



SKRIPSI

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN TINGKAT
DEPRESI PASIEN STROKE DI PUSKESMAS
BATUA RAYA MAKASSAR**

PENELITIAN NON-EXPERIMENTAL

OLEH:

**ANITA MERIANY LAYUK (C.12.14201.003)
NURUL FITRIANI TASMAN (C.12.14201.042)**

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
MAKASSAR**

2016



SKRIPSI

HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN TINGKAT DEPRESI PASIEN STROKE DI PUSKESMAS BATUA RAYA MAKASSAR

**Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan Dalam
Program Studi Ilmu Keperawatan Pada Sekolah Tinggi Ilmu
Kesehatan (STIK) Stella Maris Makassar**

OLEH :

**ANITA MERIANY LAYUK (C.12.14201.003)
NURUL FITRIANI TASMAN (C.12.14201.042)**

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS MAKASSAR**

2016

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : ANITA MERIANY LAYUK

NIM : C12.14201.003

Nama : NURUL FITRIANI TASMAN

NIM : C12.14201.042

Menyatakan dengan sungguh-sungguh bahwa skripsi ini merupakan hasil karya sendiri dan bukan duplikasi ataupun plagiasi (jiplakan) dari hasil penelitian orang lain.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, April 2016

Yang menyatakan,

(Anita Meriany Layuk)

(Nurul Fitriani Tasman)

**LEMBAR PERSETUJUAN
SKRIPSI**

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN TINGKAT
DEPRESI PASIEN STROKE DI PUSKESMAS
BATUA RAYA MAKASSAR**

Diajukan Oleh:

**ANITA MERIANY LAYUK
C.12.14201.003**

**NURUL FITRIANI TASMAN
C.12.14201.042**

Disetujui Oleh:

Pembimbing

**Bagian Akademik dan
Kemahasiswaan**

(Elmiana B L.S.Kep.Ns.M.Kes) (Sr.AnitaSampe,JMJ.,S.Kep.,Ns.,MAN)

NIDN: 0925027603

NIDN: 0917107402

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Anita Meriany Layuk

NIM : C.12.14201.003

Nama : Nurul Fitriani Tasman

NIM : C.12.14201.042

Menyatakan menyetujui dan memberikan kewenangan kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar untuk menyimpan, mengalih-media/formatkan, merawat dan mempublikasikan skripsi ini untuk kepentingan ilmu pengetahuan.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 19 April 2016

Yang menyatakan,

(Anita Meriany Layuk)

(Nurul Fitriani Tasman)

HALAMAN PENGESAHAN

SKRIPSI

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN TINGKAT
DEPRESI PASIEN STROKE DI PUSKESMAS
BATUA RAYA MAKASSAR**

Yang dipersiapkan dan disusun oleh

Anita Meriany Layuk
C.12.14201.003

Nurul Fitriani Tasman
C.12.14201.042

Telah dibimbing dan disetujui oleh:

Elmiana Bongga Linggi,S.kep.,Ns.,M.kes
NIDN : 0925027603

Telah diuji dan dipertahankan dihadapan dewan penguji pada tanggal
19 april 2016 dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima

Susunan Dewan Penguji :

Penguji I

Penguji II

Fransiska Anita,Ns.,M.Kep.,Sp.KMB Henny Pongantung,S.Kep.,Ns.,MSN
NIDN : 0913098201 NIDN : 0912106501

Penguji III

Elmiana Bongga Linggi,S.kep.,Ns.,M.kes
NIDN : 0925027603

Makassar, 19 April 2016
Program S1 Keperawatan dan Ners
Ketua STIK Stella Maris Makassar

Henny Pongantung,S.Kep.,Ns.,MSN
NIDN. 0912106501

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat dan penyertaanNya sehingga penulis dapat menyelesaikan proposal ini dengan judul **“HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN TINGKAT DEPRESI PASIEN STROKE DI PUSKESMAS BATUA RAYA MAKASSAR ”**.

Penulis menyadari bahwa masih terdapat kekurangan dalam penulisan proposal ini sebagai wujud ketidaksempurnaan manusia dalam berbagai hal disebabkan keterbatasan pengetahuan dan ilmu yang penulis miliki. Oleh karena itu, penulis sangat harapkan saran dan kritik yang membangun demi penyempurnaan proposal ini.

Selama penyusunan proposal ini, penulis banyak mendapatkan bantuan dari berbagai pihak, baik moril maupun material sehingga penulis dapat menyelesaikan proposal ini dengan baik. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menghaturkan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Henny Pongantung, S.Kep.,Ns. MSN. Selaku ketua STIK Stella Maris Makassar dan selaku pembimbing. Terima kasih atas bimbingan dan ilmu yang diberikan kepada kami selama menuntun ilmu juga selama menyusun proposal di STIK Stella Maris Makassar.
2. Sr. Anita Sampe, JMJ, S.Kep., Ns., MAN Selaku Wakil Ketua Bidang Akademik Dan Kemahasiswaan STIK Stella Maris Makassar
3. Fransiska Anita. E.R.S,Ns.,M.Kep.,Sp.KMB Selaku Ketua Program Studi S1 Keperawatan STIK Stella Maris Makassar
4. Elmiana Bonggalinggi,S.kep.,Ns,.M.kes selaku dosen pembimbing yang telah mendidik, memberikan bimbngan serta pengarahan selama penulis menuntut ilmu dan menyusun proposal ini hingga dapat selesai pada waktunya.

5. Seluruh Dosen Pengajar Dan Staf Akademik Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar yang telah memberikan ilmu dan bantuan selama penulis menuntut ilmu disini.
6. Kedua orang tua serta sanak saudara penulis yang telah memberikan dorongan baik doa, moril maupun materil.
7. Seluruh rekan- rekan seperjuangan kami mahasiswa/I STIK Stella Maris Program S1 Keperawatan Khusus angkatan 2012. Terima kasih telah menjadi teman yang selalu membawa keceriaan selama menjalani perkuliahan sampai penyusunan proposal. Terima kasih karena selalu menemani dan mendukung kami.
8. Semua pihak yang ttelah membantu dalam proses penulisan skripsi ini. Semoga Tuhan Yang Maha Kuasa membalas jasa-jasa yang telah diberikan kepada penulis dalam menyelesaikan skripsi ini.

Akhir kata harapan penulis semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi kita semua.

Makassar, 19 April 2016

penulis

ABSTRAK

HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN TINGKAT DEPRESI PASIEN STROKE DI PUSKESMAS BATUA RAYA MAKASSAR (dibimbing oleh Elmiana Bonggalinggi)

**ANITA MERYANI LAYUK
NURUL FITRIANI TASMAN
PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN DAN NERS
+53halaman+24daftar pustaka+8tabel+9lampiran**

Stroke merupakan gangguan fungsi otak akibat aliran darah ke otak mengalami gangguan sehingga mengakibatkan nutrisi dan oksigen yang dibutuhkan otak tidak terpenuhi dengan baik. Pada orang yang mengalami stroke, sering kali memiliki gangguan fisik dan gangguan psikologis. Salah satu masalah utama gangguan psikologis stroke yang sering terjadi adalah depresi. Seseorang dengan dukungan keluarga yang tinggi dapat meningkatkan motivasi yang lebih tinggi sehingga pasien merasa diperhatikan dan mempunyai keinginan untuk cepat sembuh. Tujuan penelitian ini adalah diketahuinya hubungan dukungan keluarga dengan tingkat depresi pasien stroke di Puskesmas Batua Raya Makassar. Dalam penelitian ini peneliti menggunakan jenis penelitian non-eksperimen yaitu observasional analitik dengan pendekatan *Cross-Sectional Study*. Sampel berjumlah 30 pasien stroke. Teknik pengambilan data dengan menggunakan kuesioner. Hasil penelitian ini didapatkan nilai $p=0,00$ sehingga dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat depresi pada pasien stroke di Puskesmas Batua Raya Makassar. Diharapkan agar Puskesmas Batua Raya meningkatkan pelayanan memberikan penyuluhan terlebih kepada keluarga agar mereka senantiasa menjaga dan memberikan dukungan kepada keluarganya yang menderita penyakit stroke agar mengurangi terjadinya depresi. Diharapkan juga untuk keluarga tetap mempertahankan dan meningkatkan dukungan keluarga terhadap anggota keluarganya yang mengalami stroke.

Kata Kunci : Dukungan keluarga, depresi, stroke
Kepustakaan : 2005 - 2014

ABSTRACT
FAMILY SUPPORT RELATIONSHIP WITH THE LEVEL OF
DEPRESSION IN STROKE PATIENTS PUSKESMAS
BATUA RAYA MAKASSAR
(Adviser by Elmiana Bonggalinggi)

ANITA MERIANY LAYUK
NURUL FITRIANI TASMAN
S1 NURSING PROGRAM AND NURSES
+53 pages+24 library+8Tables+9appendix

Stroke is a brain dysfunction due blood flow to brain is impaired, resulting nutrients and oxygen that brain needs not met by either. people who suffer stroke, often have impaired physical and psychological disorders. One of main problems of fairly common psychological disorders is depression. To accelerate the treatment and recovery process of stroke patients it is necessary support from family in form emotional support, appreciation, facilities and information. The purpose of this study is known correlation of family support with depression level of stroke patient at Batua Raya health center. In this study, researchers used a type of non-experimental research, it is observational analytic with Cross-Sectional Study. Sample were 30 peoples who are stroke patients. Sampling technique using a questionnaire. This study obtained value of $p = 0.000$, it can concluded that there is a correlation between family support with depression level of stroke patients at Batua Raya health center Makassar. Batua Raya Health Center is expected to improve service, provides counseling especially to the family of stroke patients in order to continue care and support their family who suffered a stroke to reduce depression. It is also desirable to the patients family to maintain and increase support for family members who had a stroke.

Key word: family support, depression, stroke
References : 24 (2005-2014)

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL DEPAN	i
HALAMAN SAMPUL DALAM	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI SKRIPSI.....	v
HALAMAN PENGESAHAN.....	vi
KATA PENGANTAR	vii
ABSTRAK	viii
HALAMAN DAFTAR ISI.....	ix
HALAMAN DAFTAR TABEL	x
HALAMAN DAFTAR GAMBAR	xi
HALAMAN DAFTAR LAMPIRAN	xii
HALAMAN DAFTAR LAMBANG, SINGKATAN DAN ISTILAH	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan Penelitian	6
1. Tujuan Umum	6
2. Tujuan Khusus.....	6
D. Manfaat Penelitian	6
1. Bagi	6
2. Bagi	6
3. Bagi	6
4. Bagi	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
A. Keluarga.....	7
1. Pengertian.....	7
2. Ciri-ciri.....	7
3. Peranan	8

4. Struktur keluarga.....	9
5. Tipe Keluarga.....	10
B. Dukungan Keluarga.....	11
1. Pengertian.....	11
2. Jenis-Jenis Keluarga.....	11
3. Faktor Yang Mempengaruhi.....	12
4. Dukungan Keluarga Pasca Stroke	13
C. Depresi.....	13
1. Pengertian.....	13
2. Teori Terjadinya Depresi.....	14
3. Ciri-ciri.....	15
4. Gejala Klinis Depresi.....	16
5. Depresi Pasca Stroke	16
6. Alat Ukur Derajat Depresi.....	17
D. Stroke.....	18
1. Pengertian.....	18
2. Klasifikasi	18
3. Etiologi	19
4. Patofisiologi.....	20
5. Manifestasi Klinis	21
6. Komplikasi.....	22
7. Dampak Pasca Stroke	23
8. Pemeriksaan Diagnostik.....	27
9. Penatalaksanaan Medis.....	27
BAB III KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN	30
A. Kerangka Konseptual.....	30
B. Hipotesis	31
C. Definisi Operasional	31
BAB IV METODOLOGI PENELITIAN	33
A. Jenis Penelitian	33

B. Tempat Dan Waktu Penelitian.....	33
1. Tempat Penelitian.....	33
2. Waktu Penelitian.....	33
C. Populasi Dan Sampel Penelitian.....	33
1. Populasi.....	33
2. Sampel.....	34
D. Instrument Penelitian.....	34
1. Kuesioner Data Demografi.....	35
2. Kuesioner Dukungan Keluarga.....	35
3. Kuesioner Tingkat Depresi.....	35
E. Pengumpulan Data.....	36
1. Informed Consent.....	36
2. Anomity (Tanpa Nama).....	36
3. Confidentially.....	36
F. Pengolahan Dan Penyajian Data.....	37
1. <i>Editing</i>	37
2. <i>Coding</i>	37
3. <i>Entry data</i>	37
4. <i>Tabulasi</i>	37
G. Analisa Data.....	38
1. Analisa univariat.....	38
2. Analisa bivariat.....	38
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN.....	39
A. HASIL.....	39
1. Pengantar.....	39
2. Gambaran Lokasi Penelitian.....	39
3. Karakteristik Responden.....	41
4. Hasil Analisa Variabel Yang Diteliti.....	45
B. PEMBAHASAN.....	48
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN.....	52
A. Kesimpulan.....	52

B. Saran..... 52

DAFTAR PUSTAKA.....

LAMPIRAN.....

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Defenisi Operasional.....	31
Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kelompok Umur, Di Puskesmas Batua Raya Makassar 2016.....	41
Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin di Puskesmas Batua Raya Makassar 2016	42
Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan di Batua Raya Makassar 2016	43
Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pekerjaan Di Puskesmas Batua Raya Makassar 2016	44
Tabel 5.5 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Dukungan Keluarga Pasien Stroke Di Puskesmas Batua Raya Makassar 2016	45
Tabel 5.6 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Depresi Pasien Stroke di Puskesmas Batua Raya Makassar 2016	46
Tabel 5.7 Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Depresi Pasien Stroke Di Puskesmas Batua Raya Makassar 2016.....	47

DAFTAR GAMBAR

Skema 3.1 Kerangka Konseptual.....	30
------------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Lembar Jadwal Kegiatan Penelitian

Lampiran 2. Lembar Konsul

Lampiran 3. Instrumen Penelitian

Lampiran 4 Master tabel

Lampiran 5 Hasil output SPSS

Lampiran 6 Persetujuan responden

Lampiran 7 Permohonan menjadi responden

Lampiran 8 Surat izin penelitian

Lampiran 9 Surat keterangan telah melakukan penelitian

DAFTAR SINGKATAN DAN ISTILAH

STIK	: Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
WHO	: World Health Organization
RISKESDAS	: Riset Kesehatan Dasar
PIDT	: Pertemuan Ilmiah Dua Tahunan
PDSKJI	: Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia
ADL	: Activity Of Daily Living
RS DR	: Rumah Sakit Daerah
RTA	: Reality Testing Ability
BDI	: Beck Depression Inventory
CVA	: Cerebrovaskular Accident
HS	: Hemoragik Stroke
PIS	: Perdarahan Intra Serebri
PSA	: Perdarahan Subarachnoid
NHS	: Non Hemoragik Stroke
KB	: Keluarga Berencana
NIHSS	: National Institutes Of Health Stroke Scale
Rt-PA	: Recombinan Tissue Plasminogen Activator
SPSS	: Statistical Package For Social Science
Ha	: Hipotesis Alternatif
CT-Scan	: Computerized Tomography Scanner
MRI	: Magnetic Resonance Imaging
EEG	: Elektroensefalografi

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Seiring dengan perkembangan zaman yang semakin modern dan pola hidup yang kurang baik banyak menimbulkan dampak dari berbagai macam penyakit yang dapat membahayakan kesehatan manusia, salah satu diantaranya stroke. Stroke merupakan salah satu akibat dari pola hidup yang mengikuti gaya modern, dan tetap menjadi permasalahan kesehatan utama sampai saat ini (Tammasse, 2013).

Menurut *World Health Organization (WHO, 2013)*, terdapat 15 juta orang yang mengalami stroke setiap tahunnya dan merupakan penyebab kematian kedua di atas usia 60 tahun dan penyebab kelima pada usia 15-59 tahun. Setiap tahun hampir 6 juta orang meninggal karena stroke dan merupakan penyebab utama kecacatan jangka panjang tanpa membedakan usia, jenis kelamin, dan etnis.

Menurut Stroke Association, pada tahun 2010 stroke adalah penyebab terbesar keempat kematian di Inggris setelah kanker, penyakit jantung, dan penyakit pernapasan, dan menyebabkan hampir 50.000 kematian. Ada sekitar 152.000 penderita stroke di Inggris setiap tahunnya, dan lebih dari 1 orang setiap 5 menit. Stroke menyebabkan sekitar 7% dari kematian pada pria dan 10% kematian pada wanita.

Stroke tidak hanya terjadi di Negara maju tetapi juga terjadi di Negara berkembang, termasuk di Indonesia. Di Negara Indonesia stroke menempati urutan pertama sebagai penyebab kematian dirumah sakit (Pudiasuti, 2011). Di Indonesia,

diperkirakan setiap tahun terjadi 500.000 penduduk terkena serangan stroke dan sekitar 25% atau 125.000 orang meninggal sedangkan sisanya mengalami cacat ringan bahkan bisa menjadi cacat berat (Pudiastuti, 2011).

Jumlah kasus stroke di provinsi Sulawesi Selatan terus meningkat. Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2008, provinsi Sulawesi selatan menempati urutan ke 17 dengan jumlah penderita 7,4% dan pada tahun 2013 meningkat menjadi 17,9%. Prevalensi penyakit stroke di Indonesia meningkat seiring bertambahnya umur. Kasus stroke tertinggi yang terdiagnosis tenaga kesehatan adalah usia 75 tahun keatas (43,1%) dan terendah pada kelompok usia 15-24 tahun yaitu sebesar (0,2%). Prevalensi stroke berdasarkan jenis kelamin lebih banyak laki-laki (7,1%) dibandingkan dengan perempuan yaitu 6,8% (Riskesdas, 2013).

Tingginya angka kematian dan kecacatan yang disebabkan oleh penyakit stroke, hal ini akan berdampak pada kemampuan pasien dalam melakukan aktifitasnya sehari-hari seperti makan, berpakaian dan lainnya. Ketidakmampuan ini dapat di alami pasien pasca stroke tiga bulan sampai satu tahun atau lebih. Pasien stroke yang juga mengalami gangguan kemampuan fungsi tubuh sangat sulit untuk mengungkapkan perasaannya, dan lebih lanjut lagi pasien akan merasa depresi dengan keadaannya.

Depresi merupakan suatu sindrom yang ditandai dengan sejumlah gejala klinik. Gangguan depresi dapat menurunkan kualitas pekerjaan dan hidup penderitanya. Depresi dapat memperlambat penyembuhan atau memperberat penyakit fisik, (Utama,2005). Depresi bisa mengenai siapa saja akan tetapi orang yang memiliki penyakit serius seperti stroke memiliki frekuensi lebih tinggi, depresi pasca stroke ditemukan sebesar 20-65% jumlah ini merupakan prevalensi yang cukup tinggi (Pratama,2015)

Penelitian Artal dan Egido (2009) di Amerika, menemukan bahwa sebesar 38% penderita stroke mengalami depresi yang disebabkan ketidakmampuan dalam bekerja karena cacat dan kegiatan social yang berkurang. Status fungsional dan depresi yang dialami penderita stroke diidentifikasi sebagai prediktor kualitas hidup.

Di Indonesia sekitar 15-25% pasien stroke yang dirawat di rumah menderita depresi, sedangkan pasien stroke yang dirawat di rumah sakit sekitar 30-40% menderita depresi. Sekitar 15% penderita depresi melakukan usaha bunuh diri (Amir, 2005). Pada edisi Agustus, 2007 dari PIDT (Pertemuan Ilmiah Dua Tahunan) PDSKJI (Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia) menyatakan bahwa insiden depresi pasca stroke berkisar 11-68% dengan prevalensi paling tinggi adalah 3 bulan setelah stroke (31%). Sekitar 50-80% kasus depresi sering tidak terdeteksi oleh dokter non-psikiater, hal ini kemungkinan disebabkan oleh gejalanya disamarkan dengan daya fisik dan limitasi aktivitas kehidupan sehari-hari (ADL) yang kerap menyertai setelah stroke (Wibisono, 2007).

Adanya kecenderungan pasien stroke mengalami depresi, maka sangat diperlukan peran keluarga. Peran keluarga akan membantu proses perawatan pasien penderita stroke untuk dapat melakukan aktivitasnya kembali meskipun tidak sepenuhnya kembali normal seperti pada keadaan sebelum stroke. Menurut Sugono (2008), peran keluarga adalah ikut ambil bagian dalam suatu kegiatan, keikutsertaan secara aktif, partisipasinya dalam perawatan anggota keluarga dalam merawat pasien. Dukungan keluarga terhadap salah satu anggota keluarga yang menderita suatu penyakit sangat penting dalam proses penyembuhan dan pemulihan pasien (Friedman, 1998). Dukungan keluarga dapat memberikan dampak positif dalam peningkatan kualitas hidup.

Pasien stroke yang tidak mendapat dukungan keluarga akan mengalami dampak negatif secara psikologis berupa depresi pasca stroke (Schub & Caple, 2010 dalam harahap 2015). Dukungan keluarga berperan sangat penting untuk menjaga dan memaksimalkan pemulihan fisik dan kognitif. Orang yang menderita stroke pasti mengalami perubahan dalam hidupnya, walaupun telah mendapatkan pemulihan secara lengkap. Stroke tidak hanya mempengaruhi fisik penderitanya, tetapi juga mempengaruhi hubungannya dengan sesama (Arum, 2015). Pasien stroke yang mengalami gangguan kemampuan fungsi tubuh sangat sulit untuk mengungkapkan perasaannya. Depresi akan berdampak negatif terhadap masa pemulihan dan hubungan sosial serta lingkungan sekitarnya, bahkan dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas (Hafsteinsdottir dkk, 2010).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Riyadi tahun 2012 dengan judul "Hubungan dukungan keluarga dengan kejadian depresi pada usia lanjut pasca perawatan stroke di RSUD MUHAMMADIYAH BANTUL" dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kejadian depresi pada usia lanjut pasca perawatan stroke di RSUD Muhammadiyah Bantul.

Pasien stroke membutuhkan penanganan yang komprehensif, termasuk upaya pemulihan dan rehabilitasi dalam jangka waktu yang cukup lama, bahkan sepanjang sisa hidup pasien. Keluarga sangat berperan dalam fase pemulihan ini, sehingga keluarga diharapkan terlibat dalam penanganan pasien (Mulyatsih & Ahmad, 2010). Berdasarkan uraian diatas peneliti tertarik untuk mengadakan penelitian dengan judul "Hubungan dukungan keluarga dengan tingkat depresi pada pasien stroke di Puskesmas Batua Raya Makassar"

B. Rumusan Masalah

Seiring dengan perkembangan zaman yang semakin modern menimbulkan berbagai macam penyakit yang dapat membahayakan kesehatan manusia, salah satu diantaranya stroke. Stroke merupakan salah satu akibat dari pola hidup yang mengikuti gaya modern, dan tetap menjadi permasalahan kesehatan utama sampai saat ini. Adanya kecenderungan pasien stroke mengalami depresi, maka sangat diperlukan peran keluarga. Peran keluarga akan membantu proses perawatan pasien untuk dapat sebaik mungkin penderita stroke dapat melakukan aktivitas kembali meskipun tidak sepenuhnya kembali normal seperti pada sebelum stroke. Depresi akan berdampak negatif terhadap masa pemulihan dan hubungan sosial serta lingkungan sekitarnya, bahkan dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas. Berdasarkan latar belakang diatas, maka dapat dirumuskan permasalahan dan penelitian ini, apakah ada hubungan dukungan keluarga dengan tingkat depresi pada pasien stroke ?

C. Tujuan penelitian

Berdasarkan latar belakang dan rumusan masalah, maka tujuan penelitian adalah :

1. Tujuan Umum
Mengetahui “Hubungan dukungan keluarga dengan tingkat depresi pasien stroke di Puskesmas Batua Raya Makassar”
2. Tujuan Khusus
 - a. Mengidentifikasi dukungan keluarga pada pasien stroke di Puskesmas Batua Raya Makassar.
 - b. Mengidentifikasi tingkat depresi pada pasien stroke di Puskesmas Batua Raya Makassar

- c. Menganalisis hubungan dukungan keluarga dengan tingkat depresi pasien stroke di Puskesmas Batua Raya Makassar.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Keluarga

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan dan pengetahuan bagi keluarga dalam merawat anggota keluarga yang terserang stroke sehingga keluarga dapat berperan dalam memberikan perawatan pada klien stroke yang mengalami depresi

2. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberi informasi bagi Institusi Pendidikan Program Studi Ilmu Keperawatan sebagai bagian dari pengembangan ilmu keperawatan khususnya dalam memberikan pelayanan berupa dukungan keluarga dalam perawatan pasien stroke yang mengalami depresi.

3. Bagi Profesi Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran yang dapat digunakan sebagai dasar bagi perawat dalam upaya meningkatkan pelayanan keperawatan yang seoptimal mungkin.

4. Bagi peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan dan pengetahuan peneliti

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Keluarga

1. Defenisi keluarga

Menurut Setiadi (2008) keluarga adalah bagian dari masyarakat yang peranannya sangat penting untuk membentuk kebudayaan yang sehat. Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang terkumpul dan tinggal di suatu tempat dibawah suatu atap dalam keadaan saling ketergantungan (Jhonson & Leny,2010). Menurut Harmoko (2012), keluarga adalah perkumpulan dua atau lebih individu yang diikat oleh hubungan darah, perkawinan atau adopsi, dan tiap-tiap anggota keluarga selalu berinteraksi satu sama lain.

Dari beberapa pengertian di atas maka dapat disimpulkan secara umum bahwa keluarga itu :

- a. Ikatan atau persekutuan (perkawinan/kesepakatan)
- b. Hubungan (darah/adopsi/kesepakatan)
- c. Tinggal bersama dalam satu atap (serumah)
- d. Ada peran masing-masing anggota keluarga
- e. Ikatan emosional

2. Ciri-ciri keluarga

Menurut Setiadi (2008) yang dikutip oleh Iver dan Horton ciri-ciri keluarga :

- 1) Keluarga merupakan hubungan perkawinan
- 2) Keluarga berbentuk suatu kelembagaan yang berkaitan dengan hubungan perkawinan yang sengaja dibentuk atau dipelihara

- 3) Keluarga mempunyai suatu sistem tata nama (Nomen Clatur) termasuk perhitungan garis keturunan
- 4) Keluarga mempunyai fungsi ekonomi yang dibentuk oleh anggota-anggotanya berkaitan dengan kemampuan untuk mempunyai keturunan dan membesarkan anak
- 5) Keluarga merupakan tempat tinggal bersama, rumah atau rumah tangga

Ciri-ciri keluarga Indonesia :

- 1) Mempunyai ikatan yang sangat erat dengan dilandasi semangat gotong royong
- 2) Dijiwai oleh nilai kebudayaan ketimuran
- 3) Umumnya dipimpin oleh suami meskipun proses pemutusan dilakukan secara musyawarah
- 4) Bertanggung jawab
- 5) Mempunyai semangat gotong royong

3. Peranan keluarga

Peranan keluarga menggambarkan seperangkat perilaku antar pribadi, sifat, kegiatan yang berhubungan dengan pribadi dalam posisi dan situasi tertentu. Peranan pribadi dalam keluarga didasari oleh harapan dan pola perilaku dari keluarga, kelompok dan masyarakat. Berbagai peranan yang terdapat di dalam keluarga adalah sebagai berikut :

- a. Ayah sebagai suami dari istri dan ayah bagi anak-anak, berperan sebagai pencari nafkah, pendidik, pelindung dan pemberi rasa aman, sebagai kepala keluarga, sebagai anggota dari kelompok sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya
- b. Ibu sebagai istri dan ibu dari anak-anaknya, ibu mempunyai peranan untuk mengurus rumah tangga, sebagai pengasuh dan

pendidik anak-anaknya, pelindung dan sebagai salah satu kelompok dari peranan sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya, disamping itu juga ibu dapat berperan sebagai pencari nafkah tambahan dalam keluarganya

- c. Anak-anak melaksanakan peranan psikosial sesuai dengan tingkat perkembangannya baik fisik, mental, social, dan spiritual

4. Struktur keluarga

Struktur keluarga menggambarkan bagaimana keluarga melaksanakan fungsi keluarga dimasyarakat. Ada beberapa struktur keluarga yang ada di Indonesia yang terdiri dari bermacam-macam, diantaranya adalah :

- a. Patrilineal

Adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu disusun melalui jalur ayah

- b. Matrilineal

Adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu disusun melalui jalur ibu

- c. Matrilokal

Adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah ibu

- d. Patrilokal

Adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah ayah

- e. Keluarga kawin

Adalah hubungan suami istri sebagai dasar bagi pembinaan keluarga, dan beberapa sanak saudara yang menjadi bagian keluarga karena adanya hubungan dengan suami atau istri

5. Tipe keluarga

Keluarga yang memerlukan pelayanan kesehatan yang berasal dari berbagai macam pola kehidupan. Sesuai perkembangan social maka tipe keluarga berkembang mengikutinya agar dapat mengupayakan peran serta keluarga dalam meningkatkan derajat kesehatan maka perawat perlu mengetahui berbagai tipe keluarga. Dalam sosiologi keluarga berbagai bentuk keluarga digolongkan sebagai tipe keluarga tradisional dan non tradisional. Susman (1974), Macklin (1988) menjelaskan tipe-tipe keluarga sebagai berikut :

a. Keluarga tradisional

- 1) Keluarga inti, yaitu terdiri dari suami, istri dan anak. Biasanya keluarga yang melakukan perkawinan pertama atau keluarga dengan orangtua campuran atau orangtua tiri
- 2) Pasangan istri, terdiri dari suami dan istri saja tanpa anak, atau tidak ada anak yang tinggal bersama mereka
- 3) Keluarga dengan orangtua tunggal, biasanya sebagai konsekuensi dari perceraian
- 4) Bujangan dewasa sendirian
- 5) Keluarga besar, terdiri keluarga inti dan orang-orang yang berhubungan
- 6) Pasangan usia lanjut, keluarga inti dimana suami istri sudah tua anak-anaknya sudah berpisah

b. Keluarga Non tradisional

- 1) Keluarga dengan orangtua beranak tanpa menikah, biasanya ibu dan anak
- 2) Pasangan yang memiliki anak tetapi tidak menikah, didasarkan pada hukum tertentu
- 3) Pasangan kumpul kebo, kumpul bersama tanpa menikah
- 4) Keluarga gay atau lesbian, orang-orang berjenis kelamin yang sama hidup bersama sebagai pasangan yang menikah

- 5) Keluarga komuni, keluarga yang terdiri dari lebih dari satu pada pasangan monogamy dengan anak-anak secara bersama menggunakan fasilitas, sumber yang sama.

B. Tinjauan umum Dukungan keluarga

1. Definisi dukungan keluarga

Dukungan keluarga adalah suatu bentuk perhatian, dorongan yang didapatkan individu dari orang lain melalui hubungan interpersonal yang meliputi perhatian, emosional dan penilaian. Dukungan keluarga sebagai koping keluarga terbukti sangat bermanfaat, dukungan keluarga antara lain dari suami atau istri, dari saudara kandung atau dukungan dari anak (Setiadi,2008 dalam friedman,1998). Dukungan keluarga juga merupakan andil yang besar dalam menentukan status kesehatan pada pasien stroke. Jika keluarga mengharapkan pasien sembuh, bahkan memperlihatkan dukungannya dalam berbagai hal maka pasien akan merasa lebih percaya diri, tidak stress memikirkan penyakitnya dan berdampak pada kesembuhan pasien.

2. Jenis Dukungan Keluarga

Menurut Setiadi (2008) dalam Friedman (1998) bahwa keluarga memiliki beberapa jenis dukungan yaitu:

- a. Dukungan Instrumental, yaitu keluarga merupakan sumber pertolongan praktis dan konkrit, diantaranya keteraturan menjalani terapi, kesehatan penderitadalam hal kebutuhan makan dan minum, istirahat, dan terhindarnya penderita dari kelelahan. Dukungan ini juga mencakup bantuan langsung, seperti dalam bentuk uang, peralatan, waktu, modifikasi lingkungan maupun menolong pekerjaan pada saat penderita mengalami stress.

- b. Dukungan Informasional, yaitu keluarga berfungsi sebagai sebuah kolektor dan deseminator (penyebar informasi) munculnya suatu stressor karena informasi yang diberikan dapat menyumbangkan aksi sugesti yang khusus pada individu. Aspek-aspek dalam dukungan ini adalah nasehat, saran, petunjuk dan pemberian informasi. Untuk pasien stroke diberikan informasi oleh keluarganya tentang: penyakit stroke serta pengelolaannya.
 - c. Dukungan Penilaian (appraisal), yaitu keluarga bertindak sebagai sebuah umpan balik, membimbing dan menengahi pemecahan masalah dan sebagai sumber dan validator identitas keluarga.
 - d. Dukungan Emosional, yaitu keluarga sebagai sebuah tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi, diantaranya menjaga hubungan emosional meliputi dukungan yang diwujudkan dalam bentuk afeksi, adanya kepercayaan, perhatian dan mendengarkan atau didengarkan saat mengeluarkan perasaannya.
3. Faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga
- Menurut Feiring dan Lewis (1984 dalam Friedman, 1998) menyatakan bahwa:
- a. Bentuk keluarga
Dukungan tersebut akan tercipta bila hubungan interpersonal diantara anggota keluarga baik. Ikatan kekeluargaan yang kuat sangat membantu ketika keluarga menghadapi masalah, karena keluarga adalah orang yang paling dekat hubungannya dengan anggota keluarganya (Friedman, 1998).
 - b. Tingkat sosial ekonomi

Kelas sosial ekonomi disini meliputi tingkat pendapatan atau pekerjaan dan tingkat pendidikan. Hal ini akan berdampak terhadap menurunnya tingkat produktifitas serta dapat mengakibatkan terganggunya sosial ekonomi keluarga. Selain karena besarnya biaya pengobatan paska stroke, juga yang menderita stroke adalah tulang punggung keluarga yang biasanya kurang melakukan gaya hidup sehat, akibat kesibukan yang padat.

4. Dukungan keluarga pasca stroke

Menurut Sutrisno (2007) yang menyatakan bahwa perawatan stroke merupakan perawatan yang sulit dan terlama. Keluarga memegang peranan penting dalam proses rehabilitasi pasien stroke, rehabilitasi merupakan masa yang sulit dan dapat berlangsung enam bulan atau lebih tergantung pada kemauan dan keterlibatan keluarga (Sutrisno, 2007). Dukungan keluarga adalah dukungan yang terdiri dari atas informasi atau nasihat verbal dan non verbal bantuan nyata atau tindakan yang diberikan oleh keakraban sosial dan didapat karena kehadiran mereka dan mempunyai manfaat emosional atau efek perilaku bagi pihak penerima (Gottlieb, 1983 dalam Nursalam & Kurniawati, 2007)

C. Tinjauan Umum Depresi

1. Defenisi depresi

Depresi adalah gangguan alam perasaan (*mood*) yang ditandai dengan kemurungan dan kesedihan yang mendalam dan berkelanjutan sehingga hilangnya kegairahan hidup, tidak mengalami gangguan dalam menilai realitas (*Reality Testing Ability/RTA*, masih baik), kepribadian tetap utuh (tidak mengalami keretakan kepribadian/ *splitting of personality*) perilaku dapat terganggu tetapi dalam batas-batas normal. Menurut Amir (2005),

depresi adalah suatu sindrom yang di tandai dengan sejumlah gejala klinik yang manifestasinya bisa berbeda pada masing-masing individu. Depresi adalah salah satu bentuk gangguan kejiwaan pada alam perasaan (*affective/mood disorder*), yang ditandai dengan kemurungan, kelesuan, ketiadaan gairah hidup, perasaan tidak berguna, putus asa dan lain sebagainya.

2. Teori Terjadinya Depresi

Teori penyebab depresi meliputi :

- a. Teori biologi, teori yang menerangkan bahwa depresi berhubungan dengan gangguan pada ritme sirkadian, disfungsi otak, aktifitas kejang limbik, disfungsi neuroendokrin, cacat pada sistem imun, dan genetik.
- b. Teori psikoanalitical, teori yang menjelaskan tentang depresi berasal dari respon kehilangan, kekecewaan atau kegagalan, dan rasa marah dipindahkan dan dikembalikan pada diri sendiri, serta ketidakmampuan dalam berduka cita karena adanya kehilangan.
 - 1) Teori behavioral yang menjelaskan kegagalan untuk menerima reinforcement positif dari orang lain dan dari lingkungan merupakan predisposisi bagi seseorang untuk mengalami depresi.
 - 2) Teori Kognitif yang menjelaskan konsep negatif dari diri sendiri, pengalaman, orang lain dan dunia, serta kepercayaan bahwa seseorang tidak dapat mengontrol situasi terjadinya depresi.
 - 3) Teori sosiological yang menjelaskan kehilangan kekuasaan, status, identitas, nilai dan tujuan untuk menciptakan eksistensi yang tepat akan menyebabkan depresi.

- 4) Teori holism yang menjelaskan depresi adalah hasil dari genetik, biologi, psikoanalisa, tingkah laku, kognitif, dan pengalaman sosiologis

3. Ciri umum depresi

Menurut Nevid, Rathus, dan Greene (2003) ciri-ciri umum dari depresi adalah :

a. Perubahan pada kondisi emosional

Perubahan pada kondisi mood (periode terus menerus dari perasaan terpuruk, depresi, sedih atau muram). Penuh dengan air mata atau menangis serta meningkatnya iritabilitas (mudah tersinggung), kegelisahan atau kehilangan kesadaran.

b. Perubahan dalam motivasi

Perasaan tidak termotivasi atau memiliki kesulitan untuk memulai (kegiatan) di pagi hari atau bahkan sulit bangun dari tempat tidur. Menurunnya tingkat partisipasi sosial atau minat pada aktivitas sosial. Kehilangan kenikmatan atau minat dalam aktivitas yang menyenangkan. Menurunnya minat pada seks serta gagal untuk berespon pada pujian.

c. Perubahan dalam fungsi dan perilaku motorik

Gejala-gejala motorik yang dominan dan penting dalam depresi adalah retardasi motor yakni tingkah laku motorik yang berkurang atau lambat, bergerak atau berbicara dengan lebih perlahan dari biasanya. Perubahan dalam kebiasaan tidur (tidur terlalu banyak atau terlalu sedikit, bangun lebih awal dari biasanya dan merasa kesulitan untuk tidur kembali). Penderita depresi sering duduk dengan sikap yang terkulai dan tatapan yang kosong tanpa ekspresi, perubahan dalam selera makan (makan terlalu banyak atau terlalu sedikit), perubahan dalam berat badan (bertambah atau kehilangan berat badan), beraktivitas kurang efektif atau energik dari pada biasanya,

d. Perubahan kognitif

Penderita depresi kesulitan berkonsentrasi atau berpikir jernih, berpikir negatif mengenai diri sendiri dan masa depan, perasaan bersalah mengenai kesalahan dimasa lalu dan kurang self-esteem serta berpikir kematian atau bunuh diri.

4. Gejala klinis depresi

Gejala klinis depresi adalah sebagai berikut :

- a. Afek disforik, yaitu perasaan murung, sedih, gairah hidup menurun, tidak semangat, merasa tidak berdaya
- b. Perasaan bersalah, berdosa, penyesalan
- c. Nafsu makan menurun
- d. Berat badan menurun
- e. Konsentrasi dan daya ingat menurun
- f. Gangguan tidur : insomnia (tidak dapat tidur) atau sebaliknya hipersomnia (terlalu banyak tidur). Gangguan ini seringkali disertai dengan mimpi-mimpi orang yang tidak menyenangkan, misalnya mimpi orang yang sudah meninggal
- g. Agitasi atau retardasi psikomotor (gaduh gelisah atau lemah tak berdaya)
- h. Hilangnya rasa senang, semangat dan minat, kreativitas menurun, produktivitas juga menurun
- i. Gangguan seksual (libido menurun)
- j. Pikiran-pikiran tentang kematian, bunuh diri

5. Depresi pasca stroke

Didalam pengalaman klinis sering dijumpai bahwa pada pasien-pasien stroke selain gejala-gejala kelainan saraf (misalnya kelumpuhan alat gerak ataupun otot-otot muka dan lain sebagainya), juga ditemukan gangguan mental-emosional misalnya depresi, apati, euphoria bahkan sampia pada mania. Gejala depresi

yang ditimbulkannya itu sebagai akibat lesi (kerusakan) pada susunan saraf pusat otak dan bisa juga akibat dari gangguan penyesuaian karena kerusakan fisik dan kognitif pasca stroke. Kaplan dan sadock (2000) menyebutkan bahwa prevalensi depresi pada pasien stroke mencapai 40%-60% dalam 6 bulan pertama sesudah terjadinya stroke. Gejala depresi pada penderita stroke, dapat ditegakkan dengan kriteria sebagai berikut :

- a. Gejala utama adalah gangguan afek (mood)
- b. Tidak terdapat tanda-tanda delirium (menurunnya kesadaran), demensia (kemunduran daya ingat), sindrom waham organik atau halusinasi organik
- c. Terdapat faktor organik spesifik (kelainan pada otak akibat stroke) yang dinilai mempunyai hubungan etiologi (penyebab) dengan gangguan itu, yang terbukti dari riwayat penyakit, pemeriksaan fisik dan laboratorium

6. Alat ukur derajat depresi

Beck Depression Inventory (BDI) merupakan instrumen untuk mengukur derajat depresi dari Dr. Aaron T. Beck. Skala BDI telah dibuktikan memiliki validitas dan reliabilitas cukup tinggi untuk melakukan pengukuran depresi. Kondisi ini menunjukkan bahwa pengukuran depresi dengan menggunakan skala BDI akan diperoleh hasil yang valid dan reliable. BDI Mengandung skala depresi yang terdiri dari 21 item. Setiap gejala dirangking dalam skala intensitas 3 poin dan nilainya ditambahkan untuk memberi total nilai dari 0-62, nilai yang lebih tinggi mewakili tingkat depresi yang lebih berat. 21 item tersebut menggambarkan kesedihan, pesimistik, perasaan gagal, ketidakpuasan, rasa bersalah, perasaan akan hukuman, kekecewaan terhadap diri sendiri, menyalahkan diri sendiri, keinginan bunuh diri, menangis, iritabilitas, hubungan sosial, pengambilan keputusan, ketidakberhargaan diri, kehilangan

tenaga, insomnia, perasaan marah, anoreksia, kesulitan berkonsentrasi, kelelahan, dan penurunan libido (Beck, 1985).

Penilaian dilakukan dengan menggunakan kuesioner, dimana skor:

- a. Skor 0-21 menunjukkan adanya depresi ringan
- b. Skor 22-42 menunjukkan adanya depresi sedang
- c. Skor 43-62 menunjukkan adanya depresi berat

D. Tinjauan umum Stroke

1. Defenisi stroke

Stroke adalah gangguan fungsi otak akibat aliran darah ke otak mengalami gangguan (berkurang) sehingga mengakibatkan nutrisi dan oksigen yang dibutuhkan otak tidak terpenuhi dengan baik (Arum, 2015)

Stroke yang juga dikenal dengan istilah *cerebrovascular accident* atau *brain attack*, merupakan kerusakan mendadak pada peredaran darah otak dalam satu pembuluh darah atau lebih (Kowalak dkk, 2012)

Stroke atau cedera cerebrovascular (CVA) adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak (Smeltzer & Bare, 2013)

2. Klasifikasi stroke

Menurut muttaqin (2008) klasifikasi stroke menurut patologi serangan stroke meliputi :

a. Stroke Hemoragik (HS)

Stroke hemoragik merupakan perdarahan yang terjadi pada peredaran darah serebri. Hal ini disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak tertentu yang dapat terjadi saat melakukan aktivitas dan bahkan dapat terjadi pada saat istirahat. Perdarahan otak dibagi atas :

1) Perdarahan Intra Serebri (PIS)

Perdarahan ini terjadi akibat pecahnya pembuluh darah (mikroaneurisma) dapat diakibatkan oleh hipertensi yang menyebabkan darah masuk ke dalam jaringan otak sehingga mengakibatkan adanya peningkatan tekanan intracranial sehingga dapat mengakibatkan kematian mendadak

2) Perdarahan Subarachnoid (PSA)

Perdarahan ini berasal dari pecahnya aneurisma berry. Pecahnya pembuluh darah ini dapat membuat darah masuk ke dalam subarachnoid dan menyebabkan terjadinya peningkatan tekanan intracranial, perenggangan struktur peka nyeri dan vasospasme pembuluh darah serebri yang berakibat pada disfungsi otak global (nyeri kepala, penurunan kesadaran), maupun fokal (hemiparese, gangguan hemisensorik, afasia, dan lainnya)

b. Stroke Non Hemoragik (NHS)

Dapat berupa iskemik atau emboli dan trombotik serebri biasanya terjadi setelah lama beristirahat, bangun tidur, atau pada pagi hari. NHS tidak menimbulkan adanya perdarahan pada otak, tetapi terjadi iskemik yang akan menimbulkan hipoksia dan selanjutnya menimbulkan edema

3. Etiologi stroke

Menurut Kowalak Dkk (2012) stroke secara khas terjadi karena salah satu dari tiga penyebab berikut ini :

- a. Thrombosis pada arteri serebri yang memasok darah ke dalam otak atau trombotik pembuluh darah intracranial yang menyumbat aliran darah
- b. Emboli akibat pembentukan thrombus di luar otak, seperti di dalam jantung, aorta, atau arteri karotis kominis

c. Perdarahan dari arteri atau vena intrakranialis, seperti yang terjadi karena hipertensi, ruptur aneurisme, malformasi arteriovenosa, trauma, gangguan hemoragik atau emboli septik

Faktor risiko yang sudah diketahui sebagai predisposisi stroke meliputi :

- a. Hipertensi
- b. Riwayat stroke dalam keluarga
- c. Riwayat serangan iskemia serebral
- d. Penyakit jantung termasuk aritmia, penyakit arteri koronaria, infark miokard akut, kardiomiopati dilatasi dan penyakit valvuler
- e. Diabetes mellitus
- f. Hiperlipidemia familial
- g. Kebiasaan merokok
- h. Kebiasaan minum minuman keras
- i. Obesitas, gaya hidup sedentari
- j. Penggunaan kontrasepsi oral (pil KB)

4. Patofisiologi stroke

Menurut Price & Wilson (2012) gangguan pasokan darah otak dapat terjadi dimana saja di dalam arteri-arteri yang membentuk sirkulasi Willis. Secara umum, apabila aliran darah ke jaringan otak terputus selama 15 sampai 20 menit, maka akan terjadi infark atau kematian jaringan. Perlu diingat bahwa oklusi di suatu arteri tidak selalu menyebabkan infark di daerah otak yang diperdarahi oleh arteri tersebut. Alasannya adalah karena terdapat sirkulasi kolateral yang memadai ke daerah tersebut. Proses patologik yang mendasarinya merupakan salah satu dari berbagai proses yang terjadi di dalam pembuluh darah yang memperdarahi otak. Keadaan patologik dapat berupa :

- a. Keadaan penyakit pada pembuluh darah itu sendiri, seperti pada arterosklerosis dan thrombosis, robeknya dinding pembuluh darah, atau peradangan
- b. Berkurangnya perfusi akibat gangguan status aliran darah, misalnya syok atau hiperviskositas darah
- c. Gangguan aliran darah akibat bekuan atau embolus infeksi yang berasal dari jantung atau pembuluh ekstraniam
- d. Rupture vascular didalam jaringan otak atau ruang subaraknoid

5. Manifestasi klinis

Menurut Ariani (2014) manifestasi klinis stroke adalah sebagai berikut :

- a. Deficit lapang pandang
 - 1) Homonomus hemianopsia (kehilangan setengah lapang penglihatan)
Tidak menyadari orang atau objek di tempat kehilangan, penglihatan, mengabaikan salah satu sisi tubuh, kesulitan menilai jarak
 - 2) Kehilangan penglihatan perifer
Kesulitan melihat pada malam hari, tidak menyadari objek atau batas objek
 - 3) Diplopia
Penglihatan ganda
- b. Deficit motorik
 - 1) Hemiparesis
Kelemahan wajah, lengan, dan kaki pada sisi yang sama. Paralisis wajah (karena lesi pada hemisfer yang berlawanan)
 - 2) Ataksia
Berjalan tidak mantap, tegak. Tidak mampu menyatukan kaki, perlu dasar berdiri yang luas
 - 3) Disartria

Kesulitan dalam membentuk kata

4) Disfagia

Kesulitan dalam menelan

c. Deficit verbal

1) Afasia ekspresif

Tidak mampu membentuk kata yang dapat dipahami, mungkin mampu bicara dalam respons kata tunggal

2) Afasia reseptif

Tidak mampu memahami kata yang dibicarakan, mampu bicara tetapi tidak masuk akal

3) Afasia global

Kombinasi baik afasia reseptif dan ekspresif

d. Deficit kognitif

Penderita stroke akan kehilangan memori jangka pendek dan panjang, penurunan lapang perhatian, kerusakan kemampuan untuk berkonsentrasi, alasan abstrak buruk, dan perubahan penilaian

e. Defisit emosional

Penderita akan mengalami kehilangan control diri, labilitas emosional, penurunan toleransi pada situasi yang menimbulkan stres, depresi, menarik diri, rasa takut, bermusuhan dan marah, serta perasaan isolasi

6. Komplikasi

Menurut Smeltzer & Bare (2013) komplikasi stroke meliputi :

a. Hipoksia serebral

Diminimalkan dengan member oksigenasi darah adekuat ke otak. Fungsi otak bergantung pada ketersediaan oksigen yang dikirimkan ke jaringan. Pemberian oksigen suplemen dan mempertahankan hemoglobin serta hemotakrit pada tingkat

dapat diterima akan membantu dalam mempertahankan oksigenasi jaringan

b. Aliran darah serebral

Bergantung pada tekanan darah, curah jantung, dan integritas pembuluh darah serebral. Hidrasi adekuat (cairan intravena) harus menjamin penurunan viskositas darah dan memperbaiki aliran darah serebral. Hipertensi atau hipotensi ekstrem perlu dihindari untuk mencegah perubahan pada aliran darah serebral dan potensi meluasnya area cedera

c. Embolisme serebral

Dapat terjadi setelah infark miokard atau fibrilasi atrium atau dapat berasal dari katup jantung prostetik. Embolisme akan menurunkan aliran darah ke otak dan selanjutnya menurunkan aliran darah serebral. Distrimia dapat mengakibatkan curah jantung tidak konsiten dan penghentian thrombus local. Selain itu, distrimia dapat menyebabkan embolus serebral dan harus diperbaiki

7. Dampak dari pasca stroke

Menurut *Stroke Association*, terdapat beberapa dampak yang timbul pada pasien paska stroke, yaitu :

a. Masalah kognitif

Terdapat beberapa masalah kognitif terjadi pada penderita pasca stroke. Beberapa masalah tersebut adalah :

1) Memori

Setelah stroke masalah yang paling umum muncul adalah masalah mengenai memori jangka pendek. Dimana mengingat informasi baru bisa sangat sulit bagi penderita, dan kecepatan menggunakan memori mereka mungkin tampak lebih lambat dari biasanya

2) Perhatian

Setelah stroke akan mengalami kesulitan dalam memilih apa yang membutuhkan perhatian dan apa yang tidak, dan bisa menjadi mudah terganggu. Pasien pasca stroke akan merasa sulit untuk focus pada pekerjaan yang dilakukan

3) Persepsi

Setelah stroke, masalah bisa muncul pada berbagai tahap persepsi misalnya dari mengambil informasi hingga menafsirkan informasi atau mengakses memori tentang informasi tersebut

b. Masalah komunikasi

Kondisi utama dimana stroke dapat mempengaruhi komunikasi adalah sebagai berikut :

- 1) Afasia dapat mempengaruhi bagaimana berbicara, kemampuan untuk memahami apa yang dikatakan, dan membaca atau menulis
- 2) Disartria terjadi ketika stroke menyebabkan kelemahan otot-otot yang digunakan untuk berbicara. Jika terjadi disartria, suara akan terdengar berbeda dari akan kesulitan dalam berbicara dengan jelas
- 3) Dyspraxia pidato yang terjadi ketika tidak bisa menggerakkan otot-otot dalam urutan yang benar dan urutan untuk membuat suara yang diperlukan untuk pidato yang jelas. Hal ini membuat pasien pasca stroke tidak dapat mengucapkan kata-kata dengan jelas

c. Depresi

Depresi dapat terjadi kapan saja setelah stroke. Gejala yang paling umum dari depresi adalah :

- 1) Perasaan sedih
- 2) Kehilangan minat dalam kegiatan sehari-hari dan tidak bisa menikmati hal-hal yang dilakukan
- 3) Kesulitan untuk berkonsentrasi atau membuat keputusan

- 4) Merasa cemas
- 5) Perubahan pola tidur karena tidak mampu tidur atau tidur lebih banyak
- 6) Perubahan nafsu makan
- 7) Keinginan bunuh diri
- 8) Sakit fisik
- 9) Merugikan diri sendiri
- 10) Hilangnya dorongan seksual atau kesulitan dalam seksual
- 11) Menghindari orang
- 12) Kehilangan harga diri atau kepercayaan diri

d. Masalah emosional

Masalah emosional yang dapat terjadi setelah stroke adalah sebagai berikut :

- 1) Kegelisahan
- 2) Emosionalisme
- 3) Perubahan kepribadian
- 4) Kemarahan

e. Kelelahan

Pada pasien stroke akan merasa seperti tidak memiliki energi atau kekuatan. Kelelahan pada pasien pasca stroke tidak selalu akan meningkat dengan istirahat dan tidak selalu berhubungan dengan aktivitas yang dilakukan. Pada pasien pasca stroke kelelahan dapat berkisar dari yang relatif ringan sampai parah dan intensitas kelelahan tampaknya tidak terkait dengan tingkat keparahan atau jenis stroke yang pernah dialami

f. Masalah fisik

Efek yang paling umum dari stroke yang fisik seperti kelemahan, mati rasa dan kekakuan

- 1) Kelemahan dan kelumpuhan
- 2) Spastisitas
- 3) Masalah dengan berjalan kaki

4) Perubahan sensasi

g. Masalah penglihatan

Masalah penglihatan yang sering terjadi setelah mengalami stroke adalah sebagai berikut :

1) Kehilangan penglihatan sentral

2) Hilangnya lapang pandang

3) Masalah gerakan mata

4) Masalah proses visual

h. Masalah lain

1) Nyeri

Stroke dapat menyebabkan kelenturan dan kondisi menyakitkan diantaranya :

a) Spastisitas dengan tanda dan gejala adanya kekakuan pada otot-otot tertentu

b) Masalah bahu yang cukup umum terjadi setelah stroke mengakibatkan kekakuan berkepanjangan, kehilangan gerakan dan nyeri sering parah

c) Kadang-kadang setelah stroke tangan dapat membengkak dan menjadi sakit. Hal ini biasanya terjadi ketika tangan tidak sedang bergerak

2) Masalah keseimbangan

Masalah dengan keseimbangan yang umum setelah stroke adalah merasa pusing yang dapat menyebabkan penurunan atau hilangnya kepercayaan saat berjalan dan bergerak

3) Masalah kandung kemih dan usus

Sekitar setengah dari semua pasien yang dirawat di rumah sakit dengan stroke akan kehilangan kontrol kandung kemih dan akan mengalami kehilangan kontrol buang air besar saat berada dirumah

8. Pemeriksaan Diagnostik

- a. Pada pemeriksaan CT-Scan, ditemukan segera stroke iskemik dalam 72 jam pertama sejak serangan dan bukti terjadinya stroke hemoragik (jika luas lesi melebihi 1 cm).
- b. Pemeriksaan MRI membantu menemukan daerah-daerah iskemia atau infark dan pembengkakan otak.
- c. Angiografi serebral mengungkapkan disrupsi dan pergeseran sirkulasi serebral karena oklusi seperti stenosis atau pembentukan thrombus atau perdarahan yang akut.
- d. Pungsi lumbal (yang dilakukan jika tidak terdapat tanda-tanda kenaikan tekanan intracranial) mengungkapkan cairan serebrospinal yang berdarah jika serangan berupa stroke hemoragik.
- e. EEG membantu mengenali daerah-daerah yang rusak pada otak.

9. Penatalaksanaan Medis

Manajemen medis pada pasien stroke adalah sebagai berikut :

- 1) Mengidentifikasi stroke sejak awal. Faktor kritis dalam intervensi dan penatalaksanaan awal pasien stroke adalah ketepatan dalam mengidentifikasi manifestasi klinis yang bervariasi berdasarkan lokasi dan ukuran infark, alat pengkajian yang terstandarisasi termasuk penggunaan Acute Stroke Quick Screen dan National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS), yang mungkin dapat digunakan untuk mengidentifikasi secara cepat dimana klien mungkin bisa mendapatkan manfaat dari pemberian trombolitik.
- 2) Mempertahankan oksigenasi serebral. Penatalaksanaan gawat darurat pasien stroke termasuk mempertahankan kepatenan jalan nafas, dengan jalan memiringkan kepala pasien untuk mengalirkan air liur pada jalan nafas, kepala dielevasi tetapi

leher tidak boleh diekstensikan. Selain itu suplai oksigen juga harus diperhatikan pemenuhannya, untuk mencegah hipoksia dan mencegah peningkatan iskemia serebral.

- 3) Memulihkan aliran darah serebral. Pasien yang mendapatkan terapi trombolitik harus dievaluasi terhadap terjadinya perdarahan. Tujuan pemberian trombolitik adalah untuk rekanalisasi pembuluh darah dan perfusi jaringan otak yang mengalami iskemia. Agen trombolitik yang bisa diberikan adalah exogenous plasminogen activators, yang dapat memecahkan trombus atau embolus yang menutupi aliran darah.
- 4) Mencegah komplikasi, misalnya perdarahan, edema serebral, kekambuhan stroke, aspirasi dan komplikasi yang lainnya. Setelah pasien diberikan terapi rt-PA (*recombinan tissue plasminogen activator*), pasien harus dimonitor terjadinya potensial komplikasi berupa perdarahan (perdarahan intrakranial dan sistemik). Sedangkan edema serebral dapat terjadi saat pasien mengalami peningkatan tekanan intrakranial, sehingga aliran darah ke otak menurun dan akhirnya otak mengalami metabolisme anaerob karena kurang suplai oksigen. Pasien perlu diberikan posisi yang benar (elevasi 30°) untuk menurunkan tekanan intracranial dan memfasilitasi aliran darah balik vena. Pasien stroke juga diberikan heparin atau walfarin sebagai anti koagulan, tetapi pemberiannya harus diperhatikan. Resiko aspirasi pneumonia juga merupakan resiko komplikasi yang cukup tinggi pada pasien stroke. Aspirasi lebih sering terjadi pada periode awal dan dikaitkan dengan hilangnya sensasi faringeal, hilangnya kontrol motor *orofaringeal* dan adanya penurunan kesadaran, sehingga pemberian makanan dan cairan melalui oral ditunda dulu dalam 24-48 jam. Komplikasi yang lain tergantung pada jaringan yang rusak atau infark.

- 5) Rehabilitasi setelah stroke. Intervensi ditujukan pada memaksimalkan pemulihan fisik dan kognitif sejak awal serangan stroke. Pada pasien dewasa yang mengalami injuri otak dan mengalami kerusakan saraf, dengan dilakukan pembelajaran ulang (relearning) segera dapat menggantikan kemampuan yang telah hilang.

BAB III

KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN

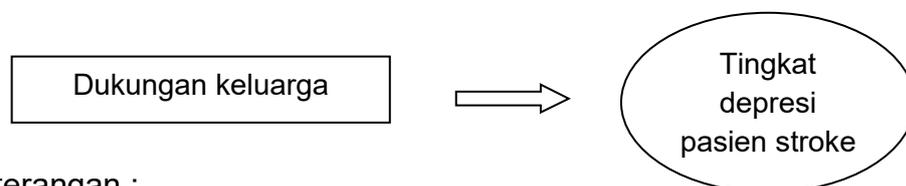
A. Kerangka konseptual

Dukungan keluarga adalah suatu bentuk perhatian, dorongan yang didapatkan individu dari orang lain melalui hubungan interpersonal yang meliputi perhatian, emosional dan penilaian.

Depresi adalah gangguan alam perasaan (mood) yang ditandai dengan kemurungan dan kesedihan yang mendalam dan berkelanjutan sehingga hilangnya kegairahan hidup, tidak mengalami gangguan dalam menilai realitas (Reality Testing Ability/RTA, masih baik), kepribadian tetap utuh (tidak mengalami keretakan kepribadian/splitting of personality) perilaku dapat terganggu tetapi dalam batas-batas normal.

Stroke adalah gangguan fungsi otak akibat aliran darah ke otak mengalami gangguan (berkurang) sehingga mengakibatkan nutrisi dan oksigen yang dibutuhkan otak tidak terpenuhi dengan baik. Oleh karena itu, adapun kerangka konsep penelitian yang dapat dikembangkan sebagai berikut :

Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian



Keterangan :

 : Variabel Independen

 : Garis Penghubung Variabel

 : Variabel Dependen

B. Hipotesis penelitian

Berdasarkan uraian yang disebut dalam latar belakang masalah, tinjauan pustaka, serta kerangka konsep maka diajukan hipotesis penelitian sebagai berikut:

Ha : Ada hubungan dukungan keluarga dengan tingkat depresi pasien stroke di Puskesmas Batua Raya Makassar.

C. Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi operasional	parameter	Alat ukur	Skala data	Skor
1	Independen Dukungan keluarga	Suatu bentuk perhatian yang diberikan keluarga terhadap pasien stroke	1. Dukungan instrumental 2. Dukungan informasional 3. Dukungan penilaian 4. Dukungan emosional	Kuesioner	Ordinal	Baik : jika total skor 61-80 Cukup : jika total skor 41-60 Kurang : jika total skor 20-40
2	Dependen Tingkat depresi pasien stroke	Gangguan perasaan yang ditandai dengan perasaan sedih yang	1. Gejala emosional 2. Gejala kognitif 3. Gejala motivasional 4. Gejala fisik	Kuesioner	Ordinal	Depresi Ringan : jika total skor 0-21 Depresi Sedang

		berlebihan, murung, tidak bersemangat , perasaan tidak berharga, putus harapan dan selalu selalu merasa dirinya gagal pada pasien stroke				: jika total skor 22- 42 Depresi Berat : jika total skor 43- 62
--	--	---	--	--	--	---

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Dalam penelitian ini peneliti menggunakan jenis penelitian non-eksperimen yaitu observasional analitik dengan pendekatan *Cross-Sectional Study* yakni penelitian yang tidak memberikan intervensi pada sampel dimana variabel independen dan variabel dependen diukur pada waktu yang bersamaan. Variabel independen dalam penelitian ini adalah dukungan keluarga sedangkan variabel terikatnya (dependen) adalah tingkat depresi pasien stroke.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Tempat penelitian

Tempat dalam penelitian ini di Puskesmas Batua Raya Makassar. Alasan pemilihan lokasi, yaitu karena belum pernah dilakukan penelitian sebelumnya dan jumlah responden cukup banyak untuk mengumpulkan data. Selain itu, menghemat biaya dan waktu penelitian karena tempat penelitian mudah dijangkau oleh peneliti.

2. Waktu penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Februari-Maret 2016

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien stroke yang memenuhi kriteria dan menjalani homecare serta rawat jalan di Puskesmas Batua Raya Makassar.

2. Sampel

Sampel yang digunakan dalam penelitian diambil dari pasien stroke yang menjalani rawat jalan di Puskesmas Batua Raya Makassar. Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *nonprobability sampling* dimana pengambilan sampel dengan tidak memberikan peluang yang sama kepada setiap anggota populasi untuk terpilih atau tidak terpilih menjadi sampel dengan menggunakan teknik *consecutive sampling* yaitu pengambilan sampel yang dilakukan dengan memilih semua individu yang ditemui dalam populasi dan memenuhi kriteria penelitian sampai kurun waktu tertentu sehingga jumlah sampel terpenuhi. Sesuai dengan rumus sampel peneliti mendapatkan sampel sebanyak 30 orang. Adapun kriteria pengambilan sampel adalah sebagai berikut:

a. Kriteria inklusi :

- 1) Pasien stroke yang menjalani rawat jalan di Puskesmas Batua Raya Makassar
- 2) Pasien stroke yang menjalani homecare di Puskesmas Batua Raya Makassar
- 3) Pasien stroke yang Bersedia menjadi responden dalam penelitian

b. Kriteria eksklusi :

- 1) Tidak bersedia menjadi responden
- 2) Pasien yang mengalami afasia

D. Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini, yaitu angket/kuisisioner dengan jenis angket tertutup atau berstruktur dimana angket tersebut dibuat sedemikian rupa sehingga responden hanya tinggal memilih atau menjawab pada jawaban yang sudah ada. Variabel dalam penelitian ini menggunakan skala Likert untuk

mengetahui dukungan keluarga dengan tingkat depresi pasien stroke.

Lembar kuisisioner yang digunakan berisi :

1. Data demografi

Kuesioner penelitian berisi data demografi meliputi nama (inisial), jenis kelamin, umur, pendidikan dan pekerjaan.

2. Kuesioner untuk dukungan keluarga

Untuk mengukur variabel dukungan keluarga dapat menggunakan tipe skala pengukuran berupa skala ordinal (Skala Likert). Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini merupakan kuesioner baku sehingga tidak perlu dilakukan uji instrumen (Uji validitas dan reliabilitas). Jenis dari kuesioner ini yaitu *closed ended*, dengan Kode jawaban pertanyaan yaitu : SL = Selalu, SR = Sering, J = Jarang, TP = Tidak Pernah yang terdiri dari 20 pertanyaan. Skor jawaban untuk jawaban SL = Selalu adalah nilai 4, jawaban SR = Sering adalah nilai 3, jawaban J = Jarang adalah nilai 2, jawaban TP = Tidak Pernah adalah nilai 1 (pada jenis pertanyaan positif berada pada nomor 1,2,3,4,6,7,8,9,10,11,13,16,17,18,19,20) dan jawaban TP : Tidak Pernah adalah nilai 4, jawaban J : Jarang adalah nilai 3, jawaban SR : Sering adalah nilai 2, jawaban SL : Selalu adalah nilai 1 (pada jenis pertanyaan negatif berada pada nomor 5,12,14,15)

3. Kuesioner untuk mengukur tingkat depresi

Untuk mengukur variabel tingkat depresi menggunakan alat ukur beck depression inventory yang terdiri dari 21 pertanyaan. Skala ini diisi dengan meminta reponden untuk mengikuti petunjuk pada lembar instrumen. Setiap gejala dirangking dalam skala intensitas 4 poin dan nilainya ditambahkan untuk memberi total nilai dari 0-63 yang kemudian akan dikategorikan menjadi 3 derajat depresi yaitu dengan batasan nilai 0-21 mengindikasikan depresi ringan , 22-42 untuk depresi sedang , dan 43-62 mengindikasikan adanya depresi berat. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini merupakan

kuesioner baku sehingga tidak perlu dilakukan uji instrumen (Uji validitas dan reliabilitas).

E. Pengumpulan Data

Dalam melakukan penelitian ini, diperlukan adanya rekomendasi dari pihak institusi kampus STIK Stella Maris atas pihak lain dengan mengajukan permohonan izin kepada instansi tempat penelitian dalam hal ini Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Setelah mendapat persetujuan, barulah dilakukan penelitian dengan etika penelitian sebagai berikut:

1. Informed consent

Lembar persetujuan ini diberikan kepada responden sebelum penelitian dilakukan. Tujuan pemberian informed consent ini agar responden mengerti maksud dan tujuan penelitian. Jika responden bersedia, maka responden harus menandatangani lembar persetujuan. Jika responden tidak bersedia, maka peneliti harus menghormati hak pasien.

2. Anomity (tanpa nama)

Untuk menjaga kerahasiaan, peneliti tidak mencantumkan nama responden tetapi lembaran tersebut diberikan inisial atau kode.

3. Confidentially

Kerahasiaan informasi responden dijamin oleh peneliti dan hanya kelompok data tertentu akan dilaporkan sebagai hasil penelitian. Data yang telah dikumpulkan disimpan dalam disk dan hanya bisa diakses oleh peneliti dan pembimbing. Data-data yang dikumpulkan berupa:

a. Data primer

Data primer adalah data yang diambil secara langsung dari responden melalui penyebaran kuesioner kepada pasien dan keluarga yang menjadi sampel peneliti dan dilakukan pendampingan pada saat responden mengalami kesulitan

dalam pengisian kuesioner sehingga bisa diberi arahan oleh peneliti.

b. Data sekunder

Data sekunder adalah data yang diambil dengan cara menelusuri dan menelaah literatur serta data yang diperoleh dari Puskesmas Batua Raya Makassar.

F. Pengolahan dan Penyajian Data

Setelah data dikumpulkan, data tersebut kemudian diolah dengan prosedur data yaitu:

1. Editing

Editing dilakukan untuk memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh atau dikumpulkan seperti jumlah dan kelengkapan pengisian kuesioner, apakah setiap pertanyaan sudah dijawab dengan benar.

2. Coding

Coding merupakan kegiatan pemberian kode numeric (angka) terhadap data yang terdiri atas beberapa kategori. Hal dilakukan untuk memudahkan pengolahan data dan semua data perlu disederhanakan dengan cara memberikan simbol - simbol tertentu untuk setiap jawaban.

3. Entry Data

Dilakukan dengan memasukkan data kedalam computer menggunakan aplikasi computer dalam bentuk master data

4. Tabulasi

Data diolah dalam bentuk tabel yaitu distribusi hubungan antara variabel independen dan dependen. Penyajian data yang digunakan dalam bentuk tabel dimana dimasukkan ke dalam program spss untuk dilakukan pengelolaan data.

G. Analisa Data

1. Analisis univariat

Menggambarkan variabel-variabel penelitian secara tersendiri yaitu variabel dukungan keluarga (independen) serta variabel tingkat depresi pasien stroke (dependen) dari hasil penelitian. Analisa ini menghasilkan distribusi frekuensi dan presentasi dari tiap variabel yang diteliti.

2. Analisis bivariat

Analisis ini dilakukan untuk menganalisis ada tidaknya hubungan variabel independen (Dukungan keluarga) dengan variabel dependen (Tingkat depresi) dengan menggunakan SPSS (Statistical Package and Social Sciences) versi 21 dengan uji statistic non parametric yaitu Uji *Chi Square* jika memenuhi syarat, dan jika tidak memenuhi syarat menggunakan uji alternative yaitu uji *Penggabungan Sel* dengan nilai kemaknaan 5% ($\alpha = 0,05$) dengan interpretasi sebagai berikut :

- a. Apabila $p < 0,05$ maka H_a diterima H_o ditolak artinya ada hubungan dukungan keluarga dengan tingkat depresi pasien stroke di Puskesmas Batua Raya Makassar.
- b. Apabila $p \geq 0,05$ maka H_a ditolak H_o diterima artinya tidak ada hubungan dukungan keluarga dengan tingkat depresi pasien stroke di Puskesmas Batua Raya Makassar.

BAB V

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Pengantar

Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Batua Makassar pada tanggal 27 Februari sampai tanggal 14 maret 2016, pengambilan sampel dengan teknik *consecutive sampling* dengan jumlah sampel sebanyak 30 orang. Pengumpulan data ini dengan menggunakan kuesioner sebagai alat ukur. Sedangkan pengolahan data dengan menggunakan computer program SPSS for *windows* versi 21. Kemudian selanjutnya data dianalisis dengan menggunakan uji statistic *chi-square* dengan tingkat kemaknaan $\alpha = 0,05\%$

2. Gambaran Lokasi Penelitian

Puskesmas batua berada di kelurahan Batua Kecamatan Manggala, akhirnya ditetapkan sebagai puskesmas yang menerapkan sistem manajemen mutu yang berstandar Internasional setelah meraih sertifikat ISO 9001 : 2008. Puskesmas Batua berlokasi di Jl. Abdullah Daeng Sirua No 338. Luas wilayah kerja Puskesmas Batua adalah 1017,01 km berpenduduk 51.654 jiwa yang terdiri dari laki-laki 24.157 jiwa dan 26.864 jiwa perempuan, serta jumlah kepala keluarga sebanyak 20.832 KK.

Wilayah kerja Batua meliputi 3 kelurahan yaitu Kelurahan Batua, Kelurahan Borong, Kelurahan Tello Baru. Puskesmas Batua memiliki 30 posyandu balita yang terdapat di Kelurahan Batua : 11 posyandu, Kelurahan Borong 12 posyandu, Kelurahan Tello Baru : 7 posyandu, 9 posyandu lansia yang terdapat di Kelurahan Batua : 4 posyandu, Kelurahan Borong : 2 posyandu, Kelurahan Tello Baru : 3 posyandu, 1 poskesdes dan 2 posbindu.

Luas tanah Puskesmas Batua adalah 4500 M² terbagi atas ruang rawat jalan dengan luas bangunan 147 M² dan ruang rawat inap dengan luas bangunan 422 M².

a. Visi : Menjadi Puskesmas dengan pelayanan terbaik yang sehat, nyaman dan mandiri untuk semua.

b. Misi

- 1) Profesionalisme sumber daya manusia
- 2) Penyediaan sarana prasarana sesuai standar puskesmas
- 3) Penggunaan sistem informasi manajemen berbasis informasi teknologi
- 4) Penajaman program pelayanan kesehatan dasar berupa upaya promotif, preventif tanpa mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitative
- 5) Pengembangan program inovasi unggulan
- 6) Peningkatan upaya kemandirian masyarakat
- 7) Pererat kemitraan lintas sentor

c. Tujuan

Meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat serta memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu bagi masyarakat diwilayah kerja Puskesmas Batua.

d. Strategi

Meningkatkan pelayanan kesehatan (kuratif dan rehabilitatif) di Puskesmas induk, meningkatkan pelayanan promotif dan preventif, meningkatkan pelayanan kesehatan (kuratif dan rehabilitatif) di Puskesmas Pembantu dan Puskesmas Keliling, memperkuat jaringan komunikasi dan koordinasi dengan stake holder, memperkuat jaringan peran serta masyarakat di bidang kesehatan.

3. Karakteristik Responden
 - a. Berdasarkan kelompok Umur

Tabel 5.1
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kelompok Umur,
Di Puskesmas Batua Raya Makassar 2016

Kelompok Umur	Frekuensi	Persentase(%)
42-49	6	20,0
50-57	3	10,0
58-65	8	26,7
66-73	8	26,7
74-81	3	10,0
82-90	2	6,7
Total	30	100

Sumber : Data Primer 2016

Tabel diatas menunjukkan distribusi frekuensi berdasarkan umur, diperoleh data bahwa dari 30 responden jumlah responden terbanyak berada pada kelompok umur 58-65 tahun yaitu sebanyak 8 responden (26,7%) dan kelompok umur 66-73 tahun yaitu sebanyak 8 responden(26,7%). Sedangkan jumlah responden terendah berada pada kelompok umur 82-90 tahun yaitu 2 responden (6,7).

b. Berdasarkan Jenis Kelamin

Tabel 5.2
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin di
Puskesmas Batua Raya Makassar 2016

Jenis Kelamin	Frekuensi	Persentase (%)
Laki-laki	16	53,3
Perempuan	14	46,7
Total	30	100

Sumber : Data Primer 2016

Tabel diatas menunjukkan distribusi frekuensi berdasarkan jenis kelamin, diperoleh data bahwa dari 30 responden jumlah responden terbanyak berada pada kelompok yang berjenis kelamin laki-laki sebanyak 16 responden (53,3%). Sedangkan jumlah responden terkecil berada pada kelompok yang berjenis kelamin perempuan 14 responden (46,7%).

c. Berdasarkan Tingkat Pendidikan

Tabel 5.3
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat
Pendidikan di Batua Raya Makassar 2016

Pendidikan	Frekuensi	Persentase (%)
SD	1	3,3
SMP	5	16,7
SMA	13	43,3
D3	2	6,7
S1	9	30,0
Total	30	100

Sumber : Data Primer 2016

Tabel diatas menunjukkan distribusi frekuensi berdasarkan tingkat pendidikan, diperoleh data dari 30 responden bahwa jumlah responden terbanyak berada pada tingkat pendidikan terakhir SMA yaitu sebanyak 13 responden (43,3%). Sedangkan jumlah responden terendah berada pada tingkat pendidikan SD yaitu 1 responden (3,3%).

d. Berdasarkan Pekerjaan

Tabel 5.4
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pekerjaan Di
Puskesmas Batua Raya Makassar 2016

Pekerjaan	Frekuensi	Persentase (%)
Tidak Ada	3	10,0
IRT	11	36,7
Pensiunan	5	16,7
Pedagang	3	10,0
buruh	2	6,7
PNS	6	20,0
Total	30	100

Sumber : Data Primer 2016

Tabel diatas menunjukkan distribusi frekuensi berdasarkan pekerjaan, diperoleh data bahwa dari 30 responden jumlah responden yang terbanyak berada pada kelompok pekerjaan IRT yaitu sebanyak 11 responden (36,7%). Sedangkan jumlah responden yang terendah berada pada kelompok pekerjaan buruh yaitu 2 responden (6,7%).

4. Hasil Analisa Variabel Yang Diteliti

a. Analisa Univariat

1) Dukungan Keluarga

Tabel 5.5

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Dukungan Keluarga Pasien Stroke Di Puskesmas Batua Raya Makassar 2016

Dukungan keluarga	Frekuensi	Persentase(%)
Baik	17	56,7
Cukup	6	20,0
Kurang	7	23,3
Total	30	100

Sumber : Data Primer 2016

Dari tabel diatas menunjukkan bahwa dari 30 responden diperoleh data dengan tingkat dukungan keluarga Baik yaitu sebanyak 17 responden (56,7%). Sedangkan tingkat dukungan keluarga Cukup yaitu 6 responden (20,0%).

2) Tingkat Depresi

Tabel 5.6
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat
Depresi Pasien Stroke di Puskesmas
Batua Raya Makassar 2016

Tingkat Depresi	Frekuensi	Persentase(%)
Depresi Ringan	12	40,0
Depresi Sedang	10	33,3
Depresi Berat	8	26,7
Total	30	100

Sumber : Data Primer 2016

Dari tabel diatas menunjukkan bahwa dari 30 responden diperoleh data dengan tingkat depresi Ringan yaitu sebanyak 12 responden (40,0%). Sedangkan tingkat depresi berat yaitu 8 responden (26,7%)

b. Analisa Bivariat

Tabel 5.7

Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Depresi Pasien Stroke Di Puskesmas Batua Raya Makassar 2016

Dukungan Keluarga	Tingkat depresi					
	Depresi ringan		Depresi sedang+berat		Total	
	f	%	f	%	n	%
baik	12	40,0	5	16,7	17	56,7
Cukup+kurang	0	0,0	13	43,3	13	43,3
Jumlah	12	40,0	18	60,0	30	100,0
P	0,000					

Sumber : Data Primer 2016

Dalam penelitian ini, analisa bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan tingkat depresi pasien stroke di puskesmas batua raya Makassar.

Uji bivariat yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan uji *Chi Square*, dimana uji tersebut digunakan untuk mengetahui hubungan antar variabel independen dan variabel dependen yaitu dukungan keluarga dengan tingkat depresi di puskesmas batua raya Makassar. Dari hasil statistik dengan menggunakan uji statistic Uji *Chi Square* dengan Uji alternative *Penggabungan Sel* diperoleh nilai $p=0,000$ dan $\alpha=0,05$. Hal ini menunjukkan nilai $p<\alpha$ maka hipotesis alternatif (H_a) diterima dan Hipotesis nol (H_0) ditolak berarti ada hubungan dukungan keluarga dengan tingkat depresi pasien stroke di puskesmas batua raya Makassar.

B. Pembahasan

Dari hasil penelitian dan hasil uji statistic dengan menggunakan *Uji Chi Square* didapatkan hasil $p < \alpha = 0,05$, maka hipotesis nol (H_0) ditolak dan Hipotesis alternative (H_a) diterima, artinya ada hubungan dukungan keluarga dengan tingkat depresi pasien stroke di Puskesmas Batua Raya Makassar.

Hal ini sejalan dengan teori yang dipaparkan oleh Tumiem (2014) bahwa dukungan keluarga merupakan faktor paling utama yang sangat berpengaruh terhadap penderita stroke, seseorang dengan dukungan keluarga yang tinggi dapat meningkatkan motivasi yang lebih tinggi sehingga pasien dengan stroke merasa diperhatikan sehingga mempunyai keinginan untuk cepat sembuh. Keluarga memegang peranan penting dalam proses rehabilitasi pasien stroke, rehabilitasi merupakan masa yang sulit dan dapat berlangsung enam bulan atau lebih tergantung pada kemauan dan keterlibatan keluarga (Sutrisno, 2007)

Menurut (Setiadi, 2008 dalam Friedman, 1998) Dukungan keluarga adalah suatu bentuk perhatian, dorongan yang didapatkan individu dari orang lain melalui hubungan interpersonal yang meliputi perhatian, emosional dan penilaian. Dukungan keluarga sebagai koping keluarga terbukti sangat bermanfaat, dukungan keluarga antara lain dari suami atau istri, dari saudara kandung atau dukungan dari anak.

Apabila pasien stroke yang mengalami depresi ini ditangani dengan baik, maka akan dapat meminimalkan kecacatan dan mengurangi ketergantungan pada orang lain. Perawat mempunyai peranan yang sangat besar dalam memberikan dukungan pada pasien stroke dan keluarganya. Peran perawat dimulai dari tahap akut hingga tahap rehabilitasi serta pencegahan terjadinya komplikasi pada pasien stroke yang mengalami depresi (Daulay, 2014).

Teori Ratnasari (2011), mengemukakan bahwa penderita stroke sering dikaitkan dengan depresi. Pada saat terjadi iskemik pada otak, ada beberapa ketidakmampuan melakukan fungsi-fungsi fisik tertentu, seperti menggerakkan anggota tubuh bagian tertentu sehingga pasien merasa tidak mampu dan tidak berdaya. Menurut sudut pandang psikodinamika, pasien stroke kemungkinan menderita perasaan kehilangan yang nyata, misalnya kemampuan menggerakkan tubuh secara normal seperti sebelumnya. Pasien beraksi dengan kemarahan terhadap peristiwa kehilangan tersebut yang kemungkinan diarahkan kepada diri sendiri sehingga menyebabkan penurunan harga diri dan terjadinya depresi.

Seseorang yang menerima dukungan keluarga akan memunculkan pikiran positif dan akan merangsang medulla spinalis, sistem limbic dan korteks serebri pada bagian otak yang berfungsi sebagai tempat pengaturan pikiran dan emosi yang akan mengeluarkan hormone dopamine, serotonin, efkafalin dan beta endofrin yang berfungsi sebagai pergerakan, emosional, perasaan, koordinasi, penilaian dan perasaan bahagia sehingga dapat menurunkan depresi pada pasien stroke (Nyoman dkk, 2012).

Menurut Dudung dkk (2012) tentang depresi itu sendiri merupakan masalah kesehatan yang umum dijumpai dalam masyarakat karena lingkungan keluarga yang tidak memberikan dorongan, tidak memberikan kepercayaan pada pasien. Gejala depresi terlihat sedih, murung, kehilangan semangat, mengalami distorsi kognitif misalnya kepercayaan diri yang menurun, adanya perasaan bersalah dan tidak berguna, pikiran tentang masa depan yang suram, pesimistis, ragu-ragu, gangguan memori dan konsentrasi buruk. Pada depresi terdapat juga retardasi psikomotor, lesu tidak bertenaga, gangguan tidur, nafsu makan berkurang dan gairah seksual bekurang.

Hubungan antara depresi dan stroke tidak bisa dilihat dari aspek usia saja, karena faktor fisik, hormonal psikologis dan sosial memiliki peranan pada perkembangan depresi pada pasien yang menderita stroke. Hal ini juga bisa dipengaruhi emosi pasien dan juga penyakit lain yang diderita, dudung dkk (2012)

Menurut Riyadi dan Ruhyana (2012) beberapa tindakan yang dapat mengatasi depresi antara lain terapi farmakologi dan terapi nonfarmakologi. Pemberian Terapi farmakologi yang diberikan oleh perawat pada pasien biasanya menggunakan obat antidepresan yang dinilai sangat efektif, hanya saja jika digunakan dalam jangka panjang dikhawatirkan efek sampingnya yang berbahaya bagi organ-organ tubuh. Pada terapi non farmakologi, beberapa sumber menyebutkan dukungan keluarga cukup efektif sebagai terapi depresi pada pasien penderita stroke. Penderita depresi umumnya lebih membutuhkan tindak lanjut berupa terapi psikis secara bertahap, bervariasi dan berjenjang sesuai dengan kondisi, latar belakang dan emosinya. Dukungan keluarga yang optimal sangat diharapkan dari mereka yang mempunyai ikatan persaudaraan atau ikatan emosional untuk mengatasi depresi.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang pernah dilakukan oleh Riyadi (2012) tentang hubungan dukungan keluarga dengan kejadian depresi pada usia lanjut pasca perawatan stroke dengan jumlah responden 30 orang, diperoleh hasil bahwa ada hubungan yang signifikan dengan nilai $p=0,003$.

Dalam hal ini peneliti berasumsi jika dukungan keluarga baik tingkat depresinya akan semakin ringan, dimana keluarga mempunyai peran untuk mendukung selama masa penyembuhan dan pemulihan pasien. Dukungan keluarga dapat memberikan dampak positif dalam meningkatkan kualitas hidup. Seseorang yang memiliki dukungan keluarga yang tinggi akan meningkatkan motivasi pasien untuk sembuh dan dapat menurunkan terjadinya

depresi. Dukungan keluarga sangat mempengaruhi tingkat depresi pasien stroke. Pada umumnya pasien stroke yang tidak mendapat dukungan keluarga akan mengalami dampak negatif secara psikologis berupa depresi . Stress sangat rentan terjadi karena faktor kehilangan, penurunan kesehatan fisik, dan kurangnya dukungan dari keluarga. Kurangnya keluarga akan mempengaruhi yang tidak adekuat. Koping yang tidak adekuat pada akhirnya akan mengalami depresi. Apabila dukungan ini tidak ada, maka keberhasilan penyembuhan dan pemulihan (rehabilitasi) akan sangat berkurang. Sehingga Dukungan keluarga sangat penting untuk menjaga dan memaksimalkan pemulihan fisik dan kognitif serta dapat meningkatkan kualitas hidup pasien.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dari 30 responden pasien di Puskesmas Batua Raya Makassar pada tanggal 27 Februari sampai dengan tanggal 14 Maret 2016 maka disimpulkan bahwa :

1. Sebagian besar pasien stroke di Puskesmas Batua Raya Makassar memiliki dukungan keluarga baik sebanyak 17 responden
2. Sebagian besar pasien stroke di Puskesmas Batua Raya Makassar memiliki tingkat depresi yang ringan sebanyak 12 responden
3. Terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan tingkat depresi pada pasien stroke

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan dari hasil penelitian tersebut di atas, maka saran-saran yang diajukan pada penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Bagi Institusi STIK Stella Maris

Diharapkan hasil penelitian ini digunakan sebagai sumber referensi bagi mahasiswa(i) STIK Stella Maris untuk menambah pengetahuan khususnya bahwa mahasiswa(i) yang berminat untuk mempelajari mengenai tentang hubungan dukungan keluarga dengan tingkat depresi khususnya pada pasien stroke.

2. Bagi Puskesmas Batua Raya

Diharapkan agar Puskesmas Batua Raya meningkatkan pelayanan memberikan penyuluhan terlebih kepada keluarga agar mereka senantiasa menjaga dan memberikan dukungan kepada keluarganya yang menderita penyakit stroke agar mengurangi terjadinya depresi.

3. Bagi keluarga

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi kepada keluarga bahwa peran keluarga sangat dibutuhkan bagi keluarga mereka yang terkena stroke yang sedang mengalami depresi, agar depresi yang mereka alami tidak berkelanjutan.

4. Bagi perawat

Hasil penelitian ini dapat menambah wawasan dan pengetahuan bagi perawat untuk lebih memperhatikan dan mengerti kondisi yang dialami pasien stroke agar meminimalkan terjadinya depresi serta memberikan penyuluhan kepada keluarga pasien agar lebih memperhatikan atau mendukung keluarganya.

5. Bagi peneliti selanjutnya

Bagi peneliti selanjutnya agar dapat lebih menyempurnakan dengan meneliti faktor lain yang dimungkinkan dapat mempengaruhi kejadian depresi pada pasien stroke.

DAFTAR PUSTAKA

- Apridawati, S., 2010. *Hubungan Peran Serta Keluarga Dalam Perawatan Stroke Dengan Tingkat Depresi Pada Penderita Pasca Stroke Di Rumah Sakit Umum Daerah DR. Moewardi Surakarta*, <http://eprints.ums.ac.id/>, diakses tanggal 13 November 2015.
- Association Stroke, 2010. <https://www.stroke.org.uk/>, diakses tanggal 20 November 2015.
- Batticaca, F.B., 2012. *Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Gangguan Sistem Persyarafan*, Jakarta : Salemba Medika.
- Dion, Y. dan Betan, Y., 2013. *Asuhan Keperawatan Keluarga Konsep dan Praktik*, Yogyakarta : Nuha Medika.
- Dudung, Kaunang, Dundu., 2012. *Prevalensi Depresi Pada Pasien Stroke Yang Di Rawat Inap Di Irina RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado*. <http://ejournal.unsrat.ac.id>, Diakses tanggal 13 November 2015.
- Harmoko., 2012. *Asuhan Keperawatan Keluarga*, Yogyakarta : Pustaka Pelajar.
- Jhonson L. dan Leny R., 2010. *Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Kowalak, W.M., 2012. *Buku Ajar Patofisiologi*, Jakarta : EGC.
- Kusuma, H., 2011. *Hubungan Antara Depresi Dan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pasien HIV/AIDS Yang Menjalani Perawatan Di RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta*. <http://lib.ui.ac.id>, diakses tanggal 3 Desember 2015.
- Lingga, L., 2013. *All About Stroke Hidup Sebelum dan Sesudah Pasca Stroke*, Jakarta : Gramedia.
- Muttaqin, A., 2008. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Persyarafan*, Jakarta : Salemba Medika.
- Nyoman, Wayan, Ni made., 2012. *Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Kejadian Depresi Pada Lansia Di Desa Pererenan, Mengwi Bandung*. <https://www.google.co.id/>, Di akses tanggal 14 Maret 2016
- Ratnasari, P., 2011. *Hubungan Antara Tingkat Ketergantungan Activity Daily Living Dengan Depresi Pada Pasien Stroke Di RSUD Tugurejo Semarang*. <http://pmb.stikestelogorejo.ac.id>, Di akses tanggal 13 November 2015.

- Riskesdas., 2013. <http://www.depkes.go.id/>, diakses 14 November 2015.
- Riyadi, T.A., 2012. *Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kejadian Depresi Pada Usia Lanjut Pasca Perawatan Stroke Di RSU PKU Muhammadiyah Bantul*. <http://opac.say.ac.id>, diakses tanggal 13 November 2015.
- Saryono., 2010. *Kumpulan Instrumen Penelitian Kesehatan*, Bantul : Nuha Medika
- Setiadi., 2008. *Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga*, Yogyakarta : Graha Ilmu.
- Siahaan, D., 2011. *Perawatan Penderita Stroke Di Rumah*. <http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/27366/5/Chapter%201.pdf>, diakses tanggal 13 November 2015.
- Smeltzer, C.S. dan Bare, G.B., 2013. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*, Jakarta : EGC
- Susanto, T., 2012. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Aplikasi Pada Praktik Asuhan Keperawatan Keluarga*, Jakarta : Perpustakaan Nasional.
- Suyanto., 2011. *Metodologi dan Aplikasi Penelitian Keperawatan*, Yogyakarta : Nuha Medika.
- Tammase, J., 2013. *Stroke Dan Pencegahannya*, Makassar : Universitas Hasanuddin.
- Tumiem., 2014. *Dukungan Keluarga Pada Pasien Stroke Di ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Abdoer Rahem Situbondo*, <http://repository.poltellesmajapahit.ac.id>, Di akses tanggal 13 November 2016.
- Utama, H., 2013. *Manajemen Stress dan Depresi*, Jakarta : Balai Penerbit FKUI.
- Utama, H., 2005. *Depresi*, Jakarta : Balai Penerbit FKUI.

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN TINGKAT DEPRESI
PASIEN STROKE DI PUSKESMAS BATUA RAYA MAKASSAR**

No. Instrumen :

A. Identitas Responden

Inisial :

Umur :

Pekerjaan :

Pendidikan :

B. Petunjuk Pengisian Kuisisioner

1. Bacalah pertanyaan dibawah dengan cermat dan isilah jawaban sesuai dengan pendapat dan kenyataan yang anda temukan.

2. Tanyakan jika ada hal yang kurang jelas.

3. Beri tanda (√) pada pilihan yang anda anggap sesuai, dengan keterangan sebagai berikut:

SL : Selalu

SR : Sering

J : Jarang

TP : Tidak Pernah

4. Mohon kesediaannya untuk menjawab semua pertanyaan yang ada.

5. Kerahasiaan jawaban yang anda berikan terjamin dan tidak akan tersebar pada orang lain.

A. Dukungan keluarga (Kusuma,2011)

No	Pertanyaan	SL	SR	J	TP
	Dukungan Informasional				
1	Keluarga mencari informasi terkait kesehatan keluarganya melalui media masa ataupun elektronik				
2	Keluarga menginformasikan kepada pasien tersebut terkait kondisinya				
3	Keluarga merawat pasien sesuai kondisinya				
4	Keluarga memberikan nasehat, usulan, saran kepada pasien				
	Dukungan emosional				
5	Keluarga tidak menggunakan kalimat yang mudah dipahami pasien ketika berkomunikasi				
6	keluarga membantu pasien saat berkomunikasi dengan orang lain				
7	Keluarga mendampingi pasien saat melakukan kegiatan dirumah				
8	Keluarga merawat pasien dengan penuh kasih sayang				
9	Keluarga memberikan motivasi ketika pasien tidak ingin makan.				
10	Keluarga menanyakan perasaan pasien setelah melakukan kegiatan				
11	Keluarga memberitahukan hal-hal yang baik dan tidak baik dilakukan kepada pasien				
	Dukungan penghargaan				
12	Dalam mengambil keputusan pengobatan, keluarga tidak melibatkan pasien				
13	Keluarga memberikan kesempatan kepada pasien untuk melakukan kegiatan yang disenangi				
14	Keluarga tidak mengetahui makanan yang disukai oleh pasien				

15	Keluarga tidak melibatkan pasien dalam kegiatan sehari-hari				
16	Keluarga memberikan semangat ketika pasien merasa tidak diterima di lingkungan sekitar				
	Dukungan instrumental				
17	Keluarga menyediakan transportasi dan biaya berobat kepada pasien				
18	Keluarga menyiapkan makanan bergizi untuk kebutuhan sehari-hari pasien				
19	Keluarga meluangkan waktu untuk menjaga dan merawat pasien dirumah				
20	Keluarga menciptakan lingkungan yang aman untuk pasien dalam melakukan kegiatan sehari-hari				

**KUESIONER DEPRESI
(BECK DEPRESSION INVENTORY)**

Petunjuk : Silahkan responden melingkari angka yang tertera untuk masing-masing pertanyaan yang menjelaskan perasaan anda selama seminggu ini. Pastikan Anda memeriksa satu jawaban untuk setiap pertanyaan.

1. Apakah sekarang bapak / ibu merasa sedih?
 0. Saya merasa tidak sedih
 1. Saya merasa sedih
 2. Saya merasa sedih sepanjang waktu
 3. Saya sangat sedih sehingga saya merasa tidak tahan lagi
2. Apakah sekarang bapak / ibu merasa berkecil hati?
 0. Saya tidak merasa berkecil hati dengan masa depan
 1. Saya merasa berkecil hati terhadap masa depan
 2. Saya merasa bahwa tidak ada sesuatu yang saya nantikan
 3. Saya merasa putus asa dan tidak ada harapan lagi
3. Apakah sekarang bapak / ibu merasa mengalami kegagalan?
 0. Saya tidak merasa gagal
 1. Saya merasa lebih banyak mengalami kegagalan daripada orang lain
 2. Kalau saya mengingat lagi kehidupan saya, banyak kegagalan yang saya alami
 3. Saya merasa sebagai seorang pribadi yang sangat gagal
4. Apakah sekarang bapak / ibu memperoleh kesenangan?
 0. Saya mendapatkan kesenangan dari segala sesuatu yang saya nikmati
 1. Saya tidak dapat melakukan segala sesuatu seperti biasanya
 2. Saya hanya mendapatkan sedikit kesenangan dai hal-hal yang ingin nikmati
 3. Saya merasa tidak mendapatkan kesenangan
5. Apakah sekarang bapak / ibu merasa ada perasaan bersalah?
 0. Saya merasa tidak ada perasaan bersalah
 1. Saya cukup sering merasakan perasaan
 2. Saya sering merasa sangat bersalah

3. Setiap hari saya selalu merasa bersalah
6. Apakah sekarang bapak / ibu merasa bahwa sedang di hukum?
 0. Saya tidak merasa bahwa saya sedang dihukum
 1. Saya merasa bahwa saya mungkin di hukum
 2. Saya mengharapkan agar dihukum
 3. Saya merasa bahwa saya sedang dihukum
7. Apakah sekarang bapak/ibu merasa kecewa pada diri sendiri?
 0. Saya tidak merasa kecewa terhadap diri saya sendiri
 1. Saya merasa tidak percaya diri pada diri saya sendiri
 2. Saya merasa kecewa terhadap diri saya sendiri
 3. Saya membenci diri saya sendiri
8. Apakah sekarang bapak / ibu merasa lebih buruk dari orang lain?
 0. Saya tidak merasa bahwa saya lebih buruk dari orang lain
 1. Saya selalu mencela diri saya sendiri
 2. Setiap hari saya menyalahkan diri saya sendiri
 3. Saya menyalahkan diri saya sendiri atas semua hal buruk yang terjadi
9. Apakah sekarang bapak / ibu memiliki keinginan untuk bunuh diri?
 0. Saya tidak mempunyai keinginan untuk bunuh diri
 1. Saya mempunyai pikiran untuk bunuh diri tetapi saya tidak melakukannya
 2. Saya memiliki keinginan untuk bunuh diri
 3. Saya akan bunuh diri jika ada kesempatan
10. Apakah sekarang bapak / ibu memiliki keinginan untuk menangis?
 0. Saya tidak ingin menangis seperti biasanya
 1. Sekarang saya lebih banyak menangis
 2. Setiap hari saya menangis
 3. Saya biasanya sering menagis, tetapi sekarang saya tidak bisa menangis
11. Apakah sekarang bapak / ibu merasa jengkel?
 0. Sekarang saya tidak merasa jengkel daripada sebelumnya
 1. Saya mudah jengkel atau marah daripada biasanya
 2. Setiap hari saya merasa jengkel
 3. Saya tidak jengkel oleh sesuatu yang biasa membuat saya jengkel

12. Apakah bapak / ibu tetap bergaul dengan orang lain?
0. Saya masih tetap bergaul senang bergaul dengan orang lain
 1. Saya kurang berminat bergaul dengan orang lain dibanding dengan biasanya
 2. Saya tidak kehilangan minat bergaul dengan orang lain
 3. Saya tidak mau bergaul dengan orang lain
13. Apakah sekarang bapak / ibu masih bisa mengambil keputusan?
0. Saya masih bisa mengambil keputusan sama seperti sebelumnya
 1. Saya lebih banyak menunda keputusan tidak seperti biasanya
 2. Saya mengalami kesulitan dalam mengambil keputusan tidak seperti biasanya
 3. saya sama sekali tidak dapat mengambil keputusan apapun.
14. Apakah sekarang bapak / ibu merasa kelihatan tidak menarik lagi?
0. Saya merasa tidak kelihatan jelek daripada sebelumnya
 1. Saya merasa cemas jika saya kelihatan tua dan tidak menarik
 2. Saya merasa ada perubahan pada penampilan saya yang membuat saya kelihatan tidak menarik
 3. Saya memang kelihatan tidak menari lagi
15. Apakah sekarang bapak / ibu masih dapat bekerja?
0. Saya dapat bekerja dengan baik seperti sebelumnya
 1. Saya membutuhkan motivasi untuk mulai mengerjakan sesuatu
 2. Saya harus memaksakan diri untuk dapat mengerjakan sesuatu
 3. Saya sama sekali tidak dapat mengerjakan pekerjaan
16. Apakah sekarang bapak / ibu dapat tidur nyenyak?
0. Saya dapat tidur nyenyak seperti biasanya
 1. Saya tidak dapat tidur dengan nyenyak seperti sebelumnya
 2. Saya bangun 2-3 jam lebih awaldari biasanya dan susah untuk tidur kembali
 3. Saya bangun beberapa jam lebih awal dari biasanya dan tidak dapat tidur kembali
17. Apakah sekarang bapak / ibu merasa lelah?
0. Saya tidak merasa lelah
 1. Saya mudah lelah dari biasanya
 2. Saya selalu merasa lelah dalam mengerjakan segala sesuatu

3. Saya merasa terlalu lelah untuk mengerjakan apa saja
18. Bagaimana nafsu makan bapak / ibu?
 0. Nafsu makan saya masih seperti biasanya
 1. Nafsu makan saya tidak sebesar biasanya
 2. Sekarang nafsu makan saya jauh lebih berkurang
 3. Saya tidak mempunyai nafsu makan sama sekali
19. Bagaimana berat badan bapak / ibu sekarang?
 0. Saya tidak banyak kehilangan berat badan
 1. Saya kehilangan badan 2,5 kg lebih
 2. Saya telah kehilangan berat badan 5 kg lebih
 3. Saya telah kehilangan berat 7,5 kg lebih.
20. Apakah bapak / ibu mencemaskan kesehatan?
 0. Saya tidak mencemaskan kesehatan saya
 1. Saya cemas akan masalah kesehatan fisik saya, seperti rasa nyeri
 2. saya sangat cemas akan masalah fisik saya
 3. Saya begitu cemas akan kesehatan fisik saya sehingga saya tidak dapat berpikir mengenai hal-hal lain.
21. Apakah sekarang bapak / ibu merasa ada perubahan dalam sex?
 0. Saya tidak merasa ada perubahan terhadap sex
 1. Saya kurang berminat terhadap seks dibandingkan dengan biasanya
 2. Sekarang saya sangat kurang berminat terhadap seks
 3. Saya sama sekali kehilangan minat terhadap seks

TOTAL :

KRITERIA :

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth
Ibu/Bapak Calon Responden
Di –
Tempat

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Anita Meriany Layuk dan Nurul Fitriani Tasman

Alamat : Jl. Goa Ria Sudiang

Adalah mahasiswa program studi SI Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Makassar yang akan mengadakan penelitian tentang **“Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Depresi Pasien Stroke Di Puskesmas Batua Raya Makassar”**.

Kami sangat mengharapkan partisipasi Bapak/Ibu dalam penelitian ini demi kelancaran pelaksanaan penelitian. Kami menjamin kerahasiaan dan segala bentuk informasi yang Bapak/Ibu berikan dan apabila ada hal-hal yang masih ingin ditanyakan, kami memberikan kesempatan yang sebesar-besarnya untuk meminta penjelasan dari peneliti.

Demikian penyampaian dari kami, atas perhatian dan kerja sama kami mengucapkan terima kasih.

Peneliti

Anita Meriany Layuk

Nurul Fitriani Tasman

