

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

RSUD Panembahan Senopati Bantul merupakan Rumah Sakit Umum Daerah Bantul yang berdiri sejak tahun 1953 sebagai RS Hongeroedem (HO) yang pada tanggal 15 Maret 2003 berubah nama menjadi RSUD Panembahan Senopati. Sesuai SK Menkep No.142/Menkes/SK/I/2007 tentang peningkatan Kelas RSUD Panembahan Senopati Bantul dari tipe C menjadi tipe B Non Pendidikan diresmikan ada tanggal 31 Januari 2007. RSUD Panembahan Senopati Bantul telah berhasil mendapatkan Status Akreditasi Penuh Tingkat Lanjut pada tanggal 31 Desember 2010 sesuai dengan keputusan Menteri Kesehatan RI nomor YM.01.10/III/8059/2010.

RSUD Panembahan Senopati terletak di pusat kota Bantul yaitu di Jl. Dr. Wahidin Sudirohusodo, Trirenggo, Bantul, Yogyakarta. RSUD Panembahan Senopati Bantul merupakan rumah sakit pusat rujukan bagi puskesmas, puskesmas pembantu dan sarana pelayanan kesehatan lainnya yang berada di wilayah Bantul yang bertujuan menjadi rumah sakit yang mampu memberikan pelayanan kesehatan secara tepat dan tepat sesuai standar pelayanan rumah sakit dengan dukungan sumber daya manusia yang profesional. Rumah sakit ini memberikan pelayanan kesehatan meliputi unit pelayanan spesialis *obsgyn*, penyakit dalam, THT, anak, bedah, radiologi, neurologi, kulit dan kelamin, mata, gigi dan mulut, syaraf, jiwa, laboratorium klinik dan mikrobiologi serta poli umum.

Poli saraf RSUD Panembahan Senopati bantul buka tiap hari pada jam kerja, senin sampai Kamis dari pukul 07.30 – 12.00, jum'at pukul 07.30 – 10.00 dan hari Sabtu pukul 07.30 – 11.30. terdapat 2 dokter dan 4 perawat yang berjaga, di poli saraf belum ada intervensi khusus yang menangani depresi pada pasien pasca stroke.

2. Karakteristik Responden

Penelitian ini dilakukan terhadap 32 orang responden. Distribusi frekuensi karakteristik responden yang dikelompokkan berdasar jenis kelamin, umur, pendidikan, dan jenis stroke dapat dilihat pada tabel 4.1

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden

No	Karakteristik	Frekuensi	Persentase
1	Jenis Kelamin		
	- Laki-laki	19	59,37%
	- Perempuan	13	40,63%
2	Umur		
	- 45-54	15	46,87%
	- 55-64	13	40,63%
	- 65≤	4	12,5%
3	Pendidikan		
	- SD	11	34,37%
	- SLTP	13	40,63%
	- SLTA	6	18,75%
	- Perguruan Tinggi	2	6,25%
4	Jenis Stroke		
	- Iskemik	30	93,75%
	- Hemoragic	2	6,25%
	Jumlah	32	100,00%

Sumber: data primer diolah, 2016

Tabel 4.1 menunjukkan bahwa berdasarkan pada jenis kelaminnya, jumlah responden laki-laki lebih banyak (59,37%) dibandingkan perempuan (40,63%).

Berdasarkan pada umurnya, sebagian besar responden berumur 45-54 tahun (kelompok usia pertengahan umur) yaitu sebanyak 46,87%. Terbanyak kedua adalah umur 55-64 (kelompok usia lanjut dini) sebanyak 40,63% dan paling sedikit berumur di atas 64 tahun (kelompok usia lanjut resiko tinggi) sebanyak 12,5%. Berdasarkan pendidikannya, sebagian besar responden berpendidikan SLTP sebanyak 13 orang atau 40,63% dari total responden dan paling sedikit responden berpendidikan sarjana sebanyak 6,25%. Berdasarkan jenis strokenya, terdapat 93,75% responden terkena stroke iskemik dan 6,25% stroke hemarogic.

3. Analisis Univariabel

a. Depresi Pasca Stroke

Tingkat depresi pasca stroke dibagi menjadi empat kategori yaitu normal, ringan, sedang, dan berat. Distribusi frekuensi responden berdasarkan tingkat depresi dapat dilihat pada Tabel 4.2

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan Tingkat Depresi

No	Kategori	Frekuensi	Persentase
1.	Normal	2	6,25%
2.	Ringan	2	6,25%
3.	Sedang	10	31,25%
4.	Berat	18	56,25%
Jumlah		32	100,00%

Sumber: data primer diolah, 2016

Tabel 4.2 menunjukkan bahwa sebagian besar responden mempunyai depresi dengan kategori berat yaitu sejumlah 18 responden atau 56,25% dari total responden, sedangkan paling sedikit adalah responden dengan kategori normal dan ringan yaitu masing-masing sejumlah 2 orang (6,25%).

b. Kualitas Hidup Pasca Srtoke

Kualitas hidup pasca stroke dikategorikan menjadi tiga yaitu rendah, sedang, dan tinggi. Distribusi frekuensi masing-masing katergori tersebut ditunjukkan pada Tabel 4.3

Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan Kualitas Hidup

No	Kategori	Frekuensi	Persentase
1.	Rendah	21	65,63%
2.	Sedang	11	34,37%
Jumlah		32	100,00%

Sumber: data primer diolah, 2016

Tabel 4.2 menunjukkan bahwa sebagian besar responden mempunyai kualitas hidup yang rendah yaitu sebanyak 21 responden atau 65,63% dari total responden. Selebihnya mempunyai kualitas hidup sedang (34,37%) dan tidak ada responden yang kualitas hidupnya tinggi.

4. Analisis Bivariabel.

Sebelum melakukan analisis bivariabel untuk menguji hipotesis penelitian tentang hubungan tingkat depresi dan kualitas hidup pasca stroke, terlebih dulu dilakukan analisis dengan tabulasi silang (*cross tab*) antara karakteristik responden dengan tingkat depresi dan juga antara karakteristik responden dengan kualitas hidup.

a. Karakteristik Responden dengan Tingkat Depresi

Tabulasi silang antara karakteristik responden dengan tingkat depresi responden ditunjukkan pada tabel 4.4 berikut:

Tabel 4.4 Tabulasi Silang Karakteristik Responden dengan Tingkat Depresi Responden

No	Karakteristik	Tingkat Depresi				Jumlah
		Normal	Ringan	Sedang	Berat	

	f	%	f	%	f	%	F	%	f	%
1. Jenis Kelamin										
• Laki-laki	2	6,3	1	3,1	7	21,9	9	28,1	19	59,4
• Perempuan	0	0,0	1	3,1	3	9,4	9	28,1	13	40,6
2. Umur										
• 45-54	1	3,1	0	0,0	3	9,4	11	34,4	15	46,9
• 54-64	1	3,1	1	3,1	7	21,9	4	12,5	13	40,6
• 65 ≤	0	0,0	1	3,1	0	0,0	3	9,4	4	12,5
3. Pendidikan										
• SD	0	0,0	0	0,0	2	6,3	9	28,1	11	34,4
• SLTP	1	3,1	0	0,0	4	12,5	8	25,0	13	40,6
• SLTA	0	0,0	2	6,3	3	9,4	1	3,1	6	18,8
• PT	1	3,1	0	0,0	1	3,1	0	0,0	2	6,3
5. Jenis Stroke										
• Hemoragic	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	6,3	2	6,3
• Iskemik	2	6,3	2	6,3	10	31,3	16	50,0	30	93,8
Jumlah	2	6,3	2	6,3	10	31,3	18	56,3	32	100

Sumber: data primer diolah, 2016

Tabel 4.4 menunjukkan bahwa berdasarkan jenis kelaminnya, terdapat 9 orang laki-laki mengalami depresi berat, sedangkan responden perempuan 9 orang depresi berat. Meskipun jumlah responden laki-laki dan perempuan yang mengalami depresi berat adalah sama jumlahnya yaitu 9 orang tetapi peluang kejadiannya adalah berbeda karena jumlah responden totalnya berbeda. Perempuan mempunyai peluang lebih besar dibandingkan laki-laki dimana dari 13 responden perempuan terdapat 9 orang yang mengalami depresi berat sehingga peluang kejadian depresi berat perempuan 69,2% sedangkan pada laki-laki terdapat 9 orang yang

mengalami depresi berat dari 19 orang responden sehingga peluang kejadian depresi berat 47,7%

Tabel 4.4 menunjukkan, berdasarkan umurnya terdapat 11 orang dari 15 orang responden berumur 45-54 tahun mempunyai depresi berat, terdapat 4 orang dari 13 orang responden berumur 54-64 tahun depresi berat, dan 3 orang dari 4 orang responden berusia $65 \leq$ tahun depresi berat. Dengan demikian peluang kejadian depresi berat berdasarkan umur adalah 73,3% untuk umur 45-54 tahun, 30,76% untuk umur 54-64 tahun, dan 75% untuk umur 65 tahun atau lebih.

Tabel 4.4 menunjukkan bahwa berdasarkan tingkat pendidikan responden, terdapat 18 orang responden berdepresi berat terdistribusi pada 9 orang dari 11 responden berpendidikan SD, 8 orang dari 13 orang responden berpendidikan SLTP, 1 orang dari 6 responden berpendidikan SLTA dan tidak terdapat responden berpendidikan perguruan tinggi yang mengalami depresi berat. Dengan demikian peluang kejadian depresi berat berdasarkan pendidikan adalah 81,8% pendidikan SD, 61,5% pendidikan SLTP, dan 16,7% pendidikan SLTA.

Tabel 4.4 menunjukkan bahwa berdasarkan jenis stroke-nya, semua responden yang menderita stroke hemoragik mempunyai tingkat depresi berat, sedangkan yang menderita stroke iskemik terdapat 16 orang dari 30 orang responden yang mempunyai tingkat depresi berat.

b. Karakteristik Responden dengan Kualitas Hidup

Tabulasi silang antara karakteristik responden dengan kualitas hidup responden ditunjukkan pada tabel 4.5. Tabel 4.5 menunjukkan bahwa responden laki-laki yang mempunyai kualitas hidup rendah sebanyak 12 orang dan yang mempunyai kualitas hidup sedang sebanyak 7 orang dari total responden laki-laki 19 orang. Sedangkan responden perempuan yang mempunyai kualitas hidup rendah 9 orang dan 4 orang mempunyai kualitas hidup sedang dari total responden perempuan 13 orang. Dengan demikian bahwa pasien stroke berjenis kelamin perempuan cenderung

mempunyai kualitas hidup rendah karena peluang laki-laki 63,2% dan perempuan 69,2%

Tabel 4.5 Tabulasi Silang Karakteristik Responden dengan Kualitas Hidup Responden

No	Jenis Kelamin	Kualitas Hidup				Jumlah	
		Rendah		Sedang			
		F	%	f	%	f	%
1.	Jenis Kelamin						
	• Laki-laki	12	37,5	7	21,9	19	59,4
	• Perempuan	9	28,1	4	12,5	13	40,6
2.	Umur						
	• 45-54	13	40,6	2	6,3	15	46,9
	• 54-64	6	18,8	7	21,9	13	40,6
	• 65 ≤	2	6,3	2	6,3	4	12,5
3.	Pendidikan						
	• SD	10	31,3	1	3,1	11	34,4
	• SLTP	8	25,0	5	15,6	13	40,6
	• SLTA	3	9,4	3	9,4	6	18,8
	• PT	0	0,0	2	6,3	2	6,3
4.	Jenis Stroke						
	• Hemoragic	2	6,3	0	0,0	2	6,3
	• Iskemik	19	59,4	11	34,4	30	93,8
Jumlah		21	65,6	11	34,4	32	100

Sumber: data primer diolah, 2016

Tabel 4.5 menunjukkan bahwa kelompok umur yang paling banyak mempunyai kualitas hidup rendah adalah responden berumur 45-54 tahun

sebanyak 13 orang dari total 15 responden), diikuti umur 54-64 tahun sebanyak 6 orang dari total 13 responden, dan kelompok umur diatas 64 tahun hanya 2 orang dari total 4 responden. Dengan demikian, kelompok umur 45-54 tahun cenderung mempunyai kualitas hidup lebih rendah dibandingkan kelompok umur lainnya karena peluangnya paling besar yaitu 86,7%.

Tabel 4.5 menunjukkan bahwa berdasarkan pada tingkat pendidikannya, frekuensi responden berpendidikan SD lebih banyak mempunyai kualitas hidup rendah dibandingkan responden dengan tingkat pendidikan lebih tinggi yaitu 10 orang dari 11 responden. Responden berpendidikan SLTP terdapat 8 orang dari 13 responden yang mempunyai kualitas hidup rendah. Dengan demikian, pasien stroke dengan pendidikan semakin rendah maka semakin rendah kualitas hidupnya dimana ditunjukkan peluang kejadian kualitas hidup rendah pasien berpendidikan SD adalah 90,9%, SLTP 61,5%, dan SLTA 50%.

Tabel 4.5 menunjukkan bahwa semua responden dengan jenis stroke Hemoragic mempunyai kualitas hidup rendah, sedangkan responden dengan jenis stroke iskemik terdapat 19 orang dari total 30 responden yang mempunyai kualitas hidup rendah.

c. Tingkat Depresi dengan Kualitas Hidup

Analisis bivariabel antara tingkat depresi dan kualitas hidup pasca stroke dalam penelitian ini menggunakan korelasi *Spearman (r)*. Hasil analisis korelasi ditunjukkan pada Tabel 4.6

Tabel 4.6 Tabulasi Silang dan Korelasi Spearman (r) Tingkat Depresi dan Kualitas Hidup Pasca Stroke

No	Tingkat Depersi	Kualitas Hidup				Jumlah		<i>r</i>	<i>p- Vaue</i>
		Rendah		Sedang		f	%		
		f	%	F	%				
1.	Normal	0	0,0	2	6,3	2	6,3	-0,776	0,00

2. Ringan	0	0,0	2	6,3	2	6,3
3. Sedang	5	15,6	5	15,6	10	31,3
4. Berat	16	50,0	2	6,3	18	56,3
Jumlah	21	65,6	11	34,4	32	100,0

Sumber: data primer diolah, 2016

Tabel 4.6 menunjukkan bahwa 10 orang responden yang mempunyai tingkat depresi sedang terdapat 5 orang mempunyai kualitas hidup rendah dan 18 orang responden yang mempunyai tingkat depresi berat terdapat 16 orang yang mempunyai kualitas hidup rendah. Dengan demikian semakin berat tingkat depresi maka semakin besar peluang kejadian kualitas hidupnya rendah dengan peluang kejadian 88,9%.

Hasil uji *korelasi spearman* menunjukkan nilai koefisien korelasi sebesar 0,776 dengan tanda negatif dan nilai signifikansi $0,00 < 0,05$. Dengan demikian maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara tingkat depresi dengan kualitas hidup pasien pasca stroke di Poli saraf RSUD Panembahan Senopati Bantul. Nilai *r* negatif berarti bahwa semakin berat tingkat depresi maka akan semakin rendah kualitas hidup pasien pasca stroke. Berdasarkan pada besarnya nilai koefisien korelasi maka dapat disimpulkan bahwa hubungan kedua variabel adalah kuat yaitu 0,776.

B. Pembahasan

1. Karakteristik Responden

Berdasarkan pada jenis kelaminnya, jumlah responden laki-laki lebih banyak (59,37%) dibandingkan perempuan (40,63%). Jumlah perbandingan responden laki-laki dan perempuan tersebut hampir sama dengan responden penelitian Kobi, *et al* (2015) yang juga diambil secara acak dimana jumlah responden laki-laki 55% dan perempuan 45%. Temuan tersebut sekaligus dapat membuktikan bahwa salah satu faktor risiko stroke adalah jenis

kelamin. Jenis kelamin merupakan faktor risiko stroke yang tidak dapat dimodifikasi. Menurut *Stroke Foundation*, (2014) prevalensi laki-laki terserang stroke lebih banyak dibandingkan perempuan. Menurut Kobi, *et al* (2015), hal tersebut terjadi karena perempuan lebih terlindungi dari penyakit jantung dan stroke sampai pertengahan hidupnya akibat hormon esterogen yang dimilikinya. Selain itu, menurut Watila *et al.* (2010), kejadian stroke banyak terjadi pada laki-laki karena laki-laki lebih banyak mempunyai faktor risiko stroke lainnya yaitu kebiasaan merokok dan minum alkohol.

Berdasarkan pada umurnya, sebagian besar responden berumur 45-54 tahun (kelompok usia pertengahan umur) yaitu sebanyak 46,87%. Terbanyak kedua adalah umur 55-64 (kelompok usia lanjut dini) sebanyak 40,63% dan paling sedikit berumur di atas 64 tahun (kelompok usia lanjut resiko tinggi) sebanyak 12,5%. Sebagaimana jenis kelamin, umur juga merupakan faktor risiko stroke yang tidak dapat dimodifikasi. Penyakit stroke yang cenderung terjadi pada golongan umur yang lebih tua. Menurut Ness *et al* (1999), hal tersebut disebabkan oleh karena penyakit yang terjadi akibat gangguan aliran darah. Pembuluh darah orang yang lebih tua cenderung mengalami perubahan secara degeneratif dan mulai terlihat hasil dari proses aterosklerosis. Cepat atau lambat proses ini yang dapat menjadi pencetus stroke tergantung dari gaya hidup sehat serta perilaku dan pola makan seseorang. Sedangkan menurut Kristiawati *et al.* (2009) peningkatan frekuensi stroke seiring dengan peningkatan umur berhubungan dengan proses penuaan, dimana semua organ tubuh mengalami kemunduran fungsi termasuk pembuluh darah otak. Pembuluh darah menjadi tidak elastis terutama bagian endotel yang mengalami penebalan pada bagian intima, sehingga mengakibatkan lumen pembuluh darah semakin sempit dan berdampak pada penurunan aliran darah otak.

Berdasarkan pendidikannya, sebagian besar responden berpendidikan SLTP sebanyak 13 orang atau 40,63% dari total responden dan paling sedikit responden berpendidikan sarjana sebanyak 6,25%. Belum ada temuan yang menyimpulkan bahwa tingkat pendidikan merupakan faktor risiko terjadinya

stroke. Tingkat pendidikan lebih berhubungan dengan tingkat pengetahuan pasien terhadap penyakitnya (stroke). Menurut Notoatmodjo (2007) bahwa aspek pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku seseorang di mana semakin tinggi tingkat pengetahuan seseorang akan dapat mempengaruhi pola pikir dan sikap terhadap sesuatu hal ini akan mempengaruhi perubahan perilaku. Menurut Purwanto (2003), dengan pengetahuan yang baik tentang gejala awal stroke dapat maka dapat melakukan penanganan secara tepat dan cepat. Pengobatan sedini mungkin akan sangat memberikan hasil yang paling optimal sehingga dapat menurunkan angka kematian serta mengurangi kecacatan yang akan terjadi.

Berdasarkan jenis strokenya, terdapat 93,75% responden terkena stroke iskemik dan 6,25% stroke hemoragik. Menurut Black dan Hawks (2009) dalam Darussalam (2011) bahwa perbandingan jumlah penderita stroke iskemik dan hemoragik adalah 83% stroke iskemik dan 17% stroke hemoragik. Menurut Susilawati (2014), insiden stroke iskemik sebesar 70-80% dari seluruh kasus stroke sedangkan stroke hemoragik lebih jarang. Dengan demikian, responden penelitian ini belum menggambarkan proporsi temuan peneliti sebelumnya.

2. Tingkat Depresi Pasca Stroke

Tabel 4.2 menunjukkan bahwa terdapat 30 orang (93,75%) responden mengalami depresi dengan tingkatannya berbeda yaitu ringan (6,25%), sedang (31,3%) dan berat (56,3%) dan hanya terdapat 2 orang (6,25%) responden yang normal atau tidak mengalami depresi pasca stroke. Banyaknya responden yang mengalami depresi berat (56,25%) hampir sama dengan temuan peneliti sebelumnya Biantoro *et al* (2007) yang menemukan pasien pasca stroke yang mengalami depresi berat di Poliklinik Saraf RS Rajawali Bandung sejumlah 51,7%.

Banyaknya pasien stroke yang mengalami depresi disebabkan karena pada penderita stroke terjadi defisit neurologi yang berakibat pada gangguan fisik dan emosinya/psikologis. Kombinasi gangguan mekanisme fisik dan

psikologis tersebut yang menyebabkan depresi pasce stroke (Schub & Caple, 2010).

Perbedaan tingkat depresi responden (normal, ringan, sedang, dan berat) terjadi karena adanya perbedaan faktor yang dapat meningkatkan risiko depresi pada masing-masing pasien. Menurut Amir (2012), perilaku depresi dipengaruhi oleh banyak faktor diantaranya psikologik, lingkungan, biologik, dan genetik. Beberapa ahli mengemukakan beberapa faktor yang lebih spesifik yang dapat meningkatkan *post stroke depression* (PSD) yaitu jenis kelamin perempuan, riwayat depresi atau penyakit jiwa, keterbatasan fungsional, gangguan kognitif, dan keparahan stroke itu sendiri (Salter *et al*, 2013:2) dan dukungan psikososial (Hadidi, *et.al*, 2009), penyakit penyerta (Macready, 2007), lama menderita stroke (Fatoye, 2009), dan umur (Farel, 2004).

Dalam penelitian ini, tingkat depresi responden dapat dihubungkan dengan karakteristik jenis kelamin, umur, pendidikan, dan jenis stroke (Tabel 4.4). Pada tabel 4.4 ditunjukkan bahwa responden perempuan cenderung mempunyai tingkat depresi yang berat yaitu 9 orang responden dari total 13 orang sehingga peluang terjadinya 69,2% sedangkan laki-laki 47,4%. Meskipun jumlah yang menderita depresi berat sama-sama 9 orang responden tetapi jumlah total responden adalah berbeda sehingga peluangnya berbeda. Temuan ini hampir sama dengan hasil penelitian Gottlieb *et al* (2004) yang menemukan bahwa perempuan cenderung mengalami depresi (64%) dibandingkan dengan laki-laki (44%). Menurut Wilhelm dan Praker dalam Salter *et al* (2013) bahwa pasien stroke berjenis kelamin perempuan lebih berisiko depresi karena ada kecenderungan pasien perempuan lebih banyak mengingat dan menceritakan gejala stroke yang dialaminya. Selain itu, menurut Salokangas dalam Salter *et al* (2013) perilaku mudah sedih dan menangis pada perempuan dapat meningkatkan risiko depresi. Menurut Einsenberg (2003) bahwa laki-laki memiliki kemampuan beradaptasi lebih baik dalam menghadapi berbagai macam kondisi untuk mengubah keadaan dan fleksibel dalam memecahkan masalah, sedangkan perempuan memiliki fleksibilitas

adaptif yang kecil, tidak mampu untuk bereaksi terhadap perubahan keadaan, cenderung keras hati atau menjadi kacau ketika menghadapi perubahan atau tekanan, serta mengalami kesukaran untuk menyesuaikan kembali setelah mengalami pengalaman traumatik.

Berdasarkan pada umur, Tabel 4.4 menunjukkan bahwa responden berumur $65 \leq$ mempunyai prevelensi kejadian depresi berat yang yaitu 75%, tetapi bukan berarti semakin tua umur maka depresi semakin meningkat karena Tabel 4.4 juga menunjukkan bahwa kelompok umur 45-54 tahun mempunyai preveleansi lebih besar (73%) dibandingkan kelompok umur 55-64 tahun (30,8%). Hasil tersebut dimungkinkan karena pada usia 45-54 adalah usia produktif dimana responden seharusnya masih mempunyai aktifitas kerja yang menjadi sumber ekonomi. Dengan adanya stroke maka aktifitas bekerja menjadi hilang sehingga mengganggu perekonomian keluarga dan pada ahirnya menimbulkan depresi. Menurut Alborg (2008) bahwa pasien sroke berumur 45-64 tahun mempunyai dampak kesehatan mental yang lebih besar dibandingkan pasien yang berusia lebih tua.

Tingkat pendidikan pasien stroke juga mempunyai hubungan dengan gejala depresi pasca stroke. Tabel 4.6 menunjukkan bahwa dalam penelitian ini ditemukan responden dengan pendidikan lebih rendah cenderung mempunyai tingkat depresi yang lebih tinggi (berat). Hal tersebut ditunjukkan peluang responden berpendidikan SD mempunyai tingkat depresi berat 81,8%, SLTP 61,5%, SLTA 16,7% dan perguruan tinggi 0%. Temuan dalam penelitian ini memperkuat penelitian yang dilakukan Quant *et al* (2010) dengan hasil bahwa pasien berpendidikan rendah berpotensi mengalami gejala depresi sebesar 1,5 kali dibanding dengan pasien berpendidikan tinggi. Penelitian Fatoye (2009) terhadap 118 pasien stroke juga menyatakan bahwa pendidikan rendah mempengaruhi kejadian depresi pasca stroke. Menurut Notoatmodjo (2003), seseorang yang mempunyai tingkat pendidikan tinggi akan memberikan respon yang lebih rasional dalam menghadapi masalah sehingga dapat meminimalkan risiko depresi dan juga dalam memotivasi diri akan lebih berpotensi daripada mereka yang berpendidikan lebih rendah.

Berdasarkan pada jenis stroke, peluang pasien dengan jenis stroke hemoragic untuk mengalami depresi berat adalah 100% karena semua responden (2 orang) yang strokenya berjenis hemoragic mengalami depresi berat, sedangkan pasien dengan jenis stroke iskemik mempunyai peluang 50% mengalami depresi berat. Temuan tersebut berbeda dengan hasil penelitian Koh *et al* (2016) yang menemukan bahwa pasien stroke iskemik mempunyai peluang lebih besar (72,5%) mengalami depresi dibandingkan stroke hemoragic (27,5%). Menurut Suwarta (2004), penderita stroke iskemik lebih banyak yang mengalami depresi karena penderita stroke menunjukkan gangguan kognitif yang nyata setelah mengalami serangan akut iskemik. Menurut Shimberg (1990), kerusakan yang terjadi pada otak akibat adanya keadaan iskemik pada sisi hemisfer kanan akan memberikan pengaruh terhadap bagian tubuh sebelah kiri. Sebaliknya, jika hemisfer kiri yang terkena maka tubuh bagian kanan akan mengalami kelumpuhan dan kelemahan motorik.

Respon reseptor serotonin pada korteks saat terjadi cedera otak menunjukkan hasil yang berbeda terhadap dua hemisfer serebri. Ikatan reseptor serotonin pada bagian yang sehat hemisferium kanan cenderung meningkat saat terjadi stroke pada hemisferium kanan. Di sisi lain, ikatan serotonin cenderung tidak berubah saat stroke terjadi pada hemisfer kiri. Kurangnya reseptor serotonin diasosiasikan dengan peningkatan patofisiologi dan derajat manifestasi depresi. Menurut dugaan Robinson *et al* (1989) depresi pasca stroke disebabkan oleh adanya disfungsi amin-biogenik yang berupa deplesi serotonin dan norepinefrin akibat lesi frontal dan ganglia basalis. Respons terhadap lesi iskemik bersifat lateralisasi. Lesi hemisfer kiri menyebabkan penurunan amin-biogenik tanpa adanya kompensasi peninggian regulasi serotonin yang mengakibatkan munculnya gejala depresi, sedangkan lesi hemisfer kanan menunjukkan keadaan yang berbeda yakni peninggian regulasi serotonin karena mekanisme kompensasi yang bersifat protektif terhadap depresi.

Berdasarkan pendapat ahli di atas, maka dapat dikemukakan alasan adanya perbedaan hasil penelitian ini dengan penelitian sebelumnya yaitu dimungkinkan karena penelitian ini tidak mempertimbangkan keakutan atau keparahan stroke iskemik, tidak mempertimbangkan letak lesi (hemisfer kiri atau kanan), dan tidak proporsional antara jumlah responden pasien stroke iskemik (93,8%) dan hemoragik (6,2%). Menurut Black dan Hawks (2009) dalam Darussalam (2011) bahwa perbandingan jumlah penderita stroke iskemik dan hemoragik adalah 83% stroke iskemik dan 17% stroke hemoragik.

3. Tingkat Kualitas Hidup

Tabel 4.3 menunjukkan bahwa sebagian besar responden (65,63%) mempunyai kualitas hidup rendah dan selebihnya (34,37%) mempunyai kualitas hidup sedang. Besarnya jumlah responden yang mempunyai kualitas hidup rendah sesuai dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan Lumbu (2015) yang menemukan 78,9% responden pasien pasca roke di Gunung Sitoli Sumatera Utara.

Rendahnya kualitas hidup pasien stroke ditunjukkan pada semua dimensi yang menjadi alat ukur pada kuisioner kualitas hidup, yaitu dimensi kesehatan fisik, kesejahteraan psikologis, hubungan sosial, dan hubungan dengan lingkungan. Pada dimensi kesehatan fisik, menurut sebagian besar responden sangat tergantung pada obat-obatan, rasa sakit dan ketidaknyamanan. Pada dimensi psikologis, menurut sebagian responden perasaan yang ada pada dirinya didominasi perasaan negatif seperti putus asa, dan merasa menjadi beban keluarga karena selalu merepotkan. Pada dimensi sosial, kualitas hidup responden rendah karena sudah jarang bergaul dengan lingkungan sekitar atau teman-teman dan kerabat. Pada dimensi hubungan dengan lingkungan ditunjukkan berkurangnya partisipasi dan kesempatan responden untuk melakukan kegiatan yang menyenangkan di luar rumah.

Berdasarkan jenis kelaminnya (Tabel 4.5), pasien stroke berjenis kelamin perempuan cenderung mempunyai kualitas hidup rendah karena peluang laki-laki 63,2% dan perempuan 69,2%. Temuan tersebut sesuai

dengan pendapat Zahiric *et al* (2010), dan Sabin *et al* (2016), pasien perempuan penderita stroke cenderung mempunyai kualitas hidup lebih rendah daripada laki-laki pada semua domain kualitas hidup. Hal ini terjadi karena pasien perempuan mempunyai perasaan lebih mudah gelisah dibandingkan laki-laki. Menurut Grey *et al* (1998), Laki-laki mempunyai sikap yang lebih positif dibanding perempuan pada semua dimensi sehingga perbedaan jenis kelamin pasien mempengaruhi kualitas hidupnya

Berdasarkan umurnya (tabel 4.5), kelompok umur 45-54 tahun cenderung mempunyai kualitas hidup lebih rendah dibandingkan kelompok umur lainnya karena peluangnya paling besar yaitu 86,7%. Menurut Alborg (2008) bahwa pasien stroke berumur 45-64 tahun mempunyai dampak kesehatan mental yang lebih besar dibandingkan pasien yang berusia lebih tua, dimana kesehatan mental merupakan salah satu faktor latent yang mempengaruhi kualitas hidup. Hal ini dimungkinkan karena kejadian stroke terjadi secara tiba-tiba dan tidak diharapkan dan pasien setengah baya (45-64) belum belajar strategi untuk mengatasi situasi kehidupan sehari-hari dan kegiatan baru mereka begitu yang begitu cepat berubah karena stroke. Pasien yang lebih tua mungkin pernah memiliki penyakit sebelumnya, yang mungkin telah memberikan pengalaman mengatasinya. Kemungkinan lainnya adalah bahwa umur 45-54 adalah usia produktif yang masih dapat melakukan pekerjaan, tetapi dengan menderita stroke maka pekerjaan tersebut tidak dapat dikerjakan lagi. Menurut King (1996), bekerja merupakan aspek penting dalam kehidupan individu, oleh karena itu pasien yang tidak bekerja lebih berisiko terjadi penurunan kualitas hidup karena meunculnya perasaan ketidakpuasan dalam diri pasien. Dengan tidak lagi bekerja maka akan mengurangi sumber finansial atau status ekonomi rumah tangga menjadi terganggu. Hal inipun bisa memicu terjadinya kualitas hidup rendah. Status ekonomi berhubungan dengan penyediaan sumberdaya (keuangan) dalam usahanya menyembuhkan stroke yang diderita. Pasien dengan kemampuan ekonomi yang lebih rendah tidak mampu menyediakan fasilitas untuk perawatan atau pengobatan strokenya karena keterbatasan finansial.

Berdasarkan tingkat pendidikan (Tabel 4.5), pasien stroke dengan pendidikan semakin rendah maka semakin rendah kualitas hidupnya dimana ditunjukkan peluang kejadian kualitas hidup rendah pasien berpendidikan SD adalah 90,9%, SLTP 61,5%, dan SLTA 50%. Hasil tersebut sesuai temuan penelitian Higgins *et al* (2008) bahwa tingkat pendidikan pasien yang semakin rendah maka kualitas hidupnya semakin rendah. Menurutnya bahwa mereka yang mencapai tingkat pendidikan yang lebih tinggi lebih mungkin untuk terlibat dalam perilaku sehat dan cenderung mengadopsi kebiasaan yang sehat. Menurut Kemenkes (2013), pendidikan akan memberikan kontribusi terhadap perubahan perilaku kesehatan melalui pengetahuan. Pengetahuan yang dipengaruhi oleh tingkat pendidikan merupakan faktor yang berperan untuk mempengaruhi keputusan seseorang dalam berperilaku sehat.

Berdasarkan Jenis Stroke (Tabel 4.11), bahwa semua pasien dengan jenis stroke hemoragic (100%) mempunyai kualitas hidup rendah sedangkan yang iskemik terdapat 19 orang dari 30 responden (prevelensi 63%). Menurut Haan *et al* (1995), type stroke dapat berpengaruh terhadap kualitas hidup pasien pasca stroke. Hal tersebut berkaitan dengan mekanisme penyakit yang mendasari kedua jenis stroke (iskemik dan hemoarogik) dapat menyebabkan perbedaan dalam fungsi otak. Hasil penelitian Cristensen *et al* (2009) menemukan bahwa pasien dengan type stroke hemoragic mempunyai kualitas hidup sangat rendah.

4. Hubungan Tingkat Depresi dengan Kualitas Hidup Pasca Stroke

Hasil analisis korelasi menunjukkan adanya hubungan signifikan antara tingkat depresi dengan kualitas hidup pasca stroke. Semakin berat tingkat depresi maka semakin rendah kualitas hidup pasien pasca stroke. Hasil tersebut sesuai dengan hasil penelitian sebelumnya yang dilakukan Purba *et al* (2015) di Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi dengan koefisien korelasi -0,435 dan p-value 0,001 dan Kim, *et al* (2005) yang menemukan bahwa depresi merupakan salah satu faktor yang menyebabkan rendahnya kualitas hidup

pasien pasca stroke. Javier dan Artal (2012) menyatakan depresi pasca stroke berhubungan dengan peningkatan kecacatan dan hasil fungsional dan kognitif yang buruk sehingga memiliki dampak negatif pada proses rehabilitasi, dan dapat mempengaruhi pemulihan fungsional, fungsi kognitif dan kualitas hidup penderita stroke.

Menurut Sherbourne *et al* dalam Purba *et al* (2015) Depresidan kecemasan adalah yang terkuat dan paling konsisten berkorelasi untuk semua dimensi kualitas hidup. Pendapat lainnya menyatakan bahwa sebagian besar penderita stroke yang mengalami depresi sering merasa sedih, berpikiran negatif, dan susah tidur. Beberapa responden merasa kurang diterima di lingkungan sosial (depresi) sehingga mereka tidak berniat untuk pergi bertemu orang di luar rumah atau tidak mengikuti kegiatan sosial lainnya sehingga interaksi sosial menjadi berkurang (kualitas hidup rendah). Teoh *et al* (2009), bahwa isolasi sosial terbatas pada satu hingga dua tahun setelah stroke, mereka kurang kontak dan kurang sering berinteraksi dengan teman-teman, tetangga dan kerabat. kegiatan sosial atau partisipasi dalam kehidupan sosial terkait dengan kualitas kesehatan yang berhubungan hidup yang tinggi. Dengan demikian, tidak bisa pergi ke luar rumah mungkin berisiko mengembangkan gejala depresi dan memiliki efek negatif pada kualitas hidup yang berkaitan dengan kesehatan seperti stroke.

Dampak depresi terhadap kualitas hidup dapat bertambah lebih besar jika dikaitkan dengan jenis kelamin, usia, dan tingkat pendidikan karena ketiga hal tersebut cenderung berpengaruh terhadap depresi dan kualitas hidup (Tabel 4.4 dan 4.5), dimana pasien perempuan lebih cenderung depresi berat dan mempunyai kualitas hidup rendah, usia produktif (45-54) cenderung lebih banyak yang depresi berat dan kualitas hidup rendah, dan pasien berpendidikan lebih rendah cenderung mengalami depresi berat dan kualitas hidup rendah.

C. Keterbatasan dan kelemahan Penelitian

Penelitian yang dilakukan mengalami keterbatasan dan kendala, antara lain adalah :

1. Adanya variabel yang tidak terkontrol yakni variabel pengganggu yang tidak dikendalikan oleh peneliti adalah jenis kelamin, komorbiditas, tipe stroke, tingkat ekonomi, *central post stroke pain*, ketergantungan hidup sehari-hari dimungkinkan berpengaruh terhadap depresi dengan kualitas hidup pasien.
2. Suasana yang ramai di poli saraf dan waktu yang terlalu singkat dimungkinkan membuat responden memilih terburu-buru dan tidak terlalu konsentrasi dalam memilih atau menjawab pertanyaan dan pernyataan yang diajukan oleh peneliti.