

**DUKUNGAN KELUARGA DAN KEMANDIRIAN *ACTIVITY DAILY LIVING*
DALAM PENURUNAN DEPRESI PASCA *STROKE***

**FAMILY SUPPORT AND *ACTIVITY DAILY LIVING* INDEPENDENCE IN
DECREASING POST-*STROKE* DEPRESSION**

Ria Wahyu Kristyanti
Erlin Kurnia
STIKES RS. Baptis Kediri
(stikesbaptisjurnal@gmail.com)

ABSTRAK

Pasien pasca *stroke* mengalami depresi dan memiliki ketergantungan dalam pemenuhan *activity daily living* (ADL). Tujuan penelitian adalah menganalisis pengaruh dukungan keluarga dan tingkat kemandirian dalam ADL terhadap tingkat depresi pada pasien pasca *stroke*. Desain penelitian adalah *cross sectional*. Populasi penelitian semua pasien pasca *stroke* di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Baptis Kediri. Sampel 96 responden, menggunakan *purposive sampling*. Variabel independen dukungan keluarga dan tingkat kemandirian ADL, variabel dependen tingkat depresi. Instrumen menggunakan wawancara terstruktur. Analisis data menggunakan uji statistik *Wilcoxon* $\alpha \leq 0,05$. Hasil penelitian dukungan keluarga baik (69,8%) dan tingkat kemandirian kurang tergantung (52,1%), tingkat depresi sedang (56,3%). Hasil uji statistik $p=0,000$ pada semua hubungan variabel dependen independen yang artinya dukungan keluarga dan kemandirian ADL berhubungan dengan tingkat depresi pada pasien pasca *stroke*. Disimpulkan dukungan keluarga dan tingkat kemandirian ADL baik berhubungan dengan penurunan tingkat depresi.

Kata kunci : Dukungan keluarga, ADL, depresi, pasien pasca *stroke*.

ABSTRACT

Patients with post-stroke depression and a dependence in the fulfillment Activity Daily Living (ADL). Objective was to analyze the influence of family support and independence in ADL toward depression level to patients with post-stroke. Research design was cross-sectional. Population was all patients with post-stroke in Outpatient Installation of Kediri Baptist Hospital. The samples were 96 respondents using purposive sampling. Independent variable was family support and independence ADL; dependent variable was the level of depression. Data was collected using a structured interview, and then analyzed using the Wilcoxon statistical test with a significance level of $\alpha \leq 0.05$. The results family support obtained good (69.8%), less depending of independence level was (52.1%), moderate depression level (56.3%). Results of statistical tests $p=0.000$ in all relationships dependent variable independent means and family support ADL independence associated with the level of depression in post-stroke patients. Concluded family support and good levels of ADL independence associated with decreased levels of depression.

Keywords: family support, ADL, depression, patients post-stroke

Pendahuluan

Stroke merupakan penyebab kecacatan nomor satu di dunia dan penyebab kematian nomor tiga di dunia. (George, 2009). Penelitian membuktikan bahwa pada pasien *stroke* selain gejala kelainan saraf (misalnya kelumpuhan alat gerak ataupun otot muka dan sebagainya), juga ditemukan gangguan mental-emosional misalnya depresi. Gejala depresi yang ditimbulkan sebagai akibat lesi (kerusakan) pada susunan saraf pusat otak dan bisa juga akibat dari gangguan penyesuaian (*adjustment disorder*) karena hendaya (*impairment*) fisik dan kognitif pasca *stroke* (Hawari, 2006). Suatu penelitian mengatakan bahwa pada pasien pasca *stroke* yang mengalami depresi akan terjadi peningkatan persentase angka kematiannya. Bahkan, pada pasien yang lebih muda dan yang tidak mempunyai penyakit kronis yang mengalami depresi dibanding dengan pasien pasca *stroke* yang mengalami depresi angka kematian tetap tinggi pada pasien depresi pasca *stroke*. Kejadian depresi ini bisa terjadi karena berkurangnya tingkat kemandirian pasien *stroke* akibat kelemahan sehingga pasien *stroke* mengalami gangguan dalam beraktivitas. Keluarga sangat berpengaruh dalam meningkatkan kemampuan *Activity Daily Living* pada pasien *stroke*, supaya pasien *stroke* tidak mengalami depresi. Oleh karena itu dukungan keluarga sangat berpengaruh untuk kesembuhan pasien *stroke*.

Angka kematian akibat *stroke* dari tahun ke tahun meningkat. Dampak yang mengkhawatirkan, *stroke* saat ini tidak hanya menyerang orang tua saja, melainkan juga menyerang kaum muda. Menurut data Riset Kesehatan Dasar tahun 2008, jumlah penderita *stroke* mencapai 8,3 per 1.000 populasi di Indonesia, dengan populasi sekitar 211 juta jiwa, berarti terdapat sekitar 1,7 juta penderita *stroke* di Indonesia. Pada tahun 2020 diperkirakan penderita *stroke* meningkat menjadi 7,6 juta. Berdasarkan data Rumah Sakit Baptis Kediri pada bulan Juli sampai September tahun 2012 didapatkan jumlah

penderita *stroke* di Instalasi Rawat Jalan sejumlah 573 pasien.

Peningkatan jumlah penderita *stroke* akan menimbulkan masalah, salah satunya masalah gangguan mental-emosional yaitu depresi. Depresi biasa terjadi dan merupakan masalah yang serius pada pasien *stroke*. Depresi merupakan salah satu bentuk gangguan kejiwaan pada alam perasaan (*affective or mood disorder*) yang terjadi pada pasien *stroke* (Hawari, 2006). Depresi bisa terjadi pada penderita *stroke* di sebabkan karena gangguan penyesuaian dan kerusakan pada susunan saraf. Prevalensi depresi pada pasien *stroke* mencapai 40%-60% dalam 6 bulan pertama sesudah terjadinya *stroke* (Hawari, 2006). Depresi pada pasien *stroke* dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor, antara lain faktor neurobiologik dan faktor psikologik. Pendekatan keluarga sangat diperlukan dalam penatalaksanaan depresi pada pasien *stroke* yaitu dengan memberikan dukungan pada pasien. Dukungan dari keluarga akan membantu pasien *stroke* dalam menjalani kebutuhan aktivitas sehari-hari termasuk membantu kemandirian pasien *stroke*. Kebutuhan akan dukungan dan perhatian dari keluarga berlangsung sepanjang hidup sehingga jika pasien tidak mendapat dukungan mereka akan mengalami episode manik atau episode depresif berat dari depresi yaitu peningkatan aktivitas, lebih banyak bicara, rasa harga diri melambung, berkurangnya kebutuhan tidur, kurang nafsu makan, hilangnya kesenangan, tidak semangat, merasa tidak berguna, dan hal yang membahayakan penderita depresi adalah pikiran tentang kematian dan rasa ingin mati atau usaha bunuh diri (Hawari, 2006).

Gangguan depresi bervariasi dan diklasifikasikan menurut jumlah dari penyebab, keparahan dan durasi gejala dan cara menanggulangi depresi pada pasien *stroke* berbeda-beda sesuai dengan keadaan pasien. Namun dengan dukungan dari keluarga sangatlah membantu dalam mencegah dan mengatasi depresi pada pasien *stroke*. Keluarga dapat menolong terus – menerus untuk mendukung pasien dan memberikan pujian untuk kemajuan

yang dicapai. Dukungan keluarga dapat diwujudkan dengan memberikan perhatian atau peduli, memberikan pertolongan, memberikan dorongan, memberikan semangat, memberikan informasi atau pengetahuan dan sebagainya (Stuart, 2009). Jadi dengan adanya dukungan keluarga pada pasien *stroke*, akan membantu kemandirian kebutuhan aktivitas sehari-hari dan memberikan kekuatan pada pasien *stroke* dalam menjalani masa perawatan dan pengobatan. Dari uraian di atas, maka penulis perlu untuk meneliti pengaruh dukungan keluarga dan tingkat kemandirian dalam *Activity Daily Living* terhadap tingkat depresi pada pasien pasca *stroke* di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Baptis Kediri.

Metodologi Penelitian

Desain penelitian yang digunakan adalah penelitian *Cross Sectional*. Penelitian *Cross Sectional* yaitu jenis penelitian yang menekankan waktu pengukuran atau observasi data variabel independen dan dependen hanya satu kali pada satu saat (Nursalam, 2008). Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien pasca *stroke* di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Baptis Kediri rata-rata pasien pasca *stroke* di Instalasi Rawat Jalan per bulan adalah 191 orang. Besar sampel dalam penelitian ini adalah 96 responden di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Baptis Kediri yang memenuhi kriteria inklusi. Teknik sampling yang digunakan adalah *Purposive Sampling* yaitu pemilihan sampling dengan cara memilih sampel diantara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti, sehingga sampel mewakili karakteristik dari populasi sebenarnya (Nursalam 2003). Pada penelitian ini peneliti mengumpulkan data dengan menggunakan wawancara terstruktur langsung pada responden yang bersedia diteliti. Pengambilan data dilakukan pada tanggal 28 Pebruari 2013-27 Maret 2013 di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Baptis Kediri, khususnya

pada klinik syaraf. Setelah data dari hasil kuesioner terkumpul, kemudian data diolah dan kemudian diuji menggunakan Uji *Wilcoxon* dengan *software* komputer

Hasil Penelitian

Data Umum

Data umum responden pasien pasca *stroke* di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Baptis Kediri dapat diuraikan sebagai berikut: Karakteristik responden pada penelitian ini 58,3% pasien laki-laki dengan usia lebih 50 % (59,4%) usia ≥ 56 tahun, pendidikan cukup (SMP: 30,2%), dengan pekerjaan sebagai swasta (37,5%) dan lama menderita *stroke* paling banyak 1 sampai kurang dari 3 tahun (43,7%).

Data Khusus

Pada bagian ini akan disajikan hasil pengumpulan data di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Baptis Kediri mengenai dukungan keluarga dan tingkat kemandirian ADL terhadap tingkat depresi pada pasien pasca *stroke*.

Tabel 1 Dukungan Keluarga Pasien Pasca *Stroke* di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Baptis Kediri

Dukungan Keluarga	F	%
Kurang	0	0
Sedang	29	30,2
Baik	67	69,8
Jumlah	96	100

Berdasarkan tabel 1 memperlihatkan bahwa sebagian besar responden dengan dukungan keluarga yang baik dan sedang. Hal ini menunjukkan peran keluarga sangat memperhatikan kondisi pasien *stroke*.

Tabel 2 Tingkat Kemandirian Pasien Pasca *Stroke* di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Baptis Kediri

Tingkat Kemandirian	F	%
Total	4	4,2
Sangat Tergantung	4	4,2
Menengah	19	19,7
Kurang Tergantung	50	52,1
Minimal	15	15,6
Mandiri	4	4,2
Jumlah	96	100

Berdasarkan tabel 2 menunjukkan bahwa lebih dari 50% responden dengan tingkat kemandirian kurang tergantung (52,1%), di mana pasien/responden masih mampu memenuhi kebutuhan dasar dengan bantuan sedang dari orang lain.

Tabel 3 Tingkat Depresi pada Pasien Pasca *Stroke* di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Baptis Kediri

Tingkat Depresi	F	%
Ringan	21	21,9
Sedang	54	56,2
Berat	21	21,9
Berat Sekali	0	0
Jumlah	96	100

Berdasarkan tabel 3 menunjukkan bahwa lebih dari 50% responden dengan tingkat depresi sedang. Kondisi perubahan fisiologis pada pasien stroke salah satu sumber depresi.

Tabel 4 Tabulasi Silang Dukungan Keluarga terhadap Tingkat Depresi pada Pasien Pasca *Stroke* di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Baptis Kediri

Dukungan Keluarga	Tingkat Depresi						Total	
	Ringan		Sedang		Berat		F	%
	F	%	F	%	F	%		
Kurang	0	0	0	0	0	0	0	0
Sedang	5	17,2	16	55,2	8	27,6	29	100
Baik	16	23,9	38	56,7	13	19,4	67	100
Total	21	21,9	54	56,2	21	21,9	96	100

Uji Wilcoxon $p = 0,000$ $Z = 6,168$

Hasil dari tabulasi silang pada tabel 4 dapat dilihat bahwa dari 96 responden, didapatkan dukungan keluarga sedang dengan depresi sedang (55,2%) dan dukungan baik dengan depresi sedang (56,7%). Analisis menggunakan Wilcoxon bahwa $\alpha \leq 0,05$ didapatkan $p = 0,000$, dimana $p < \alpha$ yang berarti H_0 ditolak dan H_{a1} diterima. Jadi ada pengaruh yang signifikan antara dukungan keluarga terhadap tingkat depresi pada pasien pasca *stroke* di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Baptis Kediri. Angka tabel Z adalah 6,168 berarti memiliki perbedaan bermakna atau hubungan yang kuat. Angka tabel Z bernilai negatif bahwa kedua variabel menunjukkan arah hubungan yang berlawanan arah. Hal ini menegaskan bahwa semakin baik dukungan keluarga maka semakin rendah tingkat depresi pasien.

Tabel 5 Tabulasi Silang Tingkat Kemandirian terhadap Tingkat Depresi pada Pasien Pasca *Stroke* di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Baptis Kediri

Tingkat Kemandirian	Tingkat Depresi						Total	
	Ringan		Sedang		Berat		F	%
	F	%	F	%	F	%		
Total	0	0	0	0	4	100	4	100
Sangat Tergantung	0	0	3	75	1	25	19	100
Menengah	0	0	6	31,6	13	68,4	50	100
Kurang Tergantung	6	12,0	42	84,0	2	4,0	15	100
Minimal	12	80,0	2	13,3	1	6,7	4	100
Mandiri	3	75,0	1	25,0	0	0	96	100
Total	21	21,9	54	56,2	21	21,9	4	100

Uji Wilcoxon $p = 0,000$ $Z = 7,303$

Hasil dari tabulasi silang tabel 5 diatas dapat dilihat bahwa dari 96 responden didapatkan tingkat kemandirian total dengan tingkat depresi berat (100%), tingkat kemandirian sangat tergantung dengan tingkat depresi sedang (75%), tingkat kemandirian menengah dengan tingkat depresi berat (68,4%), tingkat kemandirian kurang tergantung dengan tingkat depresi sedang (84%), tingkat kemandirian minimal dengan tingkat depresi ringan (80%), dan tingkat kemandirian mandiri dengan tingkat depresi ringan (75%). Analisis menggunakan *Wilcoxon* bahwa $\alpha \leq 0,05$ didapatkan $p = 0,000$, dimana $p < \alpha$ yang berarti H_0 ditolak dan H_{a1} diterima. Jadi ada pengaruh yang signifikan antara tingkat kemandirian dalam *Activity Daily Living* terhadap tingkat depresi pada pasien pasca *stroke* di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Baptis Kediri. Angka tabel Z adalah 7,303 berarti memiliki perbedaan bermakna tingkat atau hubungan yang kuat. Angka tabel Z bernilai negatif bahwa kedua variabel menunjukkan arah hubungan yang berlawanan arah. Hal ini menegaskan bahwa semakin mandiri tingkat kemandirian pasien pasca *stroke* maka semakin rendah tingkat depresi pasien.

Pembahasan

Dukungan Keluarga pada Pasien Pasca Stroke

Hasil penelitian mengenai dukungan keluarga dari jumlah responden sebanyak 96 orang didapatkan hasil responden dengan dukungan keluarga baik yaitu sebanyak 67 orang (69,8%) dan dukungan keluarga sedang sebanyak 29 orang (30,2%). Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden mendapatkan dukungan keluarga baik.

Secara teoritis dukungan keluarga merupakan dukungan sosial yang bersifat natural yang diberikan oleh keluarga. Dukungan sosial keluarga menjadikan keluarga mampu berfungsi dengan berbagai kepandaian dan akal, sehingga akan meningkatkan kesehatan dan adaptasi mereka dalam kehidupan. Dukungan sosial keluarga adalah sebagai suatu proses hubungan antara keluarga dengan lingkungan sosial (Friedman dalam Setiadi, 2008). Dukungan keluarga yang menyiapkan perawatan bagi anggota keluarga yang memiliki penyakit mental serius, merasa terisolasi, dan sendirian dalam menghadapi masalah (Stuart, 2009). Dukungan keluarga yang diberikan meliputi dukungan instrumental yaitu bertujuan untuk mempermudah seseorang dalam melakukan aktivitasnya berkaitan dengan persoalan-persoalan yang

dihadapinya, atau menolong secara langsung kesulitan yang dihadapi. Dukungan informasional merupakan informasi yang disediakan agar dapat digunakan oleh seseorang dalam menanggulangi persoalan-persoalan yang dihadapi, meliputi pemberian nasehat pengarah, ide-ide atau informasi lainnya yang dibutuhkan dan informasi ini dapat disampaikan kepada orang lain yang mungkin menghadapi persoalan yang sama atau hampir sama. Dukungan penilaian (*appraisal*) sebagai suatu bentuk penghargaan yang diberikan seseorang kepada pihak lain berdasarkan kondisi sebenarnya dari penderita, sedangkan dukungan emosional merupakan dukungan simpatik dan empati, cinta, penghargaan. Sumber dukungan keluarga internal, seperti dukungan dari suami atau istri atau dukungan dari saudara kandung atau dukungan sosial keluarga *eksternal*, (Friedman, 1998 dalam Setiadi, 2008).

Dari hasil penelitian didapatkan responden sebagian besar mendapatkan dukungan keluarga baik. Dukungan keluarga baik yang diberikan oleh keluarga paling banyak keluarga memberikan dukungan instrumental atau fasilitas seperti menyediakan waktu dan fasilitas selama pengobatan, keluarga berperan aktif dalam setiap pengobatan dan perawatan saat sakit, membiayai biaya perawatan atau pengobatan, berusaha mencarikan kekurangan sarana dan peralatan perawatan yang diperlukan. Fasilitas dalam pengobatan yang diberikan

oleh keluarga bermanfaat untuk perawatan dan pengobatan anggota keluarga yang sakit, sehingga pasien pasca *stroke* merasa diperhatikan selama sakit. Selain itu keluarga juga memberikan dukungan penilaian atau penghargaan ditunjukkan bahwa keluarga selalu memberikan pujian dan perhatian, meminta pendapat ketika ada permasalahan, memberi kesempatan untuk memilih fasilitas kesehatan, dan menghormati. Dukungan emosional juga diperlukan oleh pasien agar pasien merasa dicintai dengan keluarga mendampingi dalam setiap perawatan, tetap mencintai dan memperhatikan keadaan pasien selama sakit, memahami yang dirasakan dalam kehidupan sehari-hari, dan meluangkan waktu bersama untuk berkumpul dan bercakap-cakap. Perhatian maupun kehadiran anggota keluarga dalam mendampingi setiap perawatan selama sakit sangat membantu emosional pasien pasca *stroke* untuk lebih termotivasi dalam melakukan perawatan. Keluarga juga merupakan sumber informasi dengan memberikan informasi kepada anggota keluarga yang sakit misal dalam hal membantu tentang hasil pemeriksaan dan pengobatan dari dokter yang merawat, selalu mengingatkan waktu kontrol, minum obat, latihan dan makan, selalu mengingatkan perilaku yang bisa memperburuk penyakitnya, dan membantu untuk menjelaskan hal jika tidak tahu tentang penyakitnya. Menurut hasil yang didapatkan keluarga dalam memberikan dukungan informasi masih kurang. Hal tersebut diakibatkan karena pengetahuan keluarga tentang penyakit masih kurang sehingga keluarga belum maksimal dalam memberikan dukungan berupa informasi kepada anggota keluarga yang sakit. Dukungan yang diberikan keluarga karena keluarga peduli kepada salah satu anggota keluarga yang mengalami sakit, sehingga dengan dukungan keluarga yang diberikan, pasien merasa dihargai dan dicintai.

Tingkat Kemandirian dalam Activity Daily Living pada Pasien Pasca Stroke

Hasil penelitian mengenai tingkat kemandirian dalam *Activity Daily Living* dari jumlah responden sebanyak 96 orang didapatkan hasil responden dengan tingkat kemandirian kurang tergantung sebanyak 50 responden (52,1%), menengah sebanyak 19 responden (19,7%), minimal sebanyak 15 responden (15,6%), mandiri sebanyak 4 responden (4,2%), sangat tergantung sebanyak 4 responden (4,2%), total sebanyak 4 responden (4,2%). Hasil penelitian menunjukkan bahwa lebih dari 50% responden mengalami tingkat kemandirian kurang tergantung.

Kemandirian merupakan fungsi mandiri dan tidak tergantung pada orang lain, seseorang melaksanakan tugasnya dilakukan secara sendiri dan dengan keputusannya sendiri dalam melakukan tindakan dalam rangka memenuhi kebutuhan dasar manusia seperti pemenuhan kebutuhan fisiologis, (Azis, 2007). *Activity Daily Living* mencakup perawatan diri (seperti berpakaian, makan & minum, toileting, mandi, berhias, juga menyiapkan makanan, memakai telephone, menulis, mengelola uang dan sebagainya) dan mobilitas (seperti berguling di tempat tidur, bangun dan duduk, transfer/bergeser dari tempat tidur ke kursi atau dari satu tempat ke tempat lain) (Sugiarto, 2005). Tingkat kemandirian pada pasien pasca *stroke* berhubungan dengan diagnosa medis yang ditetapkan. *Stroke* iskemik (infark atau kematian jaringan) merupakan serangan yang sering terjadi pada usia 50 tahun atau lebih dan terjadi pada malam hingga pagi hari, sedangkan *stroke* hemoragi (perdarahan) serangan sering terjadi pada usia 20-60 tahun dan biasanya timbul setelah beraktivitas fisik atau karena psikologis (Baticaca, 2008). Faktor yang mempengaruhi penurunan *Activities Daily Living* adalah kondisi fisik misalnya penyakit menahun, gangguan mata dan telinga, kapasitas mental, status mental seperti kesedihan dan depresi, penerimaan

terhadap fungsi anggota tubuh, dukungan anggota keluarga (Hadywinoto, 2005).

Dari hasil penelitian didapatkan responden dengan tingkat kemandirian kurang tergantung, dengan karakteristik responden lebih dari 50% responden berumur ≥ 56 tahun sebanyak 29 responden (58%). Sesuai dengan teori serangan *stroke* pada seseorang terjadi pada usia lebih dari 50 tahun atau 50 tahun keatas. Serangan *stroke* yang terjadi bisa menimbulkan dampak pada pasien pasca *stroke*, diantaranya yaitu gangguan kemandirian. Gangguan kemandirian pada pasien pasca *stroke* diakibatkan karena kelemahan sebagian anggota tubuh pasien, sehingga aktivitas pasien terganggu. Lebih dari 50% responden mengalami lama menderita *stroke* 1- < 3 tahun sebanyak 28 responden (56%). Seseorang yang menderita *stroke* dengan rentang sakit 1- < 3 tahun perjalanan sakit masih awal terjadi kelemahan pada sebagian anggota tubuh, sehingga pada saat kontrol atau dalam melakukan kegiatan sehari-hari pasien perlu bantuan.

Hasil wawancara terstruktur pasien mengalami tingkat kemandirian kurang tergantung seperti dalam *personal hygiene* pasien mampu untuk melakukan sendiri tetapi membutuhkan bantuan minimal sebelum dan sesudah kegiatan perlu diperhatikan tentang keamanan, dalam hal mandi pasien perlu diawasi untuk keselamatan, mempersiapkan alat mandi atau dalam berpindah. Pasien dalam hal makan, bisa makan sendiri dengan nampan yang telah disiapkan kecuali bantuan diperlukan dalam memotong daging. Saat pasien pergi ke toilet diperlukan pengawasan untuk keamanan dalam kegiatan toilet, bisa memerlukan pispot di malam hari perlu dibantu untuk membuang dan membersihkannya. Pasien dalam hal naik tangga, perlu pengawasan sesekali berhubungan atas keselamatan oleh kekakuan dipagi hari. Pasien saat berpakaian diperlukan sedikit bantuan dalam mengencangkan pakaian seperti kancing, retsleting, memakai bra membutuhkan waktu tiga kali lebih lama. Pasien dalam mengontrol BAB pasien dapat mengontrol BAB, dalam mengontrol

BAK pasien dapat mengontrol BAK di siang hari dan di malam hari. Pergerakan atau ambulasi biasanya pasien bisa berjalan tetapi dalam jarak tempuh kurang dari 50 meter tanpa bantuan atau pengawasan diperlukan petunjuk atau pengawasan untuk keamanan diperlukan waktu lebih lama untuk mencapai tempat tujuan. Pasien dalam melakukan berpindah ke kursi atau tempat tidur biasanya kehadiran satu orang lain diperlukan untuk memantapkan atau mengawasi berhubungan dengan keselamatan.

Tingkat Depresi pada Pasien Pasca Stroke

Hasil penelitian mengenai tingkat depresi dari jumlah responden sebanyak 96 orang didapatkan hasil responden dengan tingkat depresi sedang yaitu sebanyak 54 orang (56,2%), tingkat depresi ringan sebanyak 21 orang (21,9%), dan tingkat depresi berat sebanyak 21 orang (21,9%). Hasil penelitian menunjukkan bahwa lebih dari 50% responden mengalami tingkat depresi sedang.

Secara teoritis depresi adalah salah satu bentuk gangguan kejiwaan pada alam perasaan (*affective or mood disorder*), yang di tandai dengan kemurungan, kelesuan, ketiadaan gairah hidup, perasaan tidak berguna, putus asa (Hawari, 2006). Depresi umum terjadi dan mungkin diperberat oleh respon alamiah pasien terhadap penyakit katastrofik. Gejala depresi ditimbulkan sebagai akibat lesi (kerusakan) pada susunan saraf pusat otak dan bisa juga akibat dari gangguan penyesuaian (*adjustment disorder*) karena hendaya (*impairment*) fisik dan kognitif pasca *stroke*. Faktor penyebab depresi adalah karena faktor stresor psikososial yang meliputi perkawinan, orangtua, antar pribadi, pekerjaan, lingkungan, keuangan, hukum, perkembangan, penyakit fisik, faktor keluarga, (Hawari, 2006). Depresi yang terjadi pada pasien pasca stroke juga diakibatkan karena faktor neurobiologik dan faktor psikologik (Wicaksana, 2008).

Terdapat tatalaksana depresi yaitu terapi psikologi (psikoterapi suportif dukungan keluarga dan terapi kognitif perilaku), terapi fisik, dan terapi mania (Stuart, 2009).

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan responden dengan tingkat depresi sedang dengan karakteristik responden mengalami lama menderita *stroke* 1-< 3 tahun. Sesuai dengan teori bahwa penyakit *stroke* yang dialami seseorang mempengaruhi terjadinya depresi pada pasien pasca *stroke*. Keparahan depresi pada penderita pasca *stroke* dipengaruhi oleh beberapa fungsi antara lain lokasi lesi di otak, fungsi sosial, individu, sebelum terkena *stroke*. Pada penderita yang selamat dari serangan *stroke* namun menderita depresi cenderung akan lebih sulit mematuhi dalam pengobatan dan minum obat. Pada pasien penderita pasca *stroke* yang mengalami lama menderita *stroke* 1-<3 tahun hal ini dapat mempengaruhi perluasan luka pada jaringan otak pasien, sehingga dampak beberapa pasien yang sembuh dari sakitnya *stroke* (pasca *stroke*) masih meninggalkan sisa gangguan baik secara fisik maupun psikologis. Pada saat penelitian terdapat responden yang mengalami kelemahan pada sebagian ekstremitas tubuh sehingga mengalami kesulitan dalam bicara atau berjalan. Hal tersebut mengakibatkan gangguan penyesuaian pada penderita yang bisa mengakibatkan seorang penderita pasca *stroke* mengalami depresi. Dibuktikan pada hasil wawancara terstruktur paling banyak pasien pasca *stroke* merasa seperti tidak kuat lagi untuk melakukan suatu kegiatan, merasa sedih dan depresi, pesimis, mengalami gangguan alam perasaan seperti pasien tidak dapat melihat hal yang positif dari suatu kejadian, kehilangan minat (misal: makan, ambulasi, dan sosialisasi), merasa diri tidak layak, merasa hidup tidak berharga.

Pengaruh Dukungan Keluarga terhadap Tingkat Depresi pada Pasien Pasca Stroke

Berdasarkan dari hasil analisa data dengan menggunakan uji statistik *Wilcoxon* yang didasarkan taraf kemaknaan yang ditetapkan ($\alpha \leq 0,05$) didapatkan $p = 0,000$ maka H_0 ditolak dan H_{a1} diterima yang artinya ada pengaruh dukungan keluarga terhadap tingkat depresi pada pasien pasca *stroke* di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Baptis Kediri. Terdapat lebih dari 50% dukungan keluarga baik dengan tingkat depresi sedang sebanyak 38 orang (56,7%), dukungan keluarga sedang dengan tingkat depresi sedang sebanyak 16 orang (55,2%), dukungan keluarga baik dengan tingkat depresi ringan sebanyak 16 orang (23,9%), dukungan keluarga baik dengan tingkat depresi berat sebanyak 13 orang (19,4%), dukungan keluarga sedang dengan tingkat depresi berat sebanyak 8 orang (27,6%), dukungan keluarga sedang dengan tingkat depresi ringan sebanyak 5 orang (17,2%).

Dukungan keluarga merupakan dukungan sosial yang bersifat natural yang diberikan oleh keluarga. Dukungan sosial keluarga menjadikan keluarga mampu berfungsi dengan berbagai kepandaian dan akal, sehingga akan meningkatkan kesehatan dan adaptasi mereka dalam kehidupan. Dukungan keluarga yang menyiapkan perawatan bagi anggota keluarga yang memiliki penyakit mental serius, merasa terisolasi, dan sendirian dalam menghadapi masalah (Stuart, 2009). Dukungan keluarga yang diberikan meliputi dukungan instrumental, informasional, dukungan penilaian (*appraisal*), dan dukungan emosional. Dukungan keluarga merupakan salah satu tatalaksana untuk mencegah atau mengurangi kejadian depresi pada pasien pasca *stroke*. Depresi adalah salah satu bentuk gangguan kejiwaan pada alam perasaan (*affective or mood disorder*), yang di tandai dengan kemurungan, kelesuan, ketiadaan gairah hidup, perasaan tidak berguna, putus asa (Hawari, 2006).

Depresi umum terjadi dan mungkin diperberat oleh respon alamiah pasien terhadap penyakit katastropik. Gejala depresi ditimbulkan sebagai akibat lesi (kerusakan) pada susunan saraf pusat otak dan bisa juga akibat dari gangguan penyesuaian (*adjustment disorder*) karena hendaya (*impairment*) fisik dan kognitif pasca *stroke* (Hawari, 2006). Faktor penyebab depresi adalah karena faktor stresor psikososial yang meliputi perkawinan, orangtua, antar pribadi, pekerjaan, lingkungan, keuangan, hukum, perkembangan, penyakit fisik, faktor keluarga (Hawari, 2006). Depresi yang terjadi pada pasien pasca *stroke* juga diakibatkan karena faktor neurobiologik yaitu kerusakan anatomik dan vaskularisasi di otak yang mengakibatkan ketidakseimbangan neurotransmitter yang langsung menyebabkan gangguan perilaku dan emosional (depresi). Sedangkan faktor psikologik yaitu stresor yang bersifat "kehilangan" (*loos of-love object*). Kehilangan kegagahan, kebebasan bergerak, aktivitas yang menggembirakan dan memuaskan, kemandirian, kewibawaan, daya pikir, ketrampilan teknis (Wicaksana, 2008).

Hasil penelitian ini sebagian besar pasien pasca *stroke* mendapat dukungan keluarga baik dan tingkat depresi sedang sebanyak 56,7%. Hal ini dibuktikan bahwa dukungan yang diberikan oleh keluarga dapat mengurangi tingkat depresi pada pasien pasca *stroke*. Dukungan yang diberikan merupakan kepedulian dari anggota keluarga, keikutsertaan keluarga dalam perawatan pasien pasca *stroke*, dan bantuan yang berupa materi seperti biaya pengobatan. Bukan hanya materi yang diberikan melainkan perhatian dan kecintaan keluarga pada pasien pasca *stroke* yang mempengaruhi terjadinya depresi pada pasien pasca *stroke*. Dibuktikan dengan wawancara terstruktur pasien merasakan dukungan keluarga baik yang diberikan oleh keluarga paling banyak keluarga memberikan dukungan instrumental atau fasilitas seperti menyediakan waktu dan fasilitas selama pengobatan, keluarga berperan aktif dalam setiap pengobatan dan perawatan saat

sakit, membiayai biaya perawatan atau pengobatan, berusaha mencarikan kekurangan sarana dan peralatan perawatan yang diperlukan. Keluarga juga memberikan dukungan penilaian atau penghargaan ditunjukkan bahwa keluarga selalu memberikan pujian dan perhatian, meminta pendapat ketika ada permasalahan, memberi kesempatan untuk memilih fasilitas kesehatan, dan menghormati. Dukungan emosional juga diperlukan oleh pasien, agar pasien merasa dicintai, keluarga mendampingi dalam setiap perawatan, tetap mencintai dan memperhatikan keadaan pasien selama sakit, memahami yang dirasakan dalam kehidupan sehari-hari, dan meluangkan waktu bersama untuk berkumpul dan bercakap-cakap. Keluarga juga merupakan sumber informasi dengan memberikan informasi kepada anggota keluarga yang sakit misal dalam hal membantu tentang hasil pemeriksaan dan pengobatan dari dokter yang merawat, selalu mengingatkan waktu kontrol, minum obat, latihan dan makan, selalu mengingatkan perilaku yang bisa memperburuk penyakitnya, dan membantu untuk menjelaskan hal jika tidak tau tentang penyakitnya. Pasien pasca *stroke* bisa mengalami gangguan alam perasaan seperti depresi. Lebih dari 50% pasien pasca *stroke* mengalami depresi sedang. Dibuktikan dengan hasil wawancara terstruktur didapatkan pasien tidak dapat melihat hal yang positif dari suatu kejadian, merasa seperti tidak kuat lagi untuk melakukan suatu kegiatan, pesimis, merasa sedih dan depresi, kehilangan minat (misal: makan, ambulasi, dan sosialisasi), merasa diri tidak layak, merasa hidup tidak berharga. Dukungan keluarga yang baik yang diberikan oleh anggota keluarga sangat membantu untuk memperingan depresi yang terjadi pada pasien pasca *stroke*. Semakin baik dukungan keluarga yang diberikan semakin rendah tingkat depresi pasien.

Pengaruh Tingkat Kemandirian dalam Activity Daily Living terhadap Tingkat Depresi pada Pasien Pasca

Berdasarkan dari hasil analisa data dengan menggunakan uji statistik *Wilcoxon* yang didasarkan taraf kemaknaan yang ditetapkan ($\alpha \leq 0,05$) didapatkan $p = 0,000$ maka H_0 ditolak dan H_{a2} diterima yang artinya ada pengaruh tingkat kemandirian dalam *Activity Daily Living* terhadap tingkat depresi pada pasien pasca *stroke* di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Baptis Kediri. Terdapat sebagian besar tingkat kemandirian kurang tergantung dengan tingkat depresi sedang sebanyak 42 orang (84%), tingkat kemandirian menengah dengan tingkat depresi berat sebanyak 13 orang (68,4%), tingkat kemandirian minimal dengan tingkat depresi ringan sebanyak 12 orang (80%), tingkat kemandirian menengah dengan tingkat depresi sedang sebanyak 6 orang (31,6%), tingkat kemandirian kurang tergantung dengan tingkat depresi ringan sebanyak 6 orang (12%), tingkat kemandirian total dengan tingkat kemandirian berat sebanyak 4 orang (100%), tingkat kemandirian sangat tergantung dengan tingkat depresi sedang sebanyak 3 orang (75%), tingkat kemandirian mandiri dengan tingkat depresi ringan sebanyak 3 orang (75%), tingkat kemandirian kurang tergantung dengan tingkat depresi berat sebanyak 2 orang (4%), tingkat kemandirian sangat tergantung dengan tingkat depresi berat sebanyak 1 orang (25%), tingkat kemandirian minimal dengan tingkat depresi berat sebanyak 1 orang (6,7%), tingkat kemandirian mandiri dengan tingkat depresi sedang sebanyak 1 orang (25%).

Secara teoritis kemandirian merupakan fungsi mandiri dan tidak tergantung pada orang lain, dimana seseorang melaksanakan tugasnya dilakukan secara sendiri dengan keputusan sendiri dalam melakukan tindakan dalam rangka memenuhi kebutuhan dasar manusia seperti pemenuhan kebutuhan fisiologis, (Azis, 2007). *Activity Daily*

Living mencakup perawatan diri (seperti berpakaian, makan dan minum, *toileting*, mandi, berhias, juga menyiapkan makanan, memakai telepon, menulis, mengelola uang dan sebagainya) dan mobilitas (seperti berguling di tempat tidur, bangun dan duduk, transfer atau bergeser dari tempat tidur ke kursi atau dari satu tempat ke tempat lain), (Sugiarto, 2005). Seseorang yang terserang penyakit *stroke* mayoritas akan mengalami kelumpuhan sebagian ekstremitas tubuhnya. Kecenderungan terjadinya depresi pada pasien *stroke* diakibatkan karena faktor neurobiologik yaitu kerusakan pada daerah anatomik dan vaskularisasi yang ada di otak yang mengakibatkan adanya ketidakseimbangan neurotransmitter sehingga langsung menyebabkan terjadinya gangguan perilaku dan emosional (depresi). Sedangkan faktor psikologik yaitu stresor yang bersifat "kehilangan" (*loos of-love object*). Kehilangan dapat berupa kehilangan kegagahan, kebebasan bergerak, aktivitas yang menggembirakan dan memuaskan, kemandirian, kewibawaan, daya pikir, ketrampilan teknis, (Wicaksana, 2008). Depresi adalah penyakit jiwa tertua dan paling umum. Mengacu dalam tanda, gejala, sindrom, keadaan emosional, reaksi, penyakit, atau identitas klinis (Stuart, 2009). Depresi yang terjadi ditandai dengan gejala perasaan murung, sedih, perasaan bersalah, nafsu makan berkurang, gangguan tidur, konsentrasi menurun, kehilangan minat atau kesenangan, perasaan ingin mati atau bunuh diri (Hawari, 2006).

Dalam penelitian ini sebagian besar pasien pasca *stroke* mengalami tingkat kemandirian kurang tergantung dengan tingkat depresi sedang sebanyak 42 orang (84%). Hal ini terbukti bahwa tingkat kemandirian mempengaruhi tingkat depresi pada pasien pasca *stroke*. Pasien pasca *stroke* sering mengalami kelemahan pada sebagian ekstremitas tubuh, sehingga pasien pasca *stroke* mengalami gangguan dalam aktivitas sehari – hari seperti dalam hal kebersihan diri, mandi, makan, pergi ke toilet, naik tangga, berpakaian,

mengontrol BAB dan BAK, bergerak, dan berpindah tempat. Depresi yang terjadi diakibatkan karena gangguan penyesuaian pada pasien pasca *stroke* yang mengalami faktor kehilangan (misalnya kelumpuhan alat gerak ataupun otot muka dan lain sebagainya).

Hasil wawancara terstruktur pasien mengalami tingkat kemandirian kurang tergantung seperti dalam *personal hygiene* pasien mampu untuk melakukan sendiri tetapi membutuhkan bantuan minimal sebelum dan sesudah kegiatan perlu diperhatikan tentang keamanan, dalam hal mandi pasien perlu diawasi untuk keselamatan, mempersiapkan alat mandi atau dalam berpindah. Pasien dalam hal makan dapat makan sendiri dengan nampan yang telah disiapkan kecuali bantuan diperlukan dalam memotong daging. Pasien saat pergi ke toilet diperlukan pengawasan untuk keamanan dalam kegiatan toilet, pasien bisa memerlukan pispot di malam hari perlu dibantu untuk membuang dan membersihkannya. Pasien dalam hal naik tangga memerlukan pengawasan, berhubungan atas keselamatan terhadap resiko cedera/jatuh. Pasien saat berpakaian diperlukan sedikit bantuan dalam mengencangkan pakaian seperti kancing, resleting, memakai bra membutuhkan waktu tiga kali lebih lama. Hal mengontrol BAB pasien dapat mengontrol BAB, dalam mengontrol BAK pasien dapat mengontrol BAK di siang hari dan di malam hari. Pergerakan atau ambulasi biasanya pasien bisa berjalan tetapi dalam jarak tempuh kurang dari 50 meter tanpa bantuan atau pengawasan diperlukan petunjuk atau pengawasan untuk keamanan diperlukan waktu lebih lama untuk mencapai tempat tujuan. Pasien dalam melakukan berpindah ke kursi atau tempat tidur biasanya kehadiran satu orang lain diperlukan untuk memantapkan atau mengawasi berhubungan dengan keselamatan.

Hasil penelitian terdapat responden yang mengalami kelemahan pada sebagian ekstremitas tubuh sehingga mengalami kesulitan dalam bicara atau berjalan. Hal tersebut mengakibatkan gangguan

penyesuaian pada penderita yang bisa mengakibatkan seorang penderita pasca *stroke* mengalami depresi. Depresi yang terjadi pada pasien pasca *stroke* dibuktikan dengan responden menjawab wawancara terstruktur didapatkan pasien tidak dapat melihat hal yang positif dari suatu kejadian, merasa seperti tidak kuat lagi untuk melakukan suatu kegiatan, pesimis, merasa sedih dan depresi, kehilangan minat (misal: makan, ambulasi, dan sosialisasi), merasa diri tidak layak, merasa hidup tidak berharga. Tingkat kemandirian dalam aktivitas sehari-hari pasien pasca *stroke* bisa mempengaruhi kejadian depresi yang terjadi pada pasien pasca *stroke*. Pasien semakin mandiri dalam melakukan aktivitas sehari-hari maka semakin rendah tingkat depresi yang terjadi pada pasien pasca *stroke*.

Kesimpulan

Dukungan keluarga pada pasien pasca *stroke* di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Baptis Kediri didapatkan dukungan keluarga yang baik sebanyak 67 responden (69,8%). Tingkat kemandirian dalam *Activity Daily Living* pada pasien pasca *stroke* di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Baptis Kediri didapatkan tingkat kemandirian kurang tergantung sebanyak 50 responden (52,1%). Tingkat depresi pada pasien pasca *stroke* di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Baptis Kediri didapatkan tingkat depresi sedang sebanyak 54 responden (56,2%). Dukungan keluarga berpengaruh terhadap tingkat depresi pada pasien pasca *stroke* di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Baptis Kediri. Tingkat kemandirian dalam *Activity Daily Living* berpengaruh terhadap tingkat depresi pada pasien pasca *stroke* di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Baptis Kediri.

Saran

Pentingnya dukungan keluarga dalam perawatan pasien pasca *stroke* terutama dalam pemenuhan ADL sehari-hari dikarenakan pasien pasca *stroke* mengalami keterbatasan fisik dalam ADL. Keterlibatan dukungan keluarga keluarga perlu dibekali pendidikan, pelatihan, penyuluhan oleh perawat sebelum pasien perawatan dirumah. Pendidikan yang harus diberikan kepada keluarga meliputi pemahaman perubahan psikologis karena kerusakan atau penurunan fungsi otak sehingga keluarga mampu menerima pasien apa adanya. Pemberian pelatihan cara pemenuhan ADL baik berpakaian, mandi, eliminasi serta pemenuhan kebutuhan aktivitas lainnya. Peran dukungan keluarga ini akan meningkatkan rasa percaya diri kepada pasien pasca *stroke* sehingga pasien akan lebih cepat mandiri dalam pemenuhan ADL.

Daftar Pustaka

- Aziz Alimul, (2007). *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika
- Baticaca, (2008). *Askep klien dengan Gangguan Sistem Persyarafan*. Jakarta: Salemba Medika
- George Dewanto, (2009). *Panduan praktis Diagnosis dan tata laksana penyakit saraf*. Jakarta : EGC
- Hadywinoto, Setiabudi, (2005). *Panduan Gerontologi*. Jakarta : Gramedia
- Hawari, (2006). *Manajemen stres cemas dan depresi*. Jakarta : FKUI
- Nursalam, (2003). *Konsep dan Penerapan metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika
- Nursalam, (2008). *Konsep dan Metode Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika
- Setiadi, (2008). *Konsep dan Proses keperawatan Keluarga*. Yogyakarta : Graha Ilmu
- Sugiarto, Andi, (2005). *Penilaian Keseimbangan Dengan Aktivitas Kehidupan Sehari-Hari Pada Lansia Dipanti Werdha Pelkris Elim Semarang Dengan Menggunakan Berg Balance Scale Dan Indeks Barthel*. Skripsi, UNDIP, Semarang.
- Stuart, (2009). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing, 9th Edition*. By Mosby
- Wicaksana, (2008). *Mereka bilang aku sakit jiwa*. Yogyakarta : Kanisius