



SKRIPSI

**HUBUNGAN KEMAMPUAN AKTIVITAS KEHIDUPAN SEHARI-HARI
DENGAN TINGKAT DEPRESI PADA PASIEN STROKE
DI PUSKESMAS BATUA RAYA
MAKASSAR**

PENELITIAN NON-EXPERIMENTAL

OLEH:

BALBINA ONGIRWALU

(C.12.14201.008)

NATALIA PAKOMBONG

(C.12.14201.039)

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

2016



SKRIPSI

HUBUNGAN KEMAMPUAN AKTIVITAS KEHIDUPAN SEHARI-HARI DENGAN TINGKAT DEPRESI PADA 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 :

BALBINA ONGIRWALU (C.12.14201.008)

NATALIA PAKOMBONG (C.12.14201.039)

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

2016

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Balbina Ongirwalu

NIM : C.12.14201.008

Nama : Natalia Pakombong

NIM : C.12.14201.039

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

Demikian Surat Pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, Apri 2016

Yang menyatakan

(Balbina Ongirwalu)

(Natalia Pakombong)

LEMBAR PERSETUJUAN

SKRIPSI

**HUBUNGAN KEMAMPUAN AKTIVITAS KEHIDUPAN SEHARI-HARI
DENGAN TINGKAT DEPRESI PADA PASIEN STROKE
DI PUSKESMAS BATUA RAYA
MAKASSAR**

Diajukan Oleh:

**BALBINA ONGIRWALU (C.12.14201.008)
NATALIA PAKOMBONG (C.12.14201.039)**

Disetujui Oleh:

Pembimbing



(Henny Pongantung, S.Kep., Ns., MSN)

NIDN: 0912106501

**Bagian Akademik dan
Kemahasiswaan**



(Sr. Anita Sampe, JM.J., S.Kep., Ns., MAN)

NIDN: 0917107402

**HALAMAN PENGESAHAN
SKRIPSI**

**HUBUNGAN KEMAMPUAN AKTIVITAS KEHIDUPAN SEHARI-HARI
DENGAN TINGKAT DEPRESI PADA PASIEN STROKE
DI PUSKESMAS BATUA RAYA MAKASSAR**

Yang dipersiapkan dan disusun oleh:

Balbina Ongirwalu
C.12.14201.008

Natalia Pakombong
C.12.14201.039

Telah dibimbing dan disetujui oleh:

(Henny Pongantung, S.Kep.,Ns.,MSN)
NIDN: 0912106501

Telah Diuji Dan Dipertahankan
Dihadapan Dewan Penguji Pada Tanggal 21 Maret 2016
Dan Dinyatakan Telah Memenuhi Syarat Untuk Diterima

Susunan Dewan Penguji

Penguji I


(Hasrat Jaya Ziliwu, S.Kep.,Ns.,M.Kep)

NIP : 19750913200604 1 007

Penguji II


(Fransiska Anita, Ns.,M.Kep.,Sp.KMB)

NIDN : 0913098201

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

(Henny Pongantung, S.Kep.,Ns.,MSN)
NIDN:0912106501

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI PENELITIAN

Yang Bertanda Tangan Dibawah Ini :

Nama : Balbina Ongirwalu

NIM : (C.12.14201.008)

Nama : Natalia Pakombong

NIM : (C.12.14201.039)

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

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 18 April 2016

(Balbina Ongirwalu)

(Natalia Pakombong)

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat dan penyertaanNya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul **“Hubungan Kemampuan Aktivitas Kehidupan Sehari-hari dengan Tingkat Depresi pada Pasien Stroke Di Puskesmas Batua Raya Makassar”**

Penulis menyadari bahwa masih terdapat kekurangan dalam penulisan skripsi 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 skripsi ini.

Selama penyusunan skripsi ini, penulis banyak mendapatkan bantuan dari berbagai pihak, baik moril maupun material sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi 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 skripsi 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. Fransisca Anita, E.R.S., S.Kep., Ns., M.kep., Sp.K.M.B. Selaku Ketua Program Studi S1 Keperawatan STIK Stella Maris Makassar
4. Hasrat Jaya Ziliwu, S.Kep.,Ns.,M.Kep, selaku penguji I yang telah banyak memberikan masukan, pengetahuan, serta motivasi untuk menyusun skripsi.
5. Fransiska Anita, Ns.,M.kep.,Sp.KMB, selaku penguji II yang telah banyak memberikan masukan, pengetahuan, serta motivasi untuk menyusun skripsi.

6. Puskesmas Batua Raya Makassar yang telah memberikan izin kepada peneliti untuk melakukan penelitian.
 7. Seluruh Dosen Pengajar Dan Staf Akademik Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar yang telah memberikan ilmu dan bantuan selama penulis menuntut ilmu disini.
 8. Kedua orang tua dan saudara dari Balbina yaitu Bapak Kasihmirus Ongirwalu dan Ibu Eunike Ongirwalu, serta kedua saudara yakni kakak Loissa Ongirwalu dan adik Edy Samuel Ongirwalu . Kedua orang tua dari Natalia yaitu Bapak Luther Duma dan Ibu Christina Sa'pang, serta kakak-kakakku yakni Nurma, Merry, Dirman dan Nataniel yang selalu memberikan dorongan baik doa, moril maupun material hingga penyusunan skripsi ini dapat terselesaikan.
 9. 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 skripsi. Terima kasih karena selalu menemani dan mendukung kami.
 10. Teman-teman terbaik yang selalu bersedia mendampingi dan memberikan dukungan selama pembuatan skripsi ini (agustina, elvira, nurul, icha, sinta, nober, marlina, Tin, theresia , gloria, eky)
- Akhir kata, penulis sangat berharap skripsi ini dapat bermanfaat bagi para pembaca.

Makassar, April 2016

penulis

ABSTRAK

HUBUNGAN KEMAMPUAN AKTIVITAS KEHIDUPAN SEHARI-HARI DENGAN TINGKAT DEPRESI PADA PASIEN STROKE DI PUSKESMAS BATUA RAYA MAKASSAR

(Dibimbing oleh Henny Pongantung)

Balbina Ongirwalu dan Natalia Pakombong
Program Studi S1 Keperawatan STIK Stella Maris
(viii+55 Halaman+ 31 Referensi + 7 Tabel+ 7 Lampiran)

Depresi merupakan salah satu gangguan jiwa yang lebih sering terjadi pada pasien stroke yang mengalami gangguan dalam aktivitas dasar sehari-hari. Hal ini diakibatkan oleh keterbatasan dalam pemenuhan aktivitas dasar yang biasa dilakukan sendiri. Dengan masalah kesehatan fisik tersebut penderita akan mengalami penurunan kemampuan dalam memenuhi kebutuhannya. Karena ketidakmampuannya dalam beradaptasi terhadap kondisi fisik maka terjadilah ketergantungan terhadap orang lain. Tujuan penelitian ini yaitu untuk mengetahui hubungan antara kemampuan aktivitas kehidupan sehari-hari dengan tingkat depresi pada pasien stroke di Puskesmas Batua Raya Makassar. Penelitian ini dilakukan pada bulan 29 Februari sampai 11 Maret 2016. Penelitian ini adalah penelitian non eksperimental yang bersifat observasional analitik dengan menggunakan pendekatan cross sectional study. Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien stroke yang datang berobat di Puskesmas Batua Raya dengan jumlah sampel 30 responden yang diambil secara *non probability* dengan pendekatan teknik *Consecutive Sampling*. Pengumpulan data dengan menggunakan wawancara untuk menilai kemampuan aktivitas sedangkan tingkat depresi menggunakan kuesioner. Hasil penelitian diperoleh dari hasil uji statistik Chi-Square dengan *program SPSS for windows versi 21.00* diperoleh menggunakan Chi-Square dengan uji alternatif penggabungan sel dengan tingkat kemaknaan $\alpha = 0,05$ diperoleh $p = 0,000$. Hal ini menunjukkan $p < \alpha (0,05)$ maka hipotesa nol (H_0) ditolak dan H_a diterima artinya ada hubungan kemampuan aktivitas kehidupan sehari-hari dengan tingkat depresi pada pasien stroke di Puskesmas Batua Raya Makassar. Kesimpulan semakin tinggi aktivitas dasar sehari-hari maka semakin rendah tingkat depresi, demikian sebaliknya, semakin rendah aktivitas dasar sehari-hari maka akan semakin tinggi tingkat depresi.

Kata kunci : Kemampuan aktivitas kehidupan sehari-hari, tingkat depresi, stroke
Referensi : 2004-2015

ABSTRACT

CONNECTING THE ABILITY ACTIVITIES DAILY LIFE DEPRESSION LEVELS IN PATIENTS WITH STROKE IN THE CLINIC BATUA RAYA MAKASSAR (Supervised by Henny Pongantung)

**Balbina Ongirwalu and Natalia Pakombong
S1 Nursing Study Program STIK Stella Maris
(Viii + 55 pages + 31 References + 7 Table + 7 Attachments)**

Depression is a mental disorder that is more common in stroke patients who experience an interruption in basic daily activities. This is caused by limitations in the fulfillment of basic activity is usually done alone. With physical health problems the patient will experience a decline in the ability to meet their needs. Due to the inability to adapt to the physical condition then there was a dependence on others. The purpose of this study is to determine the relationship between the ability of activities of daily life with the level of depression in stroke patients at health centers Batua Raya Makassar. This study was conducted in February 29 until March 11, 2016. This research is non-experimental observational analytic using cross sectional approach. The population in this study were all stroke patients who come for treatment at the health center Batua Raya with a sample of 30 respondents taken by non-probability approach Consecutive Sampling technique. Collecting data using interviews to assess depression levels of activity while using a questionnaire. The results were obtained from the results of the statistical test Chi-Square with SPSS for windows version 21:00 obtained using Chi-Square with the incorporation of alternative test cell with significance level $\alpha = 0.05$, $p = 0.000$ obtained. This indicates $p < \alpha$ (0.05), the null hypothesis (H_0) is rejected and H_a received means that there is a connection capability of daily life activities with the level of depression in stroke patients at health centers Batua Raya Makassar. Conclusion higher activity daily basis, the lower levels of depression, and vice versa, the less their everyday basis, the higher the level of depression.

Keywords: Ability activities of daily life, the level of depression, stroke

References: 2004-2015

DAFTAR ISI

Hal

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vi
KATA PENGANTAR	vii
ABSTRAK	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan Penelitian	5
1. Tujuan Umum	5
2. Tujuan Khusus	5
D. Manfaat Penelitian	6
1. Bagi Institusi Pendidikan	6
2. Bagi Puskesmas	6
1. Bagi Masyarakat	6
2. Bagi Peneliti	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Tinjauan Umum Tingkat Depresi	7
1. Pengertian	7
2. Prevalensi Tingkat Depresi.....	7
3. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Depresi	9
4. Penggolongan Depresi	11

5. Teori Terjadinya Depresi	12
6. Gambaran Klinis.....	12
7. Gejala Klinis Depresi.....	13
8. Alat Ukur Derajat Depresi	14
E. Tinjauan Umum Kemampuan Aktivitas	15
F. Pengertian.....	15
1. Jenis-jenis Akitivitas Sehari-hari	15
2. Klasifikasi Aktivitas Sehari-hari	17
3. Cara Pengukuran Aktivitas	17
4. Penilaian Indeks Aktivitas Hidup Sehari-hari dari Barthel	20
B. Tinjauan Umum Stroke.....	22
1. Pengertian	22
2. Etiologi	22
3. Patofisiologi.....	22
4. Klasifikasi	24
5. Manifestasi Klinik	26
6. Pemeriksaan Diagnostik	26
7. Komplikasi.....	27
8. Penatalaksanaan Medis	28
BAB III KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS	
A. Kerangka Konseptual	29
B. Hipotesis Penelitian.....	30
C. Defenisi Operasional.....	31
BAB IV METODE PENELITIAN	
A. Jenis Penelitian	33
B. Tempat dan Waktu Penelitian	33
1. Lokasi Penelitian.....	33
2. Waktu Penelitian	33
C. Populasi dan Sampel	33
1. Populasi.....	33
2. Sampel.....	33

D. Instrumen Penelitian	34
E. Pengumpulan data	35
1. Informed Consent	35
2. Anomity.....	36
3. Confidentially	36
F. Pengolahan dan Penyajian Data	36
1. Editing.....	36
2. Coding	37
3. Tabulating	37
G. Analisis Data	37
1. Analisis Univariat	37
2. Analisis Bivariat.....	37

BAB V HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian	39
1. Pengantar.....	39
2. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	39
3. Penyajian Karakteristik Data Umum	42
4. Hasil Analisis Variabel Yang Diteliti	45
B. Pembahasan.....	47
C. Keterbatasan Penelitian	52

BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan	53
B. Saran.....	53

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

	Hal
Tabel 2.1 Beberapa Indeks Kemandirian ADL.....	18
Tabel 2.2 Indeks Aktivitas Hidup Sehari-hari	20
Tabel 3.1 Defenisi Operasional.....	31
Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Kelompok Umur.....	42
Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Kelompok Jenis Kelamin	43
Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Kelompok Pekerjaan	43
Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Kelompok Pendidikan.....	44
Tabel 5.5 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Kemampuan Aktivitas.....	45
Tabel 5.6 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Tingkat Depresi	45
Tabel 5.7 Analisis Hubungan Kemampuan Aktivitas Kehidupan Sehari-hari Dengan Tingkat Depresi Pada Pasien Stroke Di Puskesmas Batua Raya Makassar	46

DAFTAR GAMBAR

Hal

Gambar 3.1 Kerangka Konseptual30

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Jadwal Kegiatan Penelitian

Lampiran 2. Surat Izin Penelitian

Lampiran 3. Lembar Persetujuan Responden

Lampiran 4. Kuesioner Penelitian

Lampiran 5. Surat Keterangan Penelitian

Lampiran 6. Data Kuesioner Penelitian

Lampiran 7. Hasil Analisis

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke merupakan gangguan sistem saraf pusat yang paling sering di temukan dan merupakan penyebab utama gangguan aktivitas fungsional pada orang dewasa (Irfan, 2010). Stroke merupakan penyakit neurologis yang sering dijumpai dan harus ditangani secara cepat dan tepat. Stroke merupakan kelainan fungsi otak yang timbul mendadak yang disebabkan karena terjadinya gangguan peredaran darah otak dan biasa terjadi pada siapa saja dan kapan saja. Stroke merupakan penyakit yang paling sering menyebabkan cacat berupa kelumpuhan anggota gerak, gangguan bicara, proses berpikir, daya ingat, dan bentuk-bentuk kecacatan yang lain sebagai akibat gangguan fungsi otak (Mutaqqin, 2008).

Berdasarkan hasil penelitian *World Health Organization* (WHO) menyebutkan bahwa seperlima sampai dengan setengah dari penderita stroke mengalami kecacatan menahun yang mengakibatkan munculnya keputusasaan, merasa diri tak berguna, tidak ada gairah hidup, disertai keinginan berbicara, makan dan bekerja yang menurun. Namun 25% dapat bekerja seperti semula (Hidayati, 2003).

Stroke masih merupakan masalah medis yang menjadi penyebab kesakitan dan kematian nomor 2 di Eropa serta nomor 3 di Amerika Serikat. Sebanyak 10% penderita mengalami kelemahan yang memerlukan perawatan (Batticaca, 2012). 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.

Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar 2013, stroke merupakan penyebab kematian utama di Indonesia. Prevalensi stroke berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan dan gejala tertinggi terdapat di Sulawesi Selatan (17,9%), Di Yogyakarta (16,9%), Sulawesi Tengah (16,6%), diikuti Jawa Timur sebesar (16,0%). 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).

Seringkali stroke diikuti oleh gangguan psikologis seperti depresi. Depresi pada stroke terjadi karena dua faktor. Faktor yang pertama adalah pada penderita stroke terjadi sumbatan atau pecahnya pembuluh darah di otak yang menyebabkan jalur komunikasi ke daerah otak tersebut menjadi terhambat. Otak sendiri terdiri dari beberapa bagian yang tugasnya bermacam-macam. Yang biasanya terkena pada pasien stroke adalah bagian otak yang mengatur fungsi perasaan dan gerakan pasien sehingga yang terlihat pada diri penderita stroke adalah kesulitan dalam melakukan gerakan akibat lumpuhnya tubuh sebagian dan gangguan suasana perasaan dan tingkah laku. Selain dari adanya bagian otak yang mengatur pusat perasaan yang terkena, depresi pada pasien stroke juga disebabkan karena adanya ketidakmampuan pasien dalam melakukan sesuatu yang biasanya dikerjakan sebelum terkena stroke. Hal ini terkadang menyebabkan pasien menjadi merasa dirinya tidak berguna lagi karena banyaknya keterbatasan yang ada dalam diri pasien akibat penyakitnya itu (Andri, 2006).

Depresi merupakan gangguan mental yang paling banyak menimbulkan beban disabilitas, meningkatkan *morbiditas*, *mortalitas*, dan resiko bunuh diri (Palestin, 2006). Sedangkan kemandirian berarti tanpa pengawasan, pengarahan atau bantuan pribadi yang masih aktif.

Selain itu kemandirian adalah kemampuan atau keadaan dimana individu mampu mengurus atau mengatasi kepentingannya sendiri tanpa tergantung dengan orang lain (Maryam, 2008).

Menurut miller (2009) dampak depresi dibagi menjadi dua yaitu dampak pada fungsi fisik dan dampak pada fungsi psikologisnya. Dampak pada fungsi fisik meliputi hilangnya nafsu makan, berat badan menurun, insomnia, kelelahan fisik, ketidaknyamanan, peningkatan kegiatan psikomotorik, bunuh diri sedangkan dampak pada fungsi psikososialnya meliputi sedih, merasa tidak berharga, harga diri rendah, kehilangan minat, kurangnya perhatian, perasaan bersalah, cemas dan mudah marah, serta ketidakmampuan untuk berkonsentrasi, kurang perhatian.

Dengan masalah kesehatan fisik tersebut penderita akan mengalami penurunan kemampuan dalam memenuhi kebutuhannya. Karena ketidakmampuannya dalam beradaptasi terhadap kondisi fisik maka terjadilah ketergantungan terhadap orang lain. Penderita membutuhkan bantuan untuk memenuhi aktivitas selfcare mereka. Aktivitas sehari-hari merupakan kegiatan rutin yang dilakukan sehari-hari seperti makan, mandi, berpakaian, eliminasi, pergerakan, dan control eliminasi. Ketika Individu tidak mampu melakukan aktivitas ini secara mandiri maka perlu bantuan dari orang lain. Bantuan dalam aktivitas sehari – hari tidak hanya diberikan pada lansia tetapi kepada setiap individu yang sedang memerlukannya atau pada individu yang sedang sakit.

Suatu penelitian Santoso (2003), berdasarkan hasil penelitian yang melakukan aktivitas mandiri sebanyak (7,7%) dan yang tidak mandiri mandiri sebanyak (92,3%). Sedangkan penelitian Pinzon (2009), hasil penelitian didapatkan sebanyak 37% pasien stroke mandiri dalam melakukan aktivitas dan 21% pasien dengan tingkat mandiri yang rendah.

Menurut Maryam (2008), bahwa kemandirian, kemampuan atau keadaan dimana individu mampu mengurus atau mengatasi kepentingannya sendiri tanpa bergantung pada orang lain. Mandiri adalah seseorang yang kondisinya sehat dalam arti luas masih mampu untuk menjalankan kehidupan pribadinya. Kemandirian meliputi kemampuan dalam melakukan aktifitas sehari-hari seperti mandi, berpakaian, pergi ke toilet, berpindah tempat, dapat mengontrol buang air besar dan buang air kecil serta dapat makan sendiri.

Peningkatan angka kematian pada penderita depresi pasca stroke juga berhubungan dengan ketidakpatuhan pasien dalam rangka pengobatan akibat strokenya. Pengobatan pasien depresi pasca-stroke dengan cara farmakoterapi yaitu dengan obat-obatan anti depresan dan juga dengan psikoterapi terhadap pasien serta peranan keluarga maupun pengertian dari penderita sendiri mengenai stroke akan mempengaruhi prognosis, terutama pengertian tentang serangan stroke yang tiba-tiba dan kondisi penyembuhan yang terjadi sangat lambat perlu diterima dengan lapang dada oleh penderita dan keluarganya. Fisioterapi, psikoterapi dan terapi kognitif harus direncanakan dengan baik untuk mendapatkan hasil akhir yang optimal (saam, 2013).

Dalam penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Lilis (2010), dengan judul “Hubungan Aktivitas Dasar Sehari-hari dengan Tingkat Depresi pada Pasien Stroke di Ruang Anggrek I RSUD Dr Moewardi Surakarta” didapatkan hasil penelitian dari 44 responden diperoleh data yang tidak mengalami depresi adalah 12,3%, yang mengalami depresi ringan 45,6% dan depresi sedang 31,8% serta depresi berat sebanyak 11,3%. Tingkat kemampuan aktivitas dasar meliputi: mandiri 0%, ringan 22,8%, sedang 31,8%, berat 27,2% dan bantuan total 18,2%. Jenis penelitian ini adalah penelitian korelasional dengan rancangan *Cross Sectional*. Data diperoleh dengan menggunakan kuesioner. Analisis data dengan menggunakan analisis korelasi *spearman rank* sedangkan penelitian kami, dimana jenis penelitian kami adalah penelitian

observasional analitik dengan rancangan *Cross Sectional*. Instrumen penelitian yang kami gunakan yaitu metode wawancara dan kuesioner. Analisis data menggunakan uji chi Chi Square jika memenuhi syarat dan jika tidak memenuhi syarat menggunakan uji alternative yaitu uji *penggabungan sel*.

Tingginya angka kejadian stroke dan dampak dari gejala sisa yang ditimbulkan stroke harus diperhatikan karena pasien stroke dapat mengalami perubahan kepribadian, emosi dan keadaan ini bisa menyebabkan timbulnya depresi dan ketergantungan yang timbul akibat stroke sangat bervariasi seperti dalam melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari. Dari masalah di atas mendorong penulis untuk melakukan penelitian lebih lanjut untuk menjawab tentang hubungan kemampuan aktivitas kehidupan sehari-hari dengan tingkat depresi pada pasien stroke di Puskesmas Batua Raya.

B. Rumusan Masalah

Dari latar belakang yang telah diuraikan maka rumusan masalah penelitian ini adalah apakah ada hubungan antara kemampuan aktivitas kehidupan sehari-hari dengan tingkat depresi pada pasien stroke di Puskesmas Batua Raya.

C. Tujuan penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui hubungan kemampuan aktivitas kehidupan sehari-hari dengan tingkat depresi pasien stroke di Puskesmas Batua Raya.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi kemampuan aktivitas kehidupan sehari-hari
- b. Mengidentifikasi tingkat depresi pada pasien stroke
- c. Menganalisis hubungan antara kemampuan aktivitas kehidupan sehari-hari dengan tingkat depresi

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Institusi pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah ilmu pengetahuan dan sebagai bahan masukan dalam proses belajar mengajar khususnya tentang hubungan antara kemampuan aktivitas kehidupan sehari-hari dengan tingkat depresi pada pasien stroke.

2. Bagi Puskesmas

- a. Memberi masukan terhadap Puskesmas untuk meningkatkan pemberian asuhan keperawatan dalam penurunan tingkat depresi
- b. Dapat digunakan sebagai masukan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan.
- c. Sebagai masukan untuk menyusun program yang akan datang untuk meminimalkan ketergantungan yang terjadi pada pasien stroke terhadap kemampuan aktivitas sehari-hari akibat depresi.

3. Bagi Masyarakat

Sebagai bahan masukan bagi masyarakat bahwa sangat penting untuk memperhatikan tingkat depresi yang dapat mempengaruhi kemampuan aktivitas kehidupan sehari-hari pada pasien stroke.

4. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai dasar untuk melakukan penelitian selanjutnya dengan membuka wawasan dan menambah pengetahuan serta pengalaman yang terkait dengan kemampuan aktivitas kehidupan sehari-hari dengan tingkat depresi pada pasien stroke.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Tingkat Depresi

1. Pengertian

Depresi merupakan kesedihan dan kekhawatiran dalam waktu yang cukup lama disertai oleh perasaan tidak berharga. Jadi, depresi lebih didominasi oleh perasaan-perasaan yang tidak menyenangkan dan intensitasnya cukup kuat serta berlangsung lama (Saam Zulfan, 2013).

Depresi merupakan perasaan sehari-hari yang menyertai kesedihan yang dibesar-besarkan secara terus menerus. Depresi adalah gangguan suasana hati yang bervariasi. Angka kejadian gangguan depresi berat juga lebih tinggi daripada biasanya pada pasien perawatan primer yang mendekati 10 persen dan pada pasien medis rawat inap adalah 15 persen. Prevalensi depresi bervariasi pada berbagai penelitian, sekitar 5% - 10% pada orang dewasa dan 1-1,5% pada usia sekolah (Lumbantobing, 2004).

Berdasarkan penelitian diatas, maka peneliti menyimpulkan bahwa depresi adalah salah satu bentuk gangguan afek yang ditandai dengan kemurungan dan kesedihan yang mendalam dan berkelanjutan sehingga hilangnya gairah hidup, putus asa, perasaan yang tidak menyenangkan, dan lain sebagainya.

2. Prevalensi tingkat depresi

Prevalensi depresi pasca-stroke berkisar antara 11-68%, tergantung dari seleksi penderita, kriteria diagnostik yang digunakan dan lamanya waktu pemeriksaan ulang berikutnya setelah terjadinya serangan stroke. Prevalensi ini semakin meningkat dengan meningkatnya umur penderita. Ini menunjukkan adanya korelasi positif antara umur dan depresi. Prevalensi yang paling tinggi

terdapat sekitar 3-6 bulan pasca-stroke dan tetap tinggi sampai 1-3 tahun kemudian, tetapi umumnya prevalensi akan menurun sampai setengahnya setelah 1 tahun terjadinya stroke. Penderita stroke yang pada saat serangan akut tidak menunjukkan tanda-tanda depresi, pada pemeriksaan ulang yang dilakukan 6 bulan kemudian dijumpai sekitar 30% memperlihatkan gejala depresi. Sementara setengah dari penderita yang mengalami depresi dalam waktu 2-3 bulan setelah terjadinya serangan stroke akan tetap menunjukkan tanda-tanda depresi selama kurang lebih 1 tahun. Sedangkan depresi yang terjadi segera yaitu dalam beberapa hari setelah stroke.

Di Indonesia sendiri penelitian seberapa banyak penelitian depresi, depresi terselubung dan juga kecemasan (prevalence rates, incidence rates) belum ada. Namun dari pengamatan dari waktu ke waktu kasus-kasus gangguan kejiwaan yang tergolong kecemasan dan depresi semakin bertambah. Hal ini dapat dilihat dari kenaikan jumlah kunjungan pasien yang berobat di pusat-pusat pelayanan kesehatan jiwa dan juga yang berobat ke dokter (psikiater). Kenaikan jumlah pasien dengan kecemasan dan depresi dapat juga dilihat dari kenaikan obat-obat psikofarmaka yang diresepkan oleh para dokter.

Prevalensi depresi pada pasien stroke yang di rawat inap di Irina F RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado periode November-Desember 2012. Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa pasien stroke paling banyak mengalami depresi ringan sebanyak 11 orang (45,8%). Jumlah pasien yang mengalami depresi sedang sebanyak 6 orang (25%). Jumlah pasien yang mengalami depresi berat sebanyak 1 orang (4,2%). Selanjutnya jumlah pasien yang tidak mengalami depresi sebanyak 6 orang (25%).

3. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Depresi

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi terjadinya depresi pada pasien stroke adalah :

a. Usia

Makin muda usia penderita, kecenderungan mengalami depresi lebih besar, meskipun sebenarnya mereka yang berusia lanjut mungkin lebih besar resikonya mengalami depresi. Depresi terjadi sebagai salah satu dampak dari gangguan fungsional, institusionalisasi dan tidak adanya dukungan sosial. Setelah stroke, pada penderita pria persentase yang mengalami depresi diantara mereka yang berusia dibawah 60 tahun lebih tinggi dibandingkan dengan berusia diatas 60 tahun (48% : 20%), sementara pada wanita sebaliknya (23% : 31%).

b. Jenis Kelamin

Berdasarkan jenis kelamin pada beberapa penelitian, didapatkan bahwa depresi pada stroke sedikit lebih banyak diantara penderita wanita dibandingkan penderita pria (Riwanti,2006). Depresi berat post stroke terjadi dua kali lebih banyak penderita wanita dibandingkan penderita pria. Pada penderita wanita beratnya depresi berkaitan dengan lesi di hemisfer kiri, gangguan fungsi kognitif dan riwayat gangguan psikiatrik sebelumnya, sementara pada penderita pria beratnya depresi berkaitan dengan gangguan kemampuan melakukan kehidupan sehari-hari dan gangguan fungsi sosial.

c. Status Marital

Persentase depresi pada stroke yang tertinggi adalah diantara penderita yang bercerai (40%), lalu yang hidup berpisah (33%), yang menduda atau menjanda karena kematian pasangan hidup (28%), sedangkan diantara mereka yang bujangan atau

yang masih terikat pernikahan, persentasenya lebih rendah masing-masing 21% dan 20%.

d. Tempat tinggal

Diantara penderita yang tinggal sendiri, kejadian depresi paling rendah (17%), dibandingkan dengan mereka yang dirawat di rumah sakit untuk rehabilitasi (25%), dan tinggal dengan suami/istri atau saudara (31%) atau tinggal di *nursing home* (45%).

e. Gangguan fungsi kognitif

Stroke sering menyebabkan gangguan fungsi kognitif yang dialami oleh sekitar 27%-35% penderita dalam 3 bulan stroke. Biasanya yang terganggu pada fungsi kognitif adalah daya ingat, daya perhatian, orientasi, kemampuan berbahasa, serta fungsi konstruksional. Depresi pada penderita yang selain mengalami depresi juga mengalami gangguan fungsi kognitif berlangsung lebih lama bila dibandingkan dengan penderita yang mengalami depresi, tapi tidak mengalami gangguan fungsi kognitif.

f. Lokasi dan sisi lesi

Pasien setelah mengalami stroke didapatkan bahwa tidak terdapat perbedaan kejadian depresi yang bermakna antara lesi korteks dan subkorteks. Tetapi prevalensi depresi lebih tinggi pada lesi di hemisfer kiri dibandingkan dengan lesi di hemisfer kanan. Pasien dengan lesi korteks frontal kiri anterior lebih sering mengalami depresi jika dibandingkan dengan pasien dengan lesi korteks frontal kiri posterior. Disebutkan depresi akan lebih berat jika lesi lebih dekat ke kutub frontal. Penelitian yang dilakukan Pohjasvaara tidak menemukan pengaruh lokasi lesi terhadap kejadian depresi. Lesi hemisfer kiri berpengaruh pada kejadian depresi yang dievaluasi 3 bulan setelah stroke. Hal ini berhubungan dengan ketergantungan penderita terhadap orang lain.

g. Status sosial

Pada hasil evaluasi 4 bulan stroke mendapatkan depresi sedikit lebih tinggi diantara penderita dari tingkat sosial yang lebih rendah (36%), dibandingkan mereka dengan tingkat sosial lebih tinggi (25%)

h. Tingkat ADL

Dalam Penelitian yang dilakukan Sugiarto (2005), bahwa pasien setelah mengalami stroke didapatkan bahwa tingkat kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari mempengaruhi tingkat depresi yang dialaminya. Sedangkan menurut Aurnyn (2007), mengatakan bahwa depresi yang terjadi pada pasien stroke terjadi akibat karena adanya ketidakmampuan dalam melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari yang biasanya dapat dikerjakannya sebelum mengalami stroke.

4. Penggolongan Depresi

Klasifikasi depresi menurut *DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)* yaitu :

- a. Gangguan depresi mayor unipolar dan bipolar
- b. Gangguan mood spesifik lainnya :
 - 1) Gangguan distimik depresi minor
 - 2) Gangguan siklotimik depresi dan hipomanik saat ini atau baru saja berlalu (secara terus-menerus selama 2 tahun).
 - 3) Gangguan depresi atipik
 - 4) Depresi postpartum
 - 5) Depresi menurut musim
- c. Gangguan depresi akibat kondisi medik umum dan gangguan depresi akibat zat.
- d. Gangguan penyesuaian dengan mood : depresi disebabkan oleh stresor psikososial (Amir, 2005).

5. Teori Terjadinya Depresi

Teori penyebab depresi meliputi :

a. Teori biologi

Teori yang menjelaskan atau menerangkan bahwa depresi berhubungan dengan gangguan pada ritme sirkadian, disfungsi otak, aktifitas kejang limbik, disfungsi neuroendokrin, cacat pada sistem imun, dan genetik.

b. Teori psikoanalitikal

Teori yang menjelaskan bahwa depresi berasal dari respon adanya kehilangan, kekecewaan atau kegagalan, dan adanya rasa marah dipindahkan dan dikembalikan pada diri sendiri, serta ketidakmampuan dalam berduka cita karena adanya kehilangan. Teori ini terbagi menjadi 4 teori yaitu :

- 1) Teori behavioral yang menjelaskan tentang kegagalan untuk menerima reinforcement positif dari orang lain dan dari lingkungan merupakan predisposisi bagi seseorang untuk mengalami depresi.
- 2) Teori Kognitif yaitu teori 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

6. Gambaran Klinis

Manifestasi klinis depresi pada stroke dapat berupa depresi ringan sampai berat. Gejala utama adalah gangguan afek yang

disertai kriteria “B” dari episode depresi atau episode manik. *Kriteria B dari episode manik adalah sebagai berikut :*

- a. Peningkatan aktivitas (di tempat kerja, dalam hubungan sosial atau seksual)
- b. Lebih banyak berbicara dari lazimnya atau adanya dorongan untuk berbicara terus menerus
- c. Gagasan melompat-lompat atau penghayatan subjektif bahwa pikirannya sedang berlomba
- d. Rasa harga diri yang melambung yang dapat setaraf dengan waham (keyakinan yang tidak rasional namun diyakini kebenarannya)
- e. Berkurangnya kebutuhan tidur
- f. Mudah teralih perhatian, yaitu perhatiannya terlalu cepat tertarik pada stimulus luar yang tidak penting atau tidak berarti
- g. Keterlibatan berlebih dalam melakukan aktivitas-aktivitas yang kemungkinan resiko tinggi akibat yang merugikan, apabila tidak diperhitungkan secara bijaksana.

7. Gejala Klinis Depresi

Depresi adalah salah satu bentuk gangguan kejiwaan pada alam perasaan yang ditandai dengan kemurungan, kelesuan, ketiadaan gairah hidup, perasaan tidak berguna, putus asa dan lain sebagainya. Secara lengkap 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 (sukar/tidak dapat tidur) atau sebaliknya hipersomnia (terlalu banyak tidur). Gangguan ini seringkali disertai dengan mimpi-mimpi yang tidak menyenangkan, misalnya mimpi orang yang telah meninggal.
- g. Agitasi atau retardasi psikomotor gelisah atau lemah tak berdaya)
- h. Hilangnya rasa senang, semangat dan minat, tidak suka lagi melakukan hobi, kreatifitas menurun, produktivitas juga menurun
- i. Gangguan seksual (libido menurun)
- j. Pikiran-pikiran tentang kematian dan bunuh diri

8. 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 4 poin dan nilainya ditambahkan untuk memberi total nilai dari 0-63, 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. Penilaian dilakukan dengan menggunakan kuesioner, dimana skor:

- a. Skor 0-9 menunjukkan tidak ada gejala depresi adalah normal
- b. Skor 10-15 menunjukkan adanya depresi ringan
- c. Skor 16-23 menunjukkan adanya depresi sedang

d. Skor 24-63 menunjukkan adanya depresi berat

B. Tinjauan Umum Kemampuan Aktivitas

1. Pengertian

Aktivitas sehari-hari adalah aktivitas perawatan diri yang harus dilakukan seseorang setiap hari untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan hidup sehari-hari (Smeltzer & Bare, 2004).

Aktivitas sehari-hari adalah keterampilan dasar dan tugas okupasional yang harus dimiliki seseorang untuk merawat dirinya secara mandiri yang dikerjakan seseorang sehari-harinya dengan tujuan untuk memenuhi/berhubungan dengan perannya sebagai pribadi dalam keluarga dan masyarakat (Sugiarto, 2005).

Berdasarkan pengertian diatas, maka peneliti menyimpulkan bahwa aktivitas sehari-hari adalah aktivitas perawatan diri yang harus dilakukan oleh seseorang secara mandiri dimana individu mengurus dan mengatasi kepentingannya sendiri tanpa bergantung pada orang lain.

2. Jenis-jenis Aktivitas Sehari-hari

a. Mandi dan perawatan diri adalah salah satu kemampuan dasar manusia dalam memenuhi kebutuhan untuk mempertahankan kehidupannya dan kondisi kesehatannya. Diantaranya melakukan kegiatan:

- 1) Meringkakan badan
- 2) Mengambil perlengkapan mandi
- 3) Mendapatkan atau menyediakan air
- 4) Mengatur suhu dan aliran air mandi
- 5) Membersihkan tubuh atau anggota tubuh
- 6) Menyisir rambut
- 7) Mencukur jenggot

- b. Berpakaian/berhias yaitu suatu kemampuan untuk memenuhi aktivitas berpakaian lengkap dan berhias diri. Diantaranya melakukan kegiatan:
 - 1) Mengenakan pakaian
 - 2) Mengambil atau mengganti pakaian
 - 3) Memilih pakaian dan mengambil pakaian
 - 4) Mengenakan pakaian pada tubuh bagian bawah
 - 5) Mengenakan pakain pada tubuh bagian atas
 - 6) Mengenakan kaos kaki dan mengenakan sepatu
 - 7) Melepaskan pakaian
 - 8) Menggunakan alat bantu
 - 9) Menggunakan risleting
- c. Makan/minum yaitu kemampuan untuk memenuhi atau mencukupi aktivitas makan/minum. Diantaranya melakukan kegiatan:
 - 1) Menyuaap makanan dari piring kemulut
 - 2) Mengunyah makanan dan menelan makanan
 - 3) Menyelesaiakan makan
 - 4) Meletakkan makanan kepiring
 - 5) Memegang alat makan
 - 6) Membuka wadah
 - 7) Mengambil cangkir atau gelas
 - 8) Menyiapkan makanan
 - 9) Menggunakan alat bantu
- d. Toileting yaitu kemampuan untuk melakukan atau melengkapi kegiatan eliminasi. Diantaranya melakukan kegiatan:
 - 1) Pergi ke kamar kecil atau melakukan kegiatan eliminasi
 - 2) Duduk atau bangun dari toilet atau kamar mandi
 - 3) Menyiram toilet

3. Klasifikasi Aktivitas Sehari-hari

a. Aktivitas Dasar

Keterampilan dasar yang harus dimiliki seseorang untuk merawat dirinya yang meliputi berpakaian, makan dan minum, toileting, mandi, berhias. Ada juga yang memasukkan kontinensi buang air besar dan buang air kecil dalam kategori ADL dasar ini serta kemampuan mobilitas (Sugiarto, 2005).

b. Aktivitas Instrumental

Aktivitas yang berhubungan dengan penggunaan alat atau benda penunjang kehidupan sehari-hari seperti menyiapkan makanan, menggunakan telepon, menulis, memasak, mencuci, menggunakan uang.

c. Aktivitas Vokasional

Aktivitas yang berhubungan dengan pekerjaan atau kegiatan sekolah.

d. Aktivitas Non Vokasional

Aktivitas yang bersifat rekreasi, hobi, dan mengisi waktu luang.

4. Cara Pengukuran Aktivitas

Aktivitas sehari-hari mencakup kategori yang sangat luas dan dibagi-bagi menjadi sub kategori seperti berpakaian, makan dan minum, toileting, berhias, mobilitas, komunikasi, vokasional, rekreasi, dan instrumental. Skala ADL dasar ini sangat bermanfaat dalam menggambarkan status fungsional dasar dan menentukan target yang ingin dicapai untuk pasien-pasien dengan derajat gangguan fungsional yang tinggi, terutama pada pusat-pusat rehabilitasi. Terdapat sejumlah alat atau instrument ukur yang telah teruji validitasnya untuk mengukur aktivitas sehari-hari salah satunya adalah indeks ADL Katz. Tujuannya adalah untuk mengidentifikasi defisit status fungsional dasar dan mencoba memperoleh cara

mengatasi dan memperbaiki status fungsional dasar tersebut. Dalam tabel 2.1 dapat dilihat perbandingan dari beberapa indeks kemandirian ADL.

Tabel 2.1 Beberapa Indeks Kemandirian ADL

Skala	Deskripsi dan jenis skala	Kehandala, kesahihan dan Sensitivitas	Waktu dan pelaksanaan	Komentar
Indeks Barthel	Skala ordinal dengan skor 0 (total dependen)- 100 (total independen). 10 item : makan, mandi, berhias, berpakaian, kontrol kandung kemih, kontrol anus, toileting, transfer kursi/tempat tidur, mobilitas dan naik tangga	Sangat handal dan sah dan cukup sensitif	Pengamatan oleh dokter : < 10 menit sangat sesuai untuk skrining, penilaian formal, pemantauan dan pemeliharaan terapi	Skala ADL yang sudah diterima secara luas, kehandalan dan kesahihan sangat baik.

Indeks Katz	Penilaian dikotomi dengan urutan dependensi yang hirarkis: mandi, berpakaian, toileting, transfer, kontinensi dan makan. Penilaian dari A (mandiri pada keenam item) sampai G (dependen pada keenam item).	Kehandalan dan kesahihan cukup, kisaran ADL sangat terbatas (6 item)	Pengamatan oleh dokter : < 10 menit, sangat sesuai untuk skrining, penilaian formal, pemantauan dan pemeliharaan terapi	Skala <i>ADL</i> yang sudah diterima secara luas, kehandalan dan kesahihan cukup, menilai keterampilan dasar, tetapi tidak menilai berjalan dan naik tangga
<i>FIM (Functional Independence Measure)</i>	Skala ordinal dengan 18 item, 7 level dengan skor berkisar antara 18-126, area yang dievaluasi; perawatan diri, kontrol sfingter,	Kehandalan dan kesahihan baik, sensitif dan dapat mendeteksi perubahan kecil dengan 7 level.	Pengamatan oleh dokter : < 20 menit, sangat sesuai untuk skrining, penilaian formal, pemantauan dan pemeliharaan terapi serta	Skala <i>ADL</i> yang sudah diterima secara luas. Pelatihan untuk petugas pengisi lebih lama karena item banyak.

	transfer, lokomosi, komunikasi, dan kognitif sosial.		evaluasi program.	
--	--	--	----------------------	--

5. Penilaian Indeks Aktivitas Hidup Sehari-hari dari Barthel

Indeks aktivitas hidup sehari-hari dari barthel adalah alat ukur yang digunakan untuk mengukur dan menilai kemandirian fungsional dalam hal perawatan diri, berpakaian, makan, penggunaan toilet dan mobilitas. Indeks Barthel dapat digunakan untuk mengevaluasi terhadap kemandirian pasien sebelum rehabilitasi, progress selama rehabilitasi dan status pasien ketika mencapai keuntungan maksimal.

Tabel 2.2 Indeks Aktivitas Hidup Sehari-hari dari Barthel

NO	FUNGSI	SKOR	KETERANGAN
1	Mengendalikan rangsang pembuangan tinja (buang air besar)	0	Tak terkendali/tak teratur (perlu pencahar).
		1	Kadang-kadang(sekali seminggu).
		2	Terkendali/terkontrol penuh
2	Mengendalikan rangsang berkemih	0	Tak terkendali atau pakai kateter
		1	Kadang-kadang tak terkendali (hanya sehali /24 jam)
		2	Mandiri
3	Membersihkan/perawatan diri (mencuci muka, sisir rambut, sikat gigi)	0	Butuh pertolongan orang lain
		1	Mandiri
4	Penggunaan jamban/toilet, masuk dan keluar (melepaskan, memakai celana, membersihkan, menyiram)	0	Tergantung pertolongan orang lain
		1	Perlu bantuan tetapi dapat melakukan sesuatu sendiri
		2	Mandiri
5	Makan	0	Tidak mampu

		1	Perlu ditolong memotong makanan
		2	Mandiri
6	Berubah atau berpindah dari berbaring ke duduk dan sebaliknya	0	Tidak mampu
		1	Perlu banyak bantuan untuk bisa duduk
		2	Bantuan minimal 1 orang.
		3	Mandiri
7	Mobilisasi	0	Tidak mampu/tidak bergerak
		1	Mandiri dengan kursi roda
		2	Berjalan dengan bantuan 1 orang.
		3	Mandiri
8	Berpakaian	0	Tergantung orang lain
		1	Sebagian dibantu (mis: memakai baju)
		2	Mandiri.
9	Naik turun tangga	0	Tidak mampu
		1	Butuh pertolongan
		2	Mandiri
10	Mandi	0	Tergantung orang lain
		1	Mandiri
TOTAL SKOR			

Skor BAI :

20 : Mandiri

12-19 : Ketergantungan ringan

9-11 : Ketergantungan sedang

5-8 : Ketergantungan berat

0-4 : Ketergantungan total

C. Tinjauan Umum Tentang Stroke

1. Pengertian

Stroke adalah suatu keadaan yang timbul karena terjadi gangguan peredaran darah di otak yang menyebabkan terjadinya kematian jaringan otak sehingga mengakibatkan seseorang menderita kelumpuhan atau kematian. Stroke merupakan defisit neurologis yang mempunyai serangan mendadak dan berlangsung 24 jam sebagai akibat dari *cardiovascular disease* (Batticca, 2012).

Stroke merupakan kelainan fungsi otak yang timbul mendadak yang di sebabkan karena terjadi gangguan peredaran darah ke otak dan bisa terjadi pada siapa saja dan kapan saja (Muttaqin, 2008).

2. Etiologi

- a. Trombosis (bekuan darah dalam pembuluh darah otak atau leher)
- b. Embolisme serebral (bekuan darah atau material lain yang dibawa ke otak dari bagian tubuh yang lain)
- c. Iskemia (penurunan aliran darah ke area otak)
- d. Hemoragi serebral (pecahnya pembuluh darah serebral dengan perdarahan ke dalam jaringan otak atau ruang sekitar otak). Hemoragi dapat terjadi di luar dura mater (hemoragi ekstradural atau epidural), dibawah dura mater (hemoragi subdural), di ruang subarachnoid (hemoragi subarachnoid), atau di dalam substansi otak (hemoragi intraserebral)

3. Patofisiologi

Setiap kondisi yang menyebabkan perubahan perfusi darah pada otak akan menyebabkan keadaan hipoksia. Hipoksia yang berlangsung lama dapat menyebabkan iskemik otak. Iskemik yang terjadi dalam waktu yang singkat kurang dari 10-15 menit dapat menyebabkan defisit sementara dan bukan defisit permanen.

Sedangkan iskemik yang terjadi dalam waktu lama dapat menyebabkan sel mati permanen dan mengakibatkan infark pada otak.

Setiap defisit fokal permanen akan bergantung pada daerah otak mana yang terkena. Daerah otak yang terkena akan menggmbarkan pembuluh darah otak yang terkena. Pembuluh darah yang paling sering mengalami iskemik adalah arteri serebral tengah dan arteri karotis interna. Defisit fokal permanen dapat tidak diketahui jika klien pertama kali mengalami iskemik otak total yang dapat teratasi.

Jika aliran darah ke tiap bagian otak terhambat karena trombus atau emboli, maka mulai terjadi kekurangan suplai oksigen ke jaringan otak. Kekurangan oksigen dalam satu menit dapat menunjukkan gejala yang dapat pulih seperti kehilangan kesadaran. Sedangkan kekurangan oksigen dalam waktu yang lebih lama menyebabkan nekrosis mikroskopik neuron-neuron. Area yang mengalami nekrosis disebut infark.

Gangguan peredaran darah otak akan menimbulkan gangguan pada metabolisme sel-sel neuron, di mana sel-sel neuron tidak mampu menyimpan glikogen sehingga kebutuhan metabolisme tergantung dari glukosa dan oksigen yang terdapat pada arteri-arteri yang menuju otak.

Perdarahan intrakranial termasuk perdarahan ke dalam ruang subarakhnoid atau ke dalam jaringan otak sendiri. Perdarahan biasanya berhenti karena pembentukan trombus oleh fibrin trombosit dan oleh tekanan jaringan. Setelah 3 minggu, darah mulai direabsorpsi. Ruptur ulangan merupakan risiko serius yang terjadi sekitar 7-10 hari setelah perdarahan pertama.

Ruptur ulangan mengakibatkan terhentinya aliran darah ke bagian tertentu, menimbulkan iskemik fokal, dan infark jaringan otak. Hal tersebut dapat menimbulkan gegar otak dan kehilangan kesadaran, peningkatan tekanan cairan serebrospinal (CSS), dan

menyebabkan gesekan otak (otak terbelah sepanjang serabut). Perdarahan mengisi ventrikel atau hematoma yang merusak jaringan otak.

Perubahan sirkulasi CSS, obstruksi vena, adanya edema dapat meningkatkan tekanan intrakranial yang membahayakan jiwa dengan cepat. Peningkatan tekanan intrakranial yang tidak diobati mengakibatkan herniasi unkus atau serebellum. Di samping itu, terjadi bradikardi, hipertensi sistemik, dan gangguan hipertensi.

Darah merupakan bagian yang merusak dan bila terjadi hemodialisa, darah dapat mengiritasi pembuluh darah, meningen, dan otak. Darah dan vasoaktif yang dilepas mendorong spasme arteri yang berakibat menurunnya perfusi serebral. Spasme serebri atau vasospasme biasa terjadi pada hari ke-4 sampai ke-10 setelah terjadinya perdarahan dan menyebabkan konstruksi arteri otak. Vasospasme merupakan komplikasi yang mengakibatkan terjadinya penurunan fokal neurologis, iskemik otak, dan infark.

4. Klasifikasi

Stroke di bagi menjadi dua bagian yaitu :

a. Stroke iskemik (NHS)

Stroke iskemik adalah stroke yang disebabkan oleh karena adanya hambatan atau sumbatan pada pembuluh darah otak tertentu sehingga daerah otak yang diperdarahi oleh pembuluh darah tersebut tidak dapat pasokan energi dan oksigen, sehingga pada akhirnya jaringan sel-sel otak di daerah tersebut akan mati dan tidak berfungsi lagi.

b. Stroke hemoragik

Stroke hemoragik adalah stroke yang disebabkan karena adanya pembuluh darah dalam otak yang pecah sehingga darah yang keluar dari pembuluh darah tersebut terpaksa masuk ke dalam jaringan otak, kemudian merusak sel-sel otak di daerah

tertentu, sehingga pada akhirnya bagian otak yang terkena tidak dapat berfungsi dengan baik.

Hemoragik stroke dibagi menjadi empat yaitu:

1) Hemoragik ekstradural

Kedaruratan bedah neuro yang memerlukan perawatan segera. Ini biasanya mengikuti fraktur tengkorak dengan robekan arteri tengah atau arteri meninges lain.

2) Hemoragik subdural

Hemoragi subdural (termasuk hemoragi subdural akut) pada dasarnya sama dengan hemoragi epidural, kecuali bahwa hematoma subdural biasanya jembatan vena robek.

3) Perdarahan intraserebral

Pecahnya pembuluh darah terutama karena hipertensi mengakibatkan darah masuk ke dalam jaringan otak, membentuk massa yang menekan jaringan otak, dan menimbulkan edema otak. Peningkatan TIK yang terjadi cepat, dapat mengakibatkan kematian mendadak karena herniasi otak.

4) Perdarahan subaraknoid

Perdarahan ini berasal dari pecahnya aneurisme *berry* atau AVM. Aneurisme yang pecah ini berasal dari pembuluh darah sirkulasi willisi dan cabang-cabangnya yang terdapat diluar parenkim otak. Pecahnya arteri dan keluarnya ke ruang sub araknoid menyebabkan TIK meningkat mendadak, meregangnya struktur peka nyeri, dan vasospasme pembuluh darah serebral yang mengakibatkan disfungsi otak global (sakit kepala, penurunan kesadaran) maupun fokal (hemiparese, afasia).

5. Manifestasi Klinik

Tanda dan gejala serangan stroke bervariasi, tergantung pada lokasi dan besarnya kerusakan sel otak akibat kurangnya suplai oksigen. Sekitar 90% pasien yang terserang stroke tiba-tiba kehilangan

rasa peka, bicara pelo, gangguan bicara, dan berbahasa, gangguan penglihatan, mulut mencong, gangguan daya ingat, nyeri kepala hebat, kesadaran menurun dan beberapa tanda dan gejala lain yang menunjukkan adanya gangguan fungsi otak yaitu kelumpuhan sebelah badan, gangguan mengontrol emosi, gangguan menelan, dan proses eliminasi terganggu.

6. Pemeriksaan Diagnostik

- a. Angiografi serebral. Membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik misalnya pertahanan atau sumbatan arteri.
- b. Skan Tomografi Komputer (*Computer Tomography scan*). Mengetahui adanya tekanan normal dan adanya trombosis, emboli serebral, dan tekanan intrakranial (TIK).
- c. *Magnetic Resonance Imaging* (MRI). Menunjukkan daerah infark, perdarahan, malformasi arteriovena (MAV).
- d. *Ultrasonografi doppler* (USG doppler). Mengidentifikasi penyakit arteriovena (masalah sistem arteri karotis [aliran darah atau timbulnya plak]) dan arteriosklerosis.
- e. Elektroensefalogram. Mengidentifikasi masalah pada gelombang otak dan memperlihatkan daerah lesi yang spesifik
- f. Sinar tengkorak. Menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pienal daerah yang berlawanan dari massa yang meluas, klasifikasi karotis interna terdapat pada trombosis serebral, klasifikasi parsial dinding aneurisma pada perdarahan subarakhoid.
- g. Pemeriksaan laboratorium:
 - 1) Darah rutin
 - 2) Gula darah
 - 3) Urine rutin
 - 4) Cairan serebrospinal
 - 5) Analisa gas darah (AGD)
 - 6) Biokimia darah

7) Elektrolit

7. 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 konsisten dan penghentian thrombus local. Selain itu, distrimia dapat menyebabkan embolus serebral dan harus diperbaiki.

8. Penatalaksanaan Medis

a. Penatalaksanaan medis

1) Berusaha menstabilkan tanda-tanda vital dengan :

- a) Mempertahankan oksigenasi. 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 oksigen juga harus diperhatikan pemenuhannya, untuk mencegah hipoksia dan mencegah peningkatan iskemia serebral.

b) Mengontrol tekanan darah berdasarkan kondisi klien, termasuk usaha untuk memperbaiki hipotensi dan hipertensi. Berusaha menemukan dan memperbaiki aritmia jantung.

2) Merawat kandung kemih, secepat mungkin tidak memakai kateter.

3) Menempatkan klien dalam posisi yang tepat, harus dilakukan secepat mungkin. Posisi klien harus diubah tiap 2 jam dan dilakukan latihan-latihan gerak pasif.

b. Penatalaksanaan Farmakologi

1) Antihipertensi

2) Antikoagulan dapat diresepkan untuk mencegah terjadinya atau memberatnya trombosis atau embolisasi dari tempat lain dalam sistem kardiovaskular

BAB III

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

A. Kerangka Konseptual

Aktivitas sehari-hari adalah aktivitas perawatan diri yang harus dilakukan seseorang setiap hari untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan hidup sehari-hari (Smeltzer & Bare, 2004).

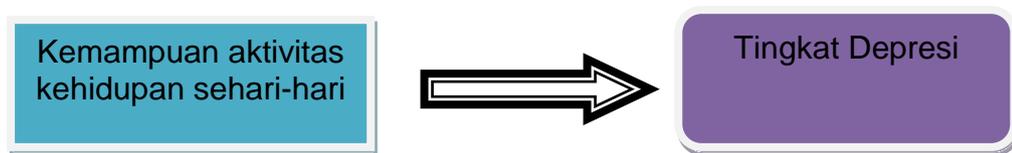
Kemampuan aktivitas yang harus dimiliki seseorang untuk merawat dirinya yaitu mengendalikan rangsangan buang air besar, mengendalikan rangsangan berkemih, perawatan diri, penggunaan toilet, makan, berpindah, mobilitas, berpakaian, naik turun tangga, mandi.

Dalam Penelitian yang dilakukan Sugiarto (2005), bahwa pasien setelah mengalami stroke didapatkan bahwa tingkat kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari mempengaruhi tingkat depresi yang dialaminya

Depresi merupakan kesedihan dan kekhawatiran dalam waktu yang cukup lama disertai oleh perasaan tidak berharga. Jadi, depresi lebih didominasi oleh perasaan-perasaan yang tidak menyenangkan dan intensitasnya cukup kuat serta berlangsung lama (Saam Zulfan, 2013). Faktor-faktor yang mempengaruhi depresi yaitu usia, jenis kelamin, status marital, tempat tinggal, afasia, dan status sosial. Depresi ditandai dengan adanya nafsu makan menurun, berat badan menurun, perasaan bersalah, konsentrasi dan daya ingat menurun, gangguan tidur, dan gelisah.

Depresi pada pasien stroke terjadi akibat karena adanya ketidakmampuan dalam melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari yang biasanya dapat dikerjakannya sebelum mengalami stroke (Auryn, 2007).

Berdasarkan uraian di atas serta pemikiran penulis dan tujuan dari penelitian ini maka dikemukakan variabel independen dan variabel dependen melalui konsep sebagai berikut



Gambar 3.1 : Kerangka Konseptual

Keterangan :

 : Variabel Independen

 : Variabel Dependen

 : Penghubungan kedua variabel

B. Hipotesis

Berdasarkan kerangka konseptual diatas, maka hipotesis dari penelitian adalah : “Ada hubungan antara kemampuan aktivitas kehidupan sehari-hari dengan tingkat depresi pada pasien stroke

C. Defenisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Cara Ukuran	Skala Ukur	Skor
1.	Independen: kemampuan aktivitas kehidupan sehari-hari	Kemampuan seseorang dalam melakukan Perawatan diri yang dilakukan secara mandiri untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari	<ol style="list-style-type: none"> 1. Status buang air besar 2. mengendalkan rangsang an berkem 3. Perawatan diri 4. Penggunaan toilet 5. Makan 6. Berpindah 7. Mobilitas 8. Berpakai an 9. Naik turun tangga 10. Mandi 	Wawancara terstruktur (Indeks Aktivitas hidup sehari-hari dari barthel)	Ordinal	1. Ketergantungan berat: Jika total jawaban 0-8 2. Ketergantungan sedang: jika total jawaban 9-19 3. Mandiri : Jika total jawaban 20
2.	Dependen : Tingkat	kesedihan dan kekhawatiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gejala emosional 	Kuesioner	Ordinal	1. Depresi ringan: jika total

	depresi	<p>iran yang mendalam dan berkelanjutan disertai oleh perasaan tidak berharga, putus asa dan perasaan yang tidak menyenangkan</p>	<p>2. Gejala kognitif</p> <p>3. Gejala motivasi</p> <p>4. Gejala fisik</p>			<p>skor 0-21</p> <p>2. Depresi sedang: jika total skor 22-42</p> <p>3. Depresi berat: jika total skor 43-63</p>
--	---------	---	--	--	--	---

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian non eksperimental yang bersifat observasional analitik dengan pendekatan *cross sectional study* yaitu pengambilan data variabel independen dan dependen dilakukan secara bersamaan yang bertujuan melihat hubungan kemampuan aktivitas kehidupan sehari-hari dengan tingkat depresi pada stroke di Puskesmas Batua Raya Makassar.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian di Puskesmas Batua Raya. Alasan pemilihan lokasi tersebut, yaitu jumlah responden cukup banyak untuk melakukan penelitian selain itu, menghemat waktu dan biaya penelitian karena tempat penelitian mudah dijangkau oleh peneliti.

2. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan dari bulan 29 Februari sampai dengan 11 Maret 2016

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien stroke baik pria maupun wanita yang datang berobat di Puskesmas Batua Raya yaitu 37 responden.

2. Sampel

Sampel yang diteliti adalah semua pasien stroke baik pria maupun wanita di Puskesmas Batua Raya yang diambil secara *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* yakni pengambilan sampel yang dilakukan dengan memilih semua individu yang ditemui dalam populasi dan memenuhi kriteria penelitian sampai 2 minggu sehingga jumlah sampel terpenuhi yaitu 30 responden.

Adapun kriteria pengambilan sampel adalah sebagai berikut:

a. Kriteria Inklusi :

- 1) Pasien yang mengalami stroke
- 2) Pasien yang mengalami afasia broca

b. Kriteria Eksklusi

- 1) Tidak bersedia menjadi responden
- 2) Pasien yang mengalami afasia global dan afasia wernickel
- 3) Pasien yang mengalami gangguan kognitif

D. Instrumen Penelitian

Instrumen adalah alat yang digunakan untuk mengumpulkan data dari suatu penelitian dengan menggunakan angket/kuesioner dengan jenis angket tertutup atau terstruktur dimana responden hanya tinggal memilih atau menjawab pada lembar jawaban yang sudah ada. Instrumen ini untuk mengukur tiap-tiap variabel yang terdiri atas 3 bagian yaitu:

1. Bagian A membuat tentang karakteristik demografi responden meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan terakhir dan pekerjaan.
2. Bagian B pernyataan variabel independen yaitu kemampuan aktivitas kehidupan sehari-hari pada pasien stroke. Peneliti menggunakan Indeks Aktivitas Hidup Sehari-hari dari barthel. Instrumen indeks Aktivitas Hidup sehari-hari dari barthel ini terdiri dari 10 item pertanyaan dengan kategori jawaban yaitu kategori mandiri jika total jawaban responden 20, kategori ketergantungan sedang jika total jawaban responden 9-19, kategori ketergantungan

berat jika total jawaban responden 0-8. Cara pengukuran data peneliti menggunakan metode wawancara terstruktur. Disini peneliti mengumpulkan data dengan cara berinteraksi, bertanya dan mendengarkan apa yang disampaikan secara lisan oleh responden

3. Bagian C Variabel dependen tingkat depresi peneliti menggunakan alat ukur beck depression inventory. Kuesioner ini diisi dengan meminta responden untuk mengikuti petunjuk pada lembar instrumen. Tipe struktur pertanyaan adalah kuesioner terstruktur (tertutup) yang terdiri dari 21 pertanyaan dengan alternatif jawaban tidak ada gejala diberi nilai 0, gejala ringan diberi nilai 1, gejala sedang diberi nilai 2, gejala berat diberi nilai 3 dan gejala berat sekali diberi nilai 4. Kategori depresi berat jika total jawaban responden 43-63, depresi sedang jika total jawaban responden 22-42, depresi ringan jika total jawaban responde 0-21.

E. Pengumpulan Data

Dalam penelitian ini, perlu adanya rekomendasi dari pihak institusi kampus STIK Stella Maris atas pihak lain dengan mengajukan permohonan izin kepada Pemerintah Kota Makassar, Dinas Kesehatan dan instansi tempat penelitian dalam hal ini di Puskesmas kemudian setelah mendapatkan persetujuan, barulah dilakukan penelitian sesuai dengan etika penelitian sebagai berikut:

Ada beberapa etika yang harus diperhatikan dalam penelitian, yaitu:

1. Informed consent

Merupakan lembar persetujuan yang diberikan kepada responden yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi disertai jadwal penelitian dan mafaat penelitian sebelum di lakukan penelitian. Tujuannya adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian. Jika responden bersedia maka mereka harus bersedia menandatangani lembar persetujuan. Jika responden tidak bersedia,

maka peneliti tidak akan memaksakan dan tetap menghormati hak-hak klien.

2. Anomity (tanpa nama)

Untuk menjaga kerahasiaan maka peneliti tidak akan mencantumkan nama responden pada lembaran kuesioner tetapi hanya menuliskan inisial dan memberikan kode.

3. Confidentially

Kerahasiaan informasi responden dijamin oleh penelitian dan hanya kelompok data tertentu akan dilaporkan sebagai hasil penelitian.

Pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan dengan 2 cara yaitu :

a. Data primer

Data primer adalah data yang diambil secara langsung dari objek yang akan diteliti.

b. Data sekunder

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

F. Pengolahan dan penyajian data

Dari hasil penelitian yang dikumpulkan selanjutnya akan diolah melalui proses pengolahan sebagai berikut :

1. Editing (Penyuntingan)

Pada tahap ini dilakukan pemeriksaan terhadap semua data yang telah terkumpul, dilakukan pengecekan kelengkapan data untuk memastikan data yang diperoleh lengkap, jelas, relevan, dan konsisten.

2. Coding (Pengkodean)

Koding dilakukan untuk memudahkan pengolahan data dan semua data perlu disederhanakan. Setelah semua kuesioner diedit

atau disunting, selanjutnya dilakukan pengkodean yakni mengubah data berbentuk kalimat atau huruf menjadi data angka.

3. Tabulating (Tabulasi)

Setelah memberikan kode selanjutnya kita memasukkan data dari hasil penelitian sesuai dengan semua data yang ada pada kuesioner ke dalam bentuk table sesuai dengan kriteria kemudian diolah dengan bantuan komputer.

G. Analisis Data

Data yang terkumpul akan dianalisis secara analitik dan interpretasi dengan menggunakan metode statistik yaitu dengan metode komputer SPSS.

Teknik analisis data dalam penelitian ini menggunakan metode sebagai berikut :

1. Analisis Univariat

Analisis Univariat dilakukan terhadap setiap variabel dari setiap hasil penelitian. Penelitian ini menghasilkan distribusi frekuensi dan persentase dari setiap variabel yang diteliti.

2. Analisis Bivariat

Analisa ini dilakukan untuk menganalisis ada tidaknya hubungan variabel independen (Kemampuan aktivitas kehidupan sehari-hari) dengan variabel dependen (tingkat depresi) dengan menggunakan SPSS (Statistical Package and Social Sciences) versi 21 dengan uji statistik non parametrik yaitu uji *Chi Square* jika memenuhi syarat, dan jika tidak memenuhi syarat menggunakan uji alternatif yaitu uji *penggabungan sel* dengan nilai kemaknaan 5 % ($\alpha = 0,05$) dengan formulasi *Chi Square* sebagai berikut:

Penilaian:

- a. Apabila nilai $p < \alpha$ maka H_a diterima dan H_0 ditolak artinya ada hubungan antara kemampuan aktivitas kehidupan sehari-hari dengan tingkat depresi pada pasien stroke di Puskesmas Batua Raya Makassar.
- b. Apabila nilai $p \geq \alpha$ maka H_0 diterima dan H_a di tolak artinya tidak ada hubungan antara kemampuan aktivitas kehidupan sehari-hari dengan tingkat depresi pada pasien stroke di Puskesmas Batua Raya Makassar.

BAB V

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Pengantar

Penelitian ini dilaksanakan di Puskesmas Batua Raya, sejak tanggal 29 Februari sampai 11 Maret 2016. Teknik pengambilan sampel yang digunakan yaitu teknik *nonprobability sampling* dengan pendekatan *consecutive sampling*, dengan jumlah sampel 30 responden. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan wawancara terstruktur untuk mengetahui tingkat aktivitas kehidupan sehari-hari dan peneliti juga menggunakan kuesioner beck depression inventory (BDI) untuk mengetahui tingkat depresi. Sedangkan pengolahan data menggunakan komputer program *SPSS for windows versi 21*. Kemudian data dianalisis menggunakan *uji statistik Chi-square*, setelah itu dilanjutkan dengan melakukan *penggabungan sel* sebagai alternatif dengan tingkat kemaknaan $\alpha = 0,05$.

2. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

a. Geografi

Luas Wilayah kerja Puskesmas Batua adalah 1017,01 km dengan batas-batas administrasi sebagai berikut :

- 1) Sebelah utara berbatasan dengan kelurahan panaikang.
- 2) Sebelah timur berbatasan dengan kelurahan antang.
- 3) Sebelah selatan berbatasan dengan kelurahan tamalate.
- 4) Sebelah barat berbatasan dengan kelurahan pandang dan kelurahan karapuang

Wilayah kerja puskesmas Batua terdiri atas 3 kelurahan Yaitu:

- 1) Kelurahan Batua terdapat 11 RW dan 53 RT
- 2) Kelurahan Borong terdapat 11 RW dan 58 RT
- 3) Kelurahan Tello baru terdapat 11 RW dan 48 RT

Luas tanah Puskesmas Batua adalah 4500 M², terdiri dari 2 gedung dengan luas bangunan 147 M² dan 422 M². Terdapat 3 rumah dinas dan 1 mobil ambulans. Puskesmas Batua memiliki 30 posyandu balita, 9 posyandu lansia, 1 poskesdes dan 2 posbindu yang tersebar di 3 kelurahan.

b. Demografi

Wilayah kerja Puskesmas Batua berpenduduk 51.021 jiwa yang terdiri dari laki-laki 24.157 jiwa dan 26.864 jiwa perempuan, serta jumlah Kepala keluarga sebanyak 20.832. Jumlah penduduk berdasarkan kelurahan yaitu kelurahan batua berpenduduk 22.592 jiwa yang terdiri dari laki-laki 10.942 jiwa dan 11.650 perempuan, kelurahan borong dengan jumlah penduduk 17.958 jiwa yang terdiri dari laki-laki 7.314 jiwa dan 10.644 jiwa perempuan, dan kelurahan tello baru dengan jumlah penduduk 11.104 jiwa yang terdiri dari laki-laki 5.901 jiwa dan perempuan 5203 jiwa.

c. Keadaan Fasilitas Kesehatan

Untuk menunjang peningkatan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, maka sangat dibutuhkan fasilitas kesehatan. Fasilitas kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Batua terdiri atas sarana kesehatan. Puskesmas Batua berlokasi di Jl. Abdullah Daeng Sirua No 338 terbagi atas ruang rawat jalan dengan luas bangunan 147 M² dan ruang rawat inap dengan luas bangunan 422 M². Ruang rawat jalan, terdiri dari Ruang Ka. UPT, Ruang Tata Usaha, Loker Kartu, Kamar Periksa/Poli Umum, Poli Gigi, Poli Tindakan, Kamar Obat, Ruang Imunisasi, Ruang P2PL, Laboratorium Sederhana, Ruang KIA/KB.

d. Visi, Misi Dan Strategi Upt Puskesmas Batua

Sejak dilantik menjadi Menteri Kesehatan, dr. Endang R. Sedyaningsih, MPH, Dr. PH telah menetapkan program jangka pendek 100 hari dan program jangka menengah tahun 2010–2014 yang disusun dalam sebuah rencana strategis Depkes. Program

100 hari Menkes mengangkat 4 isu, yaitu peningkatan pembiayaan kesehatan untuk memberikan Jaminan Kesehatan Masyarakat, peningkatan kesehatan masyarakat untuk mempercepat pencapaian target MDGs, pengendalian penyakit dan penanggulangan masalah kesehatan akibat bencana, serta peningkatan ketersediaan, pemerataan dan kualitas tenaga kesehatan. Untuk meningkatkan kinerja Puskesmas Batua, telah ditetapkan Visi dan Misi untuk mendukung Rencana Strategis Depkes.

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

2) Misi

a) Profesionalisme sumber daya manusia

b) Penyediaan sarana prasarana sesuai standar puskesmas

c) Penggunaan sistem informasi manajemen berbasis informasi teknologi

d) Penajaman program pelayanan kesehatan dasar berupa upaya promotif, preventif tanpa mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitatif

e) Pengembangan program inovasi unggulan

f) Peningkatan upaya kemandirian masyarakat dan pererat kemitraan lintas sentor

3) Tujuan

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

4) Strategi

Meningkatkan pelayanan kesehatan (kuratif dan rehabilitatif) diPuskesmas 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. Penyajian Karakteristik Data Umum

Data yang menyangkut karakteristik responden akan diuraikan sebagai berikut :

a. Distribusi Frekuensi Berdasarkan Kelompok Umur

Tabel 5.1

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur
di Puskesmas Batua Raya Makassar
Februari-Maret 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

Dari penelitian yang telah dilaksanakan pada pasien stroke di Puskesmas Batua Raya Makassar, diperoleh data jumlah responden terbanyak pada umur 58-65 tahun dan 66-73 tahun yaitu 8 responden (26,7%) dan jumlah responden terkecil terdapat pada umur 82-90 tahun yaitu 2 responden (6,7 %).

b. Distribusi Frekuensi Berdasarkan Jenis Kelamin

Tabel 5.2

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin
di Puskesmas Batua Raya Makassar
Februari-Maret 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 yaitu 16 responden (53,3%). Sedangkan jumlah responden terkecil berada pada kelompok yang berjenis kelamin perempuan yaitu 14 responden (46,7%).

c. Pekerjaan

Tabel 5.3

Distribusi Frekuensi Penduduk Berdasarkan Pekerjaan
di Puskesmas Batua Raya Makassar
Februari-Maret 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

Berdasarkan tabel distribusi diatas di peroleh data dari 30 responden bahwa jumlah responden terbanyak berada pada pekerjaan sebagai IRT yaitu 11 responden (36,7%) dan jumlah responden terendah berada pada pekerjaan sebagai buruh yaitu 2 responden (6,7%).

d. Pendidikan

Tabel 5.4
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pendidikan
di Puskesmas Batua Raya Makassar
Februari-Maret 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 13 responden (43,3%) dan jumlah responden terendah berada pada tingkat pendidikan SD yaitu 1 responden (3,3%).

4. Penyajian Hasil Yang Di Ukur

a. Analisis Univariat

1) Kemampuan Aktivitas

Tabel 5.5

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kemampuan Aktivitas di Puskesmas Batua Raya Makassar Februari-Maret 2016

Kemampuan Aktivitas	Frekuensi	Persentase (%)
Mandiri	13	43,3
Ketergantungan Sedang	7	23,3
Ketergantungan Berat	10	33,3
Total	30	100

Sumber : Data Primer 2016

Dari penelitian yang telah dilaksanakan di Puskesmas. Dari 30 responden diperoleh data kemampuan aktivitas kehidupan sehari-hari dengan kategori mandiri yaitu 13 responden (43,3%), yang ketegori ketergantungan sedang yaitu 7 responden (23,3%) dan kategori ketergantungan berat yaitu 10 responden (33,3%).

2) Tingkat Depresi

Tabel 5.6

Distribusi Frekuensi Berdasarkan Tingkat Depresi di Puskesmas Batua Raya Makassar Februari-Maret 2016

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

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilaksanakan di Puskesmas Batua Raya didapatkan bahwa dari 30 responden diperoleh data tingkat depresi dengan kategori ringan yaitu 12 responden (40,0%), yang berada pada kategori depresi sedang yaitu 10 responden (33,3%), dan pada kategori depresi berat yaitu 8 responden (26,7%).

b. Analisis Bivariat

Tabel 5.7

Analisis Hubungan Kemampuan Aktivitas Kehidupan Sehari-hari Dengan Tingkat Depresi Pada Pasien Stroke di Puskesmas Batua Raya Makassar Februari-Maret 2016

		Tingkat Depresi					
		Depresi Ringan		Depresi Sedang+Depresi Berat		Total	
		f	%	F	%	n	%
Kemampuan Aktivitas	Mandiri	12	92,3	1	7,7	13	100
	Ketergantungan Sedang+ketergantungan Berat	0	0,0	17	100	17	100
	Total	12	40,0	18	60,0	30	100
p = 0,000							

Hasil analisa hubungan kemampuan aktivitas sehari-hari dengan tingkat depresi didapatkan kemampuan aktivitas dengan kategori mandiri dan tingkat depresi dengan kategori ringan yaitu 12

responden (92,3%), kategori mandiri dan tingkat depresi dengan kategori sedang+berat yaitu 1 responden (7,7%) dan kemampuan aktivitas pada ketergantungan sedang+berat dengan depresi ringan didapatkan yaitu 0 responden (0%). Hasil lain yang didapatkan adalah kemampuan aktivitas dengan kategori ketergantungan sedang+berat dan tingkat depresi dengan kategori sedang+berat yaitu 17 responden (100%). Untuk menganalisa hubungan kemampuan aktivitas kehidupan sehari-hari dengan tingkat depresi pada pasien stroke peneliti menggunakan uji statistik *Chi-Square* dan melakukan penggabungan sel sehingga tabelnya menjadi 2X2 dan dilakukan uji *Pearson Chi-Square* sebagai uji alternatif maka diperoleh nilai $p=0,000$ dan $\alpha=0,05$. Hal ini menunjukkan nilai $p<\alpha$ maka hipotesis nol (H_0) ditolak dan H_a diterima berarti ada hubungan yang bermakna antara kemampuan aktivitas kehidupan sehari-hari dengan tingkat depresi pada pasien stroke di Puskesmas Batua Raya Makassar.

B. Pembahasan

Dari hasil analisis hubungan kemampuan aktivitas kehidupan sehari-hari dengan tingkat depresi pada pasien stroke di dapatkan kemampuan aktivitas mandiri dengan depresi ringan berjumlah 12 (92,3%) responden sedangkan kemampuan aktivitas ketergantungan sedang+berat dengan depresi sedang+berat berjumlah 17 (100%) responden. Hasil uji statistik dengan menggunakan uji Chi Square, dimana nilai $p=0,000$ dan nilai $\alpha=0,05$. Maka dapat disimpulkan $p<\alpha$, dimana hipotesis nol (H_0) ditolak dan Hipotesis alternatif (H_a) diterima, hal ini menunjukkan bahwa ada hubungan antara kemampuan aktivitas kehidupan sehari-hari dengan tingkat depresi pada pasien stroke di Puskesmas Batua Raya Makassar.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Murtutik (2010), dari penelitian yang dilakukan didapatkan data bahwa ada hubungan kemampuan aktivitas kehidupan sehari-hari dengan

tingkat depresi pada pasien stroke RSUD Dr Moewardi Surakarta yang ditunjukkan dari 44 responden diperoleh data yang tidak mengalami depresi adalah 12,3% yang mengalami depresi ringan 45,6% dan depresi sedang 31,8% berat 11,3%. Tingkat kemampuan aktivitas dasar meliputi: mandiri 0%, ringan 22,8%, sedang 31,8% berat 27,2% bantuan total 18,2%. Analisis data spearman diperoleh *hitung r* sebesar -0,624 dengan harga signifikansi sebesar 0,000. Harga signifikansi lebih kecil dari 0,05, artinya ada hubungan yang negative antara aktivitas dasar sehari hari, semakin tinggi aktivitas dasar sehari hari maka semakin rendah tingkat depresi, demikian sebaliknya, semakin rendah aktivitas dasar sehari hari, maka akan semakin tinggi tingkat depresi.

Hasil penelitian menunjukkan usia pasien stroke yang mengalami depresi terbanyak adalah usia 58-65 dan 66-73 tahun dengan 8 (26,7%) responden. Sejalan dengan Permana (2010), mengemukakan bahwa semakin bertambah usia semakin tinggi resiko terkena stroke, terutama setelah usia 55 tahun. Nugroho (2008) dalam Purba, (2011) mengemukakan bahwa masalah fisik dan psikologis sering ditemukan pada lanjut usia, masalah psikologis diantaranya depresi. Hal ini sejalan dengan apa yang ditemukan peneliti, bahwa usia yang mengalami depresi terbanyak adalah pada usia dewasa tua (58-65 dan 66-73 tahun). Menurut asumsi peneliti usia dewasa tua lebih sering mengalami masalah psikologis, karena semakin tinggi usia, maka semakin sering perasaan seseorang itu berubah-ubah. Selain itu, saat dilakukan penelitian pasien yang mengalami stroke lebih banyak pada usia dewasa tua dan lansia sehingga pada akhirnya depresi yang dirasakan oleh pasien stroke lebih banyak pada rentang usia 58-65 dan 66-73 tahun.

Sesuai teori yang dikemukakan oleh Kustiawan (2014), mengemukakan bahwa selain usia terdapat faktor lain yang dapat menyebabkan terjadinya depresi pada pasien stroke, maka peneliti berasumsi bahwa selain usia, depresi yang terjadi pada pasien stroke tidak hanya di sebabkan oleh usia saja, namun dapat dipengaruhi oleh

faktor lain seperti jenis kelamin, status marital, gangguan kognitif, gangguan tingkat ADL, dan penyakit lain yang diderita.

Depresi menyebabkan penurunan status kesehatan seseorang, disamping itu berkurangnya, motivasi, emosi, dan kemampuan kognitif menyebabkan individu dengan depresi menjadi tidak dapat berfungsi secara efektif sehingga terdapat ketergantungan, kehilangan percaya diri, termasuk penurunan kemampuan berkomunikasi hingga terjadi gangguan sosial yang dapat memperburuk kondisi kesehatannya, terutama bagi penderita penyakit kronis dan berulang. Depresi juga dapat memperparah penyakit, *distress*, dan meningkatkan disabilitas. Depresi yang dikombinasikan dengan penyakit kronik akan memperburuk kondisi kesehatan dan meningkatkan risiko kematian.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Puskesmas Batua Raya Makassar diperoleh data yaitu 12 responden (92,3%) menunjukkan kemampuan aktivitas mandiri dengan tingkat depresi ringan. Depresi pada pasien stroke dapat terjadi sebagai akibat langsung dari proses infark otak atau dapat terjadi sebagai reaksi akibat cacat atau ketidakberdayaan yang disebabkan oleh stroke. Seseorang dengan tingkat depresi ringan didapatkan lebih mampu untuk mengontrol segala aktivitasnya karena gejala yang dialaminya hanya kesulitan dalam pekerjaan dan memenuhi kebutuhan. (Maryam, 2008) kemandirian, kemampuan atau keadaan dimana individu mampu mengurus atau mengatasi kepentingannya sendiri tanpa bergantung pada orang lain.

Menurut asumsi peneliti responden yang memiliki tingkat depresi ringan memiliki kemampuan aktivitas mandiri, hal ini karena depresi ringan merupakan suatu kondisi yang mampu mengontrol perasaan, perilaku, dan aktivitas dirinya. Dengan depresi ringan dapat memberikan kenyamanan bagi responden sehingga tidak mempengaruhi tingkat ketergantungan dalam melakukan aktivitasnya.

Auryn (2007), mengatakan bahwa depresi yang terjadi pada pasien stroke terjadi akibat karena adanya ketidakmampuan dalam

melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari yang biasanya dapat dikerjakan sebelum mengalami stroke.

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan ada 17 (100%) dari 30 responden yang memiliki kemampuan aktivitas dengan kategori ketergantungan sedang+ketergantungan berat dan depresi berat. Menurut Suwantara (2004) mengatakan bahwa depresi berat menunjukkan sikap yang kurang peka terhadap rehabilitasi dan pengobatan hal ini secara langsung akan menimbulkan masalah bagi responden itu sendiri karena intensitas yang cukup kuat serta berlangsung lama akan mempengaruhi kemampuan dalam melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari. Menurut Rahmawati (2010), mengatakan bahwa ketergantungan sangat berat ini ditandai oleh ketidakmampuan penderita stroke untuk berpindah dan melakukan perawatan diri. Kurangnya perawatan diri berhubungan dengan tingkat harga diri pada penderita stroke. Hal ini sesuai dengan teori yang mengemukakan bahwa setelah mengalami stroke didapatkan bahwa tingkat kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari berpengaruh terhadap tingkat depresi yang dialaminya. Menurunnya fungsi gerak pada pasien stroke, akan memberikan dampak pada kemampuan aktivitas kehidupan sehari-hari. Penurunan aktivitas kehidupan sehari-hari tersebut juga terjadi saat proses pemulihan seperti yang tercantum dalam penelitian Melcon pada 2006 yang mengungkapkan bahwa pasien yang pulih dengan tingkat kecacatan yang berat tidaklah dapat mandiri. Sebagian besar aktivitas kehidupannya memerlukan bantuan, bahkan sampai aktivitas kehidupan yang paling dasar sekalipun.

Didalam hasil penelitian bahwa salah satu prediktor terjadinya depresi pada pasien stroke adalah jenis kelamin tetapi kemungkinan pada penelitian ini jenis kelamin tidak begitu berpengaruh tetapi dapat dilihat dari segi keterbatasan fungsi, nyeri fisik dan koping individu klien pasca strokenya sendiri. Hal ini terjadi berdasarkan hasil pengalaman di lapangan bahwa klien yang lebih banyak memiliki keterbatasan fungsi

(jalan diseret, gangguan komunikasi dan mulut mencong) dan sering merasakan sakit di setiap waktunya lebih cenderung mengalami depresi yang lebih tinggi.

Menurut asumsi peneliti bahwa pasien stroke akan mengalami berbagai keterbatasan dalam proses berpikir, daya ingat, kekuatan fisik, kecepatan dalam bergerak, dan kondisi fisik akan berpengaruh terhadap kondisi psikososialnya akan menimbulkan permasalahan bagi pasien stroke dan menyebabkan timbulnya depresi. Depresi pada pasien stroke akan menyebabkan seseorang menjadi murung, merasa diri tidak berguna, dan malas dalam melakukan aktivitasnya, sehingga pasien stroke akan bergantung pada orang lain.

Hasil penelitian ini sejalan dengan teori yang dikemukakan oleh Nanda (2009) yang mengatakan bahwa gejala yang akan ditemukan pada lansia yang mengalami depresi yaitu merasa lelah, menurunnya aktifitas, tidak mampu membuat keputusan, tidak mau mencari informasi, tidak mau berpartisipasi dalam pembuatan keputusan tentang dirinya, iritabilitas, serta tidak memiliki kemauan untuk melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari. Jelas bahwa lansia dengan depresi memiliki tingkat kemandirian ketergantungan berat, dimana lansia tidak mampu mengurus atau melakukan aktivitas sehari-hari seperti: mandi, berpakaian, mobilisasi, mengontrol buang air kecil dan buang air besar sendiri karena sistem imun pada lansia mengalami kemunduran pada masa penuaan sehingga aktivitas sehari-hari lansia ketergantungan dengan orang lain.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti, diketahui bahwa depresi pada pasien stroke bukan hanya disebabkan oleh faktor usia, tetapi disebabkan juga oleh jenis kelamin, status marital, tingkat ADL, gangguan kognitif dan penyakit. Setiap orang sering mengalami perasaan sedih, cemas, gelisah tetapi perasaan tersebut berbedah-bedah ada yang berlangsung lama dan ada juga yang berlangsung cepat. Perasaan sedih tersebut yang membuat seseorang

menjadi malas dalam melakukan aktivitas dasar sehingga akan menyebabkan seseorang menjadi ketergantungan kepada orang lain.

C. Keterbatasan Penelitian

Pada penelitian ini, kami memiliki keterbatasan yaitu dalam melakukan pengisian kuesioner depresi dimana responden menjawab tidak sesuai dengan pilihan jawaban dan kondisinya. Saat melakukan penelitian responden sedang tidak berada ditempat sehingga peneliti harus menunggu responden yang tidak ada ditempat dan ada juga yang sudah pindah rumah sehingga kami kesulitan dalam mencari responden tersebut, kemudian peneliti juga mempunyai keterbatasan pada transportasi dan cuaca yang kurang bagus sehingga sedikit menghambat penelitian kami.

BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

Dari hasil penelitian yang dilakukan di Puskesmas Batua Raya Makassar terhadap 30 responden pada tanggal 29 Februari 2016 sampai 11 Maret 2016, maka dapat disimpulkan bahwa:

1. Kemampuan aktivitas kehidupan sehari-hari pada pasien stroke menunjukkan bahwa sebagian besar jumlah responden berada pada kategori mandiri.
2. Tingkat depresi pada pasien stroke di Puskesmas Batua Raya menunjukkan bahwa sebagian besar responden berada pada kategori depresi sedang+depresi berat.
3. Ada hubungan antara kemampuan aktivitas kehidupan sehari-hari dengan tingkat depresi pada pasien stroke di Puskesmas Batua Raya Makassar.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan dari hasil penelitian tersebut di atas, maka peneliti dapat memberikan saran-saran sebagai berikut:

1. Bagi Pasien Stroke

Diharapkan bagi pasien stroke lebih meningkatkan latihan/fisioterapi dalam melakukan aktivitas sehari-hari sehingga mampu melakukan kebutuhan dasar manusia secara mandiri tanpa bergantung kepada orang lain dan tingkat depresi yang di alami bisa di atasi.

2. Bagi Puskesmas Batua Raya

Diharapkan dapat menjadi masukan bagi Puskesmas Batua Raya dalam memberikan kebijakan dan meningkatkan mutu pelayanan, dengan cara memberikan penyuluhan tentang kemampuan aktivitas sehari-hari dengan tingkat depresi pada pasien

stroke dan menjalankan program lansia dengan mengaktifkan Posbindu setiap bulan untuk mencegah terjadinya penyakit degeneratif dan depresi yang sering terjadi pada lansia

3. Bagi Pengelola Institusi STIK Stella Maris

Diharapkan hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai sumber referensi pada institusi Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan (STIK) Stella Maris Makassar dan dijadikan dokumentasi ilmiah untuk merangsang minat peneliti selanjutnya, serta menambah wawasan bagi mahasiswa(i) tentang kemampuan aktivitas dengan depresi pada pasien stroke.

4. Bagi masyarakat

Diharapkan hasil penelitian yang diperoleh dapat menjadi bahan informasi bagi masyarakat untuk meningkatkan pengetahuan tentang kemampuan aktivitas kehidupan sehari-hari dengan tingkat depresi pada pasien stroke.

5. Bagi Peneliti Selanjutnya

Bagi peneliti selanjutnya yang berminat meneliti tentang hubungan kemampuan aktivitas kehidupan sehari-hari dengan tingkat depresi, agar menggunakan teori-teori yang mendukung dan menambahkan jika ada teori-teori baru. Dan hal ini juga didukung oleh jumlah sampel yang cukup banyak sehingga hasil penelitian juga akan semakin baik. Disamping itu juga, hal lain yang harus diperhatikan adalah instrument yang digunakan, dimana instrument yang digunakan harus baku dengan teori yang ada. Dan walaupun belum baku maka peneliti dapat melakukan uji valid sehingga kuisioner yang digunakan dapat menjadi baku.

LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama (inisial) :

Umur :

Alamat :

Menyatakan bahwa saya telah mendapat persetujuan dari peneliti tentang tujuan penelitian, bersedia secara sukarela dan tanpa paksaan dari siapapun untuk berperan serta dalam penelitian yang berjudul **“Hubungan Kemampuan Aktivitas Kehidupan Sehari-hari Dengan Tingkat Depresi Pada Pasien Stroke Di Puskesmas Batua Raya Makassar”** yang akan dilaksanakan oleh Balbina Ongirwalu dan Natalia Pakombong, dengan mengisi lembar kuesioner yang diberikan.

Saya mengerti bahwa penelitian ini tidak membahayakan fisik maupun jiwa saya, dan jawaban yang saya berikan terjamin kerahasiaannya serta berguna untuk pengembangan ilmu pengetahuan.

Makassar,.....2016

Tanda tangan responden

INSTRUMEN PENELITIAN

A. Kuesioner Data Demografi

Petunjuk:

I. Pengisian dilakukan oleh peneliti dengan Memberikan tanda *checklist* (✓) pada kolom yang tersedia

II. Karakteristik responden

Nama (initial) :

Umur : tahun

Jenis Kelamin : Perempuan Laki-laki

Pendidikan : SD
 SMP
 SMA/ SMK
 D3
 S1

Pekerjaan : Tidak bekerja
 IRT
 Pensiunan
 Pedagang
 Buruh
 Pegawai Negeri Sipil

B. Instrument *Indeks Barthel*

Pengisian dilakukan oleh peneliti dengan memberi tanda checklist (√) pada kolom yang tersedia.

NO	FUNGSI	SKOR	KETERANGAN
1	Mengendalikan rangsang pembuangan tinja (buang air besar)		Tak terkendali/tak teratur (perlu pencahar).
			Kadang-kadang(sekali seminggu).
			Terkendali/terkontrol penuh
2	Mengendalikan rangsang berkemih		Tak terkendali atau pakai kateter
			Kadang-kadang tak terkendali (hanya sekali /24 jam)
			Mandiri
3	Membersihkan/perawatan diri (mencuci muka, sisir rambut, sikat gigi)		Butuh pertolongan orang lain
			Mandiri
4	Penggunaan jamban/toilet, masuk dan keluar (melepaskan, memakai celana, membersihkan, menyiram)		Tergantung pertolongan orang lain
			Perlu bantuan tetapi dapat melakukan sesuatu sendiri
			Mandiri
5	Makan		Tidak mampu
			Perlu ditolong memotong makanan
			Mandiri
6	Berubah atau berpindah dari berbaring ke duduk dan sebaliknya		Tidak mampu
			Perlu banyak bantuan untuk bisa duduk
			Bantuan minimal 1 orang.
			Mandiri
7	Mobilisasi		Tidak mampu/tidak bergerak
			Mandiri dengan kursi roda
			Berjalan dengan bantuan 1 orang.

			Mandiri
8	Berpakaian		Tergantung orang lain
			Sebagian dibantu (mis: memakai baju)
			Mandiri.
9	Naik turun tangga		Tidak mampu
			Butuh pertolongan
			Mandiri
10	Mandi		Tergantung orang lain
			Mandiri
TOTAL SKOR			

**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?

	<ul style="list-style-type: none"> 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	<p>Apakah sekarang bapak / ibu merasa lebih buruk dari orang lain?</p> <ul style="list-style-type: none"> 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	<p>Apakah sekarang bapak / ibu memiliki keinginan untuk bunuh diri?</p> <ul style="list-style-type: none"> 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	<p>Apakah sekarang bapak / ibu memiliki keinginan untuk menangis?</p> <ul style="list-style-type: none"> 0. Saya tidak ingin menangis seperti biasanya 1. Sekarang saya lebih banyak menangis 2. Setiap hari saya menangis 3. Saya biasanya sering menangis, tetapi sekarang saya tidak bisa menangis
11	<p>Apakah sekarang bapak / ibu merasa jengkel?</p> <ul style="list-style-type: none"> 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	<p>Apakah bapak / ibu tetap bergaul dengan orang lain?</p> <ul style="list-style-type: none"> 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	<p>Apakah sekarang bapak / ibu masih bisa mengambil keputusan?</p> <ul style="list-style-type: none"> 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	<p>Apakah sekarang bapak / ibu merasa kelihatan tidak menarik lagi?</p> <ul style="list-style-type: none"> 0. Saya merasa tidak kelihatan jelek daripada sebelumnya 1. Saya merasa cemas jika saya kelihatan tua dan tidak menarik

	<p>2. Saya merasa ada perubahan pada penampilan saya yang membuat saya kelihatan tidak menarik</p> <p>3. Saya memang kelihatan tidak menari lagi</p>
15	<p>Apakah sekarang bapak / ibu masih dapat bekerja?</p> <p>0. Saya dapat bekerja dengan baik seperti sebelumnya</p> <p>1. Saya membutuhkan motivasi untuk mulai mengerjakan sesuatu</p> <p>2. Saya harus memaksakan diri untuk dapat mengerjakan sesuatu</p> <p>3. Saya sama sekali tidak dapat mengerjakan pekerjaan</p>
16	<p>Apakah sekarang bapak / ibu dapat tidur nyenyak?</p> <p>0. Saya dapat tidur nyenyak seperti biasanya</p> <p>1. Saya tidak dapat tidur dengan nyenyak seperti sebelumnya</p> <p>2. Saya bangun 2-3 jam lebih awaldari biasanya dan susah untuk tidur kembali</p> <p>3. Saya bangun beberapa jam lebih awal dari biasanya dan tidak dapat tidur kembali</p>
17	<p>Apakah sekarang bapak / ibu merasa lelah?</p> <p>0. Saya tidak merasa lelah</p> <p>1. Saya mudah lelah dari biasanya</p> <p>2. Saya selalu merasa lelah dalam mengerjakan segala sesuatu</p> <p>3. Saya merasa terlalu lelah untuk mengerjakan apa saja</p>
18	<p>Bagaimana nafsu makan bapak / ibu?</p> <p>0. Nafsu makan saya masih seperti biasanya</p> <p>1. Nafsu makan saya tidak sebesar biasanya</p> <p>2. Sekarang nafsu makan saya jauh lebih berkurang</p> <p>3. Saya tidak mempunyai nafsu makan sama sekali</p>
19	<p>Bagaimana berat badan bapak / ibu sekarang?</p> <p>0. Saya tidak banyak kehilangan berat badan</p> <p>1. Saya kehilangan badan 2,5 kg lebih</p> <p>2. Saya telah kehilangan berat badan 5 kg lebih</p> <p>3. Saya telah kehilangan berat 7,5 kg lebih.</p>
20	<p>Apakah bapak / ibu mencemaskan kesehatan?</p> <p>0. Saya tidak mencemaskan kesehatan saya</p> <p>1. Saya cemas akan masalah kesehatan fisik saya, seperti rasa nyeri</p> <p>2. saya sangat cemas akan masalah fisik saya</p> <p>3. Saya begitu cemas akan kesehatan fisik saya sehingga saya tidak dapat berpikir mengenai hal-hal lain.</p>
21	<p>Apakah sekarang bapak / ibu merasa ada perubahan dalam sex?</p> <p>0. Saya tidak merasa ada perubahan terhadap sex</p> <p>1. Saya kurang berminat terhadap seks dibandingkan dengan biasanya</p> <p>2. Sekarang saya sangat kurang berminat terhadap seks</p> <p>3. Saya sama sekali kehilangan minat terhadap seks</p>
Total :	


PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI SELATAN
BADAN KOORDINASI PENANAMAN MODAL DAERAH
UNIT PELAKSANA TEKNIS - PELAYANAN PERIZINAN TERPADU
(UPT - P2T)

Nomor : 1250/S.01.P/P2T/02/2016
Lampiran :
Perihal : Izin Penelitian

Kepada Yth.
Walikota Makassar

di-
Tempat

Berdasarkan surat Ketua STIK STELLA MARIS Makassar Nomor : 114/STIK-SM/S-1078/II/2016 tanggal 24 Februari 2016 perihal tersebut diatas, mahasiswa/peneliti dibawah ini:

Nama : **BALBINA ONGIRWALU / NATALIA PAKOMBONG**
Nomor Pokok : C1214201008 / C1214201039
Program Studi : Keperawatan
Pekerjaan/Lembaga : Mahasiswa(S1)
Alamat : Jl. Maipa No.19, Makassar

Bermaksud untuk melakukan penelitian di daerah/kantor saudara dalam rangka penyusunan Skripsi, dengan judul :

" HUBUNGAN KEMAMPUAN AKTIVITAS KEHIDUPAN SEHARI-HARI DENGAN TINGKAT DEPRESI PADA PASIEN STROJE DI PUSKESMAS KASSI-KASSI MAKASSAR DAN PUSKESMAS BATUA RAYA MAKASSAR "

Yang akan dilaksanakan dari : Tgl. 25 Februari s/d 25 Maret 2016

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, pada prinsipnya kami *menyetujui* kegiatan dimaksud dengan ketentuan yang tertera di belakang surat izin penelitian.

Demikian Surat Keterangan ini diberikan agar dipergunakan sebagaimana mestinya.

Diterbitkan di Makassar
Pada tanggal : 24 Februari 2016

A.n. GUBERNUR SULAWESI SELATAN
KEPALA BADAN KOORDINASI PENANAMAN MODAL DAERAH
PROVINSI SULAWESI SELATAN
Sebagai Administrator Pelayanan Perizinan Terpadu



A. N. YAMIN. SE., MS.
Pangkat : Pembina Utama Madya
Nip : 19610513 199002 1 002

Tembusan Yth

1. Ketua STIK STELLA MARIS Makassar di Makassar;
2. Perihal



PEMERINTAH KOTA MAKASSAR
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

Jalan Ahmad Yani No 2 Makassar 90111
Telp +62411 – 3615867 Fax +62411 – 3615867
Email : Kesbang@makassar.go.id Home page : <http://www.makassar.go.id>



Makassar, 29 Februari 2016

Nomor : 070 /S&2 -II/BKBP/II/2016
Sifat :
Perihal : Izin Penelitian

Kepada
Yth. KEPALA DINAS KESEHATAN
KOTA MAKASSAR

Di –
MAKASSAR

Dengan Hormat,

Menunjuk Surat dari Kepala Badan Koordinasi Penanaman Modal Daerah Provinsi Sulawesi Selatan Nomor : 1250/S.01.P/P2T/02/2016, Tanggal 24 Februari 2016, Perihal tersebut diatas, maka bersama ini disampaikan kepada Bapak bahwa :

Nama : **BALBINA ONGIRWALU / NATALIA PAKOMBONG**
NIM/ Jurusan : C1214201008/ C1214201039/ Keperawatan
Pekerjaan : Mahasiswa (S1)
Alamat : Jl. Maipa No. 19, Makassar
Judul : **"HUBUNGAN KEMAMPUAN AKTIVITAS KEHIDUPAN SEHARI-HARI DENGAN TINGKAT DEPRESI PADA PASIEN STROJE DI PUSKESMAS KASSI-KASSI MAKASSAR DAN PUSKESMAS BATUA RAYA MAKASSAR"**

Bermaksud mengadakan *Penelitian* pada Instansi / Wilayah Bapak, dalam rangka *Penyusunan Skripsi* sesuai dengan judul di atas, yang akan dilaksanakan mulai tanggal **25 Februari s/d 25 Maret 2016**.

Sehubungan dengan hal tersebut, pada prinsipnya kami dapat **menyetujui dengan memberikan surat rekomendasi izin penelitian ini** dan harap diberikan bantuan dan fasilitas seperlunya.

Demikian disampaikan kepada Bapak untuk dimaklumi dan selanjutnya yang bersangkutan melaporkan hasilnya kepada Walikota Makassar Cq. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik.

A.n. WALIKOTA MAKASSAR
KEPALA BADAN KESBANG DAN POLITIK
Ub. KABID. HUBUNGAN ANTAR LEMBAGA


Drs. AKHMAD NAMSU, MM.

Pangkat : Penata

NIP : 196705242006041004



PEMERINTAH KOTA MAKASSAR DINAS KESEHATAN



Jl. Teduh Bersinar No. 1 Telp. (0411) 881549 Fax (0411) 887710 Makassar 90221
email: dinkeskotamakassar@yahoo.co.id home page: dinkeskotamakassar.net

Nomor : 440/407 /PSDK/II/2016
Lamp. :
Hal : Izin Penelitian

Kepada Yth.

1. Kepala Puskesmas Kassi-Kassi
2. Kepala Puskesmas Batua

Di
Makassar

Sehubungan dengan surat dari Badan Kesatuan Bangsa dan Kesatuan Politik No. 070/583-II/BKBP/II/2016, Tanggal 24 Februari 2016, perihal tersebut di atas, maka bersama ini disampaikan kepada saudara bahwa :

Nama : ANITA MERIANY LAYUK/NURUL FITRIANI TASMAN
NiP : C1214201003/C1211201042 KEPERAWATAN
Instansi : MAHASISWA (S1)
Judul : "HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN TINGKAT DEFRESI PASIEN STROKE DI PUSKESMAS KASSI-KASSI DAN PUSKESMAS BATUA MAKASSAR"

Akan melaksanakan penelitian di wilayah kerja saudara dalam rangka "Penyusunan Skripsi" sesuai dengan judul di atas, yang akan dilaksanakan mulai tanggal 26 Februari s/d 30 Maret 2016. Oleh karena itu, mohon kiranya dapat diberikan bantuan seperlunya.

Demikian disampaikan atas kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Makassar, 25 Februari 2016


MADYU A. NAISYAH T. AZIKIN, M.Kes
Pangkat : Pembina Utama Muda
NIP.19601014 198903 2 001

Tembusan:
1. Yang Bersangkutan
2. Arsip



DINAS KESEHATAN KOTA MAKASSAR
PUSKESMAS BATUA
Jl. Abdullah Dg. Sirua No.338 Makassar



SURAT KETERANGAN
NO: 014/PKM/BTA/III/2016

Yang bertanda tangan di bawah ini, Kordinator Penelitian Puskesmas Batua Kota Makassar dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : **BALBINA ONGIRWALU**
NIM : **C1214201008**
Nama : **NATALIA PAKOMBONG**
NIM : **C1214201039**
Fakultas/Jurusan : **S1 KEPERAWATAN**
Institusi : **STIK STELLA MARIS MAKASSAR**

Telah melaksanakan penelitian di Puskesmas Batua Kota Makassar pada tanggal 29 Pebruari s/d 11 Maret 2016 dengan judul :

" HUBUNGAN AKTIVITAS KEHIDUPAN SEHARI-HARI DENGAN TINGKAT DEPRESI PADA PASIEN STROKE DI PUSKESMAS BATUA MAKASSAR "

Demikian surat keterangan ini diberikan untuk digunakan seperlunya.

Makassar, 14 Maret 2016
Koord. Penelitian Puskesmas Batua,
PUSKESMAS
BATUA
Rangudin SKM.S.Kep.M.Kes
NIP. 19670405 198803 1 017

Umur Responden

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
42 - 49	6	20,0	20,0	20,0
50 - 57	3	10,0	10,0	30,0
58 - 65	8	26,7	26,7	56,7
Valid 66 - 73	8	26,7	26,7	83,3
74 - 81	3	10,0	10,0	93,3
82-90	2	6,7	6,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Jenis Kelamin

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Laki=laki	16	53,3	53,3	53,3
Valid Perempuan	14	46,7	46,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Pekerjaan responden

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Tidak Ada	3	10,0	10,0	10,0
IRT	11	36,7	36,7	46,7
Pensiunan	5	16,7	16,7	63,3
Valid Pedagang	3	10,0	10,0	73,3
Buruh	2	6,7	6,7	80,0
PNS	6	20,0	20,0	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Pendidikan Responden

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
SD	1	3,3	3,3	3,3
SMP	5	16,7	16,7	20,0
SMA	13	43,3	43,3	63,3
Valid D3	2	6,7	6,7	70,0
S1	9	30,0	30,0	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kemampuan * tingkatdepresi	30	100,0%	0	0,0%	30	100,0%

Kemampuan * tingkatdepresi Crosstabulation

			tingkatdepresi			Total
			depresi ringan	depresi sedang	depresi berat	
Kemampuan	Mandiri	Count	12	1	0	13
		Expected Count	5,2	4,3	3,5	13,0
		% within Kemampuan	92,3%	7,7%	0,0%	100,0%
		% within tingkatdepresi	100,0%	10,0%	0,0%	43,3%
	% of Total	40,0%	3,3%	0,0%	43,3%	
	ketergantungan sedang	Count	0	6	1	7
		Expected Count	2,8	2,3	1,9	7,0
		% within Kemampuan	0,0%	85,7%	14,3%	100,0%
		% within tingkatdepresi	0,0%	60,0%	12,5%	23,3%
	% of Total	0,0%	20,0%	3,3%	23,3%	
	ketergantungan berat	Count	0	3	7	10
		Expected Count	4,0	3,3	2,7	10,0
% within Kemampuan		0,0%	30,0%	70,0%	100,0%	
% within tingkatdepresi		0,0%	30,0%	87,5%	33,3%	
% of Total	0,0%	10,0%	23,3%	33,3%		
Total	Count	12	10	8	30	
	Expected Count	12,0	10,0	8,0	30,0	
	% within Kemampuan	40,0%	33,3%	26,7%	100,0%	
	% within tingkatdepresi	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
% of Total			40,0%	33,3%	26,7%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	34,962 ^a	4	,000
Likelihood Ratio	40,101	4	,000
Linear-by-Linear Association	22,704	1	,000
N of Valid Cases	30		

a. 8 cells (88,9%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,87.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
ketergantungan * depresi2	30	100,0%	0	0,0%	30	100,0%

ketergantungan * depresi2 Crosstabulation

		depresi2		Total	
		depresi ringan	depresi sedang+depresi berat		
ketergantungan	mandiri	Count	12	1	13
		Expected Count	5,2	7,8	13,0
		% within ketergantungan	92,3%	7,7%	100,0%
		% within depresi2	100,0%	5,6%	43,3%
		% of Total	40,0%	3,3%	43,3%
		Count	0	17	17
		Expected Count	6,8	10,2	17,0
		% within ketergantungan sedang+ketergantungan berat	0,0%	100,0%	100,0%
		% within depresi2	0,0%	94,4%	56,7%
		% of Total	0,0%	56,7%	56,7%
Total		Count	12	18	30
		Expected Count	12,0	18,0	30,0
		% within ketergantungan	40,0%	60,0%	100,0%
		% within depresi2	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	40,0%	60,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)

Pearson Chi-Square	26,154 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^b	22,449	1	,000		
Likelihood Ratio	33,330	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	25,282	1	,000		
N of Valid Cases	30				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,20.

b. Computed only for a 2x2 table