Kesehatan Fisik)

Variabel	Sedang (KH = 3) n = 40	Baik (KH = 4) n = 67	RR	CI (95%)	p-value ^a
Jenis Kelamin					0,320
Laki-laki	26	37	1,297	0,769-2,189	
Perempuan	14	30	ref		
Riwayat Hipertensi					0,139
Ya	25	32	1,462	0,873-2,448	
Tidak	15	35	ref		
Riwayat Diabetes					0,380
Ya	12	15	1,270	0,757-2,129	
Tidak	28	52	ref		
Riwayat Dislipidemia					0,901
Ya	13	21	1,034	0,614-1,742	
Tidak	27	46	ref		
Atrial Fibrilasi					0,649
Ya	1	4	0,523	0,089-3,072	
Tidak	39	63	ref		
Kelemahan Sisi					0,881
Kanan	20	31	0,992	0,506-1,943	
Kiri	13	25	0,880	0,425-1,822	
Tidak Ada	7	11	ref		
Komplikasi					1,000
Ada	4	6	1,008	0,515-1,975	
Tidak	36	61	ref		
NIHSS Awal ^b					0,243
Sedang (5-14)	29	55	0,722	0,430-1,212	
Ringan (0-4)	11	12	ref		

^aNilai $p < 0,05$ dianggap bermakna secara statistik^bNIHSS = *National Institutes of Health Stroke Scale*

Tabel 6. Perbandingan Karakteristik Subjek dengan Kualitas Hidup Baik dan Sangat Baik (Domain 4/ Kesehatan Lingkungan)

Variabel	Baik (KH = 4) n = 36	Sangat baik (KH = 5) n = 71	RR	CI (95%)	p-value ^a
Jenis Kelamin					0,453
Laki-laki	23	40	1,236	0,705-2,164	
Perempuan	13	31	ref		
Riwayat Hipertensi					0,247
Ya	22	35	1,378	0,792-2,394	
Tidak	14	36	ref		
Riwayat Diabetes					0,054
Ya	5	22	0,478	0,207-1,105	
Tidak	31	49	ref		
Riwayat Dislipidemia					0,805
Ya	12	22	1,074	0,613-1,881	
Tidak	24	49	ref		
Atrial Fibrilasi					0,661
Ya	1	4	0,583	0,099-3,434	
Tidak	35	67	ref		
Kelemahan Sisi					0,669
Kanan	15	36	0,756	0,369-1,551	
Kiri	14	24	0,947	0,464-1,933	
Tidak Ada	7	11	ref		
Komplikasi					0,730
Ada	4	6	1,213	0,539-2,727	
Tidak	32	65	ref		
NIHSS Awal ^b					0,896
Sedang (5-14)	28	56	0,958	0,507-1,810	
Ringan (0-4)	8	15	ref		

^aNilai $p < 0,05$ dianggap bermakna secara statistik

^bNIHSS = *National Institutes of Health Stroke Scale*

Melalui analisis uji menggunakan tes Kolmogorov-Smirnov dan Shapiro-Wilk antara kualitas hidup dengan usia dan skor NIHSS awal, didapatkan hasil yang tidak normal/non-parametrik pada distribusi kualitas hidup domain 1, 2, 3, 4 terhadap usia yang dikarenakan nilai p lebih kecil daripada nilai α ($p < 0,05$).

Hasil dari analisis Spearman rank dituangkan pada tabel 7, pada uji Spearman rank didapatkan nilai $p > 0,05$ pada keempat domain, baik pada variabel usia dan skor NIHSS awal. Hal ini dapat diartikan bahwa tidak ada hubungan antara usia dan skor NIHSS awal dengan kualitas hidup.

Tabel 7. Uji Spearman Rank Karakteristik Dasar Subjek Terhadap Kualitas Hidup

Variabel		Skor Transformasi KH Domain Fisik	Skor Transformasi K H D o m a i n Psikologis	Skor Transformasi KH Domain Sosial	Skor Transformasi K H D o m a i n Lingkungan
Usia	Koefisien Korelasi ^a	0,092	0,009	-0,072	-0,017
N I H S S Awal ^b	Sig.	0,346	0,930	0,463	0,864
	Koefisien Korelasi ^a	0,183	0,111	-0,066	0,000
	Sig.	0,060	0,256	0,499	0,998

^aNilai $p < 0,05$ dianggap bermakna secara statistik

^bNIHSS = *National Institutes of Health Stroke Scale*

PEMBAHASAN

Penelitian menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan antara usia dengan kualitas hidup pasien pasca diagnosis stroke iskemik. Hal ini didasarkan dari hasil penelitian yang menemukan bahwa analisis bivariat dengan uji t independen untuk menemukan hubungan antara usia pasien dengan domain 1, 2, 3, dan 4 pada kuesioner WHOQOL-BREF ternyata menunjukkan hasil yang tidak signifikan ($p > 0,05$). Hal tersebut serupa dengan penelitian sebelumnya⁶ dimana penelitian tersebut dilakukan pada 39 pasien pasca diagnosis stroke yang diukur kualitas hidupnya dengan kuesioner WHOQOL-BREF dan tidak terdapat hubungan antara usia dengan kualitas hidup pasien pasca diagnosis stroke. Perolehan hasil dalam penelitian tersebut dimungkinkan karena pada usia <60 tahun masih termasuk usia produktif dan belum memasuki masa pensiun, sehingga individu dalam kelompok ini umumnya masih bekerja dan menanggung kebutuhan keluarga. Hal ini akan membangunkan motivasi yang ada didalam dirinya secara tidak langsung untuk dapat pulih dan menjalani hidup dengan giat yang kemudian akan meningkatkan kualitas hidupnya saat diukur menggunakan kuesioner WHOQOL-BREF. Sementara itu, pada usia ≥ 60 tahun, pasien cenderung tidak memiliki beban pikiran karena tidak ada lagi tanggungan yang harus dikerjakan dan lebih banyak menyerahkan serta berpasrah akan hidupnya.⁷

Penelitian di India yang membahas tentang kualitas hidup pada lansia yang sehat menemukan bahwa kualitas hidupnya ada pada tingkat yang sedang.⁸ Penelitian tersebut diukur menggunakan kuesioner yang sama dengan penelitian yang dilakukan oleh peneliti, ditambah dengan kuesioner Activities of Daily Living (ADLs) oleh Katz ADL scale, dimana rata-rata skor transformasi WHOQOL-BREF pada keempat domain yang telah dijumlahkan adalah $49,74 \pm 10,21$. Hal ini dapat diartikan bahwa penelitian tersebut cukup sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh peneliti karena usia bukan merupakan determinan dari kualitas hidup itu sendiri.

Skor NIHSS awal berpengaruh secara signifikan terhadap perubahan kualitas hidup pasien stroke pada domain 2 (RR: 0,654; 95% CI: 0,436-0,982; p : 0,008). Artinya, skor ringan (0-4) NIHSS awal

memiliki 0,65 kali lipat risiko lebih rendah untuk menghasilkan kualitas hidup yang sangat baik jika dibandingkan dengan skor NIHSS sedang (5-14). Selain itu, dari analisis spearman juga menunjukkan bahwa koefisien korelasinya adalah 0,258. Hal tersebut berarti bahwa semakin tinggi skor NIHSS awal, justru semakin tinggi pula kualitas hidupnya. Secara teori, tingginya skor NIHSS pada hari ke-0 dapat memberikan beban emosional berupa stress dan berkurangnya fungsi sosialisasi serta aktivitas pasien sehari-hari. Sebaliknya, bila skor NIHSS awal rendah, maka penderita stroke dapat lebih percaya diri dan menerima bentuk serta penampilan tubuhnya, dapat berpikir dengan jernih, serta berkonsentrasi dengan baik sehingga aspek pada domain psikologis dapat meningkat. Pasien dengan skor ringan pada NIHSS awalnya juga cenderung memiliki suasana perasaan yang lebih baik daripada skor NIHSS awal yang lebih tinggi.^{9,10} Namun demikian, pada penelitian yang dilakukan oleh peneliti, tingginya skor NIHSS awal berimplikasi pada tingginya kualitas hidup pasien.

Tingginya skor NIHSS yang justru mencerminkan tingginya kualitas hidup dalam penelitian ini dimungkinkan karena pada penelitian ini tidak dilakukan pengukuran skor NIHSS saat pasien keluar dari rumah sakit. Penelitian ini juga tidak memiliki data terkait pemberian terapi pada pasien stroke. Pada saat pasien masuk rumah sakit, bisa saja pasien diberikan terapi awal yang tepat sehingga mempengaruhi perbaikan kondisi dari pasien.¹¹ Dalam beberapa menit, jam, dan hari disaat pasien terdiagnosis stroke, maka terdapat sitokin dan faktor-faktor inflamasi yang terlepas sehingga menyebabkan iskemik penumbra dapat memburuk secara progresif dan menjadi inti infark jika tidak diberikan penanganan awal yang tepat. Maka dari itu, tujuan utama dari terapi pada fase akut adalah untuk memulihkan penurunan aliran darah yang menuju ke daerah iskemik, namun belum mengalami kondisi infark. Dengan demikian, volume kerusakan otak akan berkurang dan meningkatkan kualitas hidup pasien pasca diagnosis stroke.¹²

Hasil penelitian terkait skor NIHSS awal sesuai dengan penelitian kohort yang dilakukan oleh Sturm, dkk pada tahun 2004¹³ dengan menggunakan kuesioner AQoL, dan jumlah responden sebanyak 225. Peneliti tersebut menemukan bahwa skor NIHSS pada hari ke-0 berpengaruh kepada kualitas

hidup pasien pasca stroke hingga kurun waktu 2 tahun. Pada penelitian yang dilakukan oleh peneliti, kualitas hidup diukur pada 6 hingga 12 bulan pasca diagnosis stroke. Akan tetapi, ada penelitian yang menunjukkan hasil yang berbeda mengenai hubungan antara kualitas hidup dengan skor NIHSS awal.¹⁴ Dalam penelitiannya, penulis mengemukakan bahwa tidak ada hubungan antara skor NIHSS awal terhadap kualitas hidup domain 1, 2, 3, dan 4 yang diukur menggunakan kuesioner WHOQOL-BREF. Hasil tersebut kemungkinan didapat karena pengukuran pada penelitian tersebut dilakukan selama tahap stroke akut serta tidak dapat dilakukan secara tepat karena kebanyakan pasien dinilai kualitas hidupnya saat sedang berbaring di tempat tidur. Hal ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh peneliti, dimana peneliti mengukur kualitas hidup pasien saat 6 hingga 12 bulan pasca stroke, sehingga hasil yang diberikan dapat lebih valid karena beberapa pasien sudah dalam kondisi yang lebih stabil saat dinilai.

Kondisi atrial fibrilasi berpengaruh terhadap kualitas hidup (RR: 0,255; 95% CI: 0,044-1,476; p: 0,003). Hasil tersebut mengemukakan bahwa adanya kondisi atrial fibrilasi memiliki 0,255 kali lipat risiko lebih rendah untuk menghasilkan kualitas hidup baik jika dibandingkan dengan pasien stroke yang tidak memiliki kondisi atrial fibrilasi. Pada analisis Spearman rank, ditemukan bahwa koefisien korelasinya adalah -0,288, yang berarti tidak adanya kondisi atrial fibrilasi dapat meningkatkan kualitas hidup pasien. Kondisi tersebut berpengaruh terhadap domain 3 yang merupakan aspek relasi sosial yang berisi relasi pribadi, aktivitas seksual, serta dukungan sosial. Hasil ini didukung oleh pernyataan dari peneliti sebelumnya yang menyatakan bahwa penderita atrial fibrilasi, termasuk pasangannya, kerap mengalami ketidakpastian sebagai masalah utama. Ketidakpastian ini terutama disebabkan oleh ketidaktahuan mengenai penyebab fibrilasi atrium dan kekhawatiran terhadap kemungkinan kekambuhan.¹⁵ Misalnya, pasien akan terus berpikir apa faktor yang memperberat AF, kapan gejala AF muncul, dan mengapa gejala AF dapat muncul didalam dirinya. Atas dasar hal tersebut, pasien dapat merasa bahwa semua aktivitasnya dapat memicu timbulnya gejala AF, sehingga mereka cenderung untuk menghindari olahraga, bekerja, rekreasi, serta aktivitas seksualnya.¹⁶ Jenis kelamin, kelemahan sisi,

riwayat hipertensi, riwayat dislipidemia, riwayat diabetes, dan komplikasi tidak berhubungan dengan kualitas hidup pasien pasca diagnosis stroke sesuai dengan penelitian sebelumnya.^{17,18}

SIMPULAN

Tidak ada hubungan antara usia dengan kualitas hidup. Pada analisis kualitas hidup per domain, terdapat hubungan antara derajat stroke yang dinilai dengan NIHSS dengan kesehatan psikologis dan kondisi atrial fibrilasi dengan hubungan sosial.

DAFTAR PUSTAKA

1. Saraswati RD. Transisi epidemiologi stroke sebagai penyebab kematian pada semua kelompok usia di Indonesia. 2021.
2. Kemenkes R I. Laporan hasil riset kesehatan dasar (Riskesdas) Indonesia tahun 2018. Riset Kesehatan Dasar 2018; 2018.
3. Roy-O'Reilly M, McCullough LD. Age and sex are critical factors in ischemic stroke pathology. *Endocrinology*. 2018 July 11;159(8):3120–31.
4. Pezzini A, Grassi M, Lodigiani C, Patella R, Gandolfo C, Zini A, et al. Predictors of long-term recurrent vascular events after ischemic stroke at young age. *Circulation*. 2014 Apr 22;129(16):1668–76.
5. Vahedi S. World health organization quality-of-life scale (WHOQOL-BREF): analyses of their item response theory properties based on the graded responses model. *Iran J Psychiatry*. 2010;5(4):140–53.
6. Athiutama A, Trulianty A. Karakteristik dan hubungannya dengan kualitas hidup pasien pasca stroke. *J Ilm Kesehat Jiwa*. 3(1):13–20.
7. Dwiyani BA, Astrid M. Hubungan antara karakteristik, jenis stroke, dukungan keluarga dan kualitas hidup pasien stroke di Rumah Sakit Univeritas Kristen Indonesia Jakarta. *I Care Jurnal Keperawatan STIKes Panti Rapih*. 2021 Oct 8;2(2):60–8.
8. Kumar S. G, Majumdar A, G. P. Quality of life (QOL) and its associated factors using WHOQOL-BREF among elderly in Urban

- Puducherry, India. *J Clin Diagn Res*. 2014 Jan;8(1):54–7.
9. Do Rego AM, Duloquin G, Sauviant M, Amaral S, Thomas Q, Devilliers H, et al. Quality of life in the first year after ischemic stroke treated with acute revascularization therapy. *J Clin Med*. 2022 June 6;11(11):3240.
10. Delima D, Tjitra E, Tana L, Halim FS, Ghani L, Siswoyo H, et al. Faktor risiko penyakit ginjal kronik : studi kasus kontrol di empat rumah sakit di Jakarta tahun 2014. *Buletin Penelitian Kesehatan*. 2017 Mar 31;45(1):17–26.
11. Maharani T, Juli C, Hermawan AN. Karakteristik luaran klinis neurologis pasien stroke iskemik berdasarkan NIHSS. *JKS* [Internet]. 2021 Dec 23 [cited 2025 July 25];21(3). Available from: <https://jurnal.usk.ac.id/JKS/article/view/20646>
12. Philip-Ephraim E. Emergency management of acute ischaemic stroke. In: *essentials of accident and emergency medicine* [internet]. IntechOpen; 2018 [cited 2025 July 25]. Available from: <https://www.intechopen.com/chapters/60116>
13. Sturm JW, Donnan GA, Dewey HM, Macdonell RAL, Gilligan AK, Srikanth V, et al. Quality of life after stroke. *Stroke*. 2004 Oct;35(10):2340–5.
14. Jeong BO, Kang HJ, Bae KY, Kim SW, Kim JM, Shin IS, et al. Determinants of quality of life in the acute stage following stroke. *Psychiatry Investig*. 2012 June;9(2):127–33.
15. Dalteg T, Benzein E, Sandgren A, Fridlund B, Malm D. Managing uncertainty in couples living with atrial fibrillation. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2014 May;29(3):E1–10.
16. McCabe PJ, Schumacher K, Barnason SA. Living with atrial fibrillation: a qualitative study. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2011 July;26(4):336–44.
17. Heinze M, Leberherz L, Rimmele DL, Frese M, Jensen M, Barow E, et al. Higher comorbidity burden is associated with lower self-reported quality of life after stroke. *Front Neurol* [Internet]. 2022 Nov 10 [cited 2025 July 25];13. Available from: <https://www.frontiersin.org/journals/neurology/articles/10.3389/fneur.2022.1023271/full>
18. Donkor ES, Owolabi MO, Bampoh PO, Amoo PK, Aspelund T, Gudnason V. Profile and health-related quality of life of Ghanaian stroke survivors. *Clin Interv Aging*. 2014 Oct 8;9:1701–8.