

STROKE AND MENTAL EMOTIONAL DISORDER

Giri Widakdo, Medya Aprilia Astuti

Universitas Muhammadiyah Jakarta

Abstract

The purpose of this research was to find the relationship between stroke with emotional mental disorders. This research design is cossectional. samples are 126 respondents with the criteria of not having a mental disorder. This research using statistical test Chi Square. the results showed pravelensi emotional mental disorders by 76.2 percent and there is a relationship between stroke with mental emotional disorder (P Value = 0.01). It is advisable to pay attention to the mental aspect of the health care team when treating patients with stroke.

Keywords: Stroke, Mental Emotional Disorder

INTRODUCTION

Adanya pergeseran nilai-nilai/norma kehidupan, meningkatnya segala tuntutan yang menyertai dewasa ini memungkinkan masyarakat memenuhi kebutuhan hidupnya meski harus dilalui dengan stress, anxietas, depresi, konflik atau masalah psikososial. Global Burden of Disease Study (WHO, 2008) menunjukkan gangguan kesehatan jiwa khususnya depresi merupakan penyebab tertinggi keempat (4,3%) tingginya beban umum penyakit diantara seluruh penyaki serta di beberapa negara berkembang menunjukkan bahwa 30-50% pasien yang berobat ke sarana pelayanan kesehatan umum ternyata menderita gangguan atau masalah kesehatan yang berlatar belakang mental emosional.

Pada hakekatnya setiap orang berpotensi mengalami gangguan kesehatan mental/ jiwa dengan salah satu faktor risikonya adalah penyakit fisik yang bersifat kronis sepanjang berinteraksi dengan lingkungan dan terus terlibat dalam kemajuan jaman (Koenig, 2003). Salah satu penyakit yang bersifat kronis adalah stroke. Penyakit ini berlangsung lama dan cenderung mengakibatkan kematian sebagai akibat adanya gangguan biologis pada fungsi sistem saraf pusat hingga mempengaruhi fungsi kognitif seseorang (Stuart, 2007).

Telah terjadi peningkatan prevalensi stroke (dengan kriteria didiagnosis oleh tenaga kesehatan) dari 8,3 per 1000 pada Riskesdas 2007 menjadi 12,1 per 100 untuk responden 15 tahun ke atas, hingga kini stroke merupakan penyebab kematian nomor satu di Indonesia (Riskesdas 2013). Selanjutnya Yayasan Stroke Indonesia (2007), melaporkan gejala sisa dari stroke adalah 80% penurunan parsial/total gerakan dari lengan atau tungkai, 80-90% dalam berpikir atau mengingat, 70% menderita depresi dan 30 % mengalami kesulitan bicara, menelan, membedakan kanan dan kiri.

Salah satu informasi yang menggambarkan keadaan kesehatan Indonesia adalah laporan Unit Stroke Center RS Islam Jakarta Pusat, yang diantaranya adalah informasi tentang prevalensi penderita stroke dalam 2 tahun terakhir (2013-2014) mencapai 761 kasus, bahkan hingga mei 2015 sudah mencapai 171 kasus dengan rerata 5 penderita yang wafat tiap bulannya, 65 persen lebih diantaranya adalah penderita rawatan baru sebagai akibat ketidaktahuan, ketidakmauan dan ketidakpatuhan dalam melakukan program pengobatan (baik secara farmasi, diit dan aktifitas). Penderita stroke lama yang relaps (rawatan berulang) juga masih dalam sebab yang sama ditambah kejenuhan penderita dalam

minum obat serta kesulitan dalam menelan. Komplikasi lain yang sering terjadi adalah kelemahan atau kelumpuhan anggota gerak, yang dirasakan sering “menyusahkan orang lain”.

Studi pendahuluan yang dilakukan pada beberapa penderita stroke, didapatkan: penderita merasa malu, menyusahkan orang lain karena harus selalu dibantu hingga orang paling lambat beraktifitas, sedangkan dari keluarga didapatkan: penderita sering tidak mau diajak untuk pergi dan beraktifitas karena malu serta inginnya dirumah saja, cenderung diam bahkan sering menolak minum obat, pasif hingga putus asa. Berdasarkan fenomena tersebut maka peneliti melakukan penelitian dengan tujuan untuk menemukan hubungan antara penderita stroke dengan gangguan mental emosional di Rumah Sakit Islam Jakarta.

METHODOLOGY

Penelitian ini dilakukan di RS Islam Jakarta dengan Desain Penelitian mengembangkan hipotesa penderita stroke dengan gangguan mental emosional melalui pendekatan crosseksional. Data primer dikumpulkan dengan Teknik Purposive Sampling pada penderita stroke tanpa atau dengan komplikasi penurunan, kelemahan atau kelumpuhan fungsi ekstremitas tubuh. Waktu penelitian dilaksanakan pada bulan Agustus 2015 sampai dengan Januari 2016. Uji statistik yang dilakukan peneliti adalah dengan menggunakan Uji Chi square.

Langkah capaian penelitian ini yaitu pertama dengan Penemuan penderita stroke baru atau lama dengan kriteria dengan atau tanpa komplikasi penurunan, kelemahan atau kelumpuhan fungsi ekstremitas tubuh berdasarkan diagnosis dokter atau pengukuran fungsi motorik. Kemudian Dilakukan pengukuran gangguan mental emosional dengan menggunakan *Self Reporting Questionnaire* (SRQ) oleh WHO, yang terdiri dari 20 pertanyaan. SRQ adalah kuesioner yang biasa digunakan untuk skrining masalah kesehatan jiwa dimasyarakat yang memiliki jawaban “ya atau tidak” dengan maksud mempermudah masyarakat untuk menjawabnya. Uji validasi terhadap SRQ, yaitu pada tahun 1995 yang dilakukan oleh Hartono. Beliau melakukan uji validasi terhadap penggunaan SRQ dengan cut of point/nilai batas pisah 6 yang kemudian digunakan pada Riskesdas 2007 dan 2013. Penggunaan SRQ pada Riskesdas 2007 dan 2013 bertujuan untuk mendapatkan gambaran status kesehatan mental/gangguan mental emosional yang ada di masyarkat Indonesia. Pertanyaan SRQ diberikan kepada anggota rumah tangga (ART) yang berusia ≥ 15 tahun. Ke-20 butir pertanyaan mempunyai jawaban “ya” dan “tidak”, dengan cut of point 6, artinya jika responden menjawab ≥ 6 jawaban “ya” dari 20 pertanyaan yang diajukan maka responden tersebut diindikasikan mengalami gangguan mental emosional. SRQ memiliki keterbatasan karena hanya mengungkap status emosional individu sesaat (± 2 minggu) dan tidak dirancang untuk diagnostik gangguan jiwa secara spesifik. (Depkes RI, 2008).

RESULT AND DISCUSSION

Tabel 3.1. Distribusi Responden menurut Karakteristik Variabel

	Karakteristik Variabel	Jumlah	
		N	%
1. Penyakit Stroke	o TidakKomplikasi	25	19,8
	o Komplikasi	101	80,2
2. Umur	o 25 – 34 tahun	5	4,0
	o 35 – 44 tahun	11	8,7
	o 45 – 54 tahun	37	29,4
	o 55 – 64 tahun	28	22,2
	o 65 – 74 tahun	37	29,4
	o 75 tahun keatas	8	6,3

3. Jeniskelamin	o Laki-laki	86	68,3
	o Perempuan	40	31,7
4. StatusPerkawinan	o Kawin	101	80,2
	oBelumkawin	4	3,2
	oCerahidup	2	1,6
	oCeraimati	19	15,1
5. Pendidikan	o Perguruantinggi	34	27,0
	oTamat SLTA	59	46,8
	oTamat SLTP	15	11,9
	oTamat SD	15	11,9
	oTidaktamat SD	3	2,4
6. PekerjaanSwasta/TNI/Polri/Guru/Dosen	o PNS/BUMN/Karyawan	17	13,5
	oWiraswasta/pedagang/pelayananjasa	45	35,7
	oPetani/nelayan/buruh/lainnya	2	1,6
	oTidakkerja/iburumahtangga	62	49,2
7. Penghasilan	o > UMR	80	63,5
	o < UMR	46	35,5
8. DukunganKeluarga	o Tidakada	15	11,9
	o Ada	111	88,1
9.StatusHubungandenganPasieno KepalaRumahTangga	oistri/Suami	95	75,4
	oAnak	28	22,2
	o Anak	1	0,8
	o Orang tua	2	1,6
10.Gangguan mental Emosional	o Tidak	30	23,8
	oYa	96	76,2

Tabel 3.1 menunjukkan distribusi responden menurut karakteristik variabel. Untuk variabel penyakit stroke yang memiliki komplikasi sebesar 80,2 persen, dengan karakteristik umur terbanyak adalah kelompok umur 45-54 tahun dan 65-74 tahun, yaitu sebesar 29,4 persen (37 responden) variabel status kawin/pernikahan diketahui bahwa: sebagian besar responden, yaitu 80,2 persen sudah kawin/menikah, tingkat pendidikan bahwa responden terbesar berpendidikan tamat SLTA 46,0 persen, pada variabel pekerjaan menunjukkan bahwa sebagian besar responden tidak bekerja dan ibu rumah tangga sebesar 49,2 persen. Variabel penghasilan diketahui bahwa prosentase responden yang tergolong lebih atau sama dengan UMR provinsi adalah yang terbesar, yaitu 63,5 persen (80 responden). Daridukungan keluarga, diketahui bahwa sebagian besar responden memiliki dukungan yang dominan dari keluarga sebesar 88,1 persen (n= 111 responden) yang sebagian besar adalah pasien sendiri/ kepala rumah tangga sebagai respondennya (75,4 persen).

Tabel 3.2 Hasil Analisa Bivariat Hubungan Penyakit Stroke dan Kovariat dengan Gangguan Mental Emosional

Karakteristik	Tidak Ada Gangguan		Ada Gangguan		P Value	OR CI 95%
	n	%	n	%		
1. Penyakit Stroke						
• Tidak Komplikasi	6	20,0	19	19,79		
• Komplikasi	24	80,0	77	80,21	0,01	1,01(0,36-2,83)
2. Umur						
• 25 – 34 tahun	3	10,3	2	2,1		
• 35-44 tahun	4	13,3	7	7,3	0,01	2,44(1,97-2,55)
• 45 – 54 tahun	3	10,0	34	35,4	0,012	1,56 (1,32-1,72)
• 55 – 64 tahun	8	26,7	20	20,8	0,03	3,36 (2,69-3,41)
• 65 – 74 tahun	11	36,7	26	27,1	0,01	1,94(1,89-2,02)
• 75 tahun ke atas	1	3,3	7	7,3	0,02	2,75(2,33-2,95)

3. Jenis Kelamin	9	30,0	31	32,3		
• Perempuan	21	93,3	65	67,7	0,015	1,11(0,96-2,71)
• Laki-laki						
4. Status Kawin						
• Belum Kawin	1	3,3	3	3,1		
• Kawin	28	93,3	73	76,0	0,049	2,16(1,43-3,18)
• Cerai Hidup	0	0	2	2,1	0,03	5,55(3,55-32,8)
• Cerai Mati	1	3,3	18	18,8	0,014	14,2(8,98-49,8)
5. Pendidikan						
• Tamat Perguruan Tinggi	8	25,7	25	27,1		
• Tamat SLTA	16	53,3	43	44,8	0,03	1,34(1,29-1,41)
• Tamat SLTP	3	10	12	12,5	0,01	1,15(1,10-1,19)
• Tamat SD	3	10,0	12	12,5	0,036	2,51(2,44-2,63)
• Tidak Tamat SD	0	0	3	3,1	0,032	3,67(3,50-3,79)
6. Pekerjaan						
• PNS/BUMN/Swasta/TNI/Polri/Guru	5	16,7	16,7	12,5		
• Wiraswasta/Pedagang/Pelayan Jasa	15	50,0	50,0	31,3	0,04	0,83(0,25-2,80)
• Petani/Nelayan/Buruh/lainnya	0	0	0	2,1	0,045	6,73(1,21-7,61)
• Tidak kerja/Ibu Rumah Tangga	10	33,3	33,3	54,2	0,022	2,17(0,63-2,51)
7. Penghasilan						
• < UMR	8	26,7	38	39,6	0,027	
• > UMR	22	73,3	58	60,4	0,056	1,80(0,73-4,46)
8. Dukungan Keluarga						
• Tidak Ada	4	13,3	11	11,5		
• Ada	26	86,7	85	88,5	0,056	1,18 (0,85-5,05)

Hasil analisis bivariat penyakit stroke dengan kejadian gangguan mental emosional menunjukkan bahwa persentase responden penderita penyakit stroke tanpa komplikasi yang tidak mengalami gangguan mental emosional sebesar 20 persen daripada penderita penyakit stroke tanpa komplikasi yang tidak mengalami gangguan mental emosional adalah sebesar 80 persen. Sedangkan persentase responden penderita penyakit stroke dengan komplikasi yang mengalami gangguan mental emosional sebesar 19 persen daripada penderita penyakit stroke dengan komplikasi yang mengalami gangguan mental emosional adalah sebesar 80, 21 persen. Responden yang menderita penyakit stroke memiliki risiko kejadian gangguan mental emosional sebesar 1,01 kali (CI 95%: 0,36-2,83).

Dari Tabel 3.2 menunjukkan hubungan variabel kovariat dengan kejadian gangguan mental emosional. Menurut variabel umur diketahui bahwa responden terbesar yang mengalami gangguan mental emosional adalah responden dengan umur 65-74 tahun, yaitu sebesar 36,7 persen, sedangkan responden terkecil yang mengalami gangguan mental emosionalnya adalah responden yang berumur 25-34 tahun, yaitu sebesar 2,1 persen. Responden yang berumur 65-74 tahun memiliki risiko kejadian gangguan mental emosional sebesar 1,94 kali (CI:95% 1,89-2,02) dibandingkan dengan responden yang berumur 25-34 tahun. Responden yang berumur 55-64 tahun memiliki risiko kejadian gangguan mental emosional sebesar 3,36 (CI:95% 2,69-3,41) dibandingkan dengan responden yang berumur 25-34 tahun. Responden yang berumur 35-44 tahun memiliki risiko kejadian gangguan mental emosional sebesar 2,44 kali (CI:95% 1,97-2,55) dibandingkan dengan responden yang berumur 25-34 tahun. Responden yang berumur 45-54 tahun memiliki risiko kejadian gangguan mental emosional sebesar 1,56 kali (CI:95% 1,32-1,72) dibandingkan dengan responden yang berumur 25-34 tahun.

Berdasarkan variabel jenis kelamin (sex) diketahui bahwa yaitu persentase perempuan (32, 3%) yang mengalami gangguan mental emosional lebih rendah daripada persentase laki-laki (67,7%). Responden laki-laki memiliki risiko gangguan mental emosional sebesar 1,1 kali (CI 95%: 0,96 – 2,71) dibandingkan responden perempuan. Sedangkan menurut status perkawinan diketahui bahwa persentase gangguan mental emosional yang terbesar pada responden yang berstatus kawin sebesar 76,0 persen yang memiliki risiko gangguan mental emosional lebih tinggi sebesar 2,61 kali (CI:95%

1,43-3,18) dibandingkan dengan dibandingkan dengan yang belum kawin. Responden yang berstatus cerai mati memiliki resiko gangguan mental emosional lebih tinggi sebesar 14,2 kali (CI:95% 8,98-49,8) dibandingkan dengan dibandingkan dengan yang belum kawin.

Selanjutnya menurut variabel pendidikan diketahui bahwa presentase gangguan mental emosional cenderung berbanding terbalik seiring dengan tingginya tingkat pendidikan responden . Responden yang tamat SLTA memiliki risiko gangguan mental emosional sebesar 1,34 kali (CI 95%: 1,29-1,41) dibandingkan dengan responden yang tidak tamat SD. Dari responden yang tamat SLTP memiliki risiko kejadian gangguan mental emosional sebesar 1,15 kali (CI 95%: 1,10-1,19) dibandingkan dengan responden yang dengan responden yang tidak tamat SD. Bagi responden yang tamat SD memiliki risiko kejadian gangguan mental emosional sebesar 2,51 kali (CI 2,44-2,63) dibandingkan dengan responden yang tidak tamat SD. Dilihat dari variabel pekerjaan tampak bahwa persentase gangguan mental emosional tertinggi terdapat pada responden yang tidak bekerja/ibu rumah tangga, yaitu sebesar 54,2 persen. Responden yang tidak bekerja/ibu rumah tangga memiliki risiko gangguan mental emosional sebesar 2,17 kali (CI 95%: 0,63-7,51) dibandingkan responden dengan pekerjaan sebagai PNS/BUMN/swasta/TNI/Polri/guru. Pada responden yang bekerja sebagai wiraswasta/pedagang/pelayanan jasa memiliki risiko gangguan mental emosional sebesar 0,83 kali (CI 95%:0,25-2,80) dibandingkan responden dengan pekerjaan sebagai PNS/BUMN/swasta/TNI/Polri/guru (Tabel 3.2).

Selanjutnya pada variabel penghasilan tampak bahwa persentase gangguan mental emosional tertinggi terdapat pada responden dengan penghasilan dibawah UMR, yaitu sebesar 60,4 persen. Responden dengan penghasilan dibawah UMR memiliki risiko gangguan mental emosional sebesar 1,80 kali (CI 95%: 0,73-4,46) (Tabel 4.2). Sedangkan menurut kovariat dukungan keluarga menunjukkan bahwa persentase gangguan mental emosional cenderung lebih tinggi pada responden yang ada dukungan keluarga, yaitu sebesar 88,5 persen. Responden yang ada dukungan keluarga memiliki risiko gangguan mental emosional sebesar 1,18 kali (CI 95%: 0,35-4,05) dibandingkan dengan responden yang tidak ada dukungan keluarga (Tabel 3.2).

Dalam penelitian yang melibatkan 126 responden ini diperoleh bahwa prevalensi gangguan mental emosional pada usia 15 tahun ke atas pada pasien yang dirawat baik rawat jalan atau inap adalah 76,2 persen. Angka ini secara poin estimate berbeda dengan laporan Riskesdas 2007-2013 yang melaporkan prevalensi gangguan mental emosional sebesar 11,6 persen. Kondisi ini dimungkinkan terjadi karena terdapat perbedaan dalam tehnik pengambilan sampel, yaitu multi stage random sampling pada seluruh provinsi di Indonesia dengan purposive random sampling pada 2 Rumah Sakit Islam di Jakarta.

Pada variabel ini tampak responden yang menderita penyakit stroke dengan komplikasi sebesar 80,2 persen (n=101) dan yang tidak komplikasi sebesar 19,8 persen (n= 25).

Dalam analisis bivariabel didapat secara umum terdapat hubungan responden yang berpenyakit stroke dengan komplikasi serta memiliki risiko 1,01 kali (CI 95%: 0,36 – 2,83) gangguan mental emosional dibandingkan dengan yang tidak komplikasi (P value < α).

Kondisi ini secara epidemiologi tidak berbeda jauh dengan penelitian Roosihermati, (2008) yang secara umum menyimpulkan bahwa masing-masing responden yang berpenyakit kronis seperti: stroke, asma, jantung, hepatitis, DM dan tumor memiliki risiko 2 – 4,5 kali gangguan mental emosional dibandingkan yang tidak berpenyakit kronis. Koenig, (2003) yang menjelaskan bahwa salah satu faktor risiko terjadinya gangguan mental adalah penyakit fisik kronis (stroke), selanjutnya menurut Stuart, (2007) salah satu sebab terjadinya gangguan mental adalah penyakit fisik yang bersifat kronis termasuk stroke, dimana penyakit ini berlangsung lama baik dalam patofisiologis dan proses pengobatan sertapemulihannya yang cenderung mengakibatkan kematian sebagai akibat adanya gangguan biologis pada sistem syaraf pusat sehingga akan mempengaruhi fungsi kognitif seseorang dalam memutuskan mekanisme penyesuaian (adaptation) atau pertahanan dirinya (defence mechanism) terhadap masalah yang dihadapinya.

Untuk variabel umur, umur responden berkisar antara 27 – 97 tahun dengan umur rata-rata adalah 57,44 tahun dan standar deviasi + 11,85 tahun. Kelompok umur terbesar, yaitu pada 2 kelompok umur 45 – 54 tahun dan 64-75 tahun sebesar 29,4 persen (n= 37) dan yang terkecil, yaitu pada kelompok umur 25-34 tahun sebesar 4,0 persen (n=5). Selanjutnya terdapat hubungan antara

kovariat umur dengan gangguan mental emosional (P value $< \alpha$), variabel umur diketahui bahwa responden terbesar yang mengalami gangguan mental emosional adalah responden dengan umur 45-54 tahun, yaitu sebesar 35,4 persen, sedangkan responden terkecil yang mengalami gangguan mental emosionalnya adalah responden yang berumur 25 – 34 tahun, yaitu sebesar 2,1 persen. Responden yang berumur 75 tahun ke atas memiliki risiko kejadian gangguan mental emosional sebesar 1,56 kali (CI 95%: 1,32– 1,72) dibandingkan dengan responden yang berumur 25 - 34 tahun. Untuk kelompok umur 65 – 74 tahun memiliki risiko kejadian gangguan mental emosional sebesar 1,94 kali (CI 95%: 1,89– 2,02) dibandingkan dengan responden yang berumur 25 - 34 tahun. Sedangkan untuk kelompok umur 55 – 64 tahun memiliki risiko kejadian gangguan mental emosional sebesar 3,36 kali (CI 95%: 2,68–3,41) dibandingkan dengan responden yang berumur 25 - 34 tahun.

Selanjutnya kelompok umur 35 – 44 tahun dan kelompok usia 75 tahun keatas secara berturut turut memiliki risiko kejadian gangguan mental emosional sebesar 2,44 kali (CI 95%: 1,97 – 2,55) dan 2,75 kali (CI 95%: 2,33 – 2,95) dibandingkan dengan responden yang berumur 25 - 34 tahun.

Kondisi ini sesuai dengan laporan hasil Riskesdas, (2013) yang menunjukkan bahwa kelompok umur lebih tua prevalensi kejadian gangguan mental emosional semakin meningkat dan dari hasil penelitian tersebut didapatkan prevalensi gangguan mental emosional pada kelompok umur 15-24 tahun sebesar 8,7 persen, kelompok umur 25-34 tahun sebesar 9,0% ,kelompok umur 35-44 tahun sebesar 9,9 persen kelompok umur 45-54 tahun sebesar 12,0 persen kelompok umur 55-64 tahun sebesar 15,4 persen kelompok umur 65-74 tahun sebesar 23,2 persen dan 75 tahun keatas sebesar 33,7 persen.(Kemenkes, 2013). Menurut Koenig. H.G & Blazer D.G (2003) menjelaskan resiko gangguan mental emosional (depresi) pada pasien sesudah usia 50 tahun hanya 0,5 – 0,3 dari pasien dengan usia kurang dari 50 tahun lebih disebabkan faktor biologik bukan karena faktor genetik. Hal ini mungkin disebabkan perubahan pada sistem syaraf neurotransmitter katekolaminergik) yang mungkin berperan dalam terjadinya depresi pada usia lanjut.

Dari hasil penelitian diketahui terdapat hubungan asosiasi jenis kelamin dengan gangguan mental emosional (P value $< \alpha$). yaitu persentase perempuan (32,3%) yang mengalami gangguan mental emosional lebih rendah daripada persentase laki-laki (67,7%). Responden laki-laki memiliki risiko gangguan mental emosional sebesar 1,1 kali (CI 95%: 0,96 – 2,71) dibandingkan responden perempuan. Kejadian ini tidak sesuai antara temuan peneliti dengan Maramis, (2009) yang menjelaskan bahwa dalam teori neurologi serta adanya faktor konstitusi yang menunjukkan genetik keseluruhan ataupun yang diperolehnya kemudian (hasil interaksi genotip dan fenotip), yang diantaranya adalah: gangguan mental karena keturunan dan sex (jenis kelamin).

Kemungkinan prevalensi resiko wanita mengalami gangguan mental (depresi) 1,5 - 2 kali dibandingkan pria namun tidak semua wanita mengalami hal tersebut, masalah perubahan hormonal sering dikaitkan dengan kecenderungan depresi dan perbedaan karakteristik keduanya. Ketika seseorang mengalami depresi, jumlah cairan kimia didalam otak berkurang, yang dapat menyebabkan sel otak bekerja lebih lambat, cairan neurotransmitter tersebut adalah serotonin. Bila terjadi ketidakseimbangan akan menyebabkan depresi. Selain serotonin, ada zat penghantar syaraf lain yang berperan, seperti norepineprin, dopamine, histamine, dan estrogen. Estrogen yang merupakan hormon kaum wanita ini bertanggung jawab sebagai penyebab gangguan mental, ketika jumlah estrogen menurun akan memunculkan gejala-gejala gangguan. Kondisi ini dapat saja terjadi karena saat pengumpulan data ditemukan pasien stroke yang dirawat jalan atau inap lebih banyak ditemukan laki-laki dibanding perempuan terlebih dengan menggunakan tehnik purposive sampling

Berdasarkan analisis bivariabel dapat dijelaskan secara umum terdapat hubungan antara kovariat status perkawinan dengan gangguan mental emosional (P value $< \alpha$), dimana responden yang sudah bercerai ditinggal mati memiliki risiko gangguan mental emosional sebesar 14,2 kali (CI 95%: 8,98 – 49,8) dibandingkan responden yang belum kawin, responden yang bercerai hidup memiliki risiko gangguan mental emosional sebesar 5,55 kali (CI 95%: 3,55 – 32,8) dibanding yang belum kawin, dan bagi responden yang sudah kawin memiliki risiko gangguan mental emosional sebesar 2,16 (CI 95%: 1,43 – 3,16) dibanding responden yang belum kawin. Hal ini sesuai dengan Frech, (2002) yang melakukan survey terhadap 3.066 responden pria dan wanita yang pernah menderita depresi di tahun 1997. Lima tahun kemudian mereka diwawancarai kembali tentang kualitas pernikahan mereka (jika menikah). Ternyata klien dengan gangguan depresi yang menikah dilaporkan

mengalami peningkatan kualitas psikologi yang lebih baik dibandingkan dengan responden yang tidak menikah. Secara umum pernikahan telah memberikan efek psikologi yang lebih besar pada seseorang.

Hasil analisa bivariabel untuk pendidikan, diketahui bahwa terdapat hubungan antara pendidikan dengan gangguan mental emosional ($P \text{ value} < \alpha$). Responden yang tidak tamat SD memiliki risiko gangguan mental emosional sebesar 3,67 kali (CI 95%: 3,5 – 3,79) dibandingkan dengan responden yang berpendidikan perguruan tinggi. Bagi responden yang tamat SD memiliki risiko kejadian gangguan mental emosional sebesar 2,51 kali (CI 95%: 2,44 – 2,63) dibandingkan dengan responden yang berpendidikan perguruan tinggi. Sedangkan bagi reponden yang berpendidikan tamat SLTP memiliki risiko kejadian gangguan mental emosional sebesar 1,15 kali (CI 95%: 1,1 – 1,19) dibandingkan dengan responden yang berpendidikan perguruan tinggi. Selanjutnya reponden yang berpendidikan tamat SLTA memiliki risiko kejadian gangguan mental emosional sebesar 1,34 kali (CI 95%: 1,29–1,41) dibandingkan dengan responden yang berpendidikan perguruan tinggi. Hal ini sesuai dengan Gallo JJ, (1995) dan Widakdo (2010) bahwa pendidikan rendah berhubungan dengan meningkatnya resiko untuk terjadinya dimensia dan sebagian terjadinya depresi yang selanjutnya dapat digolongkan sebagai gangguan mental emosional.

Variabel pekerjaan tampak bahwa persentase gangguan mental emosional tertinggi terdapat pada responden yang tidak bekerja/ibu rumah tangga, yaitu sebesar 54,2 persen dan dari hasil analisa bivariat didapatkan hubungan ($P \text{ value} < \alpha$). Responden yang tidak bekerja/ibu rumah tangga memiliki risiko gangguan mental emosional sebesar 2,17 kali (CI 95%: 0,63 – 2,51) dibandingkan responden dengan pekerjaan PNS/pegawai BUMN/swasta/TNI/Polri/guru/dosen. Pada responden yang bekerja sebagai petani/nelayan/buruh/lainnya memiliki risiko gangguan mental emosional sebesar 6,73 kali (CI 95%: 1,21–7,61) dibandingkan responden dengan pekerjaan PNS/pegawai BUMN/swasta/TNI/Polri/sekolah. Hal ini sesuai dengan Stuart dan Sundeen, (2001) faktor risiko tingkah laku bunuh diri pada pengangguran/tidak bekerja lebih tinggi dari pada profesional/pekerja karena bagi mereka yang tidak bekerja beranggapan, bahwa: tuntutan dan tanggung jawab sangat besar dalam menyelesaikan kewajibannya tidak sebanding dengan kebutuhan hidup dan jaminan.

Berdasarkan variabel penghasilan dijelaskan bahwa persentase gangguan mental emosional tertinggi terdapat pada responden dengan penghasilan lebih atau sama dengan UMR, yaitu sebesar 60,4 persen juga dimanai dengan adanya assosiasi antara kovariat penghasilan dengan gangguan mental emosional. Responden dengan penghasilan lebih atau sama dengan UMR memiliki risiko gangguan mental emosional sebesar 1,8 kali (CI 95%: 0,73–4,46) dibandingkan responden dengan penghasilan dibawah UMR. Hal ini sesuai dengan Depkes, (2004) dijelaskan bahwa bagi seorang profesional, petani, pedagang dan lainnya selain memiliki sosial financial yang relatif jelas juga memiliki prestise, kewibawaan, peran-peran sosial dan tersebut sakit maka tidak akan terlalu berdampak buruk karena masih ada jaminan dari hasil berkarya, namun bagi “non profesional” atau yang tidak memiliki penghasilan dapat menimbulkan goncangan ekonomi, hingga dapat mengakibatkan stress atau gangguan mental. Terganggunya kesehatan pada seorang dapat menimbulkan dampak ganda, di satu sisi menjadi kendala untuk mencari nafkah, di sisi lain menambah beban pengeluaran. Kenyataan yang ada seringkali pendanaan tidak mencukupi untuk mengatasi gangguan kesehatan yang dihadapi.

Pada variabel dukungan keluarga menjelaskan bahwa persentase gangguan mental emosional tertinggi terdapat pada responden dengan adanya dukungan keluarga, yaitu sebesar 88,5 persen. Pasien yang mendapat dukungan keluarga memiliki risiko gangguan mental emosional sebesar 1,18 kali (CI 95%: 0,83–4,05) dibandingkan responden dengan yang tidak memiliki dukungan keluarga meski secara faktual $P \text{ value} > 0,05$ yang berarti tidak terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan gangguan mental emosional. Kondisi hasil penelitian ini kurang sesuai bisa saja sebagai akibat dari sifat penyakit stroke ini yang mudah relaps (kambuh) pada kondisi tertentu, menahun dan pasien yang sudah beberapa kali dirawat, sehingga meski memiliki dukungan keluarga yang baik akhirnya pada satu titik tertentu anggota keluarga yang memberikan dukungan atau bahkan pasien sendiri sudah mulai pasrah. Namun hakekatnya setiap individu memiliki faktor pengimbang (Balancing Factor) adalah dukungan situasi/support system yang bersama faktor persepsi dan koping yang digunakan individu berguna menyelesaikan krisis yang dapat menimbulkan stress yang dirasakan sebagai ancaman (Stuart dan Sundeen, 2001), selanjutnya juga masih perlu dukungan sosial untuk

belajar dan mengembangkan diri agar menjadi lebih baik (Purwadarminta, 1991) serta khusus untuk lansia menurut Depkes yang dikutip Marini (2008); adanya dukungan sosial yang tinggi diharapkan dapat melindungi dari kejadian depresi sesuai teori yang berhubungan dengan psikososial, yaitu: The First, Teori Kesenambungan, yaitu bahwa dalam memasuki usia lanjut, seseorang akan lebih berhasil bila tetap dapat mempertahankan interaksinya dengan masyarakat. maka dengan cara ini, usia lanjut dapat mempertahankan identitas diri dan peranannya dalam masyarakat. Second, teori Aktifitas, yaitu bahwa usia lanjut yang berhasil adalah mereka yang dapat mempertahankan suatu tingkat kegiatan didalam masyarakat. Keterlibatannya didalam kegiatan dapat diasosiasikan dengan tingkat kepuasan hidup.

CONCLUSION

Berdasarkan hasil dan pembahasan diatas, maka dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan status penyakit stroke dengan kejadian gangguan mental emosional pada usia 15 tahun ke atas di Rumah Sakit Islam Jakarta (Cempaka Putih dan Pondok Kopi). Terdapat pula hubungan antara kovariat (umur, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan dan penghasilan) dengan gangguan mental emosional ($p < 0,05$) namun untuk kovariat dukungan keluarga tidak terdapat hubungan dengan gangguan mental emosional.

REFERENCE

- (2004), Demografi dan Epidemiologi Populasi lanjut Usia' dalam Geriatri ((2005).Kebijakan dan Strategi Pembangunan upaya Kesehatan Jiwa
------(2006), Analisis Data Kategorik, Departemen Biostatistik Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.
(2006), Gerontologi dan Geriatri di Indonesia ' dalam Buku Ajar ilmu Penyakit
2001. Jakarta : Direktorat Kesehatan Jiwa. Departemen Kesehatan, Kesejahteraan dan Sosial Republik Indonesia.
Andri & Susanto. (2008). Tatalaksana Depresi Pasca Stroke. Diakses pada tanggal 08Desember 2013 di<http://www.researchgate.net>
Ariawan, Iwan.(1998), Besar dan Metode Sampel pada Penelitian Kesehatan, Jurusan Biostatistik dan Kependudukan Fakultas Kesehatan, Universitas Indonesia, Depok
Australian Bureau of Statistics (2008) 2007 National Survey of Mental Health and Wellbeing: Summary of Results (4326.0), Canberra, ABS.
Balitbang, Departemen Kesehatan.(2013). Laporan hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS Indonesia-tahun 2013) .Jakarta : Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
Berhubungan Dengan Perilaku Pencarian Pengobatan di Kelurahan Pulo Gadung kecamatan Pulo Gadung Jakarta Timur Tahun 1996. Tesis. FKM UI, Jakarta
Clarke, D.M., & Currie, K.C. (2009). 'Depression, anxiety and their relationship with chronic diseases:a review of the epidemiology, risk and treatment evidence'. MJA Sup
Dalam, Edisi keempat-Jilid III, Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit dalam FKUI, Jakarta, pp. 1450 1456.
Darmojo.(2004), Gerontologi Sosial: Masalah Sosial dan Psikologik Golongan Lanjut Usia ' dalam Geriatri (Ilmu Kesehatan Usia Lanjut),ed.R.B Darmojo &H.H. Martono,Edisi ke-3.Balai Penerbit FKUI, Jakarta,pp.14-34

- Davies, Teifion and TKJ Craig. (2009). "ABC Kesehatan Mental" (Alifa Dimanti, Penerjemah). Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Departemen Kesehatan (2005). Pedomannya Pelayanan Kesehatan Jiwa Usia Lanjut Bagi Petugas Kesehatan, Edisi Keenam. Direktorat Jenderal Pelayanan Medik, Jakarta.
- Emotional Changes After Stroke (www.stroke.org.uk) Stroke Assosiasi; 2012 (Dik pada tanggal 11 Desember 2013). Tersedia dari: www.stroke.org.uk
- Gangguan Mental Emosional Pada Usia 15 Tahun Ke Atas Di Indonesia (Analisis Data RISKESDAS TAHUN 2007). FKM UI
- Handayani & Adientya. (2012). Stres Pada Kejadian Stroke. Dikutip pada tanggal 08 Desember 2013. Tersedia dari: <http://ejournal-s1.undip.ac.id/inde.php/jnursing>.
- Hawari, Dadang. (2001). Manajemen Stres, Cemas dan Depresi. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Edisi ke-1, Cetakan ke-2.
- Ilmu Kesehatan Usia Lanjut, ed R.B Darmojo & H Martono, Edisi ke-3 Balai Penerbit FKUI, Jakarta, pp 35-55
- Internationale, Aide Medicale. (2008). Mental Health The Health Magazine for Indonesian Health Workers. Six Edition, Americares
- Kaplan, Harold I, Benjamin J. Sadock, and Jack A. Grebb. (2010). Sinopsis Psikiatri (Ilmu Pengetahuan Jilid I & II Prilaku Psikiatri Klinis). (Widjaya Kusuma dan I Made Lemeshow et al 1997, Besar Sampel Dalam Penelitian Kesehatan. Gajah Mada University Press, Yogyakarta
- Lloyd, Geoffrey and Guthrie, Elspeth. (2007). Handbook of Liaison Psychiatry. Cambridge University Press
- Maramis, Willy F dan Albert A Maramis. (2009). Ilmu Kedokteran Jiwa. Surabaya Airlangga Press, Edisi ke-2, Cetakan Pertama.
- Marini. (2008). Faktor-Faktor Yang berpengaruh Terhadap Kejadian Depresi Pada Usia lanjut di Poli Geriatri Rumah Sakit Umum Pusat Cipto Mangunkusumo Tahun 2006-Tahun 2008. Tesis. FKM UI, Jakarta
- Mei 7, 2010. <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/291/21/2581> Widakdo, Giri. (2010). Aplikasi Regresi Logistik Pada Hubungan Penyakit Kronis Dengan
- Miller, T. Q., Smith, T. W., Turner, C. W., et al. (1996). A Meta-Analytic Review of Research on Hostility and Physical Health. Psychological Bulletin, 119, 322-348.
- Mulivariat). Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Indonesia Universitas Indonesia. Rahajeng, Ekowati. (1996). Faktor-Faktor Pada Pasien Gangguan Mental Emosional Yang
- Nancy, C. Andreasen (2001), Brave New Brain: Conquering Mental Illness in the Era of the Genome, New York, Oxford University Press, 368
- Prayitno, A (2007 October 8). 50.000 Orang Indonesia Bunuh Diri. Diunduh pada Mei 8, 2010. <http://www.vhrmedia.com/vhr-news/berita-detail.php?g=news&s=berit...>
- Hastono, Sutanto P. (2007). Basic Data Analysis For Health Research (Modul Ketiga Dualisis
- Slade, T., Johnston, A., Teesson, M., Whiteford, H., Burgess, P., Pirkis, J. & Saw, S. (2009). The Mental Health of Australians 2. Report on the 2007 National Survey of Mental Health and Wellbeing. Department of Health and Ageing, Canberra.
- Stroke Statistic (www.stroke.org.uk) Stroke Assosiasi; 2012 (Dikutip pada tanggal 08 Desember 2013). Tersedia dari: www.stroke.org.uk
- Stuart, G Wiscarz and Sundeen, Sandra J. (2001). Principles and Practice of Psychiatric Nursing. USA, St Louis, Mosby.
- Stuart, Gail. (2007). Keperawatan Jiwa (Ramona P.K dan Egi Komara Y, Penerjemah). Jakarta: Buku Kedokteran EGC.

WHO, (2008). The Global Burden of Disease Update 2004. , (2004). Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. Diunduh pada
Wiguna S, Penerjemah). Tangerang, Bina Rupa Aksara. Koenig, HG and Blazer DG.(2003). Depression, Anxiety and other Mood Disorders in Geriatric Medicine An Evidence Base Approach.