



UNIVERSITAS INDONESIA

ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
DEPRESI DAN *HOPELESSNESS* PADA
PASIEN STROKE DI BLITAR

TESIS

OLEH :

MIFTAFU DARUSSALAM
0906504833

PROGRAM PASCASARJANA
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, JULI 2011



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
DEPRESI DAN *HOPELESSNESS* PADA
PASIEN STROKE DI BLITAR**

Diajukan sebagai persyaratan
untuk memperoleh gelar Magister Ilmu Keperawatan
Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah

OLEH :

MIFTAFU DARUSSALAM
0906504833

**PROGRAM PASCASARJANA
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, JULI 2011**

KATA PENGANTAR

Puji serta syukur peneliti panjatkan kehadirat Allah SWT, karena atas rahmat dan karunia-Nya, akhirnya peneliti dapat menyelesaikan penelitian dengan judul “ Analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan depresi dan *hopelessness* pada pasien stroke di Blitar”.

Dalam penyusunan laporan penelitian ini, peneliti banyak mendapat bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak, oleh karena itu pada kesempatan ini peneliti mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada :

1. DR. Ratna Sitorus, S.Kp., M.App. Sc. selaku Pembimbing I yang telah memberikan masukan dan arahan selama penyusunan tesis.
2. Dr. Luknis Sabri, M. Kes. selaku pembimbing II yang juga telah memberikan masukan dan arahan selama penyusunan tesis.
3. Dewi Irawaty, MA., PhD, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
4. Astuti Yuni Nursasi, S.Kp., MN selaku Ketua Program Studi Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
5. I Made Kariasa, S.Kp., MM., M.Kep. Sp.KMB., selaku penguji proposal dan hasil penelitian yang telah memberikan saran dan arahan demi kesempurnaan tesis ini.
6. Tuti Herawati, S.Kp., MN., selaku penguji tesis yang telah memberikan saran dan arahan demi kesempurnaan tesis ini.
7. Ns. Yani Sofiani., M.Kep. Sp.KMB., selaku penguji tesis yang telah memberikan saran dan arahan demi kesempurnaan tesis ini.
8. Dr. Budi Winarno, MM, selaku Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ngudi Waluyo Wlingi.
9. Dr. Husein Abdul Rachman, selaku Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Mardi Waluyo Blitar.
10. Dr. A. W. Soehapto, selaku Direktur Rumah Sakit Katolik Budi Rahayu Blitar.
11. Dr. H. M. David Ilahude, MS, selaku Direktur Rumah Sakit Aminah Blitar.

12. Dr. H. Mafrurrochim Hasyim, MARS, selaku Direktur Rumah Sakit Syuhada' Haji Blitar
13. Seluruh dosen dan staf akademik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
14. Rekan-rekan mahasiswa khususnya Program Magister Keperawatan Medikal Bedah yang telah saling mendukung dan membantu selama proses pendidikan.
15. Keluarga tercinta khususnya ibunda yang senantiasa memberikan motivasi kepada peneliti selama mengikuti pendidikan.
16. Semua pihak yang tidak bisa peneliti sebutkan satu persatu yang telah membantu dalam penyusunan tesis ini.

Semoga segala bantuan dan kebaikan, menjadi amal sholeh yang akan mendapat balasan yang lebih baik dari Allah SWT.

Besar harapan penulis, semoga tesis ini dapat bermanfaat bagi profesi keperawatan khususnya dan masyarakat pada umumnya. Penulis menyadari sepenuhnya bahwa tesis ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu saran dan kritik yang bersifat membangun sangat diharapkan.

Depok , 13 Juli 2011

Peneliti

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Miftafu Darussalam
NPM : 0906504833
Program Studi : Pasca Sarjana Ilmu Keperawatan
Kekhususan : Keperawatan Medikal Bedah
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Non Eksklusif** (*Non-exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul “Analisis Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Depresi Dan *Hopelessness* Pada Pasien Stroke Di Blitar” beserta perangkat yang ada (bila diperlukan).

Dengan Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*data base*), merawat, mempublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di: Depok
Pada tanggal: 13 Juli 2011
Yang menyatakan

Miftafu Darussalam

ABSTRAK

Nama : Miftafu Darussalam
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Judul : Analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan depresi dan *hopelessness* pada pasien stroke di Blitar

Depresi paska stroke adalah gangguan mood yang dapat terjadi setiap saat setelah stroke sedangkan *hopelessness* adalah harapan negatif terhadap masa depan. Tujuan penelitian ini adalah menjelaskan faktor-faktor yang berhubungan dengan depresi dan *hopelessness* pada pasien stroke. Desain penelitian yang digunakan adalah deskriptif analitik dengan pendekatan *cross sectional* pada 73 responden dengan stroke. Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor-faktor yang berhubungan dengan depresi adalah penyakit penyerta (p:0,038), kemampuan fungsional (p:0,014), dan fungsi kognitif (p:0,012) sedangkan pada variabel usia (p: 0,506), pendidikan (p:0,563), dukungan keluarga (p:0,681), dan lama menderita stroke (p:0,182) tidak ada hubungan. Faktor-faktor yang berhubungan dengan *hopelessness* adalah penyakit penyerta (p:0,018) dan kemampuan fungsional (p:0,004) sedangkan pada variabel usia (p:0,124), pendidikan (p:0,118), lama menderita stroke (p:0,157), dukungan keluarga (p:0,386), dan fungsi kognitif (p:0,449) tidak ada hubungan. Hasil analisis multivariat dengan regresi logistik diperoleh bahwa faktor yang dominan berhubungan dengan depresi adalah fungsi kognitif (OR:3,822) dan pada *hopelessness* adalah kemampuan fungsional (OR: 7,898). Hasil penelitian ini dapat dijadikan informasi kepada praktisi perawat sebagai acuan dalam merumuskan intervensi keperawatan untuk meningkatkan fungsi kognitif pada pasien dengan depresi dan meningkatkan kemampuan fungsional pada pasien dengan *hopelessness*.

Kata kunci: depresi, *hopelessness*, stroke

ABSTRACT

Name : Miftafu Darussalam
Study Program : Master Program In Nursing Science
Title : Analysis of factors associated with depression and hopelessness
in patients with stroke in Blitar

Post-stroke depression was a mood disorder that can occur at any time after a stroke and hopelessness was negative expectations about the future. The aims of this study was to describe the factors associated with depression and hopelessness in patients with stroke. This research used an analytic description design by a cross sectional approach in 73 respondents with stroke. The results showed that factors associated with depression were comorbid disease (p: 0.038), functional ability (p: 0.014), and cognitive function (p: 0.012) whereas the variable age (p: 0.506), education (p: 0.563), family support (p:0.681), and long-suffering stroke (p: 0.182) there weren't relationship. Factors associated with hopelessness were comorbidities (p: 0.018) and functional ability (p: 0.004) whereas the variable age (p: 0.124), education (p: 0.118), long-suffering stroke (p: 0.157), family support (p:0.386) and cognitive function (p: 0.449) there weren't relationship. The results of multivariate analysis with logistic regression found that the most dominant factor associated with depression was cognitive functioning (OR: 3.822) and the hopelessness was the functional ability (OR: 7.898). The results could be used as information to nursing practitioner as a reference in formulating nursing interventions to improve cognitive function in patients with depression and improving functional ability in patients with the hopelessness.

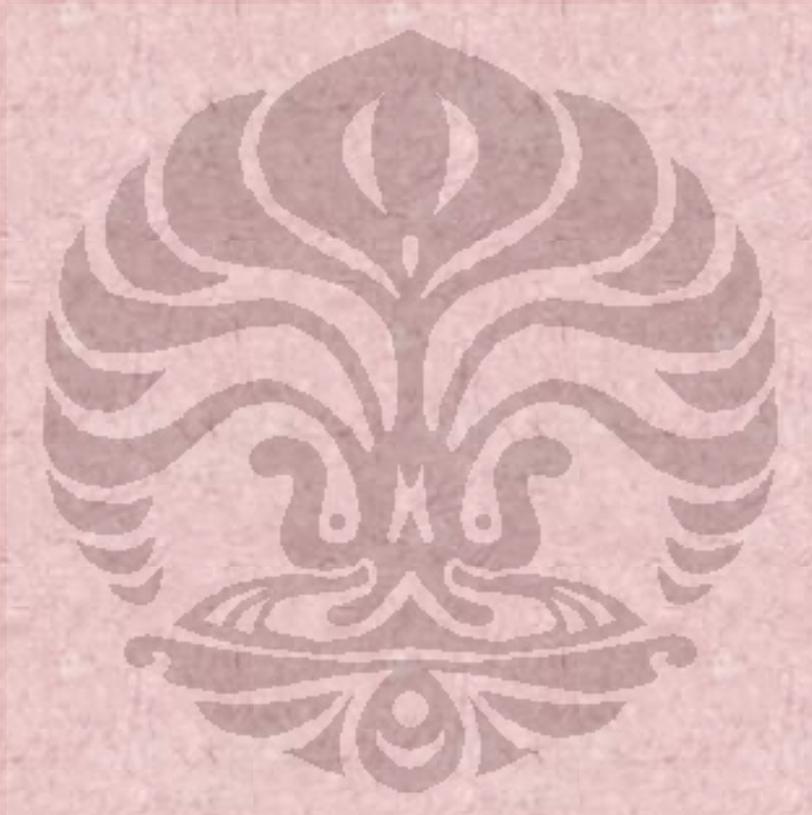
Key words: depression, hopelessness, stroke

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	vi
ABSTRAK.....	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR SKEMA	xi
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	7
1.3 Tujuan Penelitian	8
1.4 Manfaat Penelitian	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Dasar Stroke	
2.1.1 Pengertian	10
2.1.2 Etiologi	10
2.1.3 Klasifikasi.....	11
2.1.4 Faktor risiko.....	13
2.1.5 Patofisiologi.....	18
2.1.6 Manifestasi klinis	20
2.2 Asuhan Keperawatan Stroke	
2.2.1 Pengkajian keperawatan.....	23
2.2.2 Diagnosa keperawatan.....	23
2.2.3 Rencana keperawatan.....	24

	2.2.4 Intervensi keperawatan... ..	24
	2.3 Depresi Paska Stroke.....	26
	2.4 <i>Hopelessness</i> Pada Stroke.....	28
	2.5 Faktor-faktor yang berhubungan dengan depresi dan <i>hopelessness</i>	29
	2.6 Kerangka Teori	33
BAB III	KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL	
	3.1 Kerangka Konsep	34
	3.2 Hipotesis	35
	3.3 Definisi operasional	36
BAB IV	METODE PENELITIAN	
	1. Desain Penelitian	39
	2. Populasi dan Sampel	39
	3. Tempat penelitian	41
	4. Waktu penelitian	41
	5. Etika Penelitian	41
	6. Alat Pengumpul Data	43
	7. Prosedur Pengumpulan Data	47
	8. Pengolahan dan Analisis Data	48
BAB V	HASIL PENELITIAN	
	5.1 Analisis Univariat.....	52
	5.2 Hasil Analisis Bivariat.....	54
	5.3 Analisis Multivariat Depresi.....	61
	5.4 Analisis Multivariat <i>Hopelessness</i>	64
BAB VI	PEMBAHASAN	
	6.1 Interpretasi dan Diskusi Hasil.....	68
	6.2 Keterbatasan Penelitian.....	87
	6.3 Implikasi Keperawatan.....	87
BAB VII	SIMPULAN DAN SARAN	

7.1 Simpulan.....	92
7.2 Saran	93
DAFTAR PUSTAKA.....	95
LAMPIRAN-LAMPIRAN	



DAFTAR SKEMA

	Hal.
Skema 2.1 Kerangka teori	33
Skema 3.1 Kerangka konsep penelitian	35
Skema 5.1 Distribusi responden berdasarkan depresi dan <i>hopelessness</i>	54



DAFTAR TABEL

	Hal
Tabel 2.1 Ambang batas iskemik serebral.....	20
Tabel 3.1 Definisi operasional variabel penelitian.....	36
Tabel 4.1 Distribusi pertanyaan pada <i>CES-D</i>	44
Tabel 4.2 Distribusi pertanyaan pada <i>beck hopelessness scale</i>	45
Tabel 4.3 Kategori <i>hopelessness</i> berdasarkan penilaian BHS.....	45
Tabel 4.4 Kategori kemampuan fungsional berdasarkan <i>barthel index</i>	46
Tabel 4.5 Kategori dukungan keluarga berdasarkan <i>family apgar</i>	47
Tabel 4.6 Daftar variabel dan uji statistik bivariat.....	50
Tabel 5.1 Distribusi responden berdasarkan karakteristik demografi.....	52
Tabel 5.2 Hasil analisis lama menderita stroke dan dukungan keluarga.....	53
Tabel 5.3 Distribusi responden menurut usia, pendidikan, kemampuan fungsional, penyakit penyerta, fungsi kognitif dan depresi.....	54
Tabel 5.4 Hasil analisis lama menderita stroke dengan depresi.....	56
Tabel 5.5 Hasil analisis dukungan keluarga dengan depresi.....	57
Tabel 5.6 Distribusi responden menurut usia, pendidikan, kemampuan fungsional, penyakit penyerta, fungsi kognitif dan <i>hopelessness</i>	57
Tabel 5.7 Hasil analisis lama menderita stroke dengan <i>hopelessness</i>	60
Tabel 5.8 Hasil analisis dukungan keluarga dengan <i>hopelessness</i>	60
Tabel 5.9 Distribusi responden menurut depresi dan <i>hopelessness</i> responden..	61
Tabel 5.10 Hasil seleksi bivariat yang berhubungan dengan depresi responden	62
Tabel 5.11 Hasil analisis full model faktor-faktor yang berhubungan dengan depresi responden.....	62
Tabel 5.12 Hasil perubahan pengolahan pemodelan multivariat yang berhubungan dengan depresi responden.....	63
Tabel 5.13 Hasil akhir pemodelan multivariat yang berhubungan dengan depresi responden.....	64

	Hal
Tabel 5.14 Hasil seleksi bivariat yang berhubungan dengan <i>hopelessness</i> responden.....	64
Tabel 5.15 Hasil analisis full model faktor-faktor yang berhubungan dengan <i>hopelessness</i> responden.....	65
Tabel 5.16 Hasil perubahan pengolahan pemodelan multivariat yang berhubungan dengan <i>hopelessness</i> responden.....	66
Tabel 5.17 Hasil pemodelan multivariat yang berhubungan dengan <i>hopelessness</i> responden.....	67



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Jadwal kegiatan penelitian
Lampiran 2	Penjelasan riset
Lampiran 3	Lembaran persetujuan responden (<i>inform consent</i>)
Lampiran 4	Kuesioner penelitian karakteristik responden
Lampiran 5	Kuesioner penelitian depresi
Lampiran 6	Kuesioner penelitian <i>hopelessness</i>
Lampiran 7	Kuesioner penelitian kemampuan fungsional
Lampiran 8	Kuesioner penelitian fungsi kognitif
Lampiran 9	Kuesioner penelitian dukungan keluarga
Lampiran 10	Keterangan Lolos Uji Etik
Lampiran 11	Izin Penelitian
Lampiran 12	Daftar riwayat hidup

BAB I

PENDAHULUAN

Bab ini menguraikan tentang latar belakang penelitian berkaitan dengan konsep dasar masalah penelitian secara umum dan pentingnya penelitian ini dilaksanakan, disamping itu juga menguraikan tentang perumusan masalah, tujuan penelitian, dan manfaat penelitian.

1.1 Latar Belakang

Stroke merupakan gambaran perubahan neurologik sebagai akibat proses patologi pada sistem pembuluh darah. Proses ini dapat berupa penyumbatan lumen pembuluh darah oleh trombosis atau emboli, pecahnya dinding pembuluh darah otak, perubahan permeabilitas dinding pembuluh darah dan perubahan viskositas maupun kualitas darah sendiri (Misbach, 1999). Stroke dibagi dalam dua kategori mayor yaitu stroke iskemik dan hemoragik. Stroke iskemik terjadi karena aliran darah ke otak terhambat akibat aterosklerosis atau bekuan darah, dengan jumlah pasien stroke iskemik adalah 83%, sedangkan stroke hemoragik disebabkan karena adanya pendarahan di jaringan otak atau di subarachnoid, dengan jumlah 17% (Black & Hawks, 2009).

Stroke merupakan gangguan serebrovaskular utama di dunia. Pada tahun 2007 Menurut WHO 15 juta orang menderita stroke di seluruh dunia setiap tahunnya. Dari jumlah tersebut, 5 juta meninggal dan 5 juta lagi mengalami cacat permanen. Tekanan darah tinggi menyumbang lebih dari 12,7 juta stroke di seluruh dunia. Di Eropa rata-rata sekitar 650.000 kematian stroke setiap tahunnya (*World Health Report*, 2007), sedangkan di Amerika Serikat menyebabkan kematian nomor tiga dengan jumlah kematian sekitar 150.000 orang setiap tahun. Total pasien stroke di Amerika Serikat tahun 2008 sekitar 65,5 juta orang (Bornstein, 2009), dengan peningkatan 700.000 pasien stroke baru setiap tahunnya (Black & Hawks, 2009).

Di Indonesia prevalensi stroke dari tahun ke tahun meningkat tajam. Jika pada tahun 1990 stroke masih di urutan ketiga setelah penyakit jantung dan kanker,

tahun 2010 menjadi urutan pertama penyebab kematian di Indonesia (PDPERSI , 2010). Menurut data Departemen Kesehatan, RS Cipto Mangunkusumo Jakarta sampai tahun 1995 rata-rata merawat 726 pasien stroke per tahun dengan angka kematian 37,7%, sedangkan pada tahun 2000 merawat 1000 pasien (Nurwahyuni, 2007). Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan peneliti di rumah sakit Blitar angka kejadian stroke selama bulan Januari-April 2011 selalu masuk dalam 5 besar penyakit, diantaranya RSUD Mardi Waluyo Blitar sejumlah 186 pasien, RSUD Ngudi Waluyo sejumlah 195 pasien, RS Syuhada' Haji sejumlah 126 pasien, RS Aminah sejumlah 39 pasien, dan RSK Budi Rahayu sejumlah 71 pasien.

Luas dan tipe gangguan pada pasien stroke tergantung dari jumlah dan lokasi dari daerah otak yang terserang. Seseorang dapat mengalami stroke yang berat maupun ringan, dengan gangguan pada motorik, sensorik, kognitif maupun gangguan dalam hal komunikasi (Sarafino, 2006).

Stroke dapat berdampak pada berbagai fungsi tubuh. Gambaran klinis dari tahapan stroke dapat berupa kehilangan motorik yaitu munculnya hemiplegi maupun hemiparesis akibat dari gangguan kontrol motor volunter pada salah satu sisi tubuh. Hal ini menunjukkan kerusakan pada neuron motor atas pada sisi yang berlawanan dari otak. Fungsi otak lain yang dipengaruhi oleh stroke adalah bahasa dan komunikasi seperti disartria, ditunjukkan dengan bicara yang sulit dimengerti akibat paralisis otot yang bertanggung jawab untuk menghasilkan bicara. Disfasia atau afasia ditunjukkan dengan bicara defektif atau kehilangan bicara, sehingga kurang terjalin komunikasi yang baik. Hal ini menyebabkan pasien stroke menunjukkan frustrasi yang berlebihan terhadap kekurangan yang dialaminya (Hudak & Gallo, 1996).

Pasien stroke kemungkinan juga mengalami gangguan persepsi dengan ketidakmampuan untuk menginterpretasikan sensasi baik berupa visual, spasial maupun sensori. Selain itu juga kerusakan pada fungsi kognitif dan efek psikologis dimana kerusakan dapat terjadi pada lobus frontal berupa kapasitas memori atau fungsi intelektual. Sehingga disfungsi ini menyebabkan lapang pandang terbatas, kesulitan dalam pemahaman, lupa dan kurang motivasi. Hal ini

Universitas Indonesia

menyebabkan pasien frustrasi dalam program rehabilitasi mereka (Smeltzer & Bare, 2008). Kerusakan kognitif yang meliputi hilangnya ingatan, kesulitan dalam berkonsentrasi dan gangguan emosional lainnya juga akan membuat pasien menghindar atau menolak teman bahkan keluarga mereka (Taylor, 2006).

Spaletta et al (2001, dalam Taylor, 2006) mengatakan bahwa defisit neurologi selain berakibat pada fisiknya juga emosinya. Pasien dengan kerusakan otak sebelah kiri mengalami kecemasan maupun depresi. Sedangkan kerusakan pada otak sebelah kanan akan mengalami *alexithymia* yang melibatkan gangguan dalam mengidentifikasi dan menggambarkan perasaannya.

Gangguan pada pasien stroke memberikan efek sosial pada pasien dan keluarganya. Aktivitas sehari-hari dan kontak sosial dengan lingkungan sekitarnya menurun drastis, sehingga akan mengganggu keharmonisan keluarga (Sarafino, 2006). Walaupun stroke biasanya terjadi pada individu yang sudah lansia atau pensiun dari pekerjaannya, tetapi saat ini banyak yang terjadi saat mereka masih bekerja dan tingkat keparahan yang diderita mengakibatkan tidak bisa lagi untuk bekerja (Taylor, 2006).

Depresi bisa terjadi akibat terlalu lama di rumah sakit. Rata-rata lama hari rawat pasien stroke di RSCM adalah 14,6 hari dengan rata-rata usia pasien yaitu 60,7 tahun. Rata-rata lama hari rawat didapatkan sedikit memanjang pada kelompok usia diatas 65 tahun (15,5 hari) (Roza, 2010). Hal ini akan menambah risiko mengalami depresi maupun *hopelessness* pada pasien lansia.

Pemulihan stroke membutuhkan waktu yang lama dan proses yang sulit. Program rehabilitasi yang diikuti oleh pasien stroke kadang dirasakan tidak memberikan efek pada dirinya dan kurangnya bimbingan dari program rehabilitasi sebelum mereka meninggalkan rumah sakit mengakibatkan mereka mulai berfokus terhadap defisit yang terjadi pada dirinya. Akhirnya mereka merasa *hopelessness* dan tak berdaya. Kondisi ini menambah semakin parah depresinya (Sarafino, 2006).

Pasien stroke yang mengalami gangguan kognitif, bahasa, dan fungsional mempersulit klien untuk mengungkapkan perasaannya (Gupta, Pansari, & Shetty, 2002). Sehingga klien akan merasa frustrasi dengan keadaannya. Hal ini akan memiliki dampak negatif terhadap masa pemulihan dan hubungan sosial dengan lingkungan sekitarnya. Bahkan dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas (Ginkel et al, 2010).

Pada umumnya, pasien stroke disertai dengan dampak negatif secara psikologis. Salah satunya adalah depresi paska stroke. Menurut Schub & Caple (2010) depresi paska stroke adalah gangguan mood yang dapat terjadi setiap saat setelah stroke tapi biasanya dalam beberapa bulan pertama. Depresi paska stroke mempengaruhi sekitar 20-50% pasien stroke dalam tahun pertama setelah stroke, dan kejadian puncaknya diperkirakan pada 6 bulan poststroke. Penelitian Li, Wang, & Lin (2003) yang meneliti 106 pasien lansia yang mengalami stroke, mengemukakan bahwa pada pasien stroke yang mengalami depresi ringan mencapai 27,49% dan yang mengalami depresi sedang sampai berat mencapai 7,5%. Penelitian lain yang dilakukan oleh Fuh (1997) menyatakan bahwa kejadian depresi terhadap 45 pasien lansia yang mengalami stroke sebanyak 62,2%. Sit et al (2007) dalam penelitiannya terhadap 95 pasien stroke menemukan kejadian depresi pada 48 jam setelah masuk rumah sakit sebesar 69% dan 6 bulan setelahnya sebesar 48%.

Perasaan *hopelessness* dapat meningkatkan keparahan depresi. Studi yang dilakukan Mystakitdov et al (2007) melaporkan bahwa ada hubungan satu sama yang lain antara *hopelessness* dan depresi. Penelitian Mystakitdov et al (2009) yang lain juga menyatakan terdapat korelasi yang kuat antara depresi dan *hopelessness*. Hal ini juga diperkuat oleh penelitian Gil & Gilbar (2001) bahwa ada korelasi antara *hopelessness* dan depresi.

NANDA International (2011) mendefinisikan *hopelessness* adalah keadaan subyektif dimana individu tampak terbatas atau tidak memiliki alternatif pilihan dan tidak dapat memanfaatkan energi atas kemauannya sendiri, sedangkan *American Psychiatric Association* (2009) mendefinisikan *hopelessness* sebagai salah satu gejala gangguan depresi. Dunn (2005) mendefinisikan *hopelessness*

adalah harapan negatif terhadap masa depan atau merupakan reaksi terhadap penyakit fisik. *Hopelessness* difokuskan pada harapan tentang masa depan, sedangkan depresi dapat terjadi sebagai respon kesedihan ke peristiwa masa lalu. Penelitian yang dilakukan Mystakidou et al (2008) pada 94 pasien kanker tingkat lanjut menunjukkan adanya hubungan yang kuat antara kesedihan dengan *hopelessness*.

Penelitian yang dilakukan Dunn (2005) pada 351 sampel paska infark miokard setelah 14 hari pulang dari rumah sakit dan setelah 3 bulan. Bahwa gejala depresi menurun secara signifikan, sedangkan gejala *hopelessness* tidak ada penurunan. Gejala *hopelessness* terjadi pada pasien yang tidak memulai program latihan rehabilitasi maupun berhenti pada program latihan rehabilitasi. *Hopelessness* juga bisa diakibatkan karena kurangnya keterlibatan perawat dalam proses asuhan keperawatan (Wake et al, 1991, dalam Kylma, 2004).

Penelitian lain yang dilakukan Dunn et al (2006) sebanyak 525 pasien paska sindrom koroner akut mengalami *hopelessness* ringan sampai dengan berat sebanyak 27%, sedangkan yang mengalami depresi sebanyak 36%. *Hopelessness* mempunyai korelasi dengan depresi, namun dibedakan dengan karakteristik sampel berupa tingkat pendidikan yang lebih rendah cenderung mengalami *hopelessness* dibanding depresi. Pederson et al (2009) menemukan bahwa prognosis pasien *Coroner Arteri Disease* (CAD) yang berjumlah 534 orang yang mendapatkan terapi *Percutaneous Coroner Intervention* (PCI) setelah 3 tahun mengalami kekambuhan berupa infark miokard bahkan kematian, tertinggi pada pasien dengan *hopelessness* dan diabetes mellitus sebesar 15,9%, diikuti pasien dengan *hopelessness* sebesar 11,2%, pasien dengan diabetes mellitus sebesar 8,2% dan pasien dengan tidak ada faktor risiko (diabetes mellitus dan *hopelessness*) sebesar 3,5%. Penelitian ini diperkuat oleh Dunn (2005) bahwa *hopelessness* dapat menyebabkan penyakit penyerta lain bahkan dapat meningkatkan mortalitas.

Pasien stroke yang menilai bahwa penyakitnya adalah sebuah hal yang negatif dan merasa pesimis terhadap perkembangan penyakitnya akan berisiko mengalami *hopelessness*. Sehingga perawat menghadapi banyak tantangan dalam merawat

pasien *hopelessness*, termasuk kebutuhan untuk mendidik dan merawat selama pengobatan dan pemulihan (Dunn, 2005).

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi munculnya depresi maupun *hopelessness* seperti pendidikan, lama menderita, kemampuan fungsional, umur, penyakit penyerta, gangguan kognitif dan dukungan keluarga. Quan et al (2010) menyatakan seseorang yang berpendidikan rendah akan mengalami gejala depresi sebesar 1,5 kali dibanding dengan seseorang yang berpendidikan tinggi. Penelitian Fatoye (2009) terhadap 118 pasien stroke menyatakan bahwa pendidikan rendah mempengaruhi kejadian depresi paska stroke, selain itu juga menyatakan bahwa ada hubungan antara depresi dengan lama menderita stroke. Penelitian lain yang dilakukan Dahlin et al (2006) menyatakan ada hubungan antara tingkat depresi dengan gangguan aktivitas sehari-hari. Hal ini diperkuat oleh penelitian Sit et al (2007) bahwa gangguan aktivitas sehari-hari mempunyai hubungan yang sedang dengan depresi, dimana pada 48 jam setelah masuk rumah sakit dan 6 bulan setelahnya. Farrell (2004) dalam penelitiannya menyatakan bahwa depresi cenderung lebih kronis pada pasien yang lebih tua dibandingkan dengan orang dewasa muda. Hal yang sama juga dinyatakan oleh Gil & Gilbar (2001) yang mengemukakan ada korelasi antara *hopelessness* dan umur, terkait penyakit penyerta diungkapkan oleh Dunn (2005) bahwa *hopelessness* berhubungan dengan penyakit penyerta lain bahkan dapat meningkatkan terjadinya mortalitas, sedangkan pasien stroke yang tidak mengalami gangguan kognitif mengalami depresi sebesar 0,45 kali dibanding yang mengalami gangguan kognitif (Gao, 2009), bahkan ada korelasi juga antara persepsi klien terkait dengan dukungan keluarga (Li, 2003).

Menurut Kylma (2004) fokus asuhan keperawatan terkait *hopelessness* adalah mengembangkan aspek kepribadian pasien yang mengalami berbagai keluhan terhadap penyakitnya dengan melakukan pencegahan terhadap persepsi negatif melalui diskusi tentang harapan pasien di masa depan, sehingga basis ilmu keperawatan terkait *hopelessness* harus dikembangkan sebagai wujud peningkatan mutu asuhan keperawatan.

Deteksi gejala dan diagnosis pasien dengan gangguan depresi maupun *hopelessness* tidak akurat dan banyak pasien yang sudah depresi maupun *hopelessness* baru ditangani. Meskipun perawat mengakui bahwa observasi dan penilaian adalah bagian dari peran mereka dalam perawatan rehabilitasi pasien stroke, tetapi masih sedikit yang diketahui oleh perawat dalam menilai gangguan psikososial tersebut maupun intervensi keperawatan yang tepat untuk pencegahan (Ginkel et al, 2010). Proses deteksi yang akurat dan pilihan intervensi keperawatan yang tepat terkait dengan gangguan psikososial tersebut diharapkan dapat meningkatkan proses pemulihan paska stroke (Vogel, 1995; Dahlin et al, 2006). Di sisi lain akan mengurangi jumlah biaya yang harus dikeluarkan terkait lamanya pengobatan di rumah sakit.

Perawat sebagai bagian integral dari tim pelayanan kesehatan sangat berperan dalam mengupayakan terwujudnya kehidupan yang berkualitas bagi pasien stroke. Saat ini, perawat dalam menjalankan asuhan keperawatan banyak dilakukan secara rutinitas dan hanya berfokus pada penanganan fisik saja (Hasnita & Sanusi, 2006). Seharusnya dalam memberikan asuhan keperawatan harus bersifat komprehensif dan holistik yang meliputi bio, psiko, sosio, dan spiritual (Potter & Perry, 1997).

Melihat beratnya konsekuensi akibat menderita stroke serta fenomena dan hasil penelitian yang ada. Maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan depresi dan *hopelessness* pada pasien stroke. Sehingga dengan mengetahui secara jelas faktor apa saja dan faktor mana yang paling berhubungan dengan kejadian depresi dan *hopelessness*, maka data tersebut dapat dijadikan sebagai bahan acuan untuk mengembangkan intervensi keperawatan yang dapat berkontribusi positif untuk pasien stroke, sebagai upaya pencegahan maupun perawatan secara optimal.

1.2 Rumusan Masalah

Perkembangan klinis penyakit stroke dan proses pemulihan yang lama akan membuat pasien merasa frustrasi dengan keadaannya, sehingga mengakibatkan depresi maupun *hopelessness*. Gejala psikososial ini akan berdampak negatif

terhadap masa pemulihan dan hubungan sosial dengan lingkungan sekitarnya, bahkan dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas. Proses deteksi yang akurat dalam menentukan tingkat depresi maupun *hopelessness* akan menunjukkan pilihan intervensi keperawatan yang tepat terkait dengan gangguan psikososial tersebut, sehingga penanganan depresi maupun *hopelessness* berdasarkan keadaan pasien diharapkan dapat meningkatkan mutu asuhan keperawatan dalam proses pemulihan paska serangan stroke. Berdasarkan fakta tersebut maka peneliti ingin lebih jauh mengetahui tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan depresi dan *hopelessness* pada pasien stroke.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Tujuan umum penelitian ini adalah menjelaskan faktor-faktor yang berhubungan dengan depresi dan *hopelessness* pada pasien stroke.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah untuk menjelaskan :

- a. Hubungan usia dengan depresi dan *hopelessness* pada pasien stroke.
- b. Hubungan pendidikan dengan depresi dan *hopelessness* pada pasien stroke.
- c. Hubungan kemampuan fungsional dengan depresi dan *hopelessness* pada pasien stroke.
- d. Hubungan penyakit penyerta dengan depresi dan *hopelessness* pada pasien stroke.
- e. Hubungan fungsi kognitif dengan depresi dan *hopelessness* pada pasien stroke.
- f. Hubungan lama menderita stroke dengan depresi dan *hopelessness* pada pasien stroke.
- g. Hubungan dukungan keluarga dengan depresi dan *hopelessness* pada pasien stroke.
- h. Hubungan depresi dengan *hopelessness* pada pasien stroke.
- i. Faktor yang paling berhubungan dengan depresi dan *hopelessness* pada pasien stroke.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi pelayanan keperawatan

- a. Menambah pengetahuan dan kesadaran perawat tentang pentingnya memperhatikan aspek psikososial pada penanganan pasien stroke, sehingga pelayanan yang diberikan semakin berkualitas dan profesional.
- b. Sebagai acuan atau bahan kajian dalam merumuskan perencanaan asuhan keperawatan sehingga dapat dilakukan tindakan keperawatan yang sesuai dengan prioritas masalah dan kebutuhan pasien.

1.4.2 Bagi perkembangan ilmu keperawatan

Sebagai landasan untuk melakukan deteksi dini terhadap gangguan psikososial berupa depresi dan *hopelessness* yang mempengaruhi prognosis dan proses pemulihan pasien paska serangan stroke.

1.4.3 Manfaat untuk Pengembangan Ilmu Keperawatan

Penelitian ini dapat dijadikan sebagai pedoman untuk penelitian selanjutnya pada perawatan penyakit yang berbeda dengan tujuan untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan dibahas mengenai landasan teori berupa konsep, teori dan hasil-hasil penelitian seperti : konsep dasar stroke, asuhan keperawatan stroke, depresi paska stroke, *hopelessness* pada stroke, faktor yang berhubungan dengan depresi paska stroke dan *hopelessness*.

2.1 Konsep Dasar Stroke

2.1.1 Defenisi Stroke

Stroke atau penyakit serebrovaskuler mengacu kepada setiap gangguan neurologik mendadak yang terjadi akibat pembatasan atau terhentinya aliran darah melalui sistem suplai arteri otak (Price & Wilson,2005).

2.1.2 Etiologi Stroke

Ada beberapa faktor yang dapat menyebabkan stroke diantaranya sebagai berikut (Black, 2009 ; Smeltzer & Bare, 2002):

- a. Trombosis (bekuan darah di dalam pembuluh darah otak atau leher). Trombus dimulai bersamaan dengan kerusakan dinding pembuluh darah endotel. Aterosklerosis adalah pencetus utamanya. Trombus dapat terjadi di mana saja di sepanjang arteri karotis dan cabang-cabangnya. Trombosis merupakan penyebab stroke yang paling utama, kurang lebih sekitar 60% dari kejadian stroke.
- b. Embolisme serebral (bekuan darah atau material lain yang dibawa ke otak dari bagian tubuh yang lain). Mayoritas emboli berasal dari lapisan endokardium jantung, dimana plak keluar dari endokardium dan masuk ke sirkulasi. Embolisme serebral merupakan penyebab kedua stroke, kurang lebih sekitar 24% dari kejadian stroke.
- c. Hemoragik serebral (pecahnya pembuluh darah serebral dengan perdarahan ke dalam jaringan otak atau ruang sekitar otak). Hipertensi adalah penyebab utama perdarahan intraserebral. Prognosis pasien dengan perdarahan

intraserebral buruk, 50% kematian terjadi dalam 48 jam pertama. Tingkat kematian akibat perdarahan intraserebral berkisar antara 40% - 80%.

- d. Penyebab lain, contohnya: spasme arteri serebral karena iritasi, mengurangi perfusi ke area otak yang disuplai oleh pembuluh darah yang mengalami konstiksi tersebut; status hiperkoagulasi dapat mengakibatkan terjadinya trombosis dan stroke iskemik; kompresi pembuluh darah serebral yang diakibatkan dari tumor, bekuan darah yang besar ukurannya, atau abses otak. Penyebab-penyebab ini umumnya jarang terjadi.

Selain penyebab utama diatas, terdapat juga faktor-faktor risiko yang dapat mengakibatkan terjadinya stroke. Faktor-faktor tersebut adalah :

- a. Hipertensi, yang merupakan faktor risiko utama terjadinya stroke iskemik dan stroke hemoragik.
- b. Penyakit kardiovaskular dan atrial fibrilasi juga sering dikaitkan dengan peningkatan risiko stroke.
- c. Diabetes Melitus dapat meningkatkan risiko stroke.
- d. Faktor risiko lainnya : hiperlipidemia, merokok *cigarette*, konsumsi alkohol berlebihan, penggunaan kokain dan obesitas.

2.1.3 Klasifikasi Stroke

Stroke dapat dibagi dalam 2 (dua) kelompok besar yaitu :

a. Stroke Iskemik

Sekitar 80 - 85 persen stroke adalah stroke iskemik, yang terjadi akibat obstruksi atau bekuan di salah satu atau lebih arteri besar pada sirkulasi serebrum. Berdasarkan penyebabnya menurut Hickey (1997) dan Price & Wilson (2006) terdapat lima subtype dasar pada stroke iskemik yaitu :

a) Stroke Lakunar

Infark lakunar terjadi karena penyakit arteri kecil hipertensif dan menyebabkan sindrom stroke yang biasanya muncul dalam beberapa jam atau kadang-kadang lebih lama dengan angka kejadiannya sekitar 25%. Infark lakunar merupakan infark yang terjadi setelah oklusi aterotrombotik. Trombosis yang terjadi dalam pembuluh ini menyebabkan daerah infark yang kecil dan lunak yang disebut dengan lakuna. Perubahan

yang terjadi pada pembuluh-pembuluh ini disebabkan oleh disfungsi endotel karena penyakit hipertensi persisten.

b) Trombosis arteri besar atau penyakit aterosklerotik

Stroke jenis ini berkaitan dengan lesi aterosklerotik yang menyebabkan penyempitan atau stenosis di arteria karotis interna dengan angka kejadiannya sekitar 20%. Trombosis pembuluh darah otak cenderung memiliki awitan yang bertahap, bahkan berkembang dalam beberapa hari dan dikenal dengan istilah stroke *in evolution*. Pelannya aliran darah pada arteri yang mengalami trombosis parsial mengakibatkan defisit perfusi dan menyebabkan reduksi mendadak curah jantung atau tekanan darah sistemik.

c) Stroke Emboli Kardiogenik

Stroke yang terjadi akibat embolus dapat menimbulkan defisit neurologik mendadak dengan efek maksimum sejak awitan penyakit dengan angka kejadiannya sekitar 20%. Biasanya serangan terjadi saat pasien beraktivitas. Trombus embolik ini sering tersangkut di pembuluh darah yang mengalami stenosis. Penyebab terseringnya adalah atrium fibrilasi.

d) Stroke Kriptogenik

Sebagian pasien mengalami oklusi mendadak pembuluh intrakranium besar tanpa penyebab yang jelas dengan angka kejadiannya sekitar 30%. Kelainan ini disebut stroke kriptogenik karena sumbernya “tersembunyi”.

e) Stroke karena penyebab lain

Beberapa penyebab lain stroke yang lebih jarang dengan angka kejadiannya sekitar 5% adalah displasia fibromuskular, dan arteritis temporalis. Displasia fibromuskular terjadi di arteria servikalis. Pada pemeriksaan dopler, tampak banyak lesi seperti sosis di arteri, dengan penyempitan stenotik berselang-seling dengan bagian-bagian yang mengalami dilatasi. Arteritis temporalis terutama menyerang lanjut usia dimana arteri karotis eksterna dan terutama arteria temporalis mengalami peradangan granulomatosa dengan sel-sel raksasa.

b. Stroke Hemoragik

Terjadi sekitar 15 – 20 persen dari semua jenis stroke, dapat terjadi apabila lesi vaskular intraserebrum mengalami ruptur sehingga terjadi perdarahan ke dalam ruang subaraknoid atau langsung ke dalam jaringan otak. Tipe-tipe perdarahan yang mendasari stroke hemoragik adalah :

a) Perdarahan Intraserebral

Perdarahan intraserebral paling sering terjadi akibat cedera vaskular yang dipicu oleh hipertensi dan ruptur salah satu dari banyak arteri yang menembus ke dalam jaringan otak. Perdarahan menyebabkan elemen-elemen vasoaktif darah yang keluar menekan neuron-neuron di daerah yang terkena dan sekitarnya. Jumlah darah yang keluar menentukan prognosis. Apabila volume darah lebih dari 60 cc maka risiko kematian sebesar 71% – 93%. Sedangkan bila volume perdarahan antara 30 cc – 60 cc, kemungkinan kematian sebesar 75% dan apabila perdarahan hanya 5 cc namun terletak di pons, maka akibatnya sangat fatal (Fayad & Awad, 1998, dalam Misbach, 1999).

b) Perdarahan Subaraknoid

Perdarahan subaraknoid relatif kecil jumlahnya (kurang dari 0,01% dari populasi USA), sedangkan di ASEAN 4% (*hospital based*) dan di Indonesia 4,2% (*hospital based*) (Misbach, 1996, dalam Misbach, 1999). Gejala perdarahan yang timbul sangat khas disertai dengan keluhan nyeri kepala hebat pada saat onset penyakit. Stroke jenis ini dapat menyebabkan kematian pada 12,5% kasus (Kassel et al, 1990 dalam Misbach, 1999).

2.1.4 Faktor Risiko

Penggolongan faktor risiko stroke didasarkan pada dapat atau tidaknya risiko tersebut ditanggulangi atau diubah.

a. Faktor risiko yang tidak dapat diubah (AHA/ASA, 2006).

a) Usia

Kemunduran sistem pembuluh darah meningkat seiring dengan bertambahnya usia hingga makin bertambah usia makin tinggi kemungkinan

mendapat stroke. Dalam statistik, faktor ini menjadi 2 kali lipat setelah usia ≥ 55 tahun.

b) Jenis Kelamin

Stroke diketahui lebih banyak diderita laki-laki dibanding perempuan. Kecuali umur 35 – 44 tahun dan diatas 85 tahun, lebih banyak diderita perempuan. Hal ini diperkirakan karena pemakaian obat kontrasepsi oral dan usia harapan hidup perempuan yang lebih tinggi dibanding laki-laki. Perempuan Indonesia mempunyai usia harapan hidup tiga sampai empat tahun lebih tinggi dari usia harapan hidup laki-laki.

c) Ras

Penduduk Afrika - Amerika dan Hispanic - Amerika berpotensi stroke lebih tinggi dibanding Eropa - Amerika. Pada penelitian penyakit arterosklerosis terlihat bahwa penduduk kulit hitam mendapat serangan stroke 38% lebih tinggi dibanding kulit putih.

d) Faktor Keturunan

Adanya riwayat stroke pada orang tua, meningkatkan faktor risiko terjadinya stroke. Hal ini diperkirakan melalui beberapa mekanisme antara lain faktor genetik; faktor kultur atau lingkungan dan *life style*; interaksi antara faktor genetik dan lingkungan.

b. Faktor risiko yang dapat diubah

Stroke pada prinsipnya dapat dicegah. Sebuah penelitian menunjukkan bahwa 50% kematian akibat stroke pada pasien yang berusia di bawah 70 tahun dapat dicegah dengan menerapkan pengetahuan yang ada (Hudak & Gallo, 1996). Faktor risiko yang dapat diubah antara lain :

a) Hipertensi

Makin tinggi tekanan darah, makin tinggi kemungkinan terjadinya stroke, baik perdarahan maupun iskemik. Faktor risiko stroke terbanyak adalah hipertensi dengan 71% dari 3723 kasus (Misbach, 1999). Pengendalian

tekanan darah dapat mengurangi 38% insiden stroke (Black & Hawks, 2005).

b) Merokok

Merokok merupakan masalah kesehatan yang utama di banyak negara berkembang termasuk Indonesia. Rokok mengandung lebih dari 4000 jenis bahan kimia yang di antaranya bersifat karsinogenik atau mempengaruhi sistem vaskular. Penelitian menunjukkan bahwa merokok merupakan faktor risiko terjadinya stroke, terutama dalam kombinasi dengan faktor risiko yang lain misalnya pada kombinasi merokok dan pemakaian obat kontrasepsi oral. Hal ini juga ditunjukkan pada perokok pasif. Merokok meningkatkan terjadinya trombus, karena terjadinya arterosklerosis. Merokok berkontribusi 12% - 14% kematian akibat stroke (AHA/ASA, 2006). Menurut WHO dalam *World Health Statistics* (2007), total jumlah kematian akibat tembakau (merokok) diproyeksikan naik dari 5,4 juta pada tahun 2005 menjadi 6,4 juta pada tahun 2015 dan 8,3 juta pada tahun 2030.

c) Diabetes Melitus (DM)

DM merupakan penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin atau keduanya. Faktor risiko stroke akibat DM sebanyak 17,3% (Misbach, 1999). Pasien DM cenderung menderita arterosklerosis dan meningkatkan terjadinya hipertensi, kegemukan dan kenaikan kadar kolesterol. Kombinasi hipertensi dan diabetes sangat menaikkan komplikasi diabetes termasuk stroke (AHA/ASA, 2006).

d) Kelainan Jantung

Kelainan jantung merupakan sumber emboli untuk terjadinya stroke. Yang tersering adalah atrium fibrilasi. Setiap tahun, 4% dari pasien atrium fibrilasi mengalami stroke (AHA/ASA, 2006).

e) Dislipidemia

Meningkatnya kadar kolesterol total dan *Low Density Lipoprotein* (LDL) berkaitan erat dengan terjadinya aterosklerosis. Kolesterol LDL yang tinggi merupakan risiko terjadinya stroke iskemik. Kejadian stroke meningkat pada pasien dengan kadar kolesterol total di atas 240 mg/dL. Setiap kenaikan kadar kolesterol total 38,7 mg/dL meningkatkan risiko stroke sebanyak 25% (AHA/ASA, 2006).

f) Latihan fisik

Pasien stroke direkomendasikan melakukan latihan fisik (olah raga) secara teratur 3 – 7 hari per minggu dengan durasi 20 – 60 menit per hari (AHA/ASA, 2006). Ahli bedah umum Amerika merekomendasikan untuk melakukan latihan fisik secara teratur setiap hari selama 30 menit. Latihan fisik secara teratur membantu mengurangi timbulnya penyakit jantung dan stroke. Ketidakaktifan, kegemukan atau keduanya berisiko meningkatkan tekanan darah, kolesterol darah, diabetes, penyakit jantung dan stroke (ASA, 2008).

g) Kegemukan

Kegemukan biasanya berhubungan dengan pola makan, DM tipe 2, peningkatan kadar kolesterol dan peningkatan tekanan darah. Penghitungan kegemukan berdasarkan BMI (*Body Mass Index*) yaitu *underweight* < 18,5, normal 18,5 – 24,9, *overweight* 25 – 29,9, obesitas I 30 – 34,5, obesitas II 35 – 39,9 dan *extreme obesity* > 40. *Central obesity/gemuk perut* dihitung jika lingkar pinggang (*waist circumference*) pada laki-laki > 102 cm dan perempuan > 88 cm (*National Heart Lung and Blood Institute/NHLBI*, 2007).

h) Pola diet

Aspek diet yang dihubungkan dengan risiko terjadinya stroke adalah intake sodium yang tinggi dan nutrisi tinggi lemak. Efek potensial sodium dan lemak terhadap kejadian stroke dihubungkan dengan peningkatan tekanan darah (AHA/ASA, 2006).

i) Konsumsi alkohol

Konsumsi alkohol berlebihan merupakan faktor utama terjadinya hipertensi dan penyakit yang berhubungan dengan hipertensi adalah stroke (AHA/ASA, 2006). Penelitian yang dilakukan di Cina pada 1991 dan dilakukan *follow up* tahun 1999 dan 2000 menunjukkan pemakaian alkohol yang berlebihan (lebih dari 1750 mL per minggu) secara signifikan meningkatkan insiden stroke sebesar 22% dan risiko kematian 30% lebih tinggi dari non pemakai alkohol (Bazzano, 2000).

j) Drug Abuse/narkoba

Pemakaian obat-obatan seperti cocain, amphetamine, heroin dan sebagainya meningkatkan terjadinya stroke. Obat-obat ini dapat mempengaruhi tekanan darah secara tiba-tiba dan menyebabkan terjadinya emboli (AHA/ASA, 2006).

k) Pemakaian obat kontrasepsi oral

Risiko stroke meningkat jika memakai obat kontrasepsi oral dengan dosis tinggi. Umumnya risiko stroke terjadi jika pemakaian ini dikombinasi dengan adanya usia lebih dari 35 tahun, perokok, hipertensi, dan diabetes (Hershey, 1999, dalam Black & Hawks, 2005).

l) Gangguan Pola Tidur

Gangguan pola tidur ini dikenal dengan istilah *sleep disordered breathing* (SDB). Penelitian membuktikan bahwa tidur mendengkur meningkatkan terjadinya stroke. Pola tidur mendengkur sering disertai *apneu* (henti nafas), tidak hanya berpotensi menyebabkan stroke tapi juga gangguan jantung. Hal ini disebabkan penurunan aliran darah ke otak. SDB lebih sering terjadi pada laki-laki dari pada perempuan dengan perbandingan 2: 1, dan terjadi mulai usia pertengahan (AHA/ASA, 2006).

m) Kenaikan lipoprotein (a)/ Lp (a)

Lipid protein kompleks yang meningkat merupakan risiko terjadinya penyakit jantung dan stroke. Lp (a) merupakan partikel dari LDL dan peningkatannya akan meningkatkan terjadinya trombosis dengan mekanisme menghambat plasminogen aktivator. Dibanding dengan faktor risiko stroke yang lain (hipertensi, hiperkolesterolemia, hipertrigliserid, penyakit jantung, DM) (AHA/ASA, 2006).

2.1.5 Patofisiologi Stroke

Otak sangat sensitif jika terjadi ketidakadekuatan perfusi. Tidak seperti jaringan tubuh lain, seperti otot contohnya, otak tidak dapat melakukan metabolisme anaerob sebagai respon ketiadaan glukosa dan oksigen. Perfusi ke otak lebih banyak dibandingkan organ vital lainnya untuk mempertahankan metabolisme serebral (Black, 2005).

a. Patofisiologi Stroke Iskemik (Misbach, 2007, Smeltzer & Bare, 2002).

Patofisiologi stroke iskemik karena ateroma, trombus, atau emboli adalah sama. Lumen pembuluh darah mengalami penyempitan atau tersumbat, mengakibatkan kondisi iskemik di area otak yang disuplai oleh arteri yang tersumbat tersebut. Kondisi iskemia akan menyebabkan hipoksemia daerah regional otak dan menimbulkan reaksi-reaksi berantai yang berakhir dengan kematian sel-sel otak dan unsur-unsur pendukungnya. Secara umum, daerah regional otak yang iskemik terdiri dari bagian inti (*core*) dengan tingkat iskemia terberat dan berlokasi di sentral. Di luar daerah *core* iskemik terdapat daerah penumbra iskemik. Daerah penumbra iskemik ini yang menjadi sasaran terapi.

Dipandang dari segi biologi molekuler, ada dua mekanisme kematian sel otak. Pertama proses nekrosis, suatu kematian berupa ledakan sel akut akibat penghancuran *sitoskeleton* sel, yang berakibat timbulnya reaksi inflamasi dan proses fagositosis debris nekrotik. Nekrosis seluler dipicu oleh *exitotoxic injury* dan *free radical injury* akibat bocornya neurotransmitter glutamat dan aspartat yang sangat toksik terhadap struktur *sitoskeleton* otak. Proses

kematian kedua adalah proses *apoptosis* atau *silent death*, *sitoskeleton* sel neuron mengalami penciutan atau *shrinkage* tanpa adanya reaksi inflamasi seluler.

Kematian *Apoptotic* lebih berkaitan dengan reaksi rantai *Ischemic cascade* yang akan mengancam sel-sel di dalam area penumbra (zona hipoperfusi yang terbentuk di sekitar sel-sel yang ada di pusat area stroke yang mengalami infark) karena depolarisasi membran dari dinding sel akan mengakibatkan peningkatan kalsium intrasel dan pelepasan glutamat (Hock, 1999 dalam Smeltzer & Bare, 2002).

Ischemic cascade dimulai saat perfusi serebral kurang hingga dibawah 25 mL/100 g/menit. Pada kondisi ini, neuron-neuron sudah tidak dapat lagi mempertahankan respirasi aerob. Tanpa adanya oksigen, *adenosine triphosphate* (ATP), yang merupakan sumber energi bagi sel untuk melakukan fungsinya (contoh : rantai respirasi sel, metabolisme lipid) akan dengan cepat habis. Mitokondria kemudian melakukan respirasi anaerob, yang kemudian menghasilkan banyak asam laktat, mengakibatkan perubahan level pH. Asam laktat dan akumulasi asam lemak bebas menyebabkan asidosis intrasel, dan pada akhirnya akan menghambat fungsi mitokondria. Pompa membran yang berfungsi untuk mempertahankan keseimbangan elektrolit mulai mengalami kegagalan dan sel otak gagal untuk berfungsi.

Neurotoksin, termasuk radikal bebas oksigen, nitrat oksida, dan glutamat, dilepaskan. Asidosis lokal terjadi. Membran depolarisasi terjadi. Hal ini mengakibatkan influx kalsium dan natrium. Influx kalsium dan pelepasan glutamat, jika terus menerus terjadi, akan mengaktifkan sejumlah rangkaian kerusakan yang akan mengakibatkan destruksi membran sel otak, pelepasan lebih banyak kalsium dan glutamat, vasokonstriksi, dan pelepasan radikal bebas. Kondisi ini akan mengakibatkan kematian sel otak (infark serebri).

Tabel 2.1 Ambang Batas Iskemik Serebral

Kisaran normal	40-50 mL/100 g/ menit
Oligemia	30-40 mL/100 g/ menit
Iskemia ringan	20-30 mL/ 100 g/ menit Fungsi elektrik otak terganggu
Iskemia sedang (penumbra)	10-20 mL/ 100 g/ menit Kerusakan sel-sel otak yang reversibel
Iskemia berat (inti lesi)	0-10 mL/ 100 g/ menit Kerusakan sel-sel otak yang ireversibel

Sumber : Hock (1999, dalam Hickey, 2003)

b. Patofisiologi Stroke Hemoragik (Misbach, 2007; Smeltzer & Bare, 2002).

Patofisiologi stroke hemoragik terkait dengan peningkatan tekanan intrakranial (TIK) yang cepat, respon seluler terhadap kondisi iskemik, tekanan perfusi serebral yang berubah, dan kemungkinan herniasi. Saat terjadi hemoragik intraserebral, darah dipaksa masuk ke parenkim serebral sekitarnya dan mengakibatkan terbentuknya hematoma. Perjalanan patologi yang terjadi sangat dinamis dan terus berlangsung selama beberapa hari pertama setelah serangan stroke. Dalam 20% hingga 30% kasus yang ada, volume perdarahan akan meningkat dalam 24 jam pertama. Hematoma akan meluas dan menekan jaringan serebral yang berdekatan dan respon seluler terhadap kondisi iskemik dan edema serebral terjadi, sehingga pada akhirnya akan mengakibatkan peningkatan tekanan intrakranial (TIK).

Hasil akhir hemoragik intrakranial dapat juga meliputi kemungkinan terjadinya neurotoksisitas yang berasal dari produk-produk degradasi darah dan iskemia neuronal yang terjadi. Hemoragik intraserebral yang luas dapat mengakibatkan pergeseran *midline* dan sindrom herniasi dan memiliki tingkat kematian yang tinggi yaitu sekitar 50%.

2.1.6 Manifestasi Klinis Stroke

Stroke dapat menimbulkan efek pada berbagai fungsi tubuh, meliputi : aktivitas motorik, eliminasi bowel dan urin, fungsi intelektual, kerusakan persepsi sensori, kepribadian, afek, sensasi, menelan, dan komunikasi. Fungsi-fungsi tubuh yang mengalami gangguan tersebut secara langsung terkait dengan arteri yang tersumbat dan area otak yang tidak mendapatkan perfusi adekuat dari arteri

tersebu. Manifestasi klinis menurut Smeltzer & Bare (2002) dan Lewis (2007) yaitu:

a. Kehilangan Fungsi Motorik

Defisit motorik merupakan efek stroke yang paling jelas terlihat. Defisit motorik meliputi kerusakan : mobilitas, fungsi respirasi, menelan dan berbicara, refleks gag, dan kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari. Gejala-gejala yang muncul diakibatkan oleh adanya kerusakan motor neuron pada jalur piramidal (berkas saraf dari otak yang melewati *spinal cord* menuju sel-sel motorik). Stroke mengakibatkan lesi pada motor neuron atas (*Upper Motor Neuron = UMN*) dan mengakibatkan hilangnya kontrol volunter terhadap gerakan motorik. Karakteristik defisit motorik meliputi akinesia, gangguan integrasi gerakan, kerusakan tonus otot, dan kerusakan refleks. Karena jalur piramidal menyeberang pada saat di medulla, kerusakan kontrol motorik volunter pada satu sisi tubuh merefleksikan adanya kerusakan motor neuron atas di sisi yang berlawanan pada otak (kontralateral).

Disfungsi motorik yang paling sering terjadi adalah hemiplegia (paralisis pada satu sisi tubuh). Pada fase akut stroke, gambaran klinis yang muncul adalah paralisis *flaccid* dan hilang atau menurunnya refleks tendon dalam. Saat refleks tendon ini muncul kembali (biasanya 48 jam), peningkatan tonus otot dapat dilihat bersamaan dengan spastisitas (peningkatan tonus otot abnormal) pada ekstremitas yang terkena.

b. Kehilangan Fungsi Komunikasi

Fungsi otak lain yang dipengaruhi adalah bahasa dan komunikasi. Stroke adalah penyebab utama terjadinya afasia. Disfungsi bahasa dan komunikasi akibat stroke adalah : a). Disartria (kesulitan berbicara), diakibatkan oleh paralisis otot yang bertanggung jawab untuk menghasilkan bicara. b). Disfasia (kesulitan terkait penggunaan bahasa) atau afasia (kehilangan total kemampuan menggunakan bahasa), dapat berupa afasia ekspresif, afasia reseptif, atau afasia global (campuran antara keduanya). c). Apraksia (ketidakmampuan untuk melakukan tindakan yang telah dipelajari sebelumnya).

c. Kerusakan Afek

Pasien yang pernah mengalami stroke akan kesulitan mengontrol emosinya. Respon emosinya tidak dapat ditebak. Perasaan depresi akibat perubahan gambaran tubuh dan hilangnya berbagai fungsi tubuh dapat membuat makin parah. Pasien dapat pula mengalami frustrasi karena masalah mobilitas dan komunikasi.

d. Kerusakan Fungsi Intelektualitas

Baik itu memori maupun penilaian dapat terganggu sebagai akibat dari stroke. Pasien dengan stroke otak kiri sering sangat berhati-hati dalam membuat penilaian. Pasien dengan stroke otak kanan cenderung lebih impulsif dan bereaksi lebih cepat.

e. Gangguan Persepsi dan Sensori

Persepsi adalah kemampuan untuk menginterpretasikan sensasi. Stroke dapat mengakibatkan disfungsi persepsi visual, gangguan dalam hubungan visuospasial, dan kehilangan sensori. Disfungsi persepsi visual diakibatkan oleh adanya gangguan jalur sensori primer antara mata dan korteks visual. Hilangnya sensori akibat stroke dapat berupa kerusakan yang ringan (contoh: sentuhan) atau kerusakan yang lebih berat, yaitu hilangnya propriosepsi (kemampuan untuk menilai posisi dan gerakan bagian-bagian tubuh) dan kesulitan menginterpretasi stimulus visual, taktil dan auditori.

f. Gangguan Eliminasi

Kebanyakan masalah yang terkait dengan eliminasi urin dan bowel terjadi pada tahap akut dan bersifat sementara. Saat salah satu hemisfer otak terkena stroke, prognosis fungsi kandung kemih baik. Awalnya, pasien dapat mengalami urgensi dan inkontinensia. Walaupun kontrol motor bowel biasanya tidak terganggu, pasien sering mengalami konstipasi yang diakibatkan oleh imobilitas, otot abdomen yang melemah, dehidrasi dan respon yang menurun terhadap refleks defekasi. Masalah eliminasi urin dan bowel dapat juga disebabkan oleh ketidakmampuan pasien mengekspresikan kebutuhan eliminasi.

2.2 Asuhan Keperawatan Stroke

2.2.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian terkait gangguan psikososial pasien stroke berdasarkan NOC dan NIC (Ackley & Ladwig, 2011; Wilkinson, 2007) yaitu :

- a. Mekanisme koping meliputi pantau perilaku agresif, nilai dampak dari situasi kehidupan pasien terhadap peran dan hubungannya dengan orang lain, kaji kemampuan pasien dalam membuat keputusan, kaji eksplorasi metode yang digunakan pasien pada masa sebelumnya dalam mengatasi masalah kehidupannya, dan kaji kemungkinan terjadinya risiko menyakiti diri.
- b. Keputusasaan meliputi kaji afek dan kemampuan membuat keputusan, kaji nutrisi dan berat badan, kaji kebutuhan spiritual, dan kaji keadekuatan hubungan dan dukungan sosial lain.
- c. Isolasi sosial meliputi kaji pola interaksi antara pasien dan orang lain.
- d. Kecemasan meliputi kaji dan dokumentasikan tingkat kecemasan pasien, kaji dukungan yang disediakan oleh orang yang penting bagi pasien, tentukan sumber ansietas.
- e. Harga diri rendah meliputi kaji pernyataan pasien tentang penghargaan diri, kaji rasa percaya diri pasien dalam penilaian diri, dan kaji frekwensi pengungkapan diri yang negatif.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

The North American Nursing Diagnosis Association/NANDA (2011), Ackley & Ladwig (2011) mengidentifikasi beberapa diagnosa keperawatan pada pasien stroke terkait gangguan psikososial diantaranya adalah

- a. Koping tidak efektif berhubungan dengan *disability*, dukungan sosial yang tidak adekuat, tingkat percaya diri yang tidak adekuat.
- b. *Hopelessness* berhubungan dengan penurunan kondisi fisiologis, stress jangka panjang, dan keterbatasan aktivitas jangka panjang yang mengakibatkan isolasi.
- c. Isolasi sosial berhubungan dengan ketebatasan fisik, keterbatasan kemampuan dalam berkomunikasi.

- d. Cemas berhubungan dengan krisis situasional, perubahan kondisi fisik atau emosional.
- e. Harga diri rendah situasional berhubungan dengan gangguan citra tubuh, kurang penghargaan, perubahan peran sosial.

2.2.3 Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan memiliki dampak yang signifikan dalam proses penyembuhan pasien. Pasien dan keluarga dapat ikut disertakan untuk menentukan tujuan rencana keperawatan bersama dengan perawat. Tujuan yang ingin dicapai berdasarkan NOC (Ackley & Ladwig, 2011; Wilkinson, 2007) adalah

- a. Pasien mampu menunjukkan koping yang efektif.
- b. Pasien menunjukkan semangat untuk hidup, optimisme dan percaya pada diri sendiri dan orang lain.
- c. Pasien mampu menunjukkan keterlibatan sosial.
- d. Pasien mampu menghilangkan atau mengurangi perasaan khawatir dan tegang dari suatu sumber yang tidak dapat diidentifikasi.
- e. Pasien mempunyai penilaian diri terhadap penghargaan diri.

2.2.4 Intervensi Keperawatan

Intervensi Keperawatan berdasarkan gangguan psikososial pada pasien stroke menurut NIC (Ackley & Ladwig, 2011; Wilkinson, 2007) adalah :

- a. Peningkatan Koping

Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah ini meliputi : gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan; hindari pembuatan keputusan pada saat pasien berada dalam stress berat; bantu penyaluran kemarahan dan rasa bermusuhan secara konstruktif; dukung pengungkapan secara verbal tentang perasaan, persepsi, dan ketakutan; bantu pasien untuk mengidentifikasi sistem pendukung yang tersedia.

b. Membangkitkan Harapan

Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah ini diantaranya meliputi : bantu pasien atau keluarga untuk mengidentifikasi area harapan dalam kehidupan; libatkan pasien secara aktif untuk merawat dirinya; dukung hubungan terapeutik dengan orang yang berarti; bantu pasien memperluas spiritual diri; ajari pengenalan terhadap realita dengan meninjau situasi dan membuat rencana yang mungkin.

c. Peningkatan Sosialisasi

Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah ini diantaranya meliputi : dukung hubungan dengan orang lain yang mempunyai ketertarikan dan tujuan yang sama; berikan umpan balik tentang peningkatan dalam perawatan penampilan diri atau aktivitas lainnya; dukung pasien untuk mengubah lingkungan, seperti pergi jalan-jalan dan menonton film; dukung usaha-usaha yang dilakukan pasien, keluarga, dan teman-teman untuk berinteraksi.

d. Pengurangan Ansietas

Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah ini diantaranya meliputi : gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan; pernyataan yang jelas dan perilaku pasien; damping pasien untuk meningkatkan keamanan dan mengurangi rasa takut; bantu pasien untuk mengidentifikasi situasi yang mencetuskan ansietas; sediakan informasi factual menyangkut diagnosis, perawatan dan prognosis; dan beri dorongan kepada keluarga untuk menemani pasien.

e. Peningkatan Harga Diri

Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah ini meliputi : percayakan pada kemampuan pasien untuk mengatasi situasi; dukung peningkatan tanggung jawab diri, jika diperlukan; kaji alasan-alasan untuk mengkritik atau menyalahkan diri; dukung pasien untuk menerima tantangan baru; dan ajarkan ketrampilan berperilaku positif melalui bermain peran, model peran, diskusi dan sebagainya.

2.3 Depresi paska stroke

Menurut Schub & Caple (2010) depresi paska stroke adalah gangguan mood yang dapat terjadi setiap saat setelah stroke dan biasanya terjadi dalam bulan pertama. Menurut Bour et al (2009) depresi paska stroke adalah gangguan emosional yang sering terjadi setelah suatu serangan stroke.

Penyebab dari *post stroke depression* (PSD) melibatkan kombinasi dari mekanisme fisik dan psikologis (Schub & Caple, 2010). Spaletta et al (2001, dalam Taylor, 2006) mengatakan bahwa defisit neurologi selain berakibat pada fisiknya juga emosinya. Pasien dengan kerusakan otak sebelah kiri mengalami kecemasan maupun depresi. Sedangkan Li, Wang, & Lin, (2003) mengungkapkan bahwa lokasi lesi, stroke frontal dan jalur kontrol katekolamin menyebabkan depresi paska stroke. Hal ini diperkuat oleh penelitian Farrell (2004) menunjukkan bahwa penyebab depresi setelah stroke adalah karena faktor organik.

Faktor risiko untuk depresi paska stroke menurut Schub & Caple (2010) diantaranya ada peningkatan keparahan stroke, penurunan intelektual, meningkatnya derajat aphasia, riwayat pribadi atau keluarga depresi atau tinggal sendirian. Selain di atas Farrell (2004) juga menambahkan faktor risiko pada depresi yaitu penyakit kronis yang menyertai, insomnia, dan alkoholisme.

Gejala depresi dapat berkembang setiap saat setelah stroke, tetapi periode risiko terbesar adalah dalam beberapa bulan pertama. Menurut *Diagnostic and Statistik Manual of Mental Disorders* (DSM-IV), gejala depresi utama termasuk mood depresi hampir sepanjang hari, tidak tertarik dalam beraktivitas, perubahan berat badan, nafsu makan menurun, tingkat energi menurun, gangguan pola tidur, gangguan fungsi psikomotorik, kesulitan berkonsentrasi, perasaan negatif tentang dirinya, lekas marah, menghindari kontak mata dan berpikiran tentang kematian atau bunuh diri (Schub & Caple, 2010; Li, Wang, & Lin, 2003).

Gejala depresi paska stroke yang ditimbulkan sebagai akibat lesi (kerusakan) pada susunan saraf pusat otak dan bisa juga akibat dari gangguan penyesuaian karena ketidakmampuan fisik dan kognitif paska stroke (Hawari, 2006). Hirota, Seligman & Weiss (2003, dalam Sarafino 2004) mengemukakan bahwa perasaan tidak berdaya merupakan bentuk reaksi depresi dimana seseorang merasa tidak mampu menemukan jalan keluar atau penyelesaian masalah yang dihadapi terutama saat menghadapi stress, seseorang akan berhenti berusaha dan kemudian menyerah.

Depresi paska stroke mempunyai dimensi perubahan pada mood, afektif, kognitif, behavioral, neurovegetatif dan endokrin. Perubahan mood pada depresi berupa kesedihan dan kehilangan kemampuan untuk bergembira. Kelainan afektif dapat terlihat dari muka dan sikap yang sedih dan sering menangis. Sedangkan perubahan kognitif yang terjadi adalah kehilangan motivasi, inisiatif, dan menjadi apatis. Penderita menjadi merasa tidak berdaya, tidak berguna, tidak dapat konsentrasi dan merasa tidak dapat menolong dirinya sendiri, bahkan terkadang disertai juga perasaan gangguan organik (hipokondriasis). Beberapa diantaranya ada yang menarik diri dari pergaulan atau kegiatan sosial, disertai halusinasi dan delusi (Misbach, 1999).

Depresi berat dapat menyebabkan gangguan berupa perasaan ketidakberdayaan yang berkepanjangan dan berlebih-lebihan sehingga mendorong pasien stroke untuk bunuh diri (Schulz et al, 2000). Perasaan takut jatuh, terjadinya serangan stroke ulangan, dan bahkan perasaan tidak nyaman oleh pandangan orang lain terhadap cacat dirinya dapat menyebabkan penderita stroke membatasi diri untuk tidak keluar dari lingkungannya. Keadaan ini selanjutnya dapat mendorong penderita ke dalam gejala depresi yang berdampak pada motivasi dan rasa percaya dirinya (Hill, Payne, & Ward, 2000). Ketidakmampuan fisik bersama-sama dengan gejala depresi dapat menyebabkan aktivitas penderita stroke menjadi sangat terbatas pada tahun pertama, namun dukungan sosial dapat mengurangi dampak dari ketidak-mampuan fisik serta depresi tersebut. Ketidakmampuan fisik yang menyebabkan hilangnya peran hidup yang dimiliki penderita dapat

menyebabkan gangguan persepsi akan konsep diri yang bersangkutan dan dengan sendirinya mengurangi kualitas hidupnya (Suwantara, 2004).

2.4 *Hopelessness* pada stroke

Hopelessness sering dicirikan sebagai lawan kata dari harapan (Tutton et al, 2009). *Hopelessness* terdiri dari dua proses, yaitu proses menyerah menuju keputusan dan proses memilih jalan konstruktif menuju pengharapan (Kylma, 2004). Proses perkembangan penyakit yang semakin parah dan lamanya proses pemulihan menyebabkan pasien stroke cenderung *hopelessness* (Dunn, 2005).

NANDA Internasional (2011) mendefinisikan *hopelessness* adalah keadaan subyektif dimana individu tampak terbatas atau tidak memiliki alternatif pilihan dan tidak dapat memanfaatkan energi atas kemauannya sendiri, sedangkan *American Psychiatric Association* (2009) mendefinisikan *hopelessness* sebagai salah satu gejala gangguan depresi. Dunn (2005) mendefinisikan *hopelessness* adalah harapan negatif terhadap masa depan atau merupakan reaksi terhadap penyakit fisik.

Menurut NANDA International (2011) penyebab *hopelessness* meliputi penurunan kondisi fisiologis, kehilangan kepercayaan pada kekuatan spiritual, stress jangka panjang, dan pembatasan aktivitas jangka panjang yang mengakibatkan isolasi.

Tanda dan gejala *hopelessness* yaitu pikiran negatif, tidak mempunyai harapan, pikiran yang terbatas, isyarat verbal seperti “saya tidak bisa”, tidak mampu membuat hal-hal yang lebih baik (Dunn, 2004). Menurut NANDA International (2011) tanda dan gejala *hopelessness* meliputi menutup mata, penurunan afek, penurunan selera makan, penurunan respon terhadap stimulus, penurunan verbalisasi, kurang inisiatif, kurang keterlibatan dalam asuhan, pasif, mengangkat bahu sebagai respon terhadap orang yang mengajak bicara, gangguan pola tidur, meninggalkan orang yang diajak bicara, dan isyarat verbal seperti “saya tidak dapat”.

Gambaran klinis dari tahapan stroke dapat memunculkan gejala *hopelessness* seperti munculnya hemiplegi maupun hemiparesis akibat dari gangguan kontrol motor volunter pada salah satu sisi tubuh. Kemudian disfasia atau afasia ditunjukkan dengan bicara defektif atau kehilangan bicara, sehingga hal ini mengakibatkan frustrasi yang berlebihan terhadap kekurangan yang dialaminya, akibat komunikasi yang tidak terjalin (Hudak & Gallo, 1996). Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Dunn (2005) bahwa *hopelessness* merupakan respon dari kerusakan fisik.

Pasien stroke kemungkinan juga mengalami gangguan persepsi dengan ketidakmampuan untuk menginterpretasikan sensasi baik berupa visual, spasial maupun sensori, sehingga disfungsi ini menyebabkan lapang pandang terbatas, kesulitan dalam pemahaman, lupa dan kurang motivasi. Hal ini menyebabkan pasien frustrasi dalam program rehabilitasi mereka (Smeltzer & Bare, 2008). Selain itu, kurangnya peran perawat dalam proses asuhan keperawatan baik dalam hal fisik maupun psikososial akan menambah tingkat keparahan *hopelessness* (wake et al, 1991, dalam Kylma, 2004). Pasien stroke yang menilai bahwa penyakitnya adalah sebuah hal yang negatif dan merasa pesimis terhadap perkembangan penyakitnya akan berisiko mengalami *hopelessness*. Sehingga perawat perlu mendiskusikan tentang persepsi negatif pasien terhadap masa depannya (Kylma, 2004; Dunn, 2005).

2.5 Faktor Yang Berhubungan Dengan Tingkat Depresi Dan *Hopelessness*

2.5.1 Usia

Glamcevski et al (2002) menyatakan bahwa usia lanjut sebagai faktor risiko terjadinya depresi. Depresi pasca-stroke di usia lanjut mungkin memiliki hubungan biologi dasar, dengan berkurangnya neuro transmitter yang berkaitan dengan *mood* dan emosi. Farrell, (2004) menyatakan bahwa depresi cenderung lebih kronis di pasien yang lebih tua dibandingkan dengan orang dewasa muda. Periode depresi pada lansia lebih panjang, dan kemungkinan kambuh meningkat dengan umur. Berdasarkan hasil statistik di Amerika 18% dari semua kasus bunuh diri akibat *hopelessness* pada tahun 2000 dilakukan oleh dewasa tua. Hasil

statistik ini tidak termasuk depresi lansia yang bunuh diri dengan sengaja untuk tidak mau makan. Penelitian lain yang dilakukan Glamcevski et al (2002) terhadap 80 pasien stroke dengan umur rata-rata 58 ($SD \pm 12,5$) tahun, menyatakan ada hubungan ($p = 0.034$) antara umur dengan depresi, sedangkan penelitian yang dilakukan Gil & Gilbar (2001) mengemukakan ada korelasi negatif sedang antara *hopelessness* dan umur ($r: 0,39$).

2.5.2 Pendidikan

Tingkat pendidikan pasien stroke mempunyai hubungan dengan gejala depresi pada pasien stroke. Hal ini diperkuat dalam penelitian yang dilakukan Quan et al (2010) dengan hasil OR 1,58 dimana seseorang yang berpendidikan rendah akan mengalami gejala depresi sebesar 1,5 kali dibanding dengan seseorang yang berpendidikan tinggi. Penelitian Fatoye, (2009) terhadap 118 pasien stroke juga menyatakan bahwa pendidikan rendah mempengaruhi kejadian depresi paska stroke ($p: 0,018$).

2.5.3 Kemampuan fungsional

Kerusakan kemampuan fungsional merupakan efek stroke yang paling jelas terlihat. Defisit motorik meliputi kerusakan mobilitas, fungsi respirasi, menelan dan berbicara, refleks gag, dan kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari (Lewis, 2007). Menurut Dunn (2005) depresi dan *hopelessness* merupakan respon dari kerusakan fisik. Penelitian lain yang dilakukan Dahlin et al (2006) menyatakan ada hubungan yang signifikan antara tingkat depresi dengan gangguan aktivitas sehari-hari ($p: 0,04$). Hal ini diperkuat oleh penelitian Sit et al (2007) bahwa gangguan aktivitas sehari-hari mempunyai hubungan dengan tingkat korelasi sedang dengan depresi, dimana pada 48 jam setelah masuk rumah sakit $r: -0.47$ dengan $p: 0,001$ dan 6 bulan setelahnya dengan hasil $r: -0,473$ dan $p: 0,001$. Penelitian Fatoye (2009) juga menyatakan ada hubungan antara gangguan fungsi motorik berupa paresis dengan depresi paska stroke ($p: 0,002$).

2.5.4 Penyakit penyerta

Penyakit penyerta seringkali disertai depresi, khususnya pada usia lanjut (Kaplan, Saddock, & Grebb, 1997). Macready (2007) mengemukakan bahwa insiden komplikasi pada pasien stroke berkisar antara 40% hingga 96% dan akan menghasilkan dampak buruk pada pasien. Hal ini diperkuat oleh penelitian Davenport, Dennis dan Warlow (1994) yang menemukan bahwa sebanyak 62% pasien stroke mengalami lebih dari satu tipe komplikasi.

Pederson et al (2009) menyatakan bahwa penyakit penyerta mempengaruhi prognosis pasien *Coroner Arteri Disease* (CAD). Penelitian ini dilakukan terhadap 534 orang yang mendapatkan terapi *Percutaneous Coroner Intervention* (PCI) setelah 3 tahun mengalami kekambuhan berupa infark miokard bahkan kematian, tertinggi pada pasien dengan *hopelessness* dan diabetes mellitus sebesar 15,9%, diikuti pasien dengan *hopelessness* sebesar 11,2%, pasien dengan diabetes mellitus sebesar 8,2% dan pasien dengan tidak ada faktor risiko (diabetes mellitus dan *hopelessness*) sebesar 3,5%. Penelitian ini diperkuat oleh Dunn (2005) bahwa *hopelessness* berhubungan dengan penyakit penyerta lain bahkan dapat meningkatkan terjadinya mortalitas.

2.5.5 Fungsi kognitif

Kerusakan yang terjadi pada lobus frontal akan mempengaruhi fungsi memori atau fungsi intelektual. Disfungsi ini dapat ditunjukkan dalam lapangan perhatian terbatas, kesulitan dalam pemahaman, lupa, dan kurang motivasi yang menyebabkan pasien frustrasi dalam proses rehabilitasinya (Smeltzer et al, 2008). Stroke meningkatkan risiko untuk mengalami penurunan fungsi kognitif sebesar 3 kali (Dewi, 2004). Gangguan fungsi kognitif untuk jangka panjang jika tidak dilakukan penanganan yang optimal akan meningkatkan insidensi demensia (Nugroho, 2004), sehingga akan mengarah pada depresi dan *hopelessness*. Hal ini diperkuat oleh Gao (2009) bahwa pasien stroke yang tidak mengalami gangguan kognitif mengalami depresi sebesar 0,45 kali dibanding yang mengalami gangguan kognitif. Selain itu Fatoye (2009) juga menyatakan bahwa ada hubungan antara depresi dan fungsi kognitif ($r: -0.35, p: 0.001$).

2.5.6 Lama menderita stroke

Pasien stroke yang telah berlangsung lama memiliki pengalaman yang berbeda terhadap penyakitnya, dibanding dengan pasien yang baru didiagnosa. Berdasarkan teori perilaku sakit *Mechanics* menjelaskan bahwa seseorang yang sering mengalami kondisi sakit atau merasakan adanya gejala sakit memiliki kecenderungan untuk berperilaku dengan menaruh perhatian terhadap gejala-gejala pada dirinya dan kemudian mencari pertolongan (Notoatmodjo, 2003). Namun kurang terlibatnya tenaga kesehatan khususnya perawat dalam proses asuhan keperawatan akan memicu pasien untuk depresi dan *hopelessness* (Wake et al, 1991, dalam Kylma, 2004).

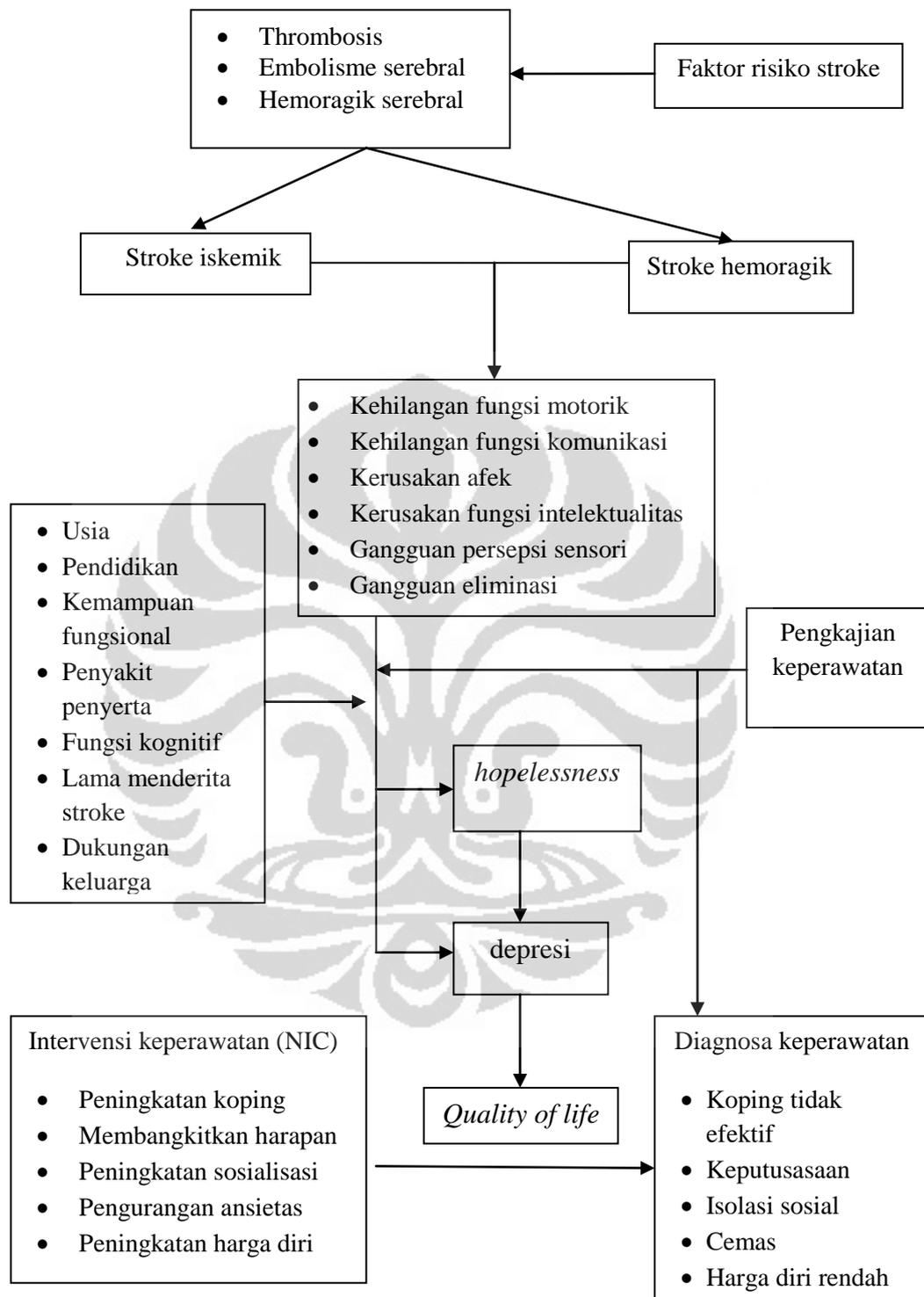
Program rehabilitasi yang diikuti oleh pasien stroke kadang dirasakan tidak memberikan efek pada dirinya dan pasien mulai berfokus terhadap defisit yang terjadi pada dirinya. Akhirnya pasien merasa *hopelessness* dan tak berdaya. Kondisi ini menambah semakin parah depresinya (Sarafino, 2006). Hal ini diperkuat oleh penelitian yang dilakukan Fatoye (2009) menyatakan bahwa ada hubungan antara depresi dengan lama menderita stroke (p: 0,004).

2.5.7 Dukungan keluarga

Wills & Fegan (2001, dalam Sarafino, 2006) menyatakan bahwa dukungan keluarga mengacu pada bantuan yang diterima individu dari orang lain atau kelompok sekitar yang membuat penerima merasa nyaman, dicintai dan dihargai serta dapat menimbulkan efek positif bagi dirinya. Peningkatan dukungan keluarga yang tersedia dapat menjadi strategi penting dalam mengurangi atau mencegah tekanan jiwa dan menangkal depresi paska stroke (Salter, Foley, & Teasell, 2010). Mant et al (2000) menyatakan bahwa ada hubungan dukungan keluarga dengan peningkatan aktivitas sosial dan kualitas hidup pasien stroke. Selain itu dukungan keluarga dapat membantu perawat dalam perencanaan program penyembuhan stroke, pendidikan pasien, keefektifan dan efisiensi penggunaan sumber daya perawatan kesehatan (Huang, et al, 2010).

2.6 Kerangka Teori

Skema 2.1 Kerangka Teori



Sumber: Li, Wang, & Lin, (2003); Dunn (2005); Smeltzer et al (2008)

BAB III KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

Pada bab ini diuraikan kerangka konsep penelitian, hipotesis penelitian dan definisi operasional. Kerangka konsep merupakan kerangka yang menghubungkan beberapa konsep yang akan diteliti, digunakan sebagai kerangka pikir dalam penelitian dan merupakan pengembangan dari beberapa teori yang telah dibahas. Hipotesis adalah pernyataan atau jawaban sementara tentang hubungan yang diharapkan antara variabel penelitian yang dapat diuji secara empiris. Definisi operasional adalah penjelasan tentang batasan atau ruang lingkup variabel penelitian sehingga memudahkan pengukuran dan pengamatan serta pengembangan instrumen atau alat ukur (Notoatmodjo, 2002).

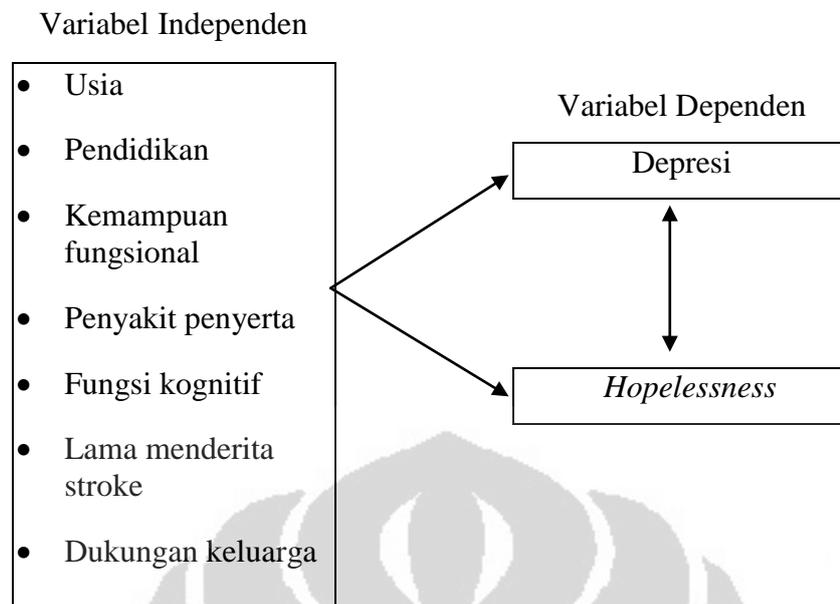
3.1 Kerangka Konsep

Berdasarkan penelusuran kepustakaan, variabel yang diukur dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

- a. Variabel terikat (*Dependent variable*).
Variabel terikat dalam penelitian ini adalah depresi dan *hopelessness*.
- b. Variabel bebas (*Independent variable*).
Variabel bebas dalam penelitian ini adalah usia, pendidikan, penyakit penyerta, lama menderita stroke, kemampuan fungsional, fungsi kognitif, dan dukungan keluarga.

Hubungan kedua variabel ini bersifat hubungan satu arah, dimana variabel independen memberi kontribusi pada variabel dependen. Depresi dan *hopelessness* pada pasien stroke ditentukan oleh usia, pendidikan, penyakit penyerta, lama menderita stroke, kemampuan fungsional, fungsi kognitif dan dukungan keluarga. Hubungan antara kedua variabel tersebut dapat dilihat pada skema 3.1.

Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian



3.2 Hipotesis

3.2.1 Hipotesis Mayor

Usia, pendidikan, penyakit penyerta, lama menderita stroke, kemampuan fungsional, fungsi kognitif dan dukungan keluarga berhubungan dengan depresi dan *hopelessness* pada pasien stroke.

3.2.2 Hipotesis Minor

- a. Usia berhubungan dengan depresi dan *hopelessness* pada pasien stroke.
- b. Pendidikan berhubungan dengan depresi dan *hopelessness* pada pasien stroke
- c. Kemampuan fungsional berhubungan dengan depresi dan *hopelessness* pada pasien stroke.
- d. Penyakit penyerta berhubungan dengan depresi dan *hopelessness* pada pasien stroke.
- e. Fungsi kognitif berhubungan dengan depresi dan *hopelessness* pada pasien stroke.
- f. Lama menderita stroke berhubungan dengan depresi dan *hopelessness* pada pasien stroke.
- g. Dukungan keluarga berhubungan dengan depresi dan *hopelessness* pada pasien stroke.

h. Depresi berhubungan dengan *hopelessness* pada pasien stroke.

3.3 Definisi Operasional

Definisi operasional merupakan batasan ruang lingkup suatu variabel yang diamati atau diukur. Definisi operasional juga berguna untuk mengarahkan kepada pengukuran atau pengamatan terhadap variabel -variabel yang bersangkutan serta pengembangan instrumen. Definisi operasional variabel-variabel dalam penelitian ini dijelaskan dalam tabel 3.1



Tabel 3.1 Definisi Operasional Variabel Penelitian

Variabel	Definisi operasional	Alat dan cara ukur	Hasil ukur	Skala
Usia	Jumlah lama dalam tahun yang dihitung sejak responden lahir sampai ulang tahun terakhir.	Alat : Kuesioner Cara : wawancara terpimpin	0 : ≤ 59 (Bukan lansia) 1 : ≥ 60 (Lansia)	Nominal
Tingkat pendidikan	Jenjang sekolah formal terakhir responden	Alat : Kuesioner Cara : wawancara terpimpin	0 : rendah, jika tingkat pendidikan responden SD dan SLTP atau yang sederajat 1 : tinggi jika pendidikan responden SMA, Akademi dan PT atau yang sederajat.	Ordinal
Kemampuan Fungsional	Kondisi yang menggambarkan keadaan pasien untuk melakukan fungsinya secara optimal, seperti : makan, mandi, kebersihan diri, berpakaian, kontrol defekasi, kontrol miksi toilet tranfer, berpindah kursi/tempat tidur, berpindah tempat, naik tangga	Menggunakan Skala Index Barthel. Diukur dengan cara kuesioner meliputi kemampuan pasien dalam melakukan 10 fungsi utama yang dinilai.	0 : > 50 (gangguan kemampuan fungsional sedang) 1 : ≤ 50 (gangguan kemampuan fungsional berat)	Ordinal
Penyakit penyerta	Kondisi lain yang menyertai dan memberatkan responden, selain stroke seperti gangguan ginjal, gangguan jantung dan sejenisnya.	Alat: Kuesioner Cara : wawancara terpimpin	0: tidak, responden tidak menderita selain penyakit stroke 1: ya, responden mempunyai penyakit penyerta.	Nominal

Variabel	Definisi operasional	Alat dan cara ukur	Hasil ukur	Skala
Fungsi kognitif	Kemampuan intelektual seseorang berupa berpikir, mengingat, belajar, dan menggunakan bahasa.	Menggunakan <i>Mini Mental State Examination</i> (MMSE). Diukur dengan cara wawancara terpimpin kemampuan kognitif pasien sesuai instrumen	0: > 23 (tidak ada gangguan fungsi kognitif) 1: 11-23 (ada gangguan fungsi kognitif)	Nominal
Lama menderita stroke	Durasi waktu serangan stroke yang dialami responden saat ini.	Alat: Kuesioner Cara : wawancara terpimpin	Jumlah waktu dalam hari	Interval
Dukungan keluarga	Bantuan yang diterima individu dari anggota keluarga yang membuat penerima merasa nyaman, dicintai dan dihargai serta dapat menimbulkan efek positif bagi dirinya	Menggunakan <i>Index of Family Relation Ship</i> Diukur dengan cara wawancara terpimpin.	Skor <i>Index of Family Relation Ship</i> berentang 0-10.	Interval
Depresi	Gangguan mood yang terjadi setelah serangan stroke.	Menggunakan <i>CES-D (Center for Epidemiological Studies Depression Scale)</i> Diukur dengan cara wawancara terpimpin	0: <14, skor dibawah median (tidak depresi) 1 : ≥14, skor diatas median (depresi)	Ordinal
<i>Hopelessness</i>	Harapan negatif terhadap masa depan.	Menggunakan <i>Beck Hopelessness Scale</i> Diukur dengan cara wawancara terpimpin	0 : < 4 (tidak <i>hopelessness</i>) 1: ≥ 4 (<i>hopelessness</i>)	Ordinal

BAB IV METODE PENELITIAN

Bab ini menguraikan tentang metode penelitian atau cara yang akan digunakan dalam penelitian berupa langkah-langkah teknis dan operasional pada penelitian yang akan dilaksanakan ini. Metode penelitian tersebut meliputi desain penelitian, populasi dan sampel, tempat dan waktu penelitian, pengumpulan data, uji validitas dan reliabilitas instrumen, etika penelitian dan analisis data.

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan adalah deskriptif analitik dengan pendekatan *cross sectional* yaitu penelitian yang bertujuan mendeskripsikan atau menguraikan suatu keadaan dalam suatu komunitas (*exploratory study*) dan selanjutnya menjelaskan suatu keadaan tersebut (*explanatory study*), melalui pengumpulan atau pengukuran variabel korelasi yang terjadi pada obyek penelitian secara simultan atau dalam waktu yang bersamaan (Notoatmodjo, 2002). Penelitian ini bertujuan mendeskripsikan dan menganalisis tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan depresi dan *hopelessness* pada pasien stroke.

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan subyek penelitian. Subyek berupa benda, artinya semua benda yang memiliki sifat atau ciri bisa diteliti (Machfoedz, 2007). Dalam penelitian ini yang menjadi populasi adalah seluruh pasien stroke yang dirawat di rumah sakit di RSUD Mardi Waluyo Blitar, RSUD Ngudi Waluyo Blitar, RS Aminah Blitar, RS Syuhada' Haji Blitar, dan RSK Budi Rahayu Blitar.

4.2.2 Sampel

Pengambilan sampel dilakukan dengan metode *non probability sampling* melalui *purposive sampling* yaitu pengambilan sampel atau responden yang didasarkan pertimbangan tertentu yang dibuat peneliti, berdasarkan ciri atau sifat populasi yang sudah diketahui sebelumnya (Notoatmodjo, 2002).

Besar sampel yang didapatkan dengan menggunakan rumus penelitian analitik korelatif (Dahlan, 2006) yaitu :

$$N = \left\{ \frac{Z\alpha + Z\beta}{0,5 \ln \left[\frac{(1+r)}{(1-r)} \right]} \right\}^2 + 3$$

Keterangan:

$Z\alpha$ (deviat baku alpha) = 1,96 (5%)

$Z\beta$ (deviat baku beta) = 1,28 (10%)

r : korelasi penelitian sebelumnya antara umur dengan *hopelessness* 0,39 (Gil & Gilbar, 2001)

Setelah dilakukan perhitungan dengan rumus diatas maka didapat jumlah sampel sebanyak 65,52 sampel dibulatkan menjadi 66 sampel. Mengantisipasi terhadap kemungkinan responden yang *dropout* maka menggunakan penghitungan koreksi besar sampel dengan rumus sebagai berikut (Sastroasmoro & Ismael, 2010):

$$n' = \frac{n}{(1-f)}$$

Keterangan:

n' : besar sampel yang dihitung

f : perkiraan proporsi *dropout* (10%)

Maka setelah dihitung dengan koreksi sebesar 10% besar sampel minimal adalah 73 sampel.

Kriteria inklusi sampel penelitian:

- a. Kesadaran kompos mentis
- b. Mampu berkomunikasi
- c. Status hemodinamik stabil
- d. Bersedia menjadi responden dengan menandatangani *informed consent*.

Kriteria eksklusi sampel penelitian:

- a. Mengalami afasia motorik, sensorik, maupun global
- b. Tidak bersedia menandatangani *informed consent*
- c. Mempunyai riwayat gangguan psikososial organik
- d. Skor fungsi kognitif ≤ 10

4.3 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di rumah sakit di Blitar yaitu RSUD Mardi Waluyo Blitar, RSUD Ngudi Waluyo Blitar, RS Aminah Blitar, RS Syuhada' Haji Blitar, dan RSK Budi Rahayu Blitar dengan pertimbangan bahwa :

- a. Jumlah responden yang sesuai kriteria inklusi dapat terpenuhi.
- b. Belum adanya riset keperawatan yang berkaitan dengan depresi dan *hopelessness* pada pasien stroke.

4.4 Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan pada awal Februari – Juli 2011. Pengambilan data mulai tanggal 18 Mei 2011- 4 Juni 2011.

4.5 Etika Penelitian

Etika penelitian yang diterapkan pada penelitian ini adalah prinsip manfaat (*beneficence*), menghargai hak asasi manusia (*respect for human dignity*), dan mendapatkan prinsip keadilan (*right to justice*) (Polit, Beck, & Hungler, 2001; Nursalam, 2008) :

- a. Prinsip manfaat (*beneficence*)

- a) Bebas dari penderitaan

Penelitian yang dilaksanakan tanpa mengakibatkan penderitaan kepada responden, baik fisik maupun psikis. Dalam penelitian ini responden diberikan kuesioner dan diminta untuk mengisinya. Pada saat pengisian kuesioner tidak ada responden yang mengeluh kelelahan atau merasa tidak nyaman. Saat pengisian kuesioner peneliti menunggu saat responden tidak sedang dilakukan intervensi baik medis maupun keperawatan.

- b) Bebas dari eksploitasi

Partisipasi responden dalam penelitian, dihindarkan dari keadaan yang tidak menguntungkan. Responden diyakinkan bahwa partisipasinya dalam penelitian atau informasi yang telah diberikan tidak akan dipergunakan dalam hal-hal yang dapat merugikan responden dalam hal apapun.

c) Risiko (*benefit ratio*)

Peneliti mempertimbangkan risiko dan keuntungan yang akan berakibat kepada responden. Dalam penelitian ini tidak ada risiko apapun karena responden tidak diberikan perlakuan atau tindakan tertentu. Peneliti memberikan informasi kepada responden bahwa responden tidak mendapatkan keuntungan secara langsung dari penelitian ini, namun informasi yang diberikan akan sangat bermanfaat bagi upaya mendeteksi adanya depresi maupun *hopelessness*.

b. Prinsip menghargai hak asasi manusia (*respect for human dignity*)

a) Hak untuk terlibat atau tidak terlibat dalam penelitian (*right to self determination*).

Responden diperlakukan secara manusiawi. Responden mempunyai hak memutuskan apakah mereka bersedia menjadi responden atau tidak, tanpa adanya sangsi apapun atau akan berakibat bagi kesembuhannya. Artinya responden tetap mendapatkan pelayanan baik medis maupun keperawatan seperti biasa sesuai dengan prosedur yang ada.

b) Hak untuk mendapatkan jaminan dari perlakuan yang diberikan (*right to full disclosure*)

Peneliti memberikan penjelasan secara rinci serta bertanggung jawab jika ada sesuatu yang terjadi kepada responden. Sebelum penelitian dilakukan, responden mendapat penjelasan secara lengkap meliputi tujuan, prosedur, ketidaknyamanan yang mungkin terjadi dan dijelaskan bahwa dalam penelitian ini tidak ada risiko apapun yang akan terjadi pada responden.

c) *Informed consent*

Responden mendapat informasi secara lengkap tentang tujuan penelitian yang akan dilaksanakan, mempunyai hak untuk bebas berpartisipasi atau menolak menjadi responden. Kesediaan responden telah dibuktikan dengan penandatanganan *informed consent*.

c. Prinsip keadilan (*right to justice*)

- a) Hak untuk mendapatkan penatalaksanaan yang adil (*right to fair treatment*)

Responden berhak mendapatkan perlakuan yang adil baik sebelum, selama, dan setelah berpartisipasi dalam penelitian, tanpa adanya diskriminasi. Saat pengisian kuesioner, responden yang ditemui tidak ada yang menolak untuk berpartisipasi dalam penelitian dan tidak ada diskriminasi apapun terhadap responden.

- b) Hak dijaga kerahasiaannya (*right to privacy*)

Responden mempunyai hak untuk meminta bahwa data yang diberikan harus dirahasiakan, untuk itu perlu adanya tanpa nama (*anonymity*) dan bersifat rahasia (*confidentiality*). Semua data yang dikumpulkan selama penelitian disimpan dan dijaga kerahasiaannya, dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. Identitas responden berupa nama diganti dengan inisial, alamat dan nomor telepon dicantumkan atas kesepakatan bersama.

4.6 Alat Pengumpul Data

Penelitian ini menggunakan instrumen berupa kuesioner yang berisi pertanyaan-pertanyaan mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan tingkat depresi dan *hopelessness*. Kuesioner berupa daftar pertanyaan yang tersusun dengan baik, sehingga responden tinggal memberi tanda silang atau *check list* pada pilihan jawaban yang tersedia dan ada yang berupa panduan untuk peneliti sebagai panduan dalam penilaian kemampuan kognitif pasien. Bentuk pertanyaan dalam kuesioner ini adalah pertanyaan tertutup yang harus dijawab responden dengan memilih jawaban yang telah disediakan. Kuesioner terdiri atas 6 (enam) bagian, yaitu :

- a. Karakteristik demografi responden,

Berisi 6 item pertanyaan meliputi nama, jenis kelamin, umur/tanggal lahir, pendidikan, lama menderita stroke, dan penyakit penyerta. Responden diminta

mengisi sesuai pertanyaan, khusus untuk pendidikan responden diminta memilih dari beberapa pilihan jawaban.

b. Kuesioner Depresi

Penilaian tentang tingkat depresi menggunakan CES-D (*The Center of epidemiological Studies Depression*). CES-D berisi 20 item pertanyaan yang dikembangkan oleh Radloff, dengan total skor 60 (Canady, Stommel, & Holzman, 2009). Instrument ini paling sesuai digunakan untuk mengukur tingkat depresi yang dihubungkan dengan penyakit kronik. Instrument ini mencakup perasaan sedih, masalah tidur, tidak bertenaga, nafsu makan berkurang, merasa hidup tidak berharga, pesimis akan masa depan, tidak ada minat terhadap aktivitas, tidak dapat berkonsentrasi yang dialami hampir setiap hari selama 1 minggu atau lebih. Koefisien reliabilitas internal konsistensi 0,91 (Sharp & Lipsky, 2002). Uji reliabilitas dan validitas yang dilakukan Kusuma (2011) menunjukkan semua item valid dengan nilai koefisien korelasi validitas $\geq 0,3$ (r : 0,31-0,843) dan instrument reliabel dengan nilai koefisien reliabilitas alpha cronbach 0,892.

Tabel 4.1 Distribusi Pertanyaan Pada CES-D

	Skor 0, 1, 2, 3	Skor 3, 2, 1, 0	Jumlah
Item pertanyaan	1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20	4, 8, 12, 16	20

Sumber: Canady, Stommel, & Holzman, (2009)

c. Kuesioner *Hopelessness*

Penilaian tentang tingkat *hopelessness* menggunakan *Beck Hopelessness Scale* (BHS) skala yang terdiri dari 20-item benar-salah, yang didasarkan pada tiga dimensi putus asa. Dimensi kognitif mencakup pikiran negatif terkait dengan harapan masa depan seseorang, dimensi afektif melibatkan perasaan negatif terhadap masa depan seseorang dan dimensi motivasi menunjukkan keyakinan bahwa kegagalan dan keberhasilan adalah independen tindakan seseorang (yaitu, harapan ketidakberdayaan). BHS terdiri dari kisi-kisi yang dibuat untuk memudahkan penghitungan. Apabila responden menjawab item *favorable* dengan jawaban “ya” mendapat nilai 1 dan jawaban “tidak” mendapat nilai 0.

Universitas Indonesia

Sedangkan pada item pertanyaan *unfavorable* jawaban “ya” mendapat nilai 0 dan jawaban “tidak” mendapat nilai 1 (Nissim et al, 2010). BHS mempunyai koefisien reliabilitas sebesar 0,91 (Forintos, Sallai, & Rozsa, 2010).

Tabel 4.2 Distribusi Pertanyaan Pada *Beck Hopelessness Scale*

	Pertanyaan <i>favorable</i>	Pertanyaan <i>unfavorable</i>	jumlah
Item pertanyaan	2,4,7,9, 11,12,14,16,17,18,20	1,3,5,6,8,10,13,15,19	20

Sumber : Forintos, Sallai, & Rozsa, (2010)

Total skor BHS merupakan jumlah skor atas jawaban pernyataan dan berkisar dari 0 sampai 20.

Tabel 4.3 Kategori *Hopelessness* Berdasarkan Penilaian BHS

No	Skor	Tingkat <i>Hopelessness</i>
1	0-3	Normal
2	4-8	<i>Hopelessness</i> ringan
3	9-14	<i>Hopelessness</i> sedang
4	15-20	<i>Hopelessness</i> berat

Sumber : Forintos, Sallai, & Rozsa, (2010)

d. Kuesioner Kemampuan fungsional

Penilaian tentang tingkat kemampuan fungsional responden menggunakan *Barthel Index* yang digunakan dalam penilaian peningkatan selama rehabilitasi pasien dengan gangguan neuromuskuler atau muskuloskeletal kronis yang telah dikenal luas, mudah digunakan. Indeks Barthel dikembangkan pada tahun 1965 oleh Mahoney dan Barthel terdiri dari 10 item pertanyaan tentang kemampuan untuk mencapai aktivitas tertentu. Aktivitas tersebut meliputi makan, mandi, kebersihan diri, berpakaian, kontrol defekasi, kontrol miksi, toilet transfer, dan berpindah ke kursi/tempat tidur dan sebaliknya. Skor berkisar dari 0 (tergantung total) sampai 100 (mandiri total), dengan interval 5 poin (*Internet Stroke Center*, 2011). *Barthel Index* sudah teruji secara validitas konstruksi dimana alpha Cronbach sebesar 0,96 (Shah, Vanclay, & Cooper, 1989; dalam Sit, 2007).

Tabel 4.4 Kategori Kemampuan Fungsional Berdasarkan *Barthel Index*

No	Skor	Tingkat kemampuan fungsional
1	0-50	Gangguan berat
2	51-75	Gangguan sedang
3	76-100	Gangguan ringan sampai dengan tidak ada gangguan

Sumber: Saxena et al, (2006)

e. Kuesioner fungsi kognitif

Penilaian tentang fungsi kognitif menggunakan *Mini Mental State Examination* (MMSE) yang dikembangkan oleh Folstein et al (1975). Kuesioner ini terdiri 11 pertanyaan berisi lima bidang fungsi kognitif yaitu orientasi, memori, perhatian, perhitungan, mengingat, dan bahasa. Skor maksimum kuesioner 30, dikatakan mengalami penurunan kognitif bila skor ≤ 23 (Kurlowicz & Wallace, 1999). *Mini Mental State Examination* (MMSE) sudah teruji secara validitas konstruksi dimana alpha Cronbach sebesar 0,89 (Mystakidou, 2007).

f. Kuesioner dukungan keluarga

Dukungan keluarga diukur dengan menggunakan instrumen *Family Apgar*. Instrumen ini dikembangkan oleh Smilkstein pada tahun 1978. Fungsi instrumen ini untuk menilai dukungan keluarga berupa persepsi anggota keluarga terhadap fungsi keluarga dengan memeriksa kepuasan tentang hubungan keluarga. Kuesioner ini terdapat lima dimensi fungsi keluarga yaitu kemampuan beradaptasi, kemitraan, pertumbuhan, kasih sayang, dan keputusan.

Penilaian jawabannya yaitu jawaban “setuju” mempunyai nilai 2, “kurang setuju” mempunyai nilai 1, dan “tidak setuju” mempunyai nilai 0. Instrumen *Family Apgar* mempunyai nilai reliability 0,73 dan konsistensi internal 0,71 (Belin, et al, 2010), sedangkan menurut Wen, Parchman, & Shepherd (2004) instrumen *family apgar* mempunyai nilai alpha Cronbach sebesar 0,86.

Tabel 4.5 Kategori Dukungan Keluarga Berdasarkan *Family Apgar*

No	Skor	Tingkat Dukungan Keluarga
1	8-10	tinggi
2	4-7	sedang
3	0-3	rendah

Sumber: Belin, et al (2010)

Sebelum kuesioner digunakan, telah dilakukan uji coba kuesioner terhadap responden yang memiliki kriteria inklusi dan eksklusi yang sama dengan responden yang akan diteliti. Uji coba dilakukan kepada 30 (tiga puluh) responden penderita stroke di RSUD Mardi Waluyo Blitar, kemudian dilakukan uji validitas dan reliabilitas instrumen dengan bantuan komputer. Hasil uji validitas semua kuesioner valid dan reliabel dimana diperoleh r hitung $>$ r tabel (0,361). Untuk kuesioner depresi r hitungnya 0,370-0,832 dengan *cronbach's alpha* 0,911; kuesioner *hopelessness* r hitungnya 0,474-0,821 dengan *cronbach's alpha* 0,922; kuesioner fungsi kognitif r hitungnya 0,368-0,796 dengan *cronbach's alpha* 0,848; kuesioner kemampuan fungsional r hitungnya 0,431-0,851 dengan *cronbach's alpha* 0,849; kuesioner dukungan keluarga r hitungnya 0,547-0,840 dengan *cronbach's alpha* 0,869.

4.7 Prosedur Pengumpulan Data

Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data primer yaitu data diperoleh dari hasil pengisian kuesioner yang diperoleh dari responden. Langkah-langkah dalam pengumpulan data dalam penelitian ini adalah:

- a. Prosedur administratif
 - a) Mendapatkan surat permohonan izin melakukan penelitian dari Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK UI)
 - b) Mendapatkan surat keterangan lolos kaji etik dari FIK UI
- b. Mendapatkan izin melakukan penelitian dari Direktur Rumah Sakit.

c. Prosedur teknis

- a) Meminta izin kepada penanggung jawab ruangan rawat inap untuk mensosialisasikan maksud dan tujuan penelitian kepada tim keperawatan.
- b) Menentukan responden yang memenuhi kriteria inklusi sesuai dengan teknik pengambilan sampel.
- c) Meminta kesediaan responden untuk menjadi sampel dengan terlebih dahulu dan menjelaskan maksud serta tujuan penelitian.
- d) Meminta dengan sukarela kepada responden untuk menandatangani lembar *informed consent*.
- e) Meminta responden mengisi kuesioner yang telah disiapkan dengan bantuan peneliti.
- f) Melakukan observasi dengan memperhatikan kondisi kesehatan fisik pasien dan klarifikasi kepada responden bila ditemukan jawaban yang kurang jelas.
- g) Mengumpulkan hasil pengumpulan data untuk selanjutnya diolah dan dianalisis.

4.8 Pengolahan dan Analisis Data

Data yang telah terkumpul sebelum dianalisis, terlebih dahulu dilakukan hal-hal sebagai berikut :

a. Pengolahan data, meliputi (Hastono, 2007) :

a) *Editing*

Editing data untuk memastikan bahwa data yang diperoleh sudah terisi lengkap, tulisan cukup jelas terbaca, jawaban relevan dengan pertanyaan, dan konsisten. Dilakukan dengan cara mengoreksi data yang telah diperoleh meliputi kebenaran pengisian, kelengkapan jawaban terhadap lembar kuesioner.

b) *Coding*

Merupakan kegiatan merubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka/bilangan. Setiap data diberikan kode-kode tertentu agar memudahkan pengolahan data.

c) *Entry data*

Merupakan suatu proses memasukkan data ke dalam komputer untuk selanjutnya dilakukan analisis data dengan menggunakan program komputer.

d) *Cleaning*

Cleaning (pembersihan data) merupakan kegiatan pengecekan kembali data yang sudah di *entry* apakah ada kesalahan atau tidak.

b. Analisis Data

Data yang sudah diolah kemudian dianalisis meliputi :

a) Analisis Univariat

Tujuan dari analisis univariat adalah untuk mendeskripsikan distribusi dari masing-masing variabel yang diteliti. Pada penelitian ini variabel yang dideskripsikan melalui analisis univariat adalah variabel dependen yaitu depresi dan *hopelessness*; dan variabel independen yaitu faktor-faktor yang berhubungan dengan depresi dan *hopelessness*. Data yang diperoleh kemudian dihitung jumlah dan prosentase masing-masing kelompok dan disajikan dengan menggunakan tabel serta diinterpretasikan.

b) Analisis Bivariat

Analisis ini bertujuan untuk menguji perbedaan proporsi dua atau lebih kelompok sampel (Hastono, 2007). Data ditampilkan dalam bentuk tabel silang yang mengkaitkan antara variabel independen dengan variabel dependen. Analisis bivariat dilakukan dengan bantuan komputer. Untuk lebih jelasnya hubungan antar variabel dapat dilihat pada tabel 4.6 berikut ini :

Tabel 4.6 Daftar Variabel Dan Uji Statistik Bivariat

No	Variabel independen	Variabel dependen	Jenis uji
1	Usia (ordinal)	Depresi paska stroke (ordinal)	<i>Chi square</i>
2	Usia (ordinal)	<i>Hopelessness</i> (ordinal)	<i>Chi square</i>
3	Pendidikan (ordinal)	Depresi paska stroke (ordinal)	<i>Chi square</i>
4	Pendidikan (ordinal)	<i>Hopelessness</i> (ordinal)	<i>Chi square</i>
5	Lama menderita stroke (interval)	Depresi paska stroke (ordinal)	t-test independent
6	Lama menderita stroke (interval)	<i>Hopelessness</i> (ordinal)	t-test independent
7	Kemampuan fungsional (ordinal)	Depresi paska stroke (ordinal)	<i>Chi square</i>
8	Kemampuan fungsional (ordinal)	<i>Hopelessness</i> (ordinal)	<i>Chi square</i>
9	Penyakit penyerta (nominal)	Depresi paska stroke (ordinal)	<i>Chi square</i>
10	Penyakit penyerta (nominal)	<i>Hopelessness</i> (ordinal)	<i>Chi square</i>
11	Fungsi kognitif (ordinal)	Depresi paska stroke (ordinal)	<i>Chi square</i>
12	Fungsi kognitif (ordinal)	<i>Hopelessness</i> (ordinal)	<i>Chi square</i>
13	Dukungan keluarga (interval)	Depresi paska stroke (ordinal)	t-test independent
14	Dukungan keluarga (interval)	<i>Hopelessness</i> (ordinal)	t-test independent
15	Depresi paska stroke (ordinal)	<i>Hopelessness</i> (ordinal)	<i>Chi square</i>

c) Analisis Multivariat

Analisis multivariat digunakan untuk mengetahui pengaruh secara bersama-sama variabel bebas terhadap variabel terikat, dan variabel bebas mana yang paling besar pengaruhnya terhadap variabel terikat dengan menggunakan uji regresi logistik. Analisis regresi logistik untuk menjelaskan pengaruh beberapa variabel bebas secara bersamaan dengan variabel terikat. Selain itu, juga dapat diketahui variabel independen mana yang dominan mempengaruhi variabel dependen yang ditunjukkan dengan koefisien $\exp(B)$ yaitu nilai beta. Prosedur yang dilakukan terhadap uji regresi logistik menurut Hastono (2007) yaitu :

a. Seleksi bivariat

Masing-masing variabel independen dilakukan analisis bivariat dengan variabel dependen. Bila hasil bivariat menghasilkan p value $< 0,25$, maka variabel dapat masuk dalam tahap multivariat.

b. Pemodelan Multivariat

Dalam pemodelan ini, semua variabel kandidat diujicobakan secara bersama-sama dengan menggunakan uji regresi logistik. Variabel yang valid dalam model multivariat adalah variabel yang mempunyai p value $< 0,05$. Bila dalam model multivariat dijumpai variabel yang p value $> 0,05$ maka variabel tersebut harus dikeluarkan dalam model.

c. Interpretasi Model

Variabel independen mana yang paling besar hubungannya terhadap variabel dependen, dilihat dari nilai koefisien $\exp(B)$ yaitu nilai beta, semakin besar nilai $\exp(B)$ berarti semakin besar hubungannya terhadap variabel dependen yang dianalisis.

BAB V HASIL PENELITIAN

Bab ini mendeskripsikan tentang hasil penelitian yaitu :1) analisis univariat berupa karakteristik responden yaitu jenis kelamin, usia, tingkat pendidikan, lama menderita stroke, penyakit penyerta, kemampuan fungsional, fungsi kognitif, dukungan keluarga, depresi dan *hopelessness*. 2) analisis bivariat berupa korelasi antara masing-masing variabel usia, tingkat pendidikan, lama menderita stroke, kemampuan fungsional, penyakit penyerta, fungsi kognitif dengan depresi dan *hopelessness*. Serta hubungan antara depresi dan *hopelessness*. 3) analisis multivariat berupa faktor-faktor yang paling berhubungan dengan depresi dan *hopelessness*.

5.1. Analisis Univariat

5.1.1. Karakteristik responden

Tabel 5.1 Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik Demografi Di Blitar Pada Bulan Mei – Juni Tahun 2011 (n = 73)

No	Karakteristik	Frekuensi	Prosentase
1	Usia		
	a. Bukan lansia (≤ 59)	24	32,9
	b. Lansia (≥ 60)	49	67,1
2	Tingkat pendidikan		
	a. Pendidikan rendah	25	34,2
	b. Pendidikan tinggi	48	65,8
3	Penyakit penyerta		
	a. Tidak mempunyai penyakit penyerta	45	61,6
	b. Mempunyai penyakit penyerta	28	38,4
4	Kemampuan fungsional		
	a. Gangguan Sedang	35	47,9
	b. Gangguan Berat	38	52,1
5	Fungsi kognitif		
	a. Tidak ada penurunan	43	58,9
	b. Ada penurunan	30	41,1

Hasil analisis menunjukkan bahwa sebagian besar usia responden dengan kategori lansia sebanyak 49 (67,1%) orang. Pendidikan responden sebagian besar adalah pendidikan tinggi sebanyak 48 (65,8%) orang dan sebagian besar tidak mempunyai penyakit penyerta sebanyak 45 (61,6%) orang. Untuk kemampuan

fungsi responden lebih banyak yang mengalami penurunan kemampuan fungsi berat sebanyak 38 (52,1%) orang sedangkan pada distribusi fungsi kognitif sebagian besar tidak ada penurunan yaitu sebanyak 43 (58,9%) orang.

5.1.2. Karakteristik lama menderita stroke dan dukungan keluarga

Tabel 5.2 Hasil Analisis Lama Menderita Stroke Dan Dukungan Keluarga Di Blitar Pada Bulan Mei – Juni Tahun 2011 (n = 73)

No	Variabel	Mean	SD	Min-max	95% CI
1	Lama menderita stroke	5,3	2,767	2-13	4,66-5,95
2	Dukungan keluarga	9,75	0,494	8-10	9,64-9,87

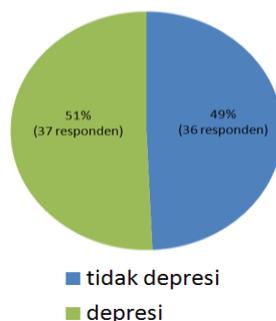
Hasil analisis didapatkan rata-rata lama menderita stroke adalah 5,3 hari (95% CI: 4,66-5,95), dengan standar deviasi 2,767 hari. Lama menderita stroke paling kecil adalah 2 hari dan yang paling lama adalah 13 hari. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa rata-rata lama menderita stroke adalah diantara 4,66 sampai dengan 5,95 hari.

Untuk skor dukungan keluarga didapatkan rata-rata sebesar 9,75 (95% CI: 9,64-9,87), dengan standar deviasi 0,494. Dukungan keluarga paling kecil adalah 8 dan paling besar adalah 10, dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa nilai dukungan keluarga adalah 9,64 sampai dengan 9,87.

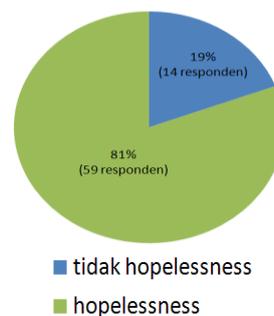
5.1.3. Distribusi depresi dan *hopelessness*

Gambar 5.1 Distribusi Responden Berdasarkan Depresi Dan *Hopelessness* Di Blitar Pada Bulan Mei – Juni Tahun 2011 (n = 73)

Distribusi depresi



Distribusi *hopelessness*



Hasil analisis menunjukkan bahwa sebagian besar responden mengalami *hopelessness* sebanyak 59 (81%) responden dan depresi sebanyak 37 (51%) responden.

5.2. Hasil Analisis Bivariat

5.2.1 Distribusi antara usia, pendidikan, kemampuan fungsional, penyakit penyerta, dan fungsi kognitif dengan depresi responden.

Tabel 5.3 Distribusi Responden Menurut Usia, Pendidikan, Kemampuan Fungsional, Penyakit Penyerta, Fungsi Kognitif Dan Depresi di Blitar Pada Bulan Mei – Juni Tahun 2011 (n = 73)

Independen	Dependen				Total		OR (95% CI)	P value
	Tidak depresi		Depresi		n	%		
	n	%	n	%				
Usia								
Bukan lansia	10	41,7	14	58,3	24	100	0,632	0,506
Lansia	26	53,1	23	46,9	49	100	0,236-1,695	
Pendidikan								
Rendah	14	56	11	44	25	100	1,504	0,563
Tinggi	22	45,8	26	54,2	48	100	0,569-3,978	
Kemampuan fungsional								
Gangguan Sedang	23	65,7	12	34,3	35	100	3,686	0,014*
Gangguan Berat	13	34,2	25	65,8	38	100	1,401-9,7	
Penyakit penyerta								
Tidak ada	27	60	18	40	45	100	3,167	0,038*
Ada	9	32,1	19	67,9	28	100	1,174-8,542	
Fungsi kognitif								
Tidak ada penurunan	27	62,8	16	37,2	43	100	3,938	0,012*
Penurunan	9	30	21	70	30	100	1,454-10,661	

*p value < 0,05

5.2.2 Hasil analisis antara usia dengan depresi responden

Hasil analisis hubungan antara usia responden dengan depresi responden berdasarkan tabel 5.3 diperoleh bahwa ada sebanyak 14 (58,3%) responden yang bukan lansia mengalami depresi, sedangkan responden lansia ada sebanyak 23 (46,9%) responden yang mengalami depresi. Hasil uji statistik diperoleh nilai P: 0,506 maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan yang signifikan proporsi kejadian depresi antara responden lansia dengan bukan lansia (tidak ada hubungan antara usia dengan depresi responden).

5.2.3 Hasil analisis antara pendidikan dengan depresi responden

Hasil analisis hubungan antara pendidikan dengan depresi responden berdasarkan tabel 5.3 diperoleh bahwa ada sebanyak 11(44%) responden yang berpendidikan rendah mengalami depresi, sedangkan responden dengan pendidikan tinggi ada sebanyak 26 (54,2%) yang mengalami depresi. Hasil uji statistik diperoleh nilai P: 0,563 maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan yang signifikan proporsi kejadian depresi antara pendidikan rendah dengan pendidikan tinggi responden (tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan depresi responden).

5.2.4 Hasil analisis antara kemampuan fungsional dengan depresi responden

Hasil analisis hubungan antara kemampuan fungsional dengan depresi responden berdasarkan tabel 5.3 diperoleh bahwa ada sebanyak 12 (34,3%) responden yang mempunyai penurunan kemampuan fungsional sedang mengalami depresi, sedangkan responden yang mempunyai penurunan kemampuan fungsional berat ada sebanyak 25 (65,8%) responden yang mengalami depresi. Hasil uji statistik diperoleh nilai P: 0,014 maka dapat disimpulkan ada perbedaan yang signifikan proporsi kejadian depresi antara penurunan kemampuan fungsional sedang dengan berat (ada hubungan antara kemampuan fungsional dengan depresi responden). Dari hasil analisis diperoleh pula nilai OR: 3,686, artinya responden dengan penurunan kemampuan fungsional berat mempunyai peluang 3,686 kali mengalami depresi dibanding responden dengan penurunan kemampuan fungsional sedang.

5.2.5 Hasil analisis antara penyakit penyerta dengan depresi responden

Hasil analisis hubungan antara penyakit penyerta dengan depresi responden berdasarkan tabel 5.3 diperoleh bahwa ada sebanyak 18 (40%) responden yang tidak mempunyai penyakit penyerta mengalami depresi, sedangkan responden yang mempunyai penyakit penyerta ada sebanyak 19 (67,9%) responden yang mengalami depresi. Hasil uji statistik diperoleh nilai P: 0,038 maka dapat disimpulkan ada perbedaan yang signifikan proporsi kejadian depresi antara mempunyai penyakit penyerta dengan yang tidak mempunyai penyakit penyerta (ada hubungan antara penyakit penyerta dengan depresi responden). Dari hasil

analisis diperoleh pula nilai OR: 3,167, artinya responden yang mempunyai penyakit penyerta mempunyai peluang 3,167 kali mengalami depresi dibanding responden yang tidak mempunyai penyakit penyerta.

5.2.6 Hasil analisis antara fungsi kognitif dengan depresi responden

Hasil analisis hubungan antara fungsi kognitif dengan depresi responden berdasarkan tabel 5.3 diperoleh bahwa ada sebanyak 21 (70%) responden yang mengalami penurunan fungsi kognitif mengalami depresi, sedangkan pada responden yang tidak mengalami penurunan fungsi kognitif ada sebanyak 16 (37,2%) responden yang mengalami depresi. Hasil uji statistik diperoleh nilai P: 0,012 maka dapat disimpulkan ada perbedaan yang signifikan proporsi kejadian depresi antara responden yang mengalami penurunan fungsi kognitif dengan yang tidak mengalami penurunan fungsi kognitif (ada hubungan antara fungsi kognitif dengan depresi responden). Dari hasil analisis diperoleh pula nilai OR: 3,938, artinya responden yang mengalami penurunan fungsi kognitif mempunyai peluang 3,938 kali mengalami depresi dibanding responden yang tidak mengalami penurunan fungsi kognitif.

5.2.7 Hasil analisis lama menderita stroke dengan depresi responden.

Tabel 5.4 Hasil Analisis Lama Menderita Stroke Dengan Depresi Responden Di Blitar Pada Bulan Mei – Juni Tahun 2011 (n = 73)

Kategori depresi	n	Mean	SD	SE	P value
Tidak depresi	36	4,86	2,52	0,42	0,182
Depresi	37	5,73	2,959	0,487	

Rata-rata lama menderita stroke yang tidak mengalami depresi adalah 4,86 hari dengan standar deviasi 2,52 hari, sedangkan untuk lama menderita stroke yang mengalami depresi adalah 5,73 hari dengan standar deviasi 2,959 hari. Hasil uji statistik didapatkan nilai p: 0,182, berarti pada alpha 5% terlihat tidak ada perbedaan yang signifikan rata-rata lama menderita stroke antara tidak depresi dengan depresi.

5.2.8 Hasil analisis dukungan keluarga dengan depresi responden.

Tabel 5.5 Hasil Analisis Dukungan Keluarga Dengan Depresi Responden Di Blitar Pada Bulan Mei – Juni Tahun 2011 (n = 73)

Kategori depresi	n	Mean	SD	SE	P value
Tidak depresi	36	9,78	0,422	0,422	0,681
Depresi	37	9,73	0,56	0,560	

Rata-rata skor dukungan keluarga yang tidak mengalami depresi adalah 9,78 dengan standar deviasi 0,422, sedangkan untuk skor dukungan keluarga yang mengalami depresi adalah 9,73 dengan standar deviasi 0,56. Hasil uji statistik didapatkan nilai p: 0,681, berarti pada alpha 5% terlihat tidak ada perbedaan yang signifikan rata-rata dukungan keluarga antara tidak depresi dengan depresi.

5.2.9 Distribusi antara usia, pendidikan, kemampuan fungsional, penyakit penyerta, dan fungsi kognitif dengan *hopelessness* responden

Tabel 5.6 Distribusi Responden Menurut Usia, Pendidikan, Kemampuan Fungsional, Penyakit Penyerta, Fungsi Kognitif Dan *Hopelessness* Di Blitar Pada Bulan Mei – Juni Tahun 2011 (n = 73)

Independen	Dependen				Total	OR (95%CI)	P value	
	Tidak <i>Hopeless ness</i>		<i>Hopeless ness</i>					
	n	%	n	%				
Usia								
Bukan lansia	2	8,3	22	91,7	24	100	0,28	0,124
Lansia	12	24,5	37	75,5	49	100	0,057-1,371	
Pendidikan								
Rendah	2	8	23	92	25	100	0,261	0,118
Tinggi	12	25	36	75	48	100	0,053-1,274	
Kemampuan fungsional								
Sedang	12	34,3	23	65,7	35	100	9,391	0,004*
Berat	2	5,3	36	94,7	38	100	1,923-45,857	
Penyakit penyerta								
Tidak ada	13	28,9	32	71,1	45	100	10,969	0,018*
Ada	1	3,6	27	96,4	28	100	1,347-89,344	
Fungsi kognitif								
Tidak normal	10	23,3	33	76,7	43	100	1,97	0,449
Normal	4	13,3	26	86,7	30	100	0,554-7,002	

*p value < 0,05

5.2.10 Hasil analisis antara usia dengan *hopelessness* responden

Hasil analisis hubungan antara usia dengan *hopelessness* responden diperoleh bahwa ada sebanyak 22 responden (91,7%) yang bukan lansia mengalami *hopelessness*, sedangkan responden yang lansia ada sebanyak 37 responden (75,5%) yang mengalami *hopelessness*. Hasil uji statistik diperoleh nilai P: 0,124 maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan yang signifikan proporsi kejadian *hopelessness* antara responden yang bukan lansia dengan lansia (tidak ada hubungan antara usia dengan *hopelessness* responden).

5.2.11 Hasil analisis antara tingkat pendidikan dengan *hopelessness* responden

Hasil analisis hubungan antara tingkat pendidikan dengan *hopelessness* responden diperoleh bahwa ada sebanyak 23 (92%) responden yang berpendidikan rendah mengalami *hopelessness*, sedangkan responden yang berpendidikan tinggi ada sebanyak 36 (75%) responden yang mengalami *hopelessness*. Hasil uji statistik diperoleh nilai P: 0,118 maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan yang signifikan proporsi kejadian *hopelessness* antara responden yang berpendidikan rendah dengan yang berpendidikan tinggi (tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan *hopelessness* responden).

5.2.12 Hasil analisis antara kemampuan fungsional dengan *hopelessness* responden

Hasil analisis hubungan antara kemampuan fungsional dengan *hopelessness* responden diperoleh bahwa ada sebanyak 23 (65,7%) responden yang mempunyai penurunan kemampuan fungsional sedang mengalami *hopelessness*, sedangkan responden yang mempunyai penurunan kemampuan fungsional berat ada sebanyak 36 (94,7%) responden yang mengalami *hopelessness*. Hasil uji statistik diperoleh nilai P: 0,004 maka dapat disimpulkan ada perbedaan yang signifikan proporsi kejadian *hopelessness* antara responden yang mempunyai kemampuan fungsional sedang dengan yang mempunyai kemampuan fungsional berat (ada hubungan antara kemampuan fungsional dengan *hopelessness* responden). Dari hasil analisis diperoleh pula nilai OR: 9,391, artinya responden yang mempunyai kemampuan fungsional berat mempunyai peluang 9,391 kali mengalami

hopelessness dibanding responden yang mempunyai kemampuan fungsional sedang.

5.2.13 Hasil analisis antara penyakit penyerta dengan *hopelessness* responden

Hasil analisis hubungan antara penyakit penyerta dengan *hopelessness* responden diperoleh bahwa ada sebanyak 32 (71,1%) responden yang tidak mempunyai penyakit penyerta mengalami *hopelessness*, sedangkan responden yang mempunyai penyakit penyerta ada sebanyak 27 (96,4%) responden yang mengalami *hopelessness*. Hasil uji statistik diperoleh nilai P: 0,018 maka dapat disimpulkan ada perbedaan yang signifikan proporsi kejadian *hopelessness* antara responden yang mempunyai penyakit penyerta dengan yang tidak mempunyai penyakit penyerta (ada hubungan antara penyakit penyerta dengan *hopelessness* responden). Dari hasil analisis diperoleh pula nilai OR: 10,969, artinya responden yang mempunyai penyakit penyerta mempunyai peluang 10,969 kali mengalami *hopelessness* dibanding responden yang tidak mempunyai penyakit penyerta.

5.2.14 Hasil analisis antara fungsi kognitif dengan *hopelessness* responden

Hasil analisis hubungan antara fungsi kognitif dengan *hopelessness* responden diperoleh bahwa ada sebanyak 26 (86,7%) responden yang mengalami penurunan fungsi kognitif mengalami *hopelessness*, sedangkan responden yang tidak mengalami penurunan fungsi kognitif ada sebanyak 33 (76,7%) responden yang mengalami *hopelessness*. Hasil uji statistik diperoleh nilai P: 0,449 maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan yang signifikan proporsi kejadian *hopelessness* antara responden yang mengalami penurunan fungsi kognitif dengan yang tidak mengalami penurunan fungsi kognitif (tidak ada hubungan antara fungsi kognitif dengan *hopelessness* responden).

5.2.15 Hasil analisis lama menderita stroke dengan *hopelessness* responden.

Tabel 5.7 Hasil Analisis Lama Menderita Stroke Dengan *Hopelessness* Di Blitar Pada Bulan Mei – Juni Tahun 2011 (n = 73)

Kategori <i>hopelessness</i>	n	Mean	SD	SE	P value
Tidak <i>hopelessness</i>	14	4,36	1,985	0,53	0,157
<i>Hopelessness</i>	59	5,53	2,891	0,376	

Rata-rata lama menderita stroke yang tidak mengalami *hopelessness* adalah 4,36 hari dengan standar deviasi 1,98 hari, sedangkan untuk lama menderita stroke yang mengalami *hopelessness* adalah 5,53 hari dengan standar deviasi 2,891 hari. Hasil uji statistik didapatkan nilai p: 0,157, berarti pada alpha 5% terlihat tidak ada perbedaan yang signifikan rata-rata lama menderita stroke antara responden yang tidak mengalami *hopelessness* dengan responden yang mengalami *hopelessness*.

5.2.16 Hasil analisis dukungan keluarga dengan *hopelessness* responden.

Tabel 5.8 Hasil Analisis Dukungan Keluarga Dengan *Hopelessness* Di Blitar Pada Bulan Mei – Juni Tahun 2011 (n = 73)

Kategori <i>hopelessness</i>	n	Mean	SD	SE	P value
Tidak <i>hopelessness</i>	14	9,86	0,363	0,097	0,386
<i>Hopelessness</i>	59	9,73	0,520	0,068	

Rata-rata skor dukungan keluarga yang tidak mengalami *hopelessness* adalah 9,86 dengan standar deviasi 0,363, sedangkan untuk skor dukungan keluarga yang mengalami *hopelessness* adalah 9,73 dengan standar deviasi 0,520. Hasil uji statistik didapatkan nilai p: 0,386, berarti pada alpha 5% terlihat tidak ada perbedaan yang signifikan rata-rata dukungan keluarga antara responden yang tidak mengalami *hopelessness* dengan responden yang mengalami *hopelessness*.

5.2.17 Hasil analisis antara depresi dengan *hopelessness* responden

Tabel 5.9 Distribusi Responden Menurut Kejadian Depresi Dan *Hopelessness* Di Blitar Pada Bulan Mei – Juni Tahun 2011 (n = 73)

Variabel <i>hopelessness</i>	Variabel depresi				OR (95%CI)	P value
	Tidak depresi		Depresi			
	n	%	n	%		
Tidak <i>hopelessness</i>	12	33,3	2	14,3	8,750	0,006
<i>Hopelessness</i>	24	66,7	35	59,3	1,794-42,673	
Jumlah	36	49,3	37	50,7		

Hasil analisis hubungan antara depresi dengan *hopelessness* responden diperoleh bahwa ada sebanyak 35 (59,3%) responden *hopelessness* yang mengalami depresi, sedangkan responden yang tidak *hopelessness* ada sebanyak 2 (14,3%) responden yang mengalami depresi. Hasil uji statistik diperoleh nilai P: 0,006 maka dapat disimpulkan ada perbedaan yang signifikan proporsi kejadian depresi antara responden yang tidak mengalami *hopelessness* dengan yang mengalami *hopelessness* (ada hubungan antara depresi dengan *hopelessness* responden). Dari hasil analisis diperoleh pula nilai OR: 8,75, artinya responden yang mengalami *hopelessness* mempunyai peluang 8,75 kali mengalami depresi dibanding responden yang tidak mengalami *hopelessness*.

5.3 Analisis Multivariat Depresi

5.3.1 Seleksi kandidat

Masing-masing variabel independen dilakukan analisis bivariat dengan variabel dependen. Bila hasil bivariat menghasilkan p value < 0,25, maka variabel tersebut langsung masuk tahap multivariat. Hasil seleksi kandidat dapat dilihat pada tabel 5.10.

Tabel 5.10 Hasil Seleksi Bivariat Yang Berhubungan Dengan Depresi Responden Di Blitar Pada Bulan Mei – Juni Tahun 2011 (n = 73)

No	Variabel	P value
1	Usia	0,359
2	Pendidikan	0,409
3	Lama menderita stroke	0,174*
4	Kemampuan fungsional	0,007*
5	Penyakit penyerta	0,020*
6	Fungsi kognitif	0,005*
7	Dukungan keluarga	0,675

*p value < 0,25

Berdasarkan hasil analisis maka variabel yang masuk dalam pemodelan adalah lama menderita stroke, kemampuan fungsional, penyakit penyerta, dan fungsi kognitif.

5.3.2. Pemodelan multivariat

Tabel 5.11 Hasil Analisis *Full Model* Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Depresi Responden Di Blitar Pada Bulan Mei – Juni Tahun 2011 (n = 73)

No	Variabel	B	Wald	P wald	OR	95% CI
1	Lama menderita stroke	0,003	0,001	0,976	1,003	0,812-1,239
2	Kemampuan fungsional	1,134	4,015	0,045	3,109	1,025-9,432
3	Penyakit penyerta	1,025	3,388	0,066	2,786	0,936-8,293
4	Fungsi kognitif	1,339	5,923	0,015	3,816	1,298-11,221

Nilai $p > 0,05$ dikeluarkan dari model secara bertahap mulai dari variabel dengan nilai p terbesar. Pengeluaran dimulai dari variabel lama menderita stroke yang kemudian diolah dengan cara yang sama, dan apabila hasilnya masih ada nilai p yang lebih dari 0,05 maka dikeluarkan dari pemodelan dan seterusnya, hingga ditemukan nilai $p < 0,05$. Hasil proses pengolahan pemodelan multivariat sebagai berikut :

Dari tabel diatas dapat dianalisis bahwa terdapat variabel dengan perubahan OR > 10 % yaitu penyakit penyerta. Maka variabel tersebut tetap masuk dalam pemodelan.

Tabel 5.13 Hasil Akhir Pemodelan Multivariat Yang Berhubungan Dengan Depresi Responden Di Blitar Pada Bulan Mei – Juni Tahun 2011 (n = 73)

No	Variabel	B	Wald	p Wald	OR	95% CI
1.	Kemampuan fungsional	1,140	4,597	0,032	3,128	1,103-8,870
2.	Penyakit penyerta	1,025	3,400	0,065	2,788	0,937-8,290
3	Fungsi kognitif	1,341	5,983	0,014	3,822	1,305-11,190

Berdasarkan hasil analisis maka variabel yang dominan berhubungan adalah fungsi kognitif dimana responden yang mengalami penurunan fungsi kognitif lebih berisiko mengalami depresi sebesar 3,822 kali setelah dikontrol dengan kemampuan fungsional dan penyakit penyerta. Selain variabel fungsi kognitif, penurunan kemampuan fungsional juga mempunyai risiko mengalami depresi 3,128 kali setelah dikontrol fungsi kognitif dan penyakit penyerta. Variabel penyakit penyerta sebagai variabel *confounding* dan berkontribusi terhadap depresi.

5.4 Analisis Multivariat *Hopelessness*

5.4.1 Seleksi kandidat

Masing-masing variabel independen dilakukan analisis bivariat dengan variabel dependen. Bila hasil bivariat menghasilkan *p value* < 0,25, maka variabel tersebut langsung masuk tahap multivariat. Hasil seleksi kandidat dapat dilihat pada tabel 5.14

Tabel 5.14 Hasil Seleksi Bivariat Yang Berhubungan Dengan *Hopelessness* Responden di Blitar Pada Bulan Mei – Juni Tahun 2011 (n = 73)

No	Variabel	P value
1	Usia	0,081*
2	Pendidikan	0,064*
3	Lama menderita stroke	0,135*
4	Kemampuan fungsional	0,001*
5	Penyakit penyerta	0,003*
6	Fungsi kognitif	0,281
7	Dukungan keluarga	0,349

**p value* < 0,25

Berdasarkan hasil analisis maka variabel yang masuk dalam pemodelan adalah usia, pendidikan, lama menderita stroke, kemampuan fungsional, penyakit penyerta, dan fungsi kognitif.

5.4.2. Pemodelan multivariat

Tabel 5.15 Hasil Analisis *Full Model* Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan *Hopelessness* Responden Di Blitar Pada Bulan Mei – Juni Tahun 2011 (n = 73)

No	Variabel	B	Wald	P wald	OR	95% CI
1	Usia	-1,167	1,697	0,193	0,311	0,054-1,801
2	Pendidikan	-1,416	2,556	0,110	0,243	0,043-1,377
3	Lama menderita stroke	0,067	0,198	0,657	1,070	0,794-1,441
4	Kemampuan fungsional	1,942	5,011	0,025	6,974	1,273-38,193
5	Penyakit penyerta	2,123	3,577	0,059	8,357	0,926-75,449

Nilai $p > 0,05$ dikeluarkan dari model secara bertahap mulai dari variabel dengan nilai p terbesar. Pengeluaran dimulai dari variabel lama menderita stroke yang kemudian diolah dengan cara yang sama, dan apabila hasilnya masih ada nilai p yang lebih dari 0,05 maka dikeluarkan dari pemodelan dan seterusnya, hingga ditemukan nilai $p < 0,05$. Hasil proses pengolahan pemodelan multivariat sebagai berikut :

Dari tabel diatas dapat dianalisis bahwa terdapat variabel dengan perubahan OR > 10 % yaitu penyakit penyerta dan usia. Maka variabel tersebut tetap masuk dalam pemodelan.

Tabel 5.17 Hasil Pemodelan Multivariat Yang Berhubungan Dengan *Hopelessness* Responden Di Blitar Pada Bulan Mei – Juni Tahun 2011 (n = 73)

No	Variabel	B	Wald	p Wald	OR	95% CI
1.	Kemampuan fungsional	2,067	6,065	0,014	7,898	1,525-40,907
2.	Usia	-1,115	1,607	0,205	0,328	0,058-1,839
3.	Penyakit penyerta	2,151	3,796	0,051	8,590	0,987-74,736

Berdasarkan hasil analisis maka variabel yang dominan berhubungan adalah kemampuan fungsional, dimana responden yang mempunyai penurunan kemampuan fungsional lebih berisiko mengalami *hopelessness* sebesar 7,898 kali setelah dikontrol penyakit penyerta dan usia. Variabel penyakit penyerta dan usia sebagai variabel *confounding* dan berkontribusi terhadap *hopelessness*.

BAB VI PEMBAHASAN

Pembahasan bab ini meliputi interpretasi dan hasil diskusi, keterbatasan penelitian, implikasi hasil penelitian terhadap pelayanan keperawatan dan penelitian.

6.1 Interpretasi dan Diskusi Hasil

6.1.1 Hubungan antara usia dengan depresi dan *hopelessness*

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 73 responden terdapat 49 responden (67,1%) yang berusia lansia lebih banyak dibandingkan dengan bukan lansia yaitu 24 responden (32,9 %). Faktor usia merupakan faktor risiko yang tidak dapat diubah, menurut AHA/ASA (2006) menyatakan bahwa seseorang yang sudah berusia diatas 55 tahun akan berisiko menderita stroke dua kali lipat dibanding usia dibawah 55 tahun. Hal ini juga diperkuat oleh Feigin (2006 dalam Astrid, 2008) bahwa risiko terkena stroke meningkat sejak usia 45 tahun, setelah mencapai 50 tahun dan setiap penambahan usia tiga tahun meningkatkan risiko stroke sebesar 11 - 20%.

Faktor lansia juga berkaitan dengan keadaan perubahan struktural dan fungsional pada sistem pembuluh perifer, meliputi aterosklerosis, hilangnya elastisitas jaringan ikat, dan penurunan dalam relaksasi otot polos pembuluh darah. Hal ini akan menurunkan kemampuan distensi dan daya regang pembuluh darah, sehingga dapat berdampak pada penurunan *cerebral blood flow* (Smeltzer et al, 2008).

Berdasarkan tabel 5.3 penelitian ini menyimpulkan bahwa usia bukan merupakan salah satu faktor yang berhubungan dengan depresi pada responden, dimana hasil uji statistik diperoleh nilai P: 0,506 (tidak ada perbedaan yang signifikan proporsi kejadian depresi antara responden lansia dengan bukan lansia). Hasil penelitian ini sesuai dengan Fatoye (2009) yang menyatakan tidak ada hubungan antara umur dengan kejadian depresi paska stroke (p:0,82). Gum, Snyder, & Duncan (2006) bahwa pasien stroke yang lebih tua cenderung melaporkan gejala depresi lebih sedikit dibandingkan dengan pasien yang lebih muda (p:0,12). Hasil

penelitian ini berbeda dengan Glamcevski et al (2002) menyatakan bahwa lansia sebagai faktor risiko terjadinya depresi ($p: 0,034$). Hal ini disebabkan karena lansia memiliki hubungan biologi dasar, dengan berkurangnya neuro transmitter yang berkaitan dengan mood dan emosi. Hal yang sama juga diutarakan oleh Farrell (2004) yang menyatakan bahwa depresi cenderung lebih kronis di pasien yang lebih tua dibandingkan dengan orang dewasa muda. Periode depresi pada lansia lebih panjang dan kemungkinan kambuh meningkat dengan umur.

Hasil analisis hubungan antara usia dengan *hopelessness* responden diperoleh bahwa ada sebanyak 22 responden (91,7%) yang bukan lansia mengalami *hopelessness*, sedangkan responden yang lansia ada sebanyak 37 responden (75,5%) yang mengalami *hopelessness*. Hasil uji statistik diperoleh nilai $P: 0,124$ maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan yang signifikan proporsi kejadian *hopelessness* antara responden yang bukan lansia dengan lansia (tidak ada hubungan antara usia dengan *hopelessness* responden). Hasil ini sesuai dengan Servellen et al (1999) bahwa variabel usia tidak mempengaruhi *hopelessness*. Namun pada penelitian Gil & Gilbar (2001) pada pasien kanker mengemukakan bahwa ada korelasi negatif sedang antara *hopelessness* dengan umur ($r:0,39$). Artinya ketika usia semakin tua maka angka kejadian *hopelessness* semakin rendah. Menurut mereka hal ini disebabkan pasien usia muda masih menolak kemungkinan untuk meninggal yang tidak sesuai dengan siklus hidup yang seharusnya. Hal ini bertolak belakang dengan Feigin (2006) yang menyatakan bahwa faktor umur sangat menentukan kepulihan pasien, semakin muda umur pasien yang terkena serangan stroke pemulihannya cenderung lebih cepat dari pada yang berusia lanjut, dan semakin muda umur pasien prognosinya juga akan lebih baik sehingga kemandiriannya juga akan lebih cepat tercapai dengan harapan untuk sembuh lebih besar daripada lansia, sehingga usia semakin muda maka angka kejadian *hopelessness* semakin rendah. Hasil penelitian ini diperkuat oleh Benzein dan Berg (2005) yang juga menyatakan ada korelasi positif antara usia dengan *hopelessness* ($r: 0,555$).

Perbedaan hasil ini kemungkinan disebabkan oleh sebaran umur yang sebagian besar adalah lansia (67,1%). Selain itu perbedaan hasil ini bisa diakibatkan karena

perbedaan pengalaman dalam mekanisme koping yang diterapkan oleh responden selama ini. Hal ini sesuai dengan pendapat Stuart dan Laraia (2005) menyatakan bahwa usia berhubungan dengan pengalaman seseorang dalam menghadapi berbagai macam stressor, kemampuan memanfaatkan sumber dukungan dan keterampilan dalam mekanisme koping. Hal ini sesuai dengan teori perubahan perilaku Stimulus Organisme Reaksi (S-O-R) bahwa perubahan perilaku terjadi akibat seseorang mengalami stimulus secara terus menerus sehingga perubahan perilaku semakin mudah (Notoatmodjo, 2003). Ditinjau dari teori perubahan perilaku bahwa responden yang lebih banyak pengalaman dalam menghadapi masalah fisik maupun psikis akan lebih mudah untuk menggunakan mekanisme koping adaptif daripada yang jarang terpapar oleh masalah fisik maupun psikis, namun kelemahan dari teori perubahan perilaku Stimulus Organisme Reaksi (S-O-R) adalah tidak mempertimbangkan dari segi kemunduran anatomi dan fisiologis seseorang. Jadi dapat disimpulkan bahwa faktor usia responden tidak memiliki hubungan atau kontribusi terhadap timbulnya kondisi depresi maupun *hopelessness* pada pasien stroke, sedangkan menurut Gil & Gilbar (2001) bisa disebabkan perbedaan sampel penelitian dan analisa data.

6.1.2 Hubungan antara tingkat pendidikan dengan depresi dan *hopelessness*

Hasil penelitian menunjukkan bahwa berdasarkan tingkat pendidikan sebagian besar responden adalah berpendidikan tinggi sebanyak 48 responden (65,8%) dibanding responden yang berpendidikan rendah sebanyak 25 responden (34,2%). pendidikan umumnya akan berpengaruh terhadap kemampuan seseorang dalam memahami suatu informasi. Menurut Notoatmodjo (2003) bahwa pengetahuan merupakan faktor predisposisi pada pembentukan perilaku kesehatan. Angka kejadian stroke dalam penelitian ini sebagian besar adalah berpendidikan tinggi yaitu pendidikan mulai dari SMA sampai perguruan tinggi. Hal ini bisa dipengaruhi oleh gaya hidup responden seperti perilaku merokok, olahraga dan pola diit.

Berdasarkan tabel 5.3 penelitian ini menyatakan bahwa tingkat pendidikan bukan merupakan salah satu faktor yang berhubungan dengan depresi pada responden, dimana hasil uji statistik diperoleh nilai $p: 0,563$ maka dapat disimpulkan tidak

ada perbedaan yang signifikan proporsi kejadian depresi antara pendidikan rendah dengan pendidikan tinggi responden (tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan depresi responden). Hasil tersebut menunjukkan walaupun sebagian besar latar belakang pendidikan responden adalah tinggi, tetapi masih dapat beresiko terjadi depresi dan meskipun responden dengan latar belakang pendidikan rendah, apabila mekanisme kopingnya baik maka dapat menghindari terjadinya depresi. Nys et al (2005) dan Fung, Lui, & Chau (2006) juga menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan depresi.

Hasil ini berbeda dengan penelitian Quan et al (2010) dengan hasil OR 1,58 dimana seseorang yang berpendidikan rendah akan mengalami gejala depresi sebesar 1,5 kali dibanding dengan seseorang yang berpendidikan tinggi. Penelitian Fatoye (2009) terhadap 118 pasien stroke juga menyatakan bahwa pendidikan rendah mempengaruhi kejadian depresi paska stroke (p: 0,001).

Hasil analisis hubungan antara tingkat pendidikan dengan *hopelessness* responden diperoleh bahwa ada sebanyak 23 (92%) responden yang berpendidikan rendah mengalami *hopelessness*, sedangkan responden yang berpendidikan tinggi ada sebanyak 36 (75%) responden yang mengalami *hopelessness*. Hasil uji statistik diperoleh nilai P: 0,118 maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan yang signifikan proporsi kejadian *hopelessness* antara responden yang berpendidikan rendah dengan yang berpendidikan tinggi (tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan *hopelessness* responden). Hasil penelitian ini berbeda dengan Servellen et al (1999) bahwa variabel pendidikan tidak mempengaruhi *hopelessness*.

Tingkat pendidikan merupakan salah satu faktor yang menentukan terhadap terjadinya perubahan perilaku, dimana seseorang yang berpendidikan tinggi berarti telah mengalami proses belajar yang lebih panjang, dengan kata lain pendidikan mencerminkan intensitas terjadinya proses belajar. Pendidikan dapat melindungi seseorang dari perkembangan buruk dalam menghadapi masalah gangguan jiwa dan dapat meningkatkan daya penyembuhan kembali dari gangguan jiwa. Tingkat pendidikan yang lebih tinggi ditemukan lebih sering memanfaatkan pelayanan kesehatan jiwa dan pendidikan menjadi salah satu tolak

ukur kemampuan seseorang dalam berinteraksi dengan orang lain secara efektif (Stuart & Laraia, 2005).

Perbedaan hasil penelitian tersebut bisa diakibatkan oleh perbedaan beban hidup yang dihadapi responden karena pendidikan merupakan indikator bahwa seseorang telah menempuh jenjang pendidikan formal dalam bidang tertentu, bukan indikator bahwa seseorang telah menguasai beberapa bidang ilmu tertentu. Jadi pendidikan bukan merupakan variabel yang dominan terhadap kejadian depresi responden.

6.1.3 Hubungan antara kemampuan fungsional dengan depresi dan *hopelessness*

Kerusakan kemampuan fungsional merupakan efek stroke yang paling jelas terlihat. Stroke merupakan penyakit motor neuron atas yang mengakibatkan kehilangan kontrol volunter terhadap gerakan motorik. Defisit motorik meliputi kerusakan mobilitas, fungsi respirasi, menelan dan berbicara, refleks gag, dan kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari (Lewis, 2007), karena jalur piramidal menyeberang pada saat di medulla, kerusakan kontrol motorik volunter pada satu sisi tubuh merefleksikan adanya kerusakan motor neuron atas di sisi yang berlawanan pada otak (kontralateral) (Smeltzer & Bare, 2002). Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat 35 (47,9%) responden mempunyai penurunan kemampuan fungsional sedang dan 38 (52,1%) responden mempunyai penurunan kemampuan fungsional berat. Hasil penelitian ini hanya meliputi responden yang mempunyai penurunan kemampuan fungsional sedang (skor *barthel index* 51-75) dan penurunan kemampuan fungsional berat (skor *barthel index* 0-50), sedangkan penurunan kemampuan fungsional ringan sampai dengan tidak ada gangguan (skor *barthel index* 76-100) tidak ditemui peneliti. Sebagian besar responden mengalami hemiplegi (paralisis pada salah satu sisi) sehingga untuk melakukan kegiatan yang bersifat motorik mengalami gangguan, seperti makan, kebersihan diri, berpakaian, *toilet transfer*, dan berpindah tempat.

Menurut Dunn (2005) depresi dan *hopelessness* merupakan respon dari kerusakan fisik. Status fungsional pasien stroke dapat dinilai dengan menggunakan penilaian

Barthel Index yang sering digunakan dalam mengevaluasi ketidakmampuan saat pasien masuk rumah sakit dan selama dirawat (Rasyid, 2006). Berdasarkan tabel 5.3 penelitian ini menyatakan bahwa ada hubungan antara kemampuan fungsional dengan depresi responden. Hasil uji statistik diperoleh nilai $P: 0,014$ maka dapat disimpulkan ada perbedaan yang signifikan proporsi kejadian depresi antara penurunan kemampuan fungsional sedang dengan berat (ada hubungan antara kemampuan fungsional dengan depresi responden). Dari hasil analisis diperoleh pula nilai OR: 3,686, artinya responden dengan penurunan kemampuan fungsional berat mempunyai peluang 3,686 kali mengalami depresi dibanding responden dengan penurunan kemampuan fungsional sedang. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian lain yang dilakukan Dahlin et al (2006) yang menyatakan ada hubungan antara depresi dengan gangguan aktivitas sehari-hari ($p: 0,04$). Hal ini diperkuat oleh penelitian Sit et al (2007) bahwa gangguan aktivitas sehari-hari mempunyai hubungan dengan korelasi sedang dengan depresi, dimana pada 48 jam setelah masuk rumah sakit $r: -0,47$ dengan $p: 0,001$ dan 6 bulan setelahnya dengan hasil $r: -0,473$ dengan $p: 0,001$. Penelitian Fatoye (2009) juga menyatakan ada hubungan antara gangguan fungsi motorik berupa paresis dengan depresi paska stroke ($p: 0,002$). Hal ini bisa diakibatkan karena perubahan besar pada fungsi fisiknya yang berakibat pada segala aspek kehidupan pasien stroke. Ketidakmampuan fisik bersama-sama dengan gejala depresi dapat menyebabkan aktivitas penderita stroke menjadi sangat terbatas pada tahun pertama, namun dukungan sosial dapat mengurangi dampak dari ketidakmampuan fisik serta depresi tersebut. Ketidakmampuan fisik yang menyebabkan hilangnya peran hidup yang dimiliki penderita dapat menyebabkan gangguan persepsi akan konsep diri yang bersangkutan dan dengan sendirinya mengurangi kualitas hidupnya (Suwantara, 2004).

Munculnya depresi bisa disebabkan hilangnya sumber ekonomi keluarga akibat keterbatasan fisiknya, sehingga pasien stroke yang mengalami kerusakan mobilitas tidak bisa aktif seperti sebelum terkena serangan dalam berinteraksi dengan orang lain. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Meifi dan Agus (2009) peningkatan depresi paska stroke bisa disebabkan karena kehilangan pekerjaan yang disenanginya, kurangnya kontak sosial, kurangnya jaminan finansial, dan

Universitas Indonesia

penurunan aktivitas sosial. Penelitian ini juga diperkuat Oladiji (2009) dengan judul “Faktor Risiko Depresi Paska Stroke Pada Pasien Stroke Di Nigeria” menyatakan ada hubungan antara kemampuan fungsional dengan depresi, hal ini disebabkan karena ketidakmampuan fisiknya membuat mereka tidak bisa kembali ke tempat kerjanya dan tidak adanya asuransi sosial yang berakibat menambah beban keluarga yang merawatnya. Namun berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Cassidy, Connor & O’Keane (2004) bahwa tidak ada hubungan antara kemampuan fungsional dengan depresi paska stroke. Hal ini disebabkan karena jumlah sampel yang sedikit yaitu 50 responden, sehingga besar kemungkinan hasilnya menjadi bias.

Carota (2003, dalam Meifi & Agus, 2009) menyatakan bahwa perkembangan beratnya depresi tergantung pada beratnya kecacatan yang terjadi pada fase akut sampai 6 bulan pertama setelah onset stroke. Perasaan depresi sebelum dan pada saat stroke memiliki risiko kematian 3 kali lipat dalam kurun waktu lebih dari 10 tahun pada pasien depresi paska stroke jika dibandingkan dengan bukan depresi paska stroke. Risiko ini bersifat independen terhadap risiko penyakit kardiovaskuler, usia, jenis kelamin, kelas sosial, tipe stroke, lokasi lesi, dan hubungan dengan isolasi sosial. Jadi munculnya atau peningkatan depresi pasien stroke bisa diakibatkan oleh penurunan kemampuan fungsional.

Hasil analisis hubungan antara kemampuan fungsional dengan *hopelessness* responden diperoleh bahwa ada sebanyak 23 (65,7%) responden yang mempunyai penurunan kemampuan fungsional sedang mengalami *hopelessness*, sedangkan responden yang mempunyai penurunan kemampuan fungsional berat ada sebanyak 36 (94,7%) responden yang mengalami *hopelessness*. Hasil uji statistik diperoleh nilai P: 0,004 maka dapat disimpulkan ada perbedaan yang signifikan proporsi kejadian *hopelessness* antara responden yang mempunyai kemampuan fungsional sedang dengan yang mempunyai kemampuan fungsional berat (ada hubungan antara kemampuan fungsional dengan *hopelessness* responden). Dari hasil analisis diperoleh pula nilai OR: 9,391, artinya responden yang mempunyai kemampuan fungsional berat mempunyai peluang 9,391 kali mengalami *hopelessness* dibanding responden yang mempunyai kemampuan fungsional

sedang. Hasil penelitian ini sesuai dengan VanServellen et al (1996) pada 30 responden dengan HIV dan 30 responden dengan kanker yang menyatakan bahwa ada hubungan antara kemampuan fungsional dengan *hopelessness*.

Gambaran klinis dari tahapan stroke dapat memunculkan gejala *hopelessness* seperti munculnya hemiplegi maupun hemiparesis akibat dari gangguan kontrol motor volunter pada salah satu sisi tubuh yang akan membuat pasien frustrasi tentang kondisinya saat ini (Hudak & Gallo, 1996). Tidak adanya perkembangan kemampuan fisiknya dalam beraktivitas sehari-hari membuat pasien merasa pesimis, bahkan pasien stroke dengan ketergantungan total kepada keluarganya, cenderung merasa tidak berharga bagi keluarganya. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Dunn (2005) bahwa *hopelessness* merupakan respon dari kerusakan fisik.

6.1.4 Hubungan penyakit penyerta dengan depresi dan *hopelessness*

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat 45 responden (61,6%) tidak mempunyai penyakit penyerta dan 28 responden (38,4%) mempunyai penyakit penyerta. Penyakit penyerta hasil pengumpulan data pada responden diantaranya adalah diabetes mellitus, kelainan jantung, kelainan ginjal, hipertensi, asma, dan maag. Menurut Smeltzer et al (2008) gangguan pembuluh darah akibat aterosklerosis bisa menyebabkan gangguan organ yang divaskularisasi. Hal ini diperkuat oleh Price dan Wilson (2006) bahwa aterosklerosis menyebabkan penimbunan lipid dan jaringan fibrosa dalam pembuluh darah, sehingga secara progresif mempersempit lumen pembuluh darah. Bila lumen menyempit maka resistensi terhadap aliran darah akan meningkat dan membahayakan aliran ke organ yang dialiri. Maka kelainan ini akan mengurangi elastisitas pembuluh darah. Apabila pasien mempunyai kelainan pembuluh darah maka cepat atau lambat akan mengalami gangguan selain stroke. Penelitian yang dilakukan Davenport, Dennis dan Warlow (1994) yang menemukan bahwa pasien stroke bisa mengalami lebih dari satu tipe penyakit penyerta. Mereka juga menyatakan pasien lansia lebih berisiko sebagai akibat kemunduran fisiologis sebelum terkena stroke. Untuk mencegah kejadian penyakit penyerta dapat dilakukan rehabilitasi stroke yang lebih aktif, pemberian pendidikan kesehatan mengenai karakteristik

penyakit penyerta, dan mengidentifikasi pasien dengan risiko tinggi terkena penyakit penyerta.

Hasil analisis hubungan antara penyakit penyerta dengan depresi responden berdasarkan tabel 5.3 diperoleh bahwa ada sebanyak 18 (40%) responden yang tidak mempunyai penyakit penyerta mengalami depresi, sedangkan responden yang mempunyai penyakit penyerta ada sebanyak 19 (67,9%) responden yang mengalami depresi. Hasil uji statistik diperoleh nilai P: 0,038 maka dapat disimpulkan ada perbedaan yang signifikan proporsi kejadian depresi antara mempunyai penyakit penyerta dengan yang tidak mempunyai penyakit penyerta (ada hubungan antara penyakit penyerta dengan depresi responden). Dari hasil analisis diperoleh pula nilai OR: 3,167, artinya responden yang mempunyai penyakit penyerta mempunyai peluang 3,167 kali mengalami depresi dibanding responden yang tidak mempunyai penyakit penyerta. Penelitian ini sesuai dengan Groot et al (2001) pada pasien diabetes mellitus bahwa ada hubungan antara depresi dengan penyakit penyerta ($p < 0,00001$). Hasil penelitian ini diperkuat oleh Rahimi, Ahmadi dan Gholyaf (2008), didapatkan hasil bahwa depresi merupakan respon psikologis terhadap penyakit kronis. Penyakit kronis disini bisa berupa stroke dan ketika seseorang mempunyai lebih dari satu penyakit kronis maka akan bertambah pula depresinya. Farrell (2004) juga menambahkan faktor risiko pada depresi yaitu penyakit kronis yang menyertai. Selain itu penelitian yang dilakukan Jones et al (2003) menyatakan bahwa depresi dapat menyebabkan aterosklerosis. Dimana aterosklerosis tersebut akan mengganggu sirkulasi organ yang dialirinya seperti pada organ jantung, ginjal, dan otak.

Hasil analisis hubungan antara penyakit penyerta dengan *hopelessness* responden diperoleh bahwa ada sebanyak 32 (71,1%) responden yang tidak mempunyai penyakit penyerta mengalami *hopelessness*, sedangkan responden yang mempunyai penyakit penyerta ada sebanyak 27 (96,4%) responden yang mengalami *hopelessness*. Hasil uji statistik diperoleh nilai P: 0,018 maka dapat disimpulkan ada perbedaan yang signifikan proporsi kejadian *hopelessness* antara responden yang mempunyai penyakit penyerta dengan yang tidak mempunyai penyakit penyerta (ada hubungan antara penyakit penyerta dengan *hopelessness*

responden). Dari hasil analisis diperoleh pula nilai OR: 10,969, artinya responden yang mempunyai penyakit penyerta mempunyai peluang 10,969 kali mengalami *hopelessness* dibanding responden yang tidak mempunyai penyakit penyerta. Hasil penelitian ini sesuai dengan Pederson et al (2009) yang menyatakan bahwa penyakit penyerta mempengaruhi prognosis pasien *Coroner Arteri Disease* (CAD). Penelitian ini dilakukan terhadap 534 orang yang mendapatkan terapi *Percutaneous Coroner Intervention* (PCI) setelah 3 tahun mengalami kekambuhan berupa infark miokard bahkan kematian, tertinggi pada pasien dengan *hopelessness* dan diabetes mellitus sebesar 15,9%, diikuti pasien dengan *hopelessness* sebesar 11,2%, pasien dengan diabetes mellitus sebesar 8,2% dan pasien dengan tidak ada faktor risiko (diabetes mellitus dan *hopelessness*) sebesar 3,5%.

Menurut Whipple et al (2009) *hopelessness* akan meningkatkan penebalan arteri karotis ($p: 0,0139$), sehingga dengan adanya bukti penelitian ini pasien stroke dengan *hopelessness* akan lebih berisiko terkena penyakit jantung. Hal ini diperkuat oleh penelitian yang dilakukan Utama (2007) bahwa didapatkan hubungan yang sangat kuat antara aterosklerosis arteri karotis dengan aterosklerosis arteri koronaria ($r: 0,96$) sebagai etiologi penyakit jantung. Selain itu arteri karotis sebagai penyuplai darah ke otak pada pasien stroke akan berkurang dan dapat mengakibatkan lesi otak yang lebih luas. Berdasarkan penelitian tersebut *hopelessness* pada pasien stroke selain berakibat pada aspek psikososial juga berefek pada aspek fisiologis pasien. Penyakit penyerta dapat menjadi etiologi atau komplikasi pada pasien stroke. Mekanisme coping dalam menghadapi perubahan fisiologis setiap pasien berbeda-beda. Apabila pasien stroke mempunyai penyakit penyerta maka sebagai perawat harus mengarahkan mekanisme coping yang konstruktif menuju peningkatan derajat kesehatan pasien.

6.1.5 Hubungan antara fungsi kognitif dengan depresi dan *hopelessness*

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat 30 (41,1%) responden mengalami gangguan fungsi kognitif dan 43 (58,9%) responden tidak ada gangguan fungsi kognitif. Fungsi kognitif dimaksudkan untuk menunjukkan kemampuan seseorang dalam belajar, menerima, dan mengelola informasi dari lingkungan sekitarnya.

Kerusakan otak merupakan faktor yang mempengaruhi fungsi kognitif, sehingga memunculkan manifestasi gangguan fungsi kognitif. Kerusakan hemisfer kiri dan kanan memberikan wujud gejala yang berbeda karena telah terjadi proses lateralisasi dari fungsi-fungsi tertentu ke salah satu hemisfer (dominasi serebral). Kerusakan hemisfer kiri akan menimbulkan gangguan kemampuan berbahasa, membaca, menulis, menghitung, memori verbal dan gerakan motorik terampil. Kerusakan hemisfer kanan akan menimbulkan gangguan fungsi visuospasial (persepsi), visuomotor, pengabaian (neglect), memori visual, dan koordinasi motorik (Harsono, 2007; Rasyid et al, 2007).

Hasil analisis hubungan antara fungsi kognitif dengan depresi responden berdasarkan tabel 5.3 diperoleh bahwa ada sebanyak 21 (70%) responden yang mengalami penurunan fungsi kognitif mengalami depresi, sedangkan pada responden yang tidak mengalami penurunan fungsi kognitif ada sebanyak 16 (37,2%) responden yang mengalami depresi. Hasil uji statistik diperoleh nilai $P: 0,012$ maka dapat disimpulkan ada perbedaan yang signifikan proporsi kejadian depresi antara responden yang mengalami penurunan fungsi kognitif dengan yang tidak mengalami penurunan fungsi kognitif (ada hubungan antara fungsi kognitif dengan depresi responden). Dari hasil analisis diperoleh pula nilai OR: 3,938, artinya responden yang mengalami penurunan fungsi kognitif mempunyai peluang 3,938 kali mengalami depresi dibanding responden yang tidak mengalami penurunan fungsi kognitif. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Kauhanen et al (1999) bahwa ada hubungan antara depresi dan gangguan fungsi kognitif paska stroke, dimana domain yang berhubungan adalah memori ($p:0,022$), pemecahan non verbal ($p:0,039$), serta perhatian dan psikomotor ($p:0,02$). Selain itu Fatoye (2009) juga menyatakan bahwa ada hubungan antara depresi dan fungsi kognitif ($r: -0.35$, $p: 0.001$). Pada penelitian yang dilakukan Narushima et al (2003) serta Meifi dan Agus (2009) menyatakan bahwa depresi paska stroke juga dapat menyebabkan gangguan kognitif, sehingga dua variabel ini mempunyai hubungan timbal balik.

Hasil analisis hubungan antara fungsi kognitif dengan *hopelessness* responden diperoleh bahwa ada sebanyak 26 (86,7%) responden yang mengalami penurunan

fungsi kognitif mengalami *hopelessness*, sedangkan responden yang tidak mengalami penurunan fungsi kognitif ada sebanyak 33 (76,7%) responden yang mengalami *hopelessness*. Hasil uji statistik diperoleh nilai P: 0,449 maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan yang signifikan proporsi kejadian *hopelessness* antara responden yang mengalami penurunan fungsi kognitif dengan yang tidak mengalami penurunan fungsi kognitif (tidak ada hubungan antara fungsi kognitif dengan *hopelessness* responden). Hal ini berbeda dengan penelitian Mystakidou et al (2007; 2008) yang menyatakan ada hubungan fungsi kognitif dengan *hopelessness*. Tidak adanya hubungan pada penelitian ini bisa disebabkan oleh variabel lain dalam pengisian instrumen *Mini Mental State Examination* (MMSE) yaitu latar belakang pendidikan rendah sebesar 34,2 %. Apabila dilihat dari kandungan instrumen maka responden yang berpendidikan rendah (lulus SD atau tidak sekolah) akan kesulitan dalam hal membaca, berhitung dan menulis. Hal ini akan membuat hasil MMSE menjadi bias.

Pasien stroke kemungkinan juga mengalami gangguan persepsi dengan ketidakmampuan untuk menginterpretasikan sensasi baik berupa visual, spasial maupun sensori, sehingga disfungsi ini menyebabkan lapang pandang terbatas, kesulitan dalam pemahaman, lupa dan kurang motivasi. Penurunan fungsi kognitif akan membuat pasien stroke merasa kesulitan dalam mengungkapkan perasaannya, sehingga sering terjadi salah interpretasi terhadap lawan bicaranya. Hal ini menyebabkan pasien frustrasi dalam program rehabilitasi mereka (Smeltzer & Bare, 2008). Maka perawat sebagai tenaga kesehatan yang merawat 24 jam secara terus-menerus harus melakukan pendekatan terhadap pasien dan membantu pasien untuk mengungkapkan secara verbal tentang perasaan, persepsi, dan ketakutannya untuk didiskusikan bersama.

6.1.6 Hubungan antara lama menderita stroke dengan depresi dan *hopelessness*

Hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata lama menderita stroke responden adalah 5,3 hari (95% CI: 4,66-5,95). Lama menderita stroke paling kecil adalah 2 hari dan yang paling lama adalah 13 hari. Pasien stroke yang telah berlangsung lama memiliki pengalaman yang berbeda terhadap penyakitnya, dibanding dengan

pasien yang baru didiagnosa. Berdasarkan teori perilaku sakit *Mechanics* menjelaskan bahwa seseorang yang sering mengalami kondisi sakit atau merasakan adanya gejala sakit memiliki kecenderungan untuk berperilaku dengan menaruh perhatian terhadap gejala-gejala pada dirinya dan kemudian mencari pertolongan (Notoatmodjo, 2003).

Hasil analisis menunjukkan bahwa rata-rata lama menderita stroke yang tidak mengalami depresi adalah 4,86 hari dengan standar deviasi 2,52 hari, sedangkan untuk lama menderita stroke yang mengalami depresi adalah 5,73 hari dengan standar deviasi 2,959 hari. Hasil uji statistik didapatkan nilai $p: 0,182$, berarti pada alpha 5% terlihat tidak ada perbedaan yang signifikan rata-rata lama menderita stroke antara tidak depresi dengan depresi. Hal ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan Fatoye (2009) yang menyatakan bahwa ada hubungan antara depresi dengan lama menderita stroke ($p: 0,004$). Program rehabilitasi yang diikuti oleh pasien stroke kadang dirasakan tidak memberikan efek pada dirinya dan pasien mulai berfokus terhadap defisit yang terjadi pada dirinya. Kondisi ini menambah semakin parah depresinya (Sarafino, 2006).

Rata-rata lama menderita stroke yang tidak mengalami *hopelessness* adalah 4,36 hari dengan standar deviasi 1,98 hari, sedangkan untuk lama menderita stroke yang mengalami *hopelessness* adalah 5,53 hari dengan standar deviasi 2,891 hari. Hasil uji statistik didapatkan nilai $p: 0,157$, berarti pada alpha 5% terlihat tidak ada perbedaan yang signifikan rata-rata lama menderita stroke antara responden yang tidak mengalami *hopelessness* dengan responden yang mengalami *hopelessness*. Hasil penelitian ini berbeda dengan Dunn (2005) bahwa proses perkembangan penyakit yang semakin parah dan lamanya proses pemulihan menyebabkan pasien stroke cenderung *hopelessness*. Pernyataan yang berbeda diutarakan oleh Gilbar & Eden (2001) tidak ada perbedaan statistik lama menderita yang ditemukan antara 30 pasien yang baru didiagnosis kanker, 51 pasien kanker yang menerima kemoterapi ajuvan, dan 33 pasien kanker dengan kemoterapi karena kekambuhan. Namun ditemukan nilai yang lebih tinggi skor depresi dengan menggunakan instrument *Beck Depression Inventory* (BDI) dan skor *hopelessness* dengan instrument *Beck Hopelessness Scale* (BHS) pada pasien

yang baru didiagnosa kanker. Perbedaan ini bisa disebabkan perbedaan karakteristik penyakit pasien, metodologi penelitian, dan instrumen yang digunakan.

Perawat dalam menjalankan asuhan keperawatan banyak dilakukan secara rutinitas dan hanya berfokus pada penanganan fisik saja (Hasnita & Sanusi, 2006). Hal ini akan menambah lama hari rawat serta dapat meningkatkan gangguan psikososial terhadap perkembangan penyakitnya. Lama menderita stroke juga dipengaruhi oleh kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan pada pasien di rumah sakit. Artinya semakin pendek hari rawat dan pasien pulang dengan status kesehatan yang meningkat menandakan bahwa kualitas pelayanan yang diberikan semakin bagus. Kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan pada pasien tidak tergantung pada tingkat pendidikan pasien, semua pasien memiliki hak yang sama dalam mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar. Penatalaksanaan stroke merupakan hasil kolaborasi tim stroke, yaitu dokter spesialis syaraf, perawat, ahli gizi, farmasi dan fisioterapi. Masing-masing anggota tim memiliki standar pelayanan sendiri dalam penatalaksanaan stroke. Kolaborasi tim stroke yang baik akan memberikan efek yang positif bagi pasien terutama efek psikologisnya. Hal ini akan mengakibatkan berkurangnya lama hari rawat sekaligus juga mengurangi biaya pengobatan. Maka untuk mewujudkannya sebagai perawat dalam memberikan asuhan keperawatan harus bersifat komprehensif dan holistik yang meliputi bio, psiko, sosio, dan spiritual (Potter & Perry, 1997)

6.1.7 Hubungan antara dukungan keluarga dengan depresi dan *hopelessness*

Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit (Friedman, 1998). Berdasarkan tabel 5.2 untuk skor dukungan keluarga didapatkan rata-rata sebesar 9,75 (95% CI: 9,64-9,87), dengan standar deviasi 0,494. Berdasarkan pengkategorian *family apgar*, dukungan keluarga menjadi tiga kategori yaitu tinggi (8-10), sedang (4-7), dan ringan (0-3). Dukungan keluarga dalam penelitian ini yang paling kecil adalah 8 dan paling besar adalah 10, sehingga dapat disimpulkan dukungan keluarga responden adalah tinggi. Dukungan keluarga memang selalu diberikan keluarga pada pasien stroke. Mereka berharap dapat menumbuhkan semangat pasien untuk mempercepat

proses penyembuhannya selama dirawat di rumah sakit. Hal ini sesuai dengan Mant et al (2000) bahwa ada hubungan dukungan keluarga dengan peningkatan aktivitas sosial dan kualitas hidup pasien stroke.

Hasil analisis dukungan keluarga dengan depresi responden rata-rata skor dukungan keluarga yang tidak mengalami depresi adalah 9,78, sedangkan untuk skor dukungan keluarga yang mengalami depresi adalah 9,73. Hasil uji statistik didapatkan nilai $p: 0,681$, berarti pada alpha 5% terlihat tidak ada perbedaan yang signifikan rata-rata dukungan keluarga antara tidak depresi dengan depresi. Hal ini juga terjadi pada hasil analisis dukungan keluarga dengan *hopelessness* responden yaitu rata-rata skor dukungan keluarga yang tidak mengalami *hopelessness* adalah 9,86, sedangkan untuk skor dukungan keluarga yang mengalami *hopelessness* adalah 9,73. Hasil uji statistik didapatkan nilai $p: 0,386$, berarti pada alpha 5% terlihat tidak ada perbedaan yang signifikan rata-rata dukungan keluarga antara responden yang tidak mengalami *hopelessness* dengan responden yang mengalami *hopelessness*. Tidak adanya perbedaan yang signifikan pada variabel depresi dan *hopelessness* pada penelitian ini karena semua responden mendapatkan dukungan keluarga secara nyata yang dapat dilihat secara langsung ketika keluarga selalu mendampingi responden. Bahwa dengan adanya pendampingan keluarga, pasien merasa nyaman, tenang dan lebih kuat dalam menerima keadaan fisiknya sehingga diharapkan akan memberi dampak yang baik terhadap proses penyembuhan penyakitnya. Dukungan keluarga yang tinggi disebabkan ikatan kekeluargaan yang kuat dan kecenderungan anggota keluarga untuk terlibat dalam pembuatan keputusan atau proses terapeutik terhadap anggota keluarganya yang sakit. Proses ini menjadikan responden mendapatkan pelayanan berupa dukungan keluarga baik secara moril maupun imoril dari keluarga, teman-teman dan para profesional yang menyediakan jasa pelayanan kesehatan (Sarafino, 2006).

Dukungan yang diberikan keluarga untuk mengurangi depresi dan *hopelessness* pasien itu sendiri adalah dukungan informasional, dimana keluarga memberikan nasehat, saran, dukungan jasmani maupun rohani. Dukungan emosional juga diberikan keluarga, yang meliputi dukungan yang diwujudkan dalam bentuk afeksi, adanya kepercayaan, perhatian, mendengarkan dan didengarkan

(Friedman, 1998). Keluarga memegang peranan penting dalam konsep sehat sakit anggota keluarganya, dimana keluarga merupakan sistem pendukung yang memberikan perawatan langsung terhadap anggota keluarganya yang sakit, dimana dukungan keluarga yang tinggi ternyata menunjukkan penyesuaian yang lebih baik terhadap kondisi kesehatan anggota keluarganya. Dukungan keluarga yang tinggi akan membuat pasien stroke merasakan kenyamanan, perhatian, penghargaan dan bisa menerima kondisinya.

Dukungan yang dimiliki oleh seseorang dapat mencegah berkembangnya masalah akibat tekanan yang dihadapi. Seseorang dengan dukungan yang tinggi akan lebih berhasil menghadapi dan mengatasi masalahnya dibanding dengan yang tidak memiliki dukungan (Taylor, 2006). Depresi dan *hopelessness* dapat dicegah dengan adanya dukungan keluarga yang selalu siap untuk melayani pasien. Bosworth (2009) menyatakan bahwa dukungan keluarga sangat berpengaruh terhadap kesehatan mental anggota keluarganya. Kondisi fisik yang dialami oleh pasien yang menderita stroke akan mengakibatkan pasien tidak percaya pada dirinya, merasa tidak mampu, tidak berarti, dan tidak berharga. Oleh karena itu keluarga juga merupakan sistem pendukung yang memberikan perawatan langsung terutama bantuan terhadap keterbatasan fisiknya pada setiap keadaan sehat sakit anggota keluarganya. Selain itu dukungan keluarga dapat membantu perawat dalam perencanaan program penyembuhan stroke, pendidikan pasien, keefektifan dan efisiensi penggunaan sumber daya perawatan kesehatan (Huang, et al, 2010).

6.1.8 Hubungan antara depresi dengan *hopelessness*

Hasil analisis hubungan antara depresi dengan *hopelessness* responden diperoleh bahwa ada sebanyak 35 (59,3%) responden *hopelessness* yang mengalami depresi, sedangkan responden yang tidak *hopelessness* ada sebanyak 2 (14,3%) responden yang mengalami depresi. Hasil uji statistik diperoleh nilai P: 0,006 maka dapat disimpulkan ada perbedaan yang signifikan proporsi kejadian depresi antara responden yang tidak mengalami *hopelessness* dengan yang mengalami *hopelessness* (ada hubungan antara depresi dengan *hopelessness* responden). Dari hasil analisis diperoleh pula nilai OR: 8,75, artinya responden yang mengalami

hopelessness mempunyai peluang 8,75 kali mengalami depresi dibanding responden yang tidak mengalami *hopelessness*.

Hasil penelitian ini diperkuat oleh Brothers dan Andersen (2009) pada 67 pasien kanker payudara dengan menggunakan instrument yang sama yaitu *Beck Hopelessness Scale* (BHS) dan *Center Of Epidemiological Studies Depression* (CES-D) menyatakan bahwa ada korelasi positif dengan hubungan yang kuat ($r:0,64$) antara depresi dengan *hopelessness*. Gil & Gilbar (2001) dan Grassi et al (2010) juga menyatakan adanya hubungan yang kuat positif pada pasien kanker dimana peningkatan *hopelessness* juga menyebabkan peningkatan depresi. Mereka berpendapat bahwa hal ini disebabkan karena kurangnya informasi tentang penyakitnya dan perasaan tidak mampu dalam menghadapi penyakit yang dideritanya. Penyebab pada pasien kanker juga bisa terjadi pada pasien stroke, sehingga tugas perawat sebagai tenaga kesehatan dalam penatalaksanaan stroke adalah memberikan informasi pada pasien dan keluarga yang merupakan ujung tombak perawatan di rumah dan diharapkan melalui pendidikan kesehatan yang diberikan, pasien dan keluarga akan memiliki pengetahuan dan pemahaman mengenai proses penyakit, penatalaksanaan serta memiliki kemampuan untuk memodifikasi lingkungan dalam proses adaptasi selama pemulihan pasien (Rasyid et al, 2007). Selain itu pasien stroke lebih cenderung merasa pesimis terhadap perkembangan penyakitnya yang akan berisiko mengalami *hopelessness*, sehingga perawat perlu mendiskusikan tentang persepsi negatif pasien terhadap masa depannya (Kylma, 2004; Dunn, 2005). Hal ini diperkuat penelitian yang dilakukan Benzein & Berg (2005) yang membuktikan ada korelasi negatif antara harapan dengan *hopelessness* pada pasien kanker ($r:0,58$) dan anggota keluarganya ($r: 723$). Artinya persepsi negatif di masa depan akan meningkatkan *hopelessness* pada pasien.

Adanya hubungan antara *hopelessness* dengan depresi tidak terlepas dari kesamaan etiologi responden. Menurut Bhogal et al (2004) ada 2 penyebab yang dapat menyebabkan gangguan psikososial pada pasien stroke yaitu akibat reaksi psikologis sebagai konsekuensi klinis akibat stroke dan akibat lesi pada daerah otak tertentu yang menyebabkan terjadinya perubahan neurotransmitter.

Menurut teori faktor predisposisi terjadinya gangguan psikososial adalah karena faktor biologis, faktor psikologis dan sosial budaya. Faktor biologis dapat berupa riwayat genetik (keturunan) di dalam keluarga, seperti kelainan atau cacat fisik bawaan, ukuran tubuh, penampilan, dan sebagainya. Kerusakan lobus frontalis mengakibatkan gangguan dalam kontrol fungsi bicara, proses berfikir dan ekspresi emosi (Townsend, 2003). Kerusakan daerah temporal mengakibatkan gangguan pendengaran, keseimbangan, memori dan secara tidak langsung juga pada respon emosi (Boyd & Nihart, 1998). Kerusakan sistem limbik menimbulkan gejala hambatan emosi dan gangguan kepribadian (Kaplan & Saddock, 2004), dan ketidakseimbangan zat kimiawi atau neurotransmitter dalam otak, seperti serotonin, norepineprin, dopamine dan acetylcholine juga dapat bertanggung jawab terjadinya depresi dan *hopelessness* (Copel 2007). Faktor sosial budaya yang dapat mempengaruhi terjadinya gangguan psikososial paska stroke meliputi ketidaksesuaian atau gangguan dalam penampilan peran, seperti tuntutan peran kerja, konflik peran, kondisi ekonomi (Stuart, 2006), harapan peran budaya, dan perubahan dalam struktur sosial (Townsend, 2003). Bahkan depresi dan *hopelessness* dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas pada pasien jantung (Whipple et al, 2009), sehingga tidak tertutup kemungkinan hal yang sama terjadi pada pasien stroke sebagai efek dari gangguan psikososial.

6.1.9 Faktor yang dominan berhubungan dengan depresi

Berdasarkan hasil analisis pada tabel 5.13 maka variabel yang dominan berhubungan adalah fungsi kognitif dimana responden yang mengalami penurunan fungsi kognitif lebih berisiko mengalami depresi sebesar 3,822 kali setelah dikontrol dengan kemampuan fungsional dan penyakit penyerta. Hasil penelitian ini sesuai dengan Fatoye (2009) dalam penelitiannya yang berjudul “Gejala Depresi Dan Faktor Yang Berhubungan Pada Stroke di Nigeria”, dengan menggunakan uji regresi linear ditemukan bahwa variabel yang paling berhubungan terhadap kejadian depresi paska stroke adalah fungsi kognitif setelah dikontrol pendidikan dan kemampuan fungsional.

Penurunan atau gangguan kognitif merupakan efek yang biasa terjadi pada stroke diperkirakan sekitar 50-75 % mengalami gangguan kognitif dan prevalensi

menjadi demensia 3 bulan pasca stroke berkisar antara 23,5-61 % (Firmansyah, 2007). Gangguan fungsi kognitif atau fungsi luhur yang terjadi berupa gangguan orientasi, perhatian, konsentrasi, daya ingat dan bahasa serta fungsi intelektual (Setyopranoto et al, 2000), sehingga hal ini mengakibatkan frustrasi yang berlebihan terhadap kekurangan yang dialaminya, akibat komunikasi yang tidak terjalin (Hudak & Gallo, 1996).

Secara fisiologis area interpretasi sensorik (asosiasi somatik, visual, dan auditorik) terutama berkembang pada sisi otak yang dominan (hemisfer kiri pada 95% manusia). Gangguan hemodinamika serebral seperti stroke pada area ini sangat mempengaruhi fungsi intelegensia atau kognitif. Luas area infark yang mampu menyebabkan penurunan kognitif (demensia) adalah 10-50 ml atau berkisar 1-4% volume total otak dan kurang dari 10 ml jika stroke mengenai hipotalamus, talamus, batang otak dan hipokampus (Guyton & Hall, 1997), sedangkan menurut Birns et al (2008) pada penderita post stroke, lokasi neuroanatomi bagian otak yang lesi akan berpengaruh pada area kognitif spesifik dan perubahan dinamis aliran darah mempengaruhi perfusi area tersebut yang mengakibatkan berbagai macam efek pada struktur dan fungsi otak. Penurunan dalam proses persepsi dan perhatian berhubungan dengan volume lesi substansia alba parietooccipital. Penurunan fungsi eksekutif dan kefasihan komunikasi verbal berhubungan dengan volume lesi substansia alba infratentorial. Penurunan fungsi kognitif inilah yang menyebabkan responden menjadi frustrasi dan menimbulkan gangguan mood depresi.

6.1.9 Faktor yang dominan berhubungan dengan *hopelessness*

Berdasarkan hasil analisis pada tabel 5.17 maka variabel yang dominan berhubungan adalah kemampuan fungsional, dimana responden yang mempunyai penurunan kemampuan fungsional lebih berisiko mengalami *hopelessness* sebesar 7,898 kali setelah dikontrol penyakit penyerta dan usia. Stroke sebagai penyakit motor neuron atas akan mengakibatkan kehilangan kontrol volunter terhadap gerakan motorik. Usia pasien stroke yang masih dalam usia produktif cenderung mengalami *hopelessness* (Gil & Gilbar, 2001). Maka pasien stroke dalam menatap masa depan menjadi pesimis, karena dengan kerusakan mobilitas ini tidak bisa

aktif seperti sebelum terkena serangan dalam melakukan kegiatan sehari-hari dan berinteraksi dengan orang lain. Hal ini akan menyebabkan peningkatan *hopelessness* paska stroke sebagai akibat kehilangan pekerjaan yang disengangnya, kurangnya kontak sosial, kurangnya jaminan finansial, dan penurunan aktivitas sosial (Meifi & Agus, 2009).

Menurut Varcarolis (2006), individu yang beresiko tinggi terjadinya gangguan psikososial adalah individu yang mengalami masalah atau gangguan kesehatan fisik yang kronis, seperti penyakit neurologi, endokrin, metabolisme atau nutrisi, infeksi kronis, dan penyakit kronis lainnya. Stroke sebagai penyakit neurologi dapat mengakibatkan adanya gangguan pada fungsi neurologis dan cacat fisik seperti kelemahan fisik yang dialaminya, sehingga stroke juga dapat dikategorikan sebagai penyakit fisik yang dapat menyebabkan timbulnya kondisi *hopelessness* (Dunn, 2005). Pasien stroke yang mengalami defisit motorik dapat mengakibatkan pasien mengalami defisit kemampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari dan kemandirian pasien akan berkurang. Hal ini mempertinggi ketergantungan pasien pada keluarga. Namun, semakin dini proses rehabilitasi dimulai maka kemungkinan pasien mengalami defisit kemampuan akan semakin kecil.

6.2 Keterbatasan penelitian

Letak lesi sebagai salah satu etiologi depresi dan *hopelessness* tidak bisa dimasukkan variabel dalam penelitian ini, karena rata-rata latar belakang ekonomi yang rendah di Blitar, sehingga jarang dilakukan pemeriksaan *CT-Scan* untuk mengetahui lokasi lesi otak pada pasien stroke.

6.3 Implikasi Keperawatan

6.3.1 Pelayanan keperawatan

Implikasi hasil penelitian terhadap pelayanan keperawatan adalah memberikan informasi atau masukan kepada praktisi keperawatan tentang faktor yang dominan berhubungan dengan depresi dan *hopelessness* pasien stroke. Proses deteksi yang akurat dan pilihan intervensi keperawatan yang tepat terkait dengan depresi dan *hopelessness* diharapkan dapat meningkatkan proses pemulihan paska stroke (Vogel, 1995; Dahlin et al, 2006). Di sisi lain akan mengurangi jumlah biaya yang harus dikeluarkan terkait lamanya pengobatan di rumah sakit. Ada dua fokus

Universitas Indonesia

keperawatan yang harus diperhatikan terkait depresi dan *hopelessness* paska stroke adalah

- a. Fungsi kognitif sebagai variabel yang dominan berhubungan dengan depresi maka perawat dapat melakukan intervensi keperawatan seperti penataan ulang kognitif (*cognitive restructuring*), stimulasi kognitif (*cognitive stimulation*), peningkatan komunikasi: defisit bicara (*communication enhancement: speech deficit*), membangun hubungan yang kompleks (*complex relationship building*).

Penataan ulang kognitif (*cognitive restructuring*), didefinisikan sebagai mengubah distorsi pola pikir pasien dan melihat diri dan dunia lebih realistic. Tindakan keperawatan yang dapat diberikan adalah membantu pasien untuk mengidentifikasi stresor yang di rasakan (situasi, kejadian, dan interaksi dengan orang lain) yang berkontribusi terhadap depresi; membantu pasien untuk mengidentifikasi dalam interpretasi kegagalan diri tentang stresor yang dirasakan; membantu pasien menerima kenyataan yang ada; membantu pasien untuk mengekspresikan yang ada dalam hatinya.

Stimulasi kognitif (*cognitive stimulation*), didefinisikan sebagai memberikan kesadaran dan pemahaman dengan memanfaatkan stimulus kognitif yang telah diprogramkan. Tindakan keperawatan yang dapat diberikan adalah dengan cara menanyakan apa yang dipikirkan tadi malam (stimulasi memori); orientasikan waktu, tempat, dan orang; perlihatkan kembali foto-foto pasien; menanyakan kembali tentang apa yang sudah dibicarakan; tawarkan stimulasi lingkungan melalui kontak dengan berbagai orang.

Peningkatan komunikasi: defisit bicara (*Communication enhancement: speech deficit*), didefinisikan sebagai membantu menerima dan belajar perubahan metode untuk hidup dengan kerusakan wicara. Tindakan keperawatan yang dapat diberikan adalah mendengar bicara pasien dengan penuh perhatian; menggunakan kata yang sederhana dan kalimat pendek dalam berkomunikasi dengan pasien; jangan berteriak pada pasien dengan gangguan komunikasi; menganjurkan pasien untuk mengulang kata-kata.

Membangun hubungan yang kompleks (*Complex relationship building*), didefinisikan sebagai menciptakan hubungan terapeutik dengan pasien yang memiliki kesulitan interaksi dengan orang lain. Tindakan keperawatan yang dapat diberikan adalah menciptakan iklim yang hangat dan mudah diterima; menyediakan kenyamanan fisik sebelum interaksi; membantu pasien untuk mengidentifikasi perasaan seperti marah, cemas, permusuhan, atau kesedihan yang mempengaruhi kemampuan berinteraksi dengan orang lain; memperkenalkan diri anda pada orang-orang yang berarti bagi pasien, jika sesuai; kontrak waktu untuk pertemuan selanjutnya sebelumnya waktu berakhir; menggunakan kesimpulan pada awal percakapan untuk percakapan yang akan datang.

- b. Kemampuan fungsional sebagai variabel yang dominan berhubungan dengan *hopelessness* maka perawat dapat melakukan intervensi keperawatan seperti terapi latihan: mobilitas (*exercise therapy: joint mobility*), meningkatkan latihan: peregangan otot (*exercise promotion: stretching*), terapi latihan: ambulasi (*exercise therapy: ambulation*), terapi latihan: keseimbangan (*exercise therapy: balance*).

Terapi latihan: mobilitas (*exercise therapy: joint mobility*) didefinisikan sebagai pergerakan tubuh baik aktif maupun pasif untuk memelihara atau mengembalikan fleksibilitas. Tindakan keperawatan yang dapat diberikan adalah menentukan pembatasan pergerakan dan efeknya; mengkaji rasa sakit sebelum memulai latihan; melindungi pasien dari trauma selama latihan; memotivasi ROM aktif secara teratur dan sesuai jadwal; melatih ROM pasif atau bantu latihan ROM aktif; Pada saat pergerakan kaji adanya rasa sakit, kelelahan; memberikan *reinforcement positif* setiap melakukan pergerakan atau berlatih.

Meningkatkan latihan: peregangan otot (*exercise promotion: stretching*) didefinisikan sebagai suatu latihan terhadap otot yang bertujuan untuk relaksasi, menguatkan otot dan sendi selama latihan serta meningkatkan kelenturan tubuh. Tindakan keperawatan yang dapat diberikan adalah membantu pasien dalam meningkatkan kepercayaan, motivasi dan fungsi

neuromuskuler; memberikan informasi perubahan struktur neuromuskuler selama proses penuaan dan komplikasinya; memberikan kesempatan pada pasien untuk memilih latihan, tempat dan waktu; perintahkan pada pasien untuk melakukan latihan secara perlahan dan jangan memaksakan gerakan dan kecepatan; memberikan ilustrasi dan gambaran tentang gerakan-gerakan di rumah; memonitor toleransi aktivitas seperti peningkatan denyut nadi dan nyeri sendi selama latihan; melakukan evaluasi ulang setiap rencana latihan yang sudah dilakukan; melibatkan anggota keluarga dalam perencanaan, pembelajaran dan monitor setiap latihan.

Terapi latihan: ambulasi (*exercise therapy: ambulation*) didefinisikan sebagai peningkatan dan bantuan pada pasien dengan cara berjalan untuk mempertahankan fungsi tubuh selama pasien dirawat dan selama fase penyembuhan. Tindakan keperawatan yang dapat diberikan adalah membantu pasien menggunakan alas kaki untuk mencegah terjadinya *injury*; menyediakan tempat tidur yang dapat ditinggikan dan diturunkan; memposisikan tempat tidur yang mudah dijangkau; membantu pasien untuk duduk di tempat tidur maupun di kursi. menjelaskan pada pasien tentang bagaimana cara beralih posisi yang benar; membantu pasien dalam berpindah posisi; menyediakan alat bantu ambulasi seperti walker (alat bantu jalan); membantu pasien untuk menentukan ambulasi yang tepat; menjelaskan pada pasien tentang keamanan berpindah posisi serta tehnik ambulasi; memonitor pasien selama menggunakan alat bantu ambulasi; membantu pasien untuk berdiri dan mempertahankan jarak langkah pada setiap ambulasi; meningkatkan ambulasi secara mandiri dengan sedikit bantuan.

Terapi latihan: keseimbangan (*exercise therapy: balance*) didefinisikan sebagai penggunaan aktivitas, postur, dan gerakan dalam mempertahankan keseimbangan. Tindakan keperawatan yang dapat diberikan adalah menentukan kemampuan pasien dalam partisipasinya dalam memenuhi aktivitas keseimbangan; kolaborasi dengan tim fisioterapi untuk menentukan dan mengembangkan program latihan; kolaborasi dalam menentukan jenis jumlah, dan gerakan yang dibutuhkan dalam mempertahankan keseimbangan;

melakukan evaluasi fungsi sensori pasien yang meliputi; penglihatan, pendengaran, dan persepsi; kondisikan lingkungan aman untuk latihan; menyediakan alat bantu latihan seperti; walker dan bantal untuk membantu latihan; membantu pasien dalam mencapai tujuan dari latihan tersebut; memberikan penjelasan tentang posisi yang aman dan baik dalam mempertahankan atau meningkatkan keseimbangan selama latihan; membantu pasien untuk tetap meregangkan otot selama berbaring, duduk, maupun berdiri; membantu pasien untuk berpindah posisi duduk; menggunakan kaca agar pasien bisa menentukan posisi duduk maupun berdiri yang baik; membantu pasien untuk mempertahankan faktor pendukung yang sudah ada; membantu pasien untuk berdiri dengan mata tertutup secara perlahan; memonitor respon pasien selama latihan keseimbangan; membantu pasien untuk melakukan ambulasi secara rutin dan teratur.

6.3.2 Pengembangan ilmu keperawatan

Penelitian ini menjelaskan bahwa faktor-faktor yang berhubungan dengan depresi adalah kemampuan fungsional, penyakit penyerta, dan fungsi kognitif. Variabel fungsi kognitif sebagai variabel yang dominan berhubungan dengan depresi, sedangkan faktor-faktor yang berhubungan dengan *hopelessness* adalah kemampuan fungsional dan penyakit penyerta. dan variabel kemampuan fungsional sebagai variabel yang dominan berhubungan dengan *hopelessness*. Hasil penelitian ini dapat dijadikan landasan atau bahan kajian untuk mengembangkan penelitian lebih lanjut.

BAB VII SIMPULAN DAN SARAN

7.1 Simpulan

- a. Penelitian ini telah mengidentifikasi sebagian besar usia responden adalah lansia sebanyak 49 (67,1%) orang. Pendidikan responden sebagian besar adalah pendidikan tinggi sebanyak 48 (65,8%) orang dan sebagian besar tidak mempunyai penyakit penyerta sebanyak 45 (61,6%) orang. Untuk kemampuan fungsional responden lebih banyak yang mengalami kemampuan fungsional berat sebanyak 38 (52,1%) orang sedangkan pada distribusi fungsi kognitif sebagian besar tidak ada gangguan yaitu sebanyak 43 (58,9%) orang dan sebagian besar mengalami *hopelessness* sebanyak 59 (81%) orang dan depresi sebanyak 37 (51%) orang.
- b. Tidak ada hubungan antara usia dan tingkat pendidikan dengan depresi dan *hopelessness* responden.
- c. Ada hubungan antara penyakit penyerta dan kemampuan fungsional dengan depresi dan *hopelessness* responden. Pada variabel fungsi kognitif terdapat hubungan dengan depresi responden tetapi tidak ada hubungan dengan *hopelessness*.
- d. Tidak ada perbedaan yang signifikan rata-rata lama menderita stroke dan dukungan keluarga antara tidak mengalami depresi dengan depresi serta antara tidak mengalami *hopelessness* dengan *hopelessness*.
- e. Variabel yang dominan berhubungan dengan depresi adalah fungsi kognitif dimana responden yang mengalami penurunan fungsi kognitif lebih berisiko mengalami depresi sebesar 3,822 kali setelah dikontrol dengan kemampuan fungsional dan penyakit penyerta.
- f. Variabel yang dominan berhubungan dengan *hopelessness* adalah kemampuan fungsional, dimana responden yang mempunyai penurunan kemampuan fungsional lebih berisiko mengalami *hopelessness* sebesar 7,898 kali setelah dikontrol penyakit penyerta dan usia.

7.2 Saran

7.2.1 Untuk Institusi Pelayanan Keperawatan

Fungsi kognitif sebagai variabel yang paling dominan berhubungan dengan depresi pasien stroke. Maka perawat untuk mencegah kejadian depresi dapat dilakukan penataan ulang kognitif (*cognitive restructuring*), stimulasi kognitif (*cognitive stimulation*), peningkatan komunikasi: defisit bicara (*communication enhancement: speech deficit*), membangun hubungan yang kompleks (*complex relationship building*).

Kemampuan fungsional sebagai variabel yang paling dominan berhubungan dengan *hopelessness* pasien stroke. Maka perawat untuk mencegah kejadian *hopelessness* dapat dilakukan terapi latihan: mobilitas (*exercise therapy: joint mobility*), meningkatkan latihan: peregangan otot (*exercise promotion: stretching*), terapi latihan: ambulasi (*exercise therapy: ambulation*), terapi latihan: keseimbangan (*exercise therapy: balance*). Mengingat pentingnya fokus intervensi keperawatan terkait fungsi kognitif dan kemampuan fungsional pada depresi dan *hopelessness* pasien stroke, maka diperlukan sosialisasi dan pelatihan. Hal ini diharapkan pelayanan keperawatan yang diberikan semakin berkualitas dan profesional.

7.2.2 Untuk Penelitian Lebih Lanjut

- a. Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai data awal sekaligus motivasi untuk melakukan penelitian lebih lanjut di lingkup keperawatan medikal bedah, baik di institusi pelayanan maupun pendidikan, dengan menambah jumlah sampel.
- b. Variabel-variabel yang diteliti dikembangkan ke arah yang lebih spesifik misalnya pada penyakit penyerta dibedakan antara satu penyakit penyerta dengan lebih dari satu penyakit penyerta. Selain itu perlu menambah variabel periode serangan stroke.
- c. Untuk menghindari hasil penelitian yang bias pada variabel fungsi kognitif, maka pemeriksaan dengan menggunakan instrument *Mini Mental State*

Examination (MMSE) sebaiknya dilakukan 2 minggu setelah serangan atau setelah melewati fase akut.



Daftar Pustaka

- Ackley, B. J. & Ladwig, G. B. (2011). *Nursing Diagnosis Handbook: An Evidence Based Guide To Planning Care*. Ninth edition. USA: Mosby Elseiver.
- Agustanti, A. (2006). *Tesis : hubungan dukungan social dengan kualitas hidup orang dengan HIV/AIDS (ODHA) dikota Bandar lampung*. Depok : Program Studi Pasca Sarjana FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- Astrid, M. (2008). Pengaruh latihan range of motion (ROM) terhadap kekuatan otot, luas gerak sendi dan kemampuan fungsional pasien stroke di RS Saint Carolus Jakarta. Depok : Program Studi Pasca Sarjana FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- AHA/ASA. (2006). *primary prevention of ischemic stroke*. <http://stroke.ahajournals.org/cgi/content/full/37/6/1583#FIG> 1173987 diperoleh tanggal 4 Maret 2011.
- American Psychiatric Association. (2009). *Report of the DSM-5 Mood Disorders Work Group*. <http://www.dsm5.org/progressreports/pages/0904reportofthedsm-vmooddisordersworkgroup.aspx>. diperoleh tanggal 5 Maret 2011.
- Anonim. (2007). *Unit stroke : manajemen stroke secara komprehensif*. Editor : Rasyid, A.,dr.,SpS & Soertidewi, L.,dr.,SpS(K),M.Epid. Jakarta : Balai Penerbit FKUI
- Barca, M. L., Selbaek, G., Laks, J.,& Engedal, K. (2009). Factors associated with depression in Norwegian nursing homes. *Int Journal Geriatr Psychiatry*, 24: 417–425.
- Bagby, R. M., Ryder, A. G., Schuller, D. R.,& Marshall, M. B. (2004). The Hamilton Depression Rating Scale: Has the Gold Standard Become a Lead Weight?. *Am J Psychiatry*, 161:2163-2177.
- Bazzano, L. (2000). *High alcohol consumption increase stroke risk*. http://www.eurekalert.org/pub_releases/2007-08/tu-hac081707.php diperoleh tanggal 5 Maret 2011.
- Belin, M. H., Zabel, T. A., Diciano, B. E., Levey,E., Garver, K., Linroth, R. & Braun, P. (2010). Correlates of Depressive and Anxiety Symptoms in Young Adults with Spina Bifida. *Journal of Pediatric Psychology* 35(7) pp. 778–789.
- Benzein, E. G. & Berg, A. C. (2005). The level of and relation between hope, hopelessness and fatigue in patients and family members in palliative care. *Palliat Med* . April 2005 vol. 19 no. 3 234-240.

- Bhogal, S. K., Teasel., Foley., & Speechley. (2004). Lesion location and poststroke depression: systematic review of the methodological limitations in the literature. *U.S. National Library of Medicine. Stroke*. 2004 Mar;35(3):794-802.
- Birns J., Jarosz J., Morris R., Markus H. and Kalra L. (2008). International Stroke Conference : Heterogeneity In The Relationships Between Blood Pressure, White Matter Lesion Volume And Cognitive Function In Patients With Small Vessel Disease. *Stroke*. 29;2094-2099.
- Bosworth, H. (2009). Friends & Family Support Improve Heart Health. Diunduh dari <http://www.selfhelpmagazine.com/article/support-and-heart-health> pada tanggal 10 juli 2011.
- Bour, A., Rasquin, S., Aben, I., Strik, J., Boreas, A., Crijns, H., Limburg, M., & Verhey, F. (2009). The symptomatology of post-stroke depression: comparison of stroke and myocardial infarction patients. *Int J Geriatr Psychiatry* 2009; 24: 1134–1142.
- Boyd, M.A., & Nihart, M.A. (1998). *Psychiatric Nursing Contemporary Practice*, Philadelphia: Lippincott.
- Brothers, B. M & Andersen, B. L. (2009). Hopelessness as a predictor of depressive symptoms for breast cancer patients coping with recurrence. *Psycho-Oncology* 18: 267–275 (2009).
- Canady, R. B., Stommel, M. & Holzman, C. (2009). Measurement Properties of the Centers for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) in a Sample of African American and Non-Hispanic White Pregnant Women. *Journal of Nursing Measurement*, Volume 17, Number 2, 2009.
- Cassidy, E. M., O'Connor, R., & O'Keane, V. (2004). Prevalence of post-stroke depression in an Irish sample and its relationship with disability and outcome following impatient rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*. 26(2), 71-77.
- Copel, L.C. (2007). *Kesehatan Jiwa & Psikiatri, Pedoman Klinis Perawat (Psychiatric and Mental Health Care: Nurse's Clinical Guide)*. Edisi Bahasa Indonesia (Cetakan kedua). Alih bahasa : Akemat. Jakarta : EGC.
- Corser, W., Rovner, M. H., Lein, C., & Gossain. (2007). A shared decision making primary care intervention for type 2 diabetes. *Diabetes educ* 33 (4): 700-708.
- Dahlan, M. S. (2005). *Besar sampel dalam penelitian kedokteran dan kesehatan*. Jakarta : PT. Arkans.
- Dahlin, F., Billing, E., Nasman, P., Martenson, B., wreding, R., & Murray, v. (2006). Post-stroke depression effect on the life situation of the significant other. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* , 20(4): 412-6 (34 ref).

- Davenport,R.J., Dennis,M.S., Wellwood,I., & Warlow,C.P.(1999). *Complications after acute stroke*. <http://stroke.ahajournal.org/cgi/content/full/27/3/415>, diperoleh tanggal 5 Maret 2011.
- Dewi I.K. (2004). *Pengaruh Stroke Terhadap Fungsi Kognitif Di RSUD dr.Moewardi Surakarta*. Surakarta :Universitas Sebelas Maret.
- Dunn, S. L. (2005). *Hopelessness and depression in myocardial infarction*. <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?hid=112&sid=0e862b8b-f79f-4660-91>. diperoleh tanggal 5 Maret 2011
- Dunn, S. L. (2005). Hopelessness as a Response to Physical Illness. *Journal Of Nursing Scholarship*, 37:2, 148-154.
- Dunn, S. L. (2006). Hopelessness and depression in the early recovery period after hospitalization for acute coronary syndrome. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation.*, 26(3): 152-9.
- Farrell, C. (2004). Poststroke Depression in Elderly Patients. *Journal of Dimens Critical Care Nursing*, 23(O5):264-269.
- Fatoye, F. O. (2009). Depressive symptoms and associated factors following cerebrovascular accident among Nigerians. *Journal of Mental Health*, June 2009; 18(3): 224–232.
- Feigin, V., (2007). *Stroke: Panduan Bergambar tentang Pencegahan dan Pemulihan Stroke*. Jakarta :PT. Bhuana Ilmu Populer.
- Firmansyah R. (2007). *Gangguan Kognitif Pada Penderita Stroke Merupakan Prediktor Terjadinya Demensia*. Yogyakarta:Universitas Gadjah Mada.
- Forintos, D. P, Sallai, J. & Rozsa, S. (2010). Adaptation of the Beck Hopelessness Scale in Hungary. *Psychological Topics*, 19 (2010), 2, 307-321.
- Friedman, M. M. (1998). *Keperawatan Keluarga:Teori dan Praktek Edisi 3*. Jakarta : EGC
- Fuh, J. (1997). Poststroke depression among the Chinese elderly in a rural community. *Journal of Stroke*, 1997 Jun; 28(6): 1126-9 (30 ref).
- Fung, L.C, Lui, M.H, & Chau, J.P. (2006). Relationship between self-esteem and the occurrence of depression following a stroke. *J Clinical Nursing*. 2006 Apr;15(4):505-6.
- Gao, S. Jin, Y., Unverzagt, F.W., Liang, C., Hall, K.S., Ma, F., Murrell, J.R., Cheng, Y., Matesan, J., Li, P., Bian, J., Hendrie, H. C. (2009).Correlates of depressive symptoms in rural elderly Chinese. *Int J Geriatr Psychiatry* 2009; 24: 1358–1366.
- Gil, S. & Gilbar, O. (2001). Hopelessness Among Cancer Patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, Vol. 19(1) 2001.

- Gilbar, O & Eden, A. (2001). Suicide Tendency in Cancer Patients. *Journal of Death and Dying*. Volume 42, Number 2 / 2000-2001
- Ginkel, D. M., Gooskens, F., Schuurmans, M.J., Lindeman, E., & Hafsteinsdottir, T.B. (2010). A systematic review of therapeutic interventions for poststroke depression and the role of nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 19(23/24): 3274-90 (76 ref).
- Glamcevski, M. T., Mihaljo., Pierson., & Jane. (2002). Factors associated with post-stroke depression, a Malaysian study. *Neurol J Southeast Asia*, 7 : 9 – 12.
- Groot, M. D., Anderson, R., Freedland, K.E., Clouse, R.E., & Lustman, P.J. (2001). Association of Depression and Diabetes Complications: A Meta-Analysis. *Psychosomatic Medicine*. 63:619-630 (2001).
- Gum, A, Snyder, C. R. & Duncan, P. (2006). Hopeful thinking, participation, and depressive symptoms three months after stroke. *Psychology and Health*. June 2006; 21(3): 319–334.
- Gupta. A, Pansari. K, & Shetty, H. (2002). Post-stroke depression. *International Journal of Clinical Practice*, 56(7): 531-7 (89 ref).
- Guyton, A.C. and Hall J.E. (1997). *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran*. Edisi 3. Jakarta : EGC. Pp: 914-915.
- Hasnita, E. & Sanusi, R. (2006). *Ciri-ciri, iklim organisasi, dan kinerja tenaga perawat di instalasi rawat inap RS dr. Achmad Moechtar Bukittinggi tahun 2005*. Yogyakarta: KMPK UGM.
- Harsono. (2007). *Kapita Selekta Neurologi*. Edisi ke-2. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press, pp:86-88.
- Hastono, S.P. (2007). *Analisis data kesehatan*. Jakarta : FKM UI
- Hawari, D. (2006). *Manajemen stress, cemas, dan depresi*. Jakarta: Balai penerbit FKUI.
- Hickey, J.V. (1997). *The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing*. 4th. Philadelphia New York : Lippincott.
- Hill, E., Payne, S., & Ward, C. (2000). Self-body split: issues of identity in physical recovery following a stroke. *Disabil Rehabil* 2000; 22: 725-33.
- Huang, C. Y. Hsu, M.C., Hsu, S.P., Cheng, P.C., Lin, S.F., & Chuang, C.H. (2010). Mediating roles of social support on poststroke depression and quality of life in patients with ischemic stroke. *J Clin Nurs*. Volume 19, Issue 19-20 pages 2671–2956.
- Hudak, C.M., & Gallo, B.M. (1996). *Keperawatan kritis pendekatan holistik*. Edisi 6. Editor Yasmin Asih. Jakarta : EGC.

- Internet Stroke Center. (2011). *Stroke scale & clinical assessment tools : barthel index*. Didownload dari <http://www.strokecenter.org/trials/scales/barthel.html> pada tanggal 11 April 2011.
- Johson, E. A. (2008). Factors associated with post-stroke depressive symptoms and quality of life. United States: ProQuest LLC.
- Jones, D. J. Bromberger, J.T., Sutton, Tyrrell, K., & Matthews, K.A. (2003). Lifetime History of Depression and Carotid Atherosclerosis in Middle-aged Women. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60:153-160.
- Kaplan, H.I., Sadock, B.J., & Grebb, J.A. (2004). Sinopsis psikiatri. Edisi Ketujuh. Jakarta : Binarupa Aksara.
- Kauhanen, M. L., Korpelainen, Hiltunen, Brusin, E., Mononen, H., Määttä, R., Nieminen, P., Sotaniemi, K. A., & Myllylä, V. V. (1999). Poststroke Depression Correlates With Cognitive Impairment and Neurological Deficits. *American Heart Association. Stroke*. 1999;30:1875-1880.
- Kurlowicz, L. & Wallace, M. (1999). *The Mini Mental State Examination (MMSE)*. New York: The Hartford Institute for Geriatric Nursing.
- Kusuma, H. (2011). *Hubungan antara depresi dan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien HIV/AIDS yang menjalani perawatan di RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta*. Depok : Program Studi Pasca Sarjana FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- Kylma, J. (2004). Despair and hopelessness in the context of HIV – a meta-synthesis on qualitative research findings. *Journal of Clinical Nursing* 14, 813–821
- Lewis (2007). *Medical surgical nursing*. 7th edition. St.Louis : Missouri. Mosby-Year Book, Inc.
- Li, S. C, Wang, K. Y., & Lin, J. C. (2003). Depression and Related Factors in Elderly Patients With Occlusion Stroke. *Journal of Nursing Research* Vol II. No. I.
- MacReady, N. (2007). *Stroke complications : hiding in plain sight*. <http://appneurology.com/showArticle.jhtml?articleId=197801524>, diperoleh tanggal 11 April 2011.
- Mant, J., Carter, J., Wade, D. T., & Winner, S. (2000). Family support for stroke: a randomised controlled trial. *The Lancet*. Volume 356, Issue 9232, Pages 808 – 813.
- Meifi & Agus, D. (2009). *Stroke dan depresi paska stroke*. Majalah kedokteran Damianus. Vol.8 No.1. januari 2009.

- Misbach, J. (1999). *Stroke aspek diagnostik, patofisiologi, manajemen*. Jakarta : Balai Penerbit FKUI
- Misbach, J., & Kalim, H. (2007). *Stroke mengancam usia produktif*. <http://www.medicastore.com/stroke/> diperoleh tanggal 4 Maret 2011.
- Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Pathiaki, M., Patiraki, E., Galanos, A., & Vlahos, L. (2007). Exploring the relationships between depression, hopelessness, cognitive status, pain, and spirituality in patients with advanced cancer. *Journal of Psychiatric Nursing* 21(3): 150-61.
- Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Galanos, A., & Vlahos, L. (2007). Brief cognitive assessment of cancer patients: evaluation of the Mini-Mental State Examination (MMSE) psychometric properties. *Psycho-Oncology* 16: 352–357 (2007).
- Mystakidou, K., Parpa, E., Tsilika, E., Athanasouli, P., Pathiaki, M., Galanos, A., Pagoropoulou, A., & Vlahos, L. (2008). Preparatory grief, psychological distress and hopelessness in advanced cancer patients. *European Journal of Cancer Care* 17, 145–151.
- Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Pathiaki, M., Galanos, A., & Vlahos, L. (2008). The relationship between quality of life and levels of hopelessness and depression in palliative care. *Depression And Anxiety*. 25:730–736 (2008).
- Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Athanasouli, P., Galanos, A., Anna, P., & Vlahos, L. (2009). Illness-related hopelessness in advanced cancer: influence of anxiety, depression, and preparatory grief. *Archives of Psychiatric Nursing*. Apr; 23(2): 138-47 (75 ref).
- NANDA International. (2011). *Diagnosis keperawatan: definisi dan klasifikasi 2009-2011*. Penerjemah Sumarwati dkk. Jakarta: EGC.
- Narushima, K., Chan, KL., Kosier, J.T., & Robinson, R.G. (2003). Does Cognitive Recovery After Treatment of Poststroke Depression Last? A 2-Year Follow-Up of Cognitive Function Associated With Poststroke Depression. *Am J Psychiatry* 160:1157-1162, June 2003
- National Heart Lung and Blood Institute/NHLBI. (2007). *classification of overweight and obesity by BMI, waist circumference, and associated disease risks*, http://www.nhlbi.nih.gov/health/public/heart/obesity/lose_wt/bmi_dis.htm diperoleh tanggal 4 Maret 2011.
- Nicholl, C. R., Lincoln, Muncaster, K., & Thomas, S. (2002). Cognitions and post-stroke depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 41(Part 3): 221-31 (19 ref).
- Nissim, R. Flora, D.B., Cribbie, R.A., Zimmermann, C., Gagliese, L., & Rodin, G. (2010). Factor structure of the Beck Hopelessness Scale in individuals with advanced cancer. *Psycho-Oncology* 19: 255–263 (2010).

- Notoatmodjo, S. (2003). *Pendidikan dan perilaku kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- _____ (2005). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Nugroho L.S. (2004). *Perbedaan Kejadian Gangguan Fungsi Kognitif antara Stroke Hemoragik dan Iskemik dengan Lokasi Lesi Hemisfer Kiri*. Surakarta: Universitas Sebelas Maret.
- Nursalam. (2008). *Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan pedoman skripsi, tesis, dan instrumen penelitian keperawatan*. Edisi 2. Jakarta : Salemba Medika.
- Nurwahyuni, C.T.(2007). *Mengenal Gejala Stroke*. <http://www.pontianakpost.com/berita/index.asp?Berita=Opini&id=1963626.stm>, diperoleh tanggal 11 April 2011.
- Nys, G., Zandvoort, M. J. E., Worp, V. D., Haan, D., Kort, D., & Kappelle, L. J. (2005). Early depressive symptoms after stroke: neuropsychological correlates and lesion characteristics. *Journal of the Neurological Sciences*. Volume 228, Issue 1.
- Oladiji, J. O., Akinbo, S.R., Aina, O.F., & Aiyejusunle, C.B. (2009). Risk factors of post stroke depression among stroke survivors in lagos, Nigeria. *African Journal of Psychiatry*. February 2009.
- Pedersen, S. S., Denollet, J., Erdman, R. A., Serruys, P. W., & Domburg, R. T. (2009). Co-occurrence of diabetes and hopelessness predicts adverse prognosis following percutaneous coronary intervention. *Journal Behav Med* 32:294–301.
- Pdpersi (2010). *Stroke Peringkat Pertama Penyebab Kematian di Indonesia*. <http://www.pdpersi.co.id/?show=detailnews&kode=5621&tbl=cakrawala> diperoleh tanggal 4 Maret 2011.
- Polit, D.F., Beck, C.T., & Hungler, B.P. (2001). *Essentials of nursing research methods, appraisal, and utilization*. 5th Edition. Philadelphia : Lippincott
- Price, S.A., & Wilson, L.M. (2006). *Patofisiologi konsep klinis proses-proses penyakit*. Edisi 6. Jakarta : EGC.
- Quan, C. Y., Rong, Z. W., Hong, Y. L., Zhou, Y. X., & Xiu, Q. L. (2010). Education and risk for late life depression: a meta-analysis of published literature. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 2010; 40(1): 109-24 (52 ref).
- Rahimi A., Ahmadi, F., dan Gholyaf M. (2008). The Effects of Continuous Care Model on Depression, Anxiety, and Stress in Patients on Hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*. . <http://proquest.umi.com/pqdewb> diperoleh pada tanggal 20 Juni 2011.

- Rasyid, (2007). *Unit Stroke. Manajemen Stroke Secara Komprehensif*. Jakarta : Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Roza, R. (2010). *Lama hari rawat pasien stroke di RSCUPN Cipto Mangunkusumo dan faktor-faktor yang mempengaruhi*. didownload dari http://mru.fk.ui.ac.id/index.php?uPage=profil.profil_detail&smod=profil&sp=public&idpenelitian=4897 pada tanggal 12 April 2011.
- Salter, K. Foley, N. & Teasell, R. (2010). Social support interventions and mood status post stroke: a review, *International Journal of Nursing Studies*, May; 47(5): 616-25 (33 ref).
- Sarafino, E. P. (2006). *Health psychology : biopsychosocial interaction*. 5th edition. Unites States of America : John willey & Sons, Inc.
- Saxena, S. K., Sanjiv, K., David, Y., Ngan, F. P., & Gerald, K. (2006). Functional outcomes in inpatient rehabilitative care of stroke patients: predictive factors and the effect of therapy intensity. *Quality in Primary Care* 2006;14:145–53.
- Schub, E. & Caple, C. (2010). *Stroke complication : post stroke depression*. California: cinahl information system.
- Schulz, R., Beach, S.R., Ives, D.G., Martire, L.M., Ariyo, A.A., & Kop, W.J. (2000). Association between depression and mortality in older adults. *Arch Intern Med* 2000; 160: 1761-8.
- Setyopranoto I., Lamsudin R. dan Dahlan P. (2000). Peranan Stroke Iskemik Akut terhadap Timbulnya Gangguan Fungsi Kognitif di RSUP dr. Sardjito Yogyakarta. *B. Neurosains*. 2:227-234.
- Servellen, G. V., Sarna, L., Padilla, G., & Brecht, M.L. (1999). Emotional distress in men with life-threatening illness. *International Journal of Nursing Studies*. Volume 33, Issue 5, October 1996, Pages 551-565.
- Sharp & Lipsky. (2002). *Depression Assessment Tools*. <http://www.musc.edu/dfm/RCMAR/DepressionTools.html> diperoleh tanggal 4 April 2011.
- Smeltzer, S.C., Bare, B.G., Hinkle, J.L., & Cheever, K.H. (2008). *Brunner & suddarth's textbook of medical surgical nursing*. 11th edition. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Sit, J. W., Wong, T.K., Clinton, M., & Li, L.S. (2007). Associated factors of post-stroke depression among Hong Kong Chinese: A longitudinal study. *Psychology, Health & Medicine, March*; 12(2): 117 – 125.
- Stuart, G.W., & Laraia, M.T. (2005). *Principles and practice of psychiatric nursing*. (7th ed.). St. Louis : Mosby Year B.

- Suwantara, J. R. (2004). Depresi pasca-stroke : epidemiologi, rehabilitasi dan psikoterapi. *Jurnal kedokteran Trisakti*. Oktober-Desember 2004, Vol. 23 No. 4.
- Tan, M. & Karabulutlu, E.(2005). *Social support and hopelessness in Turkish patients with cancer*. May-Jun; 28(3): 236-40 (45 ref). <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?hid=107&sid=4532cd72-7863-4066-9>. diperoleh tanggal 5 Maret 2011.
- Taylor, S.E. (2006). *Health psychology*. 6th edition. New York: McGraw-Hill Companies, Inc.
- Townsend, M.C (2003). *Essentials of psychiatric mental health nursing*. (3rd ed) Philadelphia : F.A.Davis Company.
- Tutton, E., Seers, K., & Langstaff, D. (2009). An exploration of hope as a concept for nursing. *Journal of Orthopaedic Nursing* . 13, 119–127.
- Utama, T. Y. (2007). *Korelasi aterosklerosis arteri karotis dan arteri koronaria pada orang indonesia yang diotopsi*. Kardiologi FKUI/RSJHK. <http://www.kardiologi-ui.com/newsread.php?id=208>. diperoleh tanggal 4 juli 2011.
- VanServellen, G., Sarna, L., Padilla, G., & Brecht, M. L. (1996). Emotional distress in men with life-threatening illness. *International Journal of Nursing Studies*, 33, 551-565.
- Varcarolis, E.M., Carson, V.B., dan Shoemaker, N.C. (2006). *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing : A Clinical Approach*. (5th ed). St. Louis : Saunders Elsevier.
- Vogel, C. H. (1995). Assessment and approach to treatment in post-stroke depression. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 7(10): 493-7 (19 ref).
- Wen, L. K, Parchman, M. L, Shepherd, M. D. (2004). Family Support and Diet Barriers Among Older Hispanic Adults With Type 2 Diabetes. *Clinical Research and Methods*. *FamMed* 2004;36(6):423-30.
- Whipple, M. O., Lewis, T.T., Tyrrell, K., Matthews, K.A., Mitchell, B. E., Powell, L.H., & Rose, E. S. A. (2009). Hopelessness, Depressive Symptoms, and Carotid Atherosclerosis in Women. *American Heart Association*. *Stroke*. 2009;40:3166-3172.
- WHO (2004). *WHO publishes definitive atlas on global heart disease and stroke epidemic*. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr68/en/index.html> diperoleh tanggal 4 Maret 2011.
- Wilkinson, J. M. (2007). *Buku saku diagnosis keperawatan dengan intervensi NIC dan kriteria NOC*. Alih bahasa:Widyawati dkk. Jakarta: EGC.

World Health Report (2007). *Stroke statistics*.
<http://www.strokecenter.org/patients/stat.htm>, diperoleh tanggal 4 Maret 2011.

Zaharia, C. Pircoveanu, D, Zaharia, C., Tudorica, V., Matcau, D., Ene, L., & Ciobanu, A. (2008). Study on correlation between post stroke depression and cognitive impairment. *Romanian Journal of Neurology*, August.



JADWAL PENELITIAN

No	Kegiatan	Sept/Des 2010				Februari 2011				Maret 2011				April 2011				Mei 2011				Juni 2011				Juli 2011	
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
1	Pengajuan judul																										
2	Pembuatan proposal																										
3	Ujian dan perbaikan proposal																										
4	Pengurusan ijin																										
5	Uji coba instrumen																										
6	Pengumpulan data																										
7	Penyusunan laporan																										
8	Ujian hasil penelitian																										
9	Penyerahan tesis																										



FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
PROGRAM PASCASARJANA UNIVERSITAS INDONESIA

PENJELASAN PENELITIAN

Judul Penelitian : Analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan depresi dan *hopelessness* pada pasien stroke di Blitar
Peneliti : Miftafu Darussalam
NPM : 0906504833

Saya, mahasiswa Program Studi Pascasarjana Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah Universitas Indonesia, bermaksud melakukan penelitian untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan depresi dan *hopelessness* pada pasien stroke.

Kami menjamin bahwa penelitian ini tidak berdampak negatif atau merugikan pasien. Bila selama penelitian ini, Bapak/Ibu/Saudara merasakan ketidaknyamanan, maka Bapak/Ibu/Saudara berhak untuk berhenti dari penelitian.

Kami akan berusaha menjaga hak-hak Bapak/Ibu/Saudara sebagai responden dari kerahasiaan selama penelitian berlangsung, dan peneliti menghargai keinginan responden untuk tidak meneruskan dalam penelitian, kapan saja saat penelitian berlangsung. Hasil penelitian ini kelak akan dimanfaatkan sebagai masukan bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap pasien stroke.

Dengan penjelasan ini, kami sangat mengharapkan partisipasi Bapak/Ibu/Saudara. Atas perhatian dan partisipasi Bapak/Ibu/Saudara dalam penelitian ini, kami ucapkan terima kasih

Blitar, Mei 2011

Peneliti



FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
PROGRAM PASCASARJANA UNIVERSITAS INDONESIA

LEMBAR PERSETUJUAN

Judul Penelitian : Analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan depresi dan *hopelessness* pada pasien stroke di Blitar
Peneliti : Miftafu Darussalam
NPM : 0906504833

Berdasarkan penjelasan yang telah disampaikan oleh peneliti tentang penelitian yang akan dilaksanakan sesuai judul diatas, saya mengetahui bahwa tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan depresi dan *hopelessness* pada pasien stroke. Saya memahami bahwa keikutsertaan saya dalam penelitian ini sangat besar manfaatnya bagi peningkatan kualitas pelayanan keperawatan terutama perawatan pasien stroke yang mengalami depresi dan *hopelessness*. Saya memahami bahwa risiko yang akan terjadi sangat kecil dan saya berhak untuk menghentikan keikutsertaan saya dalam penelitian ini tanpa mengurangi hak-hak saya mendapatkan perawatan di rumah sakit ini.

Saya juga mengerti bahwa catatan mengenai penelitian ini akan dijamin kerahasiaannya, semua berkas yang mencantumkan identitas subyek penelitian hanya akan digunakan untuk keperluan pengolahan data dan bila sudah tidak digunakan akan dimusnahkan serta hanya peneliti yang tahu kerahasiaan data tersebut.

Selanjutnya secara sukarela dan tidak ada unsur paksaan dari siapapun, dengan ini saya menyatakan bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini.

Responden,

(.....)

Blitar, Mei 2011
Peneliti,

(Miftafu Darussalam)



FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
PROGRAM PASCASARJANA UNIVERSITAS INDONESIA

Kode :

**KUESIONER PENELITIAN ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG
BERHUBUNGAN DENGAN DEPRESI DAN *HOPELESSNESS*
PADA PASIEN STROKE DI BLITAR**

Petunjuk pengisian:

1. Kuesioner ini terdiri dari 6 bagian yaitu karakteristik responden, kuesioner tentang depresi paska stroke, kuesioner tentang *hopelessness*, kuesioner kemampuan fungsional, kuesioner fungsi kognitif, dan kuesioner dukungan keluarga.
2. Semua jawaban Bapak/Ibu/Saudara adalah BENAR.
3. Semua pertanyaan/ Pernyataan sedapat mungkin dijawab secara jujur dan lengkap.
4. Bila ada pertanyaan/ pernyataan yang kurang dipahami, mintalah petunjuk langsung kepada peneliti.
5. Atas partisipasi responden kami mengucapkan banyak terima kasih.

Biodata Responden

1. Nama (inisial) :
2. Umur : tahun
3. Jenis kelamin : L / P
4. Status perkawinan:
 - Menikah
 - Belum menikah
5. Pendidikan :
 - Tidak sekolah
 - SLTA/ sederajat
 - Tamat SD/ sederajat
 - Akademi/PT
 - SLTP/ sederajat
 - Lain-lain
6. Lama menderita stroke.....minggu.....hari
7. Apakah anda mempunyai penyakit selain stroke

Ya

Tidak

Jika

ya,penyakitnya.....





**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
PROGRAM PASCASARJANA UNIVERSITAS INDONESIA**

Kuesioner Depresi Paska Stroke

Petunjuk pengisian:

Mohon kesediaan Bapak/Ibu/Saudara untuk menjawab kuesioner dibawah ini sesuai dengan kondisi yang sebenarnya.

No	Pernyataan	jaran g/ tdk pern ah	beber a pa waktu	kad ang - kad ang	serin g kali
1	Saya merasa lemah, lesu dan tidak bertenaga				
2	Saya merasa tidak ingin makan,nafsu makan saya berkurang				
3	Saya merasa hidup saya tidak berharga.				
4	Saya merasa bahwa hidup saya sama baiknya dengan orang lain.				
5	Saya merasa kesulitan dalam mengingat tentang apa saja yang telah saya lakukan.				
6	Saya merasa tertekan				
7	Saya merasa bahwa segala yang saya lakukan adalah sia-sia.				
8	Saya sangat berharap tentang masa depan yang baik.				
9	Saya berpikir bahwa hidup adalah kegagalan.				
10	Saya merasa sangat takut.				
11	Tidur saya tidak nyenyak (gelisah).				
12	Saya merasa bahagia				
13	Saya berbicara sedikit daripada biasanya				
14	Saya merasa sendiri				
15	Orang-orang sekeliling saya tidak bersahabat				
16	Saya menikmati hidup				
17	Saya menangis sepanjang waktu				
18	Saya merasa sedih				
19	Saya merasa bahwa orang-orang tidak menyukai saya.				
20	Saya tidak berminat untuk melakukan kegiatan apapun.				



**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
PROGRAM PASCASARJANA UNIVERSITAS INDONESIA**

Kuesioner *Hopelessness*

Petunjuk pengisian:

Mohon kesediaan Bapak/Ibu/Saudara untuk menjawab kuesioner dibawah ini sesuai dengan kondisi yang sebenarnya.

No	Pernyataan	Ya	Tidak
1	Saya memandang masa depan dengan harapan dan kegembiraan		
2	Saya mungkin mudah menyerah karena saya tidak dapat membuat sesuatu hal menjadi lebih baik bagi diri saya sendiri		
3	Saat segalanya menjadi lebih buruk, saya terbantu karena mengetahui bahwa hal tersebut tidak seperti itu selamanya		
4	Saya tidak dapat membayangkan akan seperti apa hidup saya dalam 10 tahun yang akan datang.		
5	Saya memiliki cukup waktu untuk melakukan hal-hal yang saya ingin lakukan setelah dari RS.		
6	Saya ingin berhasil dalam kehidupan di masa depan.		
7	Masa depan saya terlihat gelap bagi saya		
8	Saya berharap mendapatkan sesuatu yang lebih baik daripada orang lain dalam hidup ini.		
9	Saya tidak mempunyai kesempatan untuk istirahat dan tidak ada alasan untuk istirahat dimasa depan.		
10	Pengalaman di masa lalu mempersiapkan diri saya lebih baik untuk masa depan.		
11	Saat ini saya mengalami lebih banyak yang tidak menyenangkan daripada yang menyenangkan		
12	Saya tidak berharap mendapatkan apa yang benar-benar saya inginkan.		
13	Di masa depan, saya berharap bisa lebih bahagia daripada sekarang.		
14	Segala sesuatunya tidak berjalan sesuai dengan yang saya inginkan		
15	Saya memiliki kepercayaan yang besar dimasa depan.		
16	Saya tidak pernah mendapat apa yang saya inginkan, maka merupakan hal yang tidak mungkin jika saya menginginkan sesuatu.		
17	Sangat tidak seperti biasanya bahwa saya akan mendapat kepuasan yang nyata dimasa depan.		
18	Masa depan terlihat samar dan tidak pasti bagi saya.		
19	Saya dapat melihat ke masa depan, lebih banyak waktu-waktu yang baik daripada waktu-waktu yang buruk.		
20	Tidak ada gunanya mencoba dengan sungguh-sungguh untuk mendapat apapun yang saya inginkan, karena saya mungkin tidak akan mendapatkannya.		



FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
PROGRAM PASCASARJANA UNIVERSITAS INDONESIA

Nilai Evaluasi Kemampuan Fungsional

Petunjuk pengisian:

Mohon kesediaan Bapak/Ibu/Saudara untuk menjawab kuesioner dibawah ini sesuai dengan kondisi yang sebenarnya.

1. Makan
 - 10 = tidak tergantung, dapat menggunakan alat yang dibutuhkan
 - 5 = membutuhkan pertolongan
 - 0 = tidak dapat melakukan
2. Mandi
 - 5 = sendiri tanpa bantuan
 - 0 = tidak dapat melakukan
3. Kebersihan Diri
 - 5 = dapat cuci muka, mencukur, sikat gigi
 - 0 = tidak dapat melakukan
4. Berpakaian
 - 10 = bisa sendiri, dapat mengikat sepatu, mengancingkan baju
 - 5 = membutuhkan bantuan tapi setengahnya dapat dikerjakan sendiri
 - 0 = tidak dapat melakukan sendiri
5. Kontrol Defekasi
 - 10 = tidak ada gangguan.
 - 5 = kadang-kadang ada gangguan
 - 0 = terganggu atau membutuhkan bantuan dengan enema
6. Kontrol Miksi
 - 10 = tidak ada gangguan. Mampu menggunakan alat bantu jika diperlukan
 - 5 = kadang-kadang terganggu atau membutuhkan pertolongan dengan alat bantu.
 - 0 = terganggu atau tidak dapat mengontrol
7. Toilet transfer
 - 10 = mandiri, dapat menggunakan handuk, menyeka, membasuh dan membersihkan
 - 5 = membutuhkan pertolongan untuk keseimbangan, memegang handuk atau kertas toilet
 - 0 = tergantung

8. Berpindah ke Kursi/Tempat Tidur

- 15 = mandiri, termasuk mengunci kursi roda dan mengangkat penyangga kaki
10 = sedikit dibantu
5 = mampu untuk duduk, tapi membutuhkan bantuan
0 = terganggu

9. Berpindah Tempat

- 15 = mandiri berjalan 50 meter. Mungkin menggunakan alat bantu, kecuali menggunakan *rolling walker*
10 = dengan bantuan seseorang sejauh 50 meter
5 = tergantung dengan kursi roda sejauh 50 meter, jika tidak mampu berjalan.
0 = terganggu atau kurang dari 50 meter

10. Naik Tangga

- 10 = mandiri /mungkin menggunakan alat bantu
5 = membutuhkan pertolongan
0 = tidak mampu

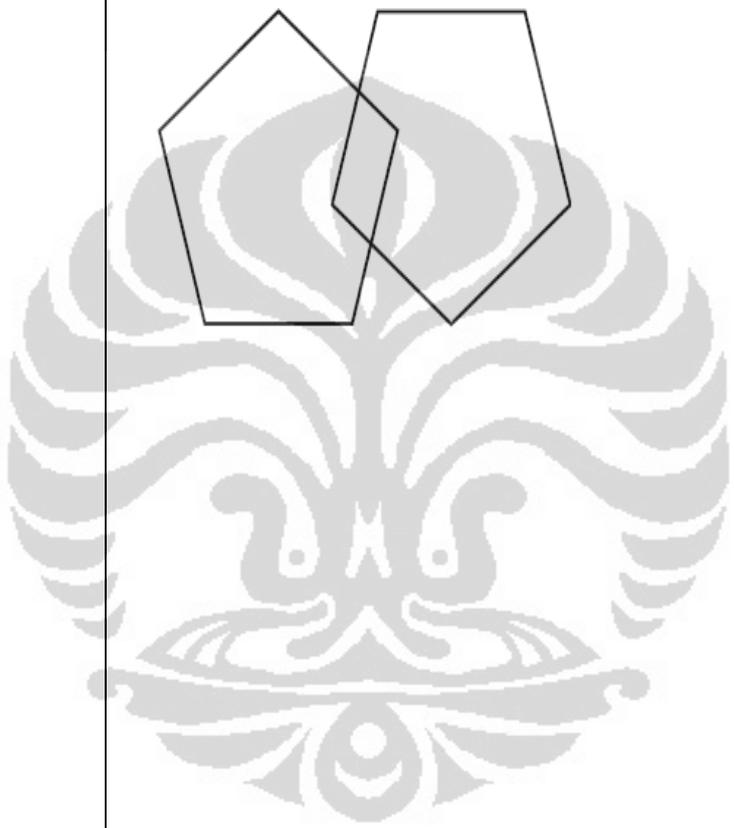




**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
PROGRAM PASCASARJANA UNIVERSITAS INDONESIA**

Penilaian Fungsi Kognitif

Skor	Skor maksimal	Pemeriksaan
Orientasi		
	5	Hari ini tanggal , hari apa, bulan, tahun berapa, dan musim apa?
	5	Sekarang kita tinggal di negara, kota, rumah sakit, lantai, dan ruang apa?
Memori		
	3	Penguji mengatakan nama tiga obyek yang tidak terkait, jelas dan perlahan-lahan, sekitar satu detik untuk masing-masing. Misalnya buku, mobil, lantai. Setelah penguji mengatakan ketiganya, mintalah pasien untuk mengulanginya. Apabila benar 1 kata mendapatkan 1 poin (apabila tidak bisa, dapat dilakukan pengulangan sampai enam kali)
Perhatian dan perhitungan		
	5	Menghitung mundur 7 angka dari nilai 100. Setiap jawaban benar mendapat nilai 1, hentikan bila sudah 5 angka benar. Jika pasien tidak dapat, maka bisa melakukan pengejaan huruf secara mundur. Misalnya kata "DUNIA". Penilaian AINUD: skor 5; AIN: skor 3.
Mengingat kembali		
	3	Tanyakan kembali 3 kata yang telah diucapkan oleh penguji (sebelumnya perintahkan untuk mengingatnya).
Bahasa		
	2	Tampilkan pasien jam tangan penguji dan tanyakan kepadanya apa ini. Ulangi untuk pensil. Skor satu untuk masing-masing jawaban yang benar.
	1	Ulangi kata berikut ini "No ifs, ands, buts"
	3	Mengikuti perintah 3 tahap: "Ambil kertas di tangan Anda, lipat menjadi dua, dan letakkan di kasur".

1	Baca dan ikuti perintah tulisan tersebut “ tutup mata anda” (tulisan asli terlampir).
1	Berikan pasien selembar kertas kosong dan meminta dia untuk menulis kalimat untuk Anda. Jangan mendikte kalimat, harus ditulis secara spontan dan harus berisi subyek dan kata kerja dan kalimatnya masuk akal.
1	<p>Tirukan gambar dibawah ini</p> 

Baca dan ikuti perintah tulisan dibawah ini:

Tutup Mata Anda





**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
PROGRAM PASCASARJANA UNIVERSITAS INDONESIA**

Kuesioner Dukungan Keluarga

Petunjuk pengisian:

Mohon kesediaan Bapak/Ibu/Saudara untuk menjawab kuesioner dibawah ini sesuai dengan kondisi yang sebenarnya.

No	Pernyataan	Setuju	Kurang setuju	Tidak setuju
1	Saya puas bahwa saya bisa bergantung pada bantuan keluarga saya jika ada sesuatu yang mengganggu saya.			
2	Saya puas dengan cara keluarga saya berbicara dan berbagi tentang masalah yang ada pada saya.			
3	Saya puas bahwa keluarga saya menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan kegiatan baru.			
4	Saya puas dengan cara keluarga saya mengungkapkan kasih sayang dan merespon emosi saya, seperti kemarahan, kesedihan, dan cinta.			
5	Saya puas dengan keluarga saya untuk terus menunggu saya selama berada di rumah sakit.			



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

Komite Etik Penelitian Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan, telah mengkaji dengan teliti proposal berjudul :

Analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan *Depresi* dan *Hopelessness* pada pasien Stroke di Blitar Jawa Timur.

Nama peneliti utama : **Miftafu Darussalam**

Nama institusi : **Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**

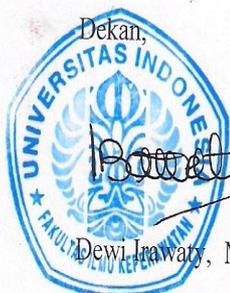
Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Jakarta, 11 Mei 2011

Ketua,

Yeni Rustina, PhD

NIP. 19550207 198003 2 001



Dekan,
Dewi Irawaty, MA, PhD

NIP. 19520601 197411 2 001



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

Nomor : 1741 /H2.F12.D1/PDP.04.02/2011 11 Mei 2011
Lampiran : --
Perihal : Permohonan ijin penelitian

Yth. Kepala
Bakesbanglinmas
Kotamadya Blitar

Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Medikal Bedah Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) atas nama:

Sdr. Miftafu Darussalam
0906504833

akan mengadakan penelitian dengan judul : **"Analisis Faktor-faktor yang Berhubungan Dengan Depresi dan Hopelessness Pada Pasien Stroke di Blitar"**.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengijinkan yang bersangkutan untuk mengadakan penelitian di Blitar.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.

Wakil Dekan,

Dra. Junaiti Sahar, SKp, M.App.Sc, PhD
NIP 19570115 198003 2 002

Tembusan Yth. :

1. Dekan FIK-UI (sebagai laporan)
2. Sekretaris FIK-UI
3. Manajer Pendidikan dan Mahalum FIK-UI
4. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
5. Koordinator M.A. "Tesis"
6. Peninggal



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

Nomor : 1742/H2.F12.D1/PDP.04.02/2011
Lampiran : --
Perihal : Permohonan ijin penelitian

11 Mei 2011

Yth. Kepala
Bakesbanglinmas
Kabupaten Blitar

Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Medikal Bedah Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) atas nama:

Sdr. Miftafu Darussalam
0906504833

akan mengadakan penelitian dengan judul : **"Analisis Faktor-faktor yang Berhubungan Dengan Depresi dan Hopelessness Pada Pasien Stroke di Blitar"**.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan untuk mengadakan penelitian di Blitar.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.

Wakil Dekan,

ky | Dra. Junaiti Sahar, SKp, M.App.Sc, PhD
NIP 19570115 198003 2 002

Tembusan Yth. :

1. Dekan FIK-UI (sebagai laporan)
2. Sekretaris FIK-UI
3. Manajer Pendidikan dan Mahalum FIK-UI
4. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
5. Koordinator M.A. "Tesis"
6. Pertinggal



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

Nomor : 1746/H2.F12.D1/PDP.04.02/2011 11 Mei 2011
Lampiran : --
Perihal : Permohonan ijin penelitian

Yth. Direktur
RS. Katolik Budi Rahayu
Jl. A. Yani No. 18
Blitar

Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Medikal Bedah Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) atas nama:

Sdr. Miftafu Darussalam
0906504833

akan mengadakan penelitian dengan judul : **"Analisis Faktor-faktor yang Berhubungan Dengan Depresi dan Hopelessness Pada Pasien Stroke di Blitar"**.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan untuk mengadakan penelitian di RS. Katolik Budi Rahayu Blitar.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.

Wakil Dekan,

Dra. Junaiti Sahar, SKp, M.App.Sc, PhD
NIP 19570115 198003 2 002

Tembusan Yth. :

1. Dekan FIK-UI (sebagai laporan)
2. Kepala Diklit Keperawatan RS. Katolik Budi Rahayu
3. Kepala Litbang RS. Katolik Budi Rahayu
4. Kepala Rekam Medis RS. Katolik Budi Rahayu
5. Sekretaris FIK-UI
6. Manajer Pendidikan dan Mahalum FIK-UI
7. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
8. Koordinator M.A. "Tesis"
9. Pertinggal



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

Nomor : *FSF*/H2.F12.D1/PDP.04.02/2011 11 Mei 2011
Lampiran : --
Perihal : Permohonan ijin penelitian

Yth. Direktur
RSUD. Ngudi Waluyo
Jl. Dr. Sucipto No. 5 Wlingi
Blitar

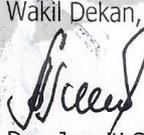
Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Medikal Bedah Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) atas nama:

Sdr. Miftafu Darussalam
0906504833

akan mengadakan penelitian dengan judul : **"Analisis Faktor-faktor yang Berhubungan Dengan Depresi dan Hopelessness Pada Pasien Stroke di Blitar"**.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengijinkan yang bersangkutan untuk mengadakan penelitian di RSUD. Ngudi Waluyo Wlingi Blitar.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.

Wakil Dekan,

Dra. Junarti Sahar, SKp, M.App.Sc, PhD
NIP. 19570115 198003 2 002

Tembusan Yth. :

1. Dekan FIK-UI (sebagai laporan)
2. Kepala Diklit Keperawatan RSUD. Ngudi Waluyo
3. Kepala Litbang RSUD. Ngudi Waluyo
4. Kepala Rekam Medis RSUD. Ngudi Waluyo
5. Sekretaris FIK-UI
6. Manajer Pendidikan dan Mahalum FIK-UI
7. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
8. Koordinator M.A. "Tesis"
9. Pertinggal



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

Nomor : *1739* /H2.F12.D1/PDP.04.02/2011 11 Mei 2011
Lampiran : --
Perihal : Permohonan ijin penelitian

Yth. Direktur
RS. Syuhada' Haji
Jl. Mojo No. 12
Blitar

Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Medikal Bedah Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) atas nama:

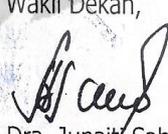
Sdr. Miftafu Darussalam
0906504833

akan mengadakan penelitian dengan judul : "**Analisis Faktor-faktor yang Berhubungan Dengan Depresi dan Hopelessness Pada Pasien Stroke di Blitar**".

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan untuk mengadakan penelitian di RS. Syuhada' Haji Blitar.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.

Wakil Dekan,


Dra. Junaiti Sahar, SKp, M.App.Sc, PhD
NIP 19570115 198003 2 002

Tembusan Yth. :

1. Dekan FIK-UI (sebagai laporan)
2. Kepala Diklit Keperawatan RS. Syuhada' Haji
3. Kepala Litbang RS. Syuhada' Haji
4. Kepala Rekam Medis RS. Syuhada' Haji
5. Sekretaris FIK-UI
6. Manajer Pendidikan dan Mahalum FIK-UI
7. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
8. Koordinator M.A. "Tesis"
9. Pertinggal



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

Nomor : 1738/H2.F12.D1/PDP.04.02/2011 11 Mei 2011
Lampiran : --
Perihal : Permohonan ijin penelitian

Yth. Direktur
RS. Aminah
Jl. Veteran No. 39
Blitar

Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Medikal Bedah Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) atas nama:

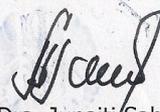
Sdr. Miftafu Darussalam
0906504833

akan mengadakan penelitian dengan judul : **"Analisis Faktor-faktor yang Berhubungan Dengan Depresi dan Hopelessness Pada Pasien Stroke di Blitar"**.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengijinkan yang bersangkutan untuk mengadakan penelitian di RS. Aminah Blitar.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.

Wakil Dekan,


Dra. Junaiti Sahar, SKp, M.App.Sc, PhD
NIP 19570115 198003 2 002

Tembusan Yth. :

1. Dekan FIK-UI (sebagai laporan)
2. Kepala Diklit Keperawatan RS. Aminah
3. Kepala Litbang RS. Aminah
4. Kepala Rekam Medis RS. Aminah
5. Sekretaris FIK-UI
6. Manajer Pendidikan dan Mahalum FIK-UI
7. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
8. Koordinator M.A. "Tesis"
9. Pertinggal



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

Nomor : 1736/H2.F12.D1/PDP.04.02/2011
Lampiran : --
Perihal : Permohonan ijin penelitian

11 Mei 2011

Yth. Direktur
RSUD. Mardi Waluyo
Jl. Kalimantan No. 29
Blitar

Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Medikal Bedah Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) atas nama:

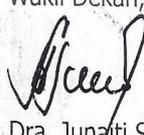
Sdr. Miftafu Darussalam
0906504833

akan mengadakan penelitian dengan judul : "**Analisis Faktor-faktor yang Berhubungan Dengan Depresi dan Hopelessness Pada Pasien Stroke di Blitar**".

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengijinkan yang bersangkutan untuk mengadakan penelitian di RSUD. Mardi Waluyo Blitar.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.

Wakil Dekan,


Wakil Dekan,
Dra. Junanti Sahar, SKp, M.App.Sc, PhD
NIP 19570115 198003 2 002

Tembusan Yth. :

1. Dekan FIK-UI (sebagai laporan)
2. Kepala Diklit Keperawatan RSUD. Mardi Waluyo
3. Kepala Litbang RSUD. Mardi Waluyo
4. Kepala Rekam Medis RSUD. Mardi Waluyo
5. Sekretaris FIK-UI
6. Manajer Pendidikan dan Mahalum FIK-UI
7. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
8. Koordinator M.A. "Tesis"
9. Peringgal



PEMERINTAH KOTA BLITAR
BADAN KESATUAN BANGSA, POLITIK DAN
PERLINDUNGAN MASYARAKAT DAERAH
Jl. Kalimantan No. 93 Telp. 0342 - 804063 Blitar

SURAT KETERANGAN

Nomor : 070 / 374 / 410.204 / 2011

UNTUK MELAKUKAN PENELITIAN / SURVEY / RESEARCH

Memperhatikan : Surat dari Universitas Indonesia Fakultas Ilmu Keperawatan Tanggal, 11 Mei 2011 Nomor : 1741/H2.F12.D1/PDP.04.02/2011 Perihal Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian.
Dengan ini menyatakan tidak keberatan untuk melakukan Penelitian / Survey / Research, kepada :

Nama : **MIFTAFU DARUSSALAM**
NIM : 0906504833
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Alamat : Ds. Pojok Rt.02 Rw.01 Kec. Garum Kab. Blitar
Tempat Pelaksanaan : RSD Mardi Waluyo Kota Blitar
Judul Penelitian : *"Analisis Faktor-faktor yang Berhubungan Dengan Depresi dan Hopelessness pada Pasien Stroke di Blitar"*.
Waktu Pelaksanaan : 20 Mei s/d 4 Juni 2011

Dengan ketentuan-ketentuan sebagai berikut :

1. Mentaati segala ketentuan yang berlaku ditempat Penelitian / Survey / Research.
2. Dalam setiap melakukan kegiatan selalu menggunakan identitas yang berlaku.
3. Tidak diperkenankan menjalankan kegiatan-kegiatan diluar ketentuan yang telah ditetapkan sebagaimana tersebut diatas.
4. Setelah selesai melakukan kegiatan dimaksud, diwajibkan terlebih dahulu melaporkan kepada Pejabat Pemerintah (Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat) mengenai hasil pelaksanaan kegiatan dimaksud.
5. Surat Keterangan ini akan dicabut dan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata pemegang surat keterangan ini tidak memenuhi ketentuan-ketentuan sebagaimana tersebut diatas.

Blitar, 18 Mei 2011

**KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA, POLITIK
DAN LINMAS DAERAH KOTA BLITAR**

H.Sy.GENDA, S.Sos. M.Si

Pembina Tingkat I

NIP. 19561222 198101 1 007

Tembusan : disampaikan kepada Yth:

1. Direktur RSD Mardi Waluyo Kota Blitar
2. Dekan FIK-UI.
3. Yang Bersangkutan.



**YAYASAN YOSEPH FREINADEMETZ
RUMAH SAKIT KATOLIK BUDI RAHAYU**

AKREDITASI PENUH TINGKAT LENGKAP

Jl. Jendral A. Yani No. 18 Telp. (0342) 801066, 802316, 807802 Fax. (0342) 804284, 806509

e-mail : budirahayu_bltar@yahoo.co.id

www.budirahayu.com

BLITAR - 66111

SURAT KETERANGAN

No. 02 /L/13/ RSKBR/VI/ 2011

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : dr. A.W. Soehapto, DHSM
Jabatan : Direktur RS Katolik Budi Rahayu Blitar

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : MIFTAFU DARUSSALAM
NIM : 0906504833
Pendidikan : Magister Ilmu Keperawatan
Program Studi : Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah

telah melaksanakan penelitian di RS Katolik Budi Rahayu Blitar, pada tanggal 25 Mei - 4 Juni 2011 dengan judul : " Analisis Faktor-faktor yang berhubungan dengan Depresi dan *Hopelessness* Pada Pasien Stroke di Blitar".

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Blitar, 07 Juni 2011

Direktur RS Katolik Budi Rahayu



dr. A.W. Soehapto, DHSM

S.Ket.Diklat/4



PEMERINTAH KOTA BLITAR
RSD. "MARDI WALUYO"
Jalan Kalimantan No. 113 Telp. (0342) 801118 Fax. (0342) 809740
BLITAR

SURAT KETERANGAN

Nomor : 800/1823/410.205.6/2011

Yang bertanda-tangan dibawah ini :

NAMA : Ir. JAJUK INDIHARTATI
NIP : 19661231 199303 2 047
PANGKAT/GOL.RUANG : PEMBINA TK. I – IV/b
JABATAN : WAKIL DIREKTUR UMUM & KEUANGAN

Dengan ini menerangkan bahwa :

NAMA : MIFTAFU DARUSSALAM
NIM : 0906504833
PROGRAM STUDI : Magister Ilmu Keperawatan
INSTITUSI : UNIVERSITAS INDONESIA

Benar-benar telah melakukan penelitian di RSD "Mardi Waluyo" Kota Blitar Terhitung
Mulai Tanggal (TMT) 20 Mei 2011 sampai dengan 04 Juni 2011.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Blitar, 04 Juni 2011

A.n. DIREKTUR RSD MARDI WALUYO BLITAR
WAKIL DIREKTUR UMUM & KEUANGAN




Ir. JAJUK INDIHARTATI
Pembina TK I
NIP. 19661231 199303 2 047



RUMAH SAKIT UMUM "AMINAH"

Jl. Veteran No. 39 Blitar 66111 Jatim Indonesia
Telp. (0342) 816304 - 816305 Fax. (0342) 816527
e-mail : rsua_blitar@yahoo.co.id

SURAT KETERANGAN

Nomor : 342/KET/III.5.AU/D/2011

Assalamu'alaikum Wr. Wb

Yang bertanda tangan di bawah ini Direktur RSU Aminah Blitar dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : Miftafu Darussalam
Tempat/Tanggal Lahir : Blitar, 19 Juli 1984
Jenis Kelamin : Laki-laki
Alamat : Jl. Veteran No. 84 Blitar

Nama tersebut di atas telah melakukan pengambilan data untuk Penulisan Tesis yang berjudul "Analisis Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Depresi Dan Hopelessness pada Pasien Stroke Di Blitar" di RSU Aminah Blitar.

Demikian surat keterangan ini kami buat agar digunakan sebagaimana mestinya.

*Nashrun Minallah Wa Fathun Qoriib
Wassalamu'alaikum Wr. Wb*

Blitar, 26 Jumadats Tsani 1432 H
30 Mei 2011 M



Dr. H/M David Ilahude, MS
NRP. 05010001

Tembusan Yth. :

1. Personalia
2. Yang bersangkutan
3. Arsip



PEMERINTAH KABUPATEN BLITAR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH “NGUDI WALUYO” WLINGI
Jalan Dr. Soeipto No. 5 Wlingi Telp. (0342) 691006 Fax.(0342) 691040

SURAT KETERANGAN

Nomor : 423/ /409.206/2011

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Direktur Rumah Sakit Umum Daerah “Ngudi Waluyo” Wlingi.

Dengan ini menerangkan bahwa :

NAMA : MIFTAFU DARUSSALAM
NIM : 0906504833
JUDUL : Analisis Faktor – factor yang Berhubungan dengan Depresi dan
Hopelessness pada Pasien Stroke di Blitar
PENDIDIKAN : Magister Keperawatan Medikal Bedah FIK UI

Telah melaksanakan Penelitian di Rumah Sakit Umum Daerah “Ngudi Waluyo” Wlingi pada tanggal 18 Mei s/d 6 Juni 2011. Selama melaksanakan Penelitian di RSUD “Ngudi Waluyo” Wlingi yang bersangkutan memiliki prestasi yang cukup baik.

Demikian surat keterangan ini diberikan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Wlingi, 6 Juni 2011

A.n DIREKTUR
RSUD “NGUDI WALUYO” WLINGI
Wakil Umum dan Keuangan


BAMBANG PURWANTO, SE, MSI
Pembina
NIP. 19570714 197708 1 001





RUMAH SAKIT SYUHADA' HAJI

JL. LEKSO No.12 TELP. 801607 FAX. 0342. 809330 BLITAR - 66122
www.syuhadahaji.com

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

SURAT KETERANGAN

No. 302/RSSH/VI/2011

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : dr. H. Mafrurrochim Hasyim, MARS.

NIK : 111 0 100

Jabatan : Direktur

menerangkan bahwa mahasiswa FIK UI :

Nama : Miftahu Darussalam

NIM : 0906504833

Tersebut di atas telah melaksanakan *penelitian* di Rumah Sakit Syuhada' Haji Blitar dengan judul "**Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan Dengan Depresi dan Hopelessness Pada Pasien Stroke di Blitar**".

Demikian surat keterangan ini dibuat, agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Blitar, 01 Juni 2011

RS. Syuhada' Haji Blitar

Direktur



dr. H. Mafrurrochim Hasyim, MARS

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Miftafu Darussalam
TTL : Blitar, 19 Juli 1984
Jenis Kelamin : Laki-laki
Pekerjaan : Staf Pengajar Stikes Kesosi Jakarta Pusat
Alamat Rumah : Jl. Veteran No.84 Blitar
Email : d4ruz@yahoo.com

Riwayat Pendidikan :

1991 – 1996 : SDN Kepanjen Kidul 7 Blitar
1997 – 1999 : SMPN 1 Blitar
2000 – 2003 : SMUN 1 Blitar
2003 – 2008 : Sarjana Stikes Surya Global Yogyakarta
2009 – sekarang : Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Riwayat Pekerjaan :

2008 – 2010 : Staf pengajar Stikes Madani Yogyakarta
2010 – sekarang : Staf Pengajar Stikes Kesosi Jakarta Pusat

ABSTRAK

Nama : Miftafu Darussalam
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Judul : Analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan depresi dan *hopelessness* pada pasien stroke di Blitar

Depresi paska stroke adalah gangguan mood yang dapat terjadi setiap saat setelah stroke sedangkan *hopelessness* adalah harapan negatif terhadap masa depan. Tujuan penelitian ini adalah menjelaskan faktor-faktor yang berhubungan dengan depresi dan *hopelessness* pada pasien stroke. Desain penelitian yang digunakan adalah deskriptif analitik dengan pendekatan *cross sectional* pada 73 responden dengan stroke. Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor-faktor yang berhubungan dengan depresi adalah penyakit penyerta (p:0,038), kemampuan fungsional (p:0,014), dan fungsi kognitif (p:0,012) sedangkan pada variabel usia (p: 0,506), pendidikan (p:0,563), dukungan keluarga (p:0,681), dan lama menderita stroke (p:0,182) tidak ada hubungan. Faktor-faktor yang berhubungan dengan *hopelessness* adalah penyakit penyerta (p:0,018) dan kemampuan fungsional (p:0,004) sedangkan pada variabel usia (p:0,124), pendidikan (p:0,118), lama menderita stroke (p:0,157), dukungan keluarga (p:0,386), dan fungsi kognitif (p:0,449) tidak ada hubungan. Hasil analisis multivariat dengan regresi logistik diperoleh bahwa faktor yang dominan berhubungan dengan depresi adalah fungsi kognitif (OR:3,822) dan pada *hopelessness* adalah kemampuan fungsional (OR: 7,898). Hasil penelitian ini dapat dijadikan informasi kepada praktisi perawat sebagai acuan dalam merumuskan intervensi keperawatan untuk meningkatkan fungsi kognitif pada pasien dengan depresi dan meningkatkan kemampuan fungsional pada pasien dengan *hopelessness*.

Kata kunci: depresi, *hopelessness*, stroke

ABSTRACT

Name : Miftafu Darussalam
Study Program : Master Program In Nursing Science
Title : Analysis of factors associated with depression and hopelessness
in patients with stroke in Blitar

Post-stroke depression was a mood disorder that can occur at any time after a stroke and hopelessness was negative expectations about the future. The aims of this study was to describe the factors associated with depression and hopelessness in patients with stroke. This research used an analytic description design by a cross sectional approach in 73 respondents with stroke. The results showed that factors associated with depression were comorbid disease (p: 0.038), functional ability (p: 0.014), and cognitive function (p: 0.012) whereas the variable age (p: 0.506), education (p: 0.563), family support (p:0.681), and long-suffering stroke (p: 0.182) there weren't relationship. Factors associated with hopelessness were comorbidities (p: 0.018) and functional ability (p: 0.004) whereas the variable age (p: 0.124), education (p: 0.118), long-suffering stroke (p: 0.157), family support (p:0.386) and cognitive function (p: 0.449) there weren't relationship. The results of multivariate analysis with logistic regression found that the most dominant factor associated with depression was cognitive functioning (OR: 3.822) and the hopelessness was the functional ability (OR: 7.898). The results could be used as information to nursing practitioner as a reference in formulating nursing interventions to improve cognitive function in patients with depression and improving functional ability in patients with the hopelessness.

Key words: depression, hopelessness, stroke