

SKRIPSI

STUDI KOMPARASI ANTARA *HOSPITAL BASED SUPPORT* DI IRNA WIJAYAKUSUMA B RSUD dr. SOEDONO MADIUN DENGAN *HOME BASED SUPPORT* DI KOTA MADIUN TERHADAP TINGKAT DEPRESI PADA PASIEN SIROSIS HEPATIS

PRE EXPERIMENTAL DESIGN

Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
Pada Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga



Oleh :

PUJI TRI HASTUTI

NIM : 010830366 B

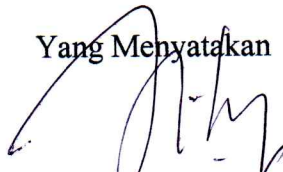
**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2010**

SURAT PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun

Surabaya, 15 Februari 2010

Yang Menyatakan



Puji Tri Hastuti
NIM: 010830366 B

LEMBAR PERSETUJUAN SKRIPSI

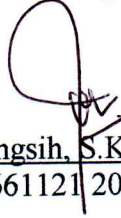
Lembar Pengesahan

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI

TANGGAL: 16 Februari 2010

Oleh

Pembimbing Ketua



Purwaningsih, S.Kp., MARS.
NIP: 19661121 200003 2 001

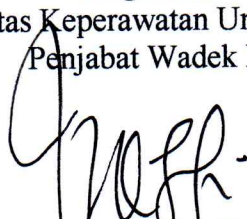
Pembimbing



Ni Ketut Ali Armini, S.Kp.
NIP: 19741029 200312 2 002

Mengetahui

a.n Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
Penjabat Wadek I



Yuni Sufyanti Arief, S.Kp., M.Kes
NIP: 19780606 200112 2 001

PENETAPAN PANITIA PENGUJI SKRIPSI

SKRIPSI TELAH DIUJI

Pada tanggal, 18 Februari 2010

PANITIA PENGUJI

Ketua : Dr. I K Sudiana, drs., M.Si
NIP: 19550705 198003 1 005

(.....)

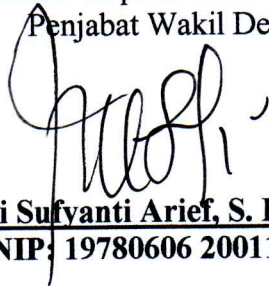
Anggota : 1. Purwaningsih, S.Kp., MARS
NIP: 19661121 200003 2 001

(.....)

2. Ni Ketut Alit Armani, S.Kp.
NIP: 19741029 200312 2 002

(.....)

Mengetahui
a.n. Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
Penjabat Wakil Dekan I



Yuni Sufyanti Arief, S. Kp., M.Kes.
NIP: 19780606 200112 2 001

MOTTO

*“Barangsiapa yang bertaqwa pada Allah, niscaya
Dia akan mengadakan baginya jalan keluar”*

(At-Thalaq : 2)

Sesungguhnya manusia itu mempunyai tiga karakter:

- 1. Yang benar-benar dimilikinya*
- 2. Yang dia kira dimilikinya*
- 3. Yang bukan dia milikinya*

(Alphonso Karr)

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Studi komparasi antara *Hospital Based Support* di IRNA Wijayakusuma B RSUD dr. Soedono Madiun dengan *Home Based Support* di kota Madiun terhadap tingkat depresi pada pasien Sirosis hepatitis. Penulis berharap agar penulisan ini dapat dijadikan wacana atau masukan pada RSUD dr. Soedono dalam menyusun rancangan penatalaksanaan depresi pada pasien Sirosis hepatitis yang sedang menjalani rawat inap.

Pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan rasa terima kasih yang sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah banyak membantu penulis dalam menyelesaikan proposal ini, khususnya kepada :

1. Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons) selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan penyusunan skripsi ini.
2. Yuni Sufyanti Arief, S.Kp., M.Kes. selaku Wakil Dekan I Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan penyusunan skripsi ini.
3. Purwaningsih, S.Kp, MARS selaku pembimbing ketua yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan selama penyusunan skripsi ini.
4. Ni Ketut Alit Armini, S.Kp. selaku pembimbing kedua yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan selama penulisan skripsi ini.

5. Dr. Dodo Anondo, MPH selaku Direktur RSUD dr. Soedono Madiun yang telah memberikan kesempatan untuk mengikuti pendidikan di Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan UNAIR Surabaya.
6. Dariyono, AMK selaku Kepala Instalasi Rawap Inap Wijayakusuma RSUD dr. Soedono Madiun yang telah memberikan dorongan, kesempatan dan bantuan fasilitas dalam penyusunan skripsi ini.
7. Emy Kusmijati, AMK selaku Kepala Ruang Wijayakusuma B RSUD dr. Soedono yang telah memberikan dukungan, bantuan selama penyusunan skripsi ini.
8. Suamiku tercinta dan anak-anakku tersayang yang telah memberikan dukungan serta motivasi dalam menyelesaikan skripsi ini
9. Seluruh keluarga yang telah banyak memberikan dukungan, motivasi dan doa demi selesainya skripsi ini.
10. Teman-teman Mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan B XI Madiun dan berbagai pihak yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan skripsi ini masih banyak kekurangan dan jauh dari sempurna karena keterbatasan pengetahuan serta kemampuan. Oleh karena itu penulis mengharapkan kritik, saran dari pembaca demi kesempurnaan skripsi ini dan semoga proposal ini bermanfaat bagi seluruh pembaca.

Madiun, 16 Februari 2010

Penulis

**COMPARISON STUDY OF HOSPITAL BASED SUPPORT IN IRNA
WIJAYAKUSUMA B RSUD Dr. SOEDONO MADIUN WITH HOME BASED
SUPPORT IN MADIUN CITY TOWARD DEPRESSION'S LEVEL IN
PATIENTS WITH CIRRHOSIS HEPATIS**

Pre Experiment Study in IRNA Wijaya Kusuma B RSUD dr. Soedono Madiun

By : Puji Tri Hastuti

Cirrhosis hepatitis is a chronic disease that causes many physical and psychological changes in the patient, patient was can be fell in depression phase. The purpose of this study was to analyze the difference between hospital-based support in IRNA Wijayakusuma B RSU dr. Soedono Madiun with home-based support in city Madiun city toward depression's level in patients with cirrhosis hepatitis.

Design was used in this study is pre-experiment (pre and post test design). Total Samples was 14 respondents that divided into two groups. The independent variable was implementation of hospital based support and home based support. The dependent variables was depression's level.

This research design used pre-experimental pre and post test design. Total sample was 14 respondents, divided into 2 groups . The independent variables : implementation of hospital-based support *Mann Whitney Tests* and home-based support. The dependent variable was level of depression patients with cirrhosis hepatitis.

Result showed that *Wilcoxon Signed Rank Test* and of hospital based support get the p-value $Z = - 1,414 P = 0,157 (p > 0,05)$, it's means that the alpha 5% there was no significant difference in the average level of depression before and after intervention. In the home based support got the value $Z = - 1,414 P = 0,157 (p > 0,05)$, it's mean at alpha 5% there is no significant difference. The difference between the effects of home-based support and hospital-based support in get the value $Z = 1.000 P = 0,317 (p > 0,05)$, it's mean the 5% alpha look no significant difference.

Further research should focus on developing a special group discussion for patient's family and improving knowledge of nurses in health education. And get maximal support to patient Cirrosis Hepatitis

Keywords: *hospital based support, home based support, anxiety level*

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul dan Prasyarat Gelar	i
Lembar Pernyataan	ii
Lembar Persetujuan	iii
Lembar Penetapan Panitia Penguji	iv
Motto.....	v
Ucapan Terima Kasih	vi
<i>Abstrac</i>	viii
Daftar Isi	ix
Daftar Gambar	xii
Daftar Tabel	xiii
Daftar Lampiran	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan.....	5
1.3.1 Tujuan umum	5
1.3.2 Tujuan khusus	5
1.4 Manfaat Penelitian.....	5
1.4.1 Teoritis	5
1.4.2 Praktis	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1 Konsep <i>Home Based Support</i>	7
2.1.1 Pengertian	7
2.1.2 Jenis-jenis dukungan keluarga	10
2.1.3 Hubungan dukungan keluarga dengan kesehatan	10
2.1.4 Komponen-komponen dalam dukungan keluarga	12
2.1.5 Peran dan fungsi perawat di rumah.....	14
2.2 Konsep <i>Hospital Based Support</i>	14
2.2.1 Pengertian	14
2.2.2 Peran <i>Hospital Based Support</i>	14
2.2.3 <i>Hospital Based Support</i> dalam mempercepat persaudaraan	16
2.2.4 Cara menjalin hubungan untuk <i>Hospital Based Support</i> ..	17
2.3 Konsep Depresi.....	17
2.3.1 Pengertian depresi.....	17
2.3.2 Jenis-jenis depresi	18
2.3.3 Aspek-aspek depresi	21
2.3.4 Faktor penyebab depresi	21
2.3.5 Faktor yang mempengaruhi depresi.....	24
2.3.6 Perspektif teoritis tentang depresi.....	24
2.3.7 Teori-teori yang terkait dengan depresi	28

2.4 Konsep <i>Sirosis Hepatis</i>	33
2.4.1 Pengertian <i>sirosis hepatis</i>	33
2.4.2 Etiologi.....	34
2.4.3 Manifestasi klinik.....	34
2.4.4 Pemeriksaan dan diagnosa.....	35
2.4.5 Prognosis.....	37
2.4.6 Komplikasi.....	37
2.4.7 Dampak psikologi.....	38
2.4.8 Penatalaksanaan.....	39
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS	41
3.1 Kerangka Konsep.....	41
3.2 Hipotesis	43
BAB 4 METODE PENELITIAN.....	44
4.1 Desain Penelitian.....	44
4.2 Kerangka Kerja.....	46
4.3 Populasi, Sampel dan Sampling.....	47
4.3.1 Populasi.....	47
4.3.2 Sampel.....	47
4.3.3 Sampling	48
4.4 Identifikasi Variabel Penelitian.....	48
4.4.1 Variabel bebas (<i>Independen</i>).....	48
4.4.1 Variabel tergantung (<i>dependen</i>).....	48
4.5 Definisi Operasional.....	49
4.6 Prosedur Pengambilan dan Pengumpulan Data.....	52
4.6.1 Instrumen penelitian.....	52
4.6.2 Lokasi dan waktu penelitian.....	54
4.6.3 Prosedur pengumpulan data.....	54
4.6.4 Cara analisis data	55
4.7 Etika Penelitian	57
4.7.1 <i>Informed consent</i> (lembar persetujuan)	58
4.7.2 <i>Anomity</i> (tanpa nama)	58
4.7.3 <i>Confidentiality</i> (kerahasiaan).....	58
4.8. Keterbatasan.....	58
BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	60
5.1 Hasil Penelitian.....	60
5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian	60
5.1.2 Data karakteristik responden.....	61
5.1.3 Data tingkat depresi	69
5.2 Pembahasan.....	70
5.2.1 Pengaruh <i>hospital based support</i> terhadap tingkat Depresi	73
5.2.2 Pengaruh <i>home based support</i> terhadap tingkat depresi. ..	74
5.2.3 Perbedaan pengaruh <i>home based support</i> dan <i>hospital based support</i> terhadap tingkat depresi.....	75

BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN.....	77
6.1 Kesimpulan.....	77
6.2 Saran.....	78
DAFTAR PUSTAKA.....	80
LAMPIRAN 1.....	83
LAMPIRAN 2.....	84
LAMPIRAN 3.....	85
LAMPIRAN 4.....	86
LAMPIRAN 5.....	87
LAMPIRAN 6.....	88
LAMPIRAN 7.....	90
LAMPIRAN 8.....	93
LAMPIRAN 9.....	100
LAMPIRAN 10.....	102
LAMPIRAN 11.....	104
LAMPIRAN 12.....	106
LAMPIRAN 13.....	111

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 3.1 Kerangka Konsep.....	41
Gambar 4.1 Kerangka Kerja	46
Gambar 5.1 Diagram karakteristik berdasarkan umur.....	61
Gambar 5.2 Diagram karakteristik berdasarkan jenis kelamin.....	62
Gambar 5.3 Diagram karakteristik berdasarkan status perkawinan.....	63
Gambar 5.4 Diagram karakteristik berdasarkan pekerjaan.....	64
Gambar 5.5 Diagram karakteristik berdasarkan pengalaman dirawat.....	65
Gambar 5.6 Diagram karakteristik berdasarkan pendapatan.....	66
Gambar 5.7 Diagram karakteristik berdasarkan kenyamanan pasien.....	67
Gambar 5.7 Diagram karakteristik berdasarkan pendidikan.....	68

DAFTAR TABEL

		Halaman
Tabel 2.1	Manifestasi gejala dan tanda klinis penderita sirosis hati	34
Tabel 2.2	Pemeriksaan klinis dalam penentuan diagnosis <i>sirosis hepatis</i>	36
Tabel 2.3	Pemeriksaan penunjang dan beberapa kemungkinan . diagnosis	37
Tabel 2.4	Kriteria <i>chlid</i> penderita sirosis hepatis.....	37
Tabel 4.1	Definisi Operasional Studi Komparasi <i>Hospital Based Support</i> di IrnaWijayakusuma RSUD Dr. Soedono Madiun dengan <i>Home Based Support</i> di Kota Madiun Terhadap Tingkat Depresi Pada Pasien Sirosis Hepatis	49
Tabel 5.1	Perbedaan tingkat depresi pada kelompok <i>Hospital based</i>	69
Tabel 5.2	Perbedaan tingkat depresi pada kelompok <i>home based</i>	69
Tabel 5.3	Perbedaan tingkat depresi antara <i>hospital based</i> dan <i>home Based</i> sebelum dan sesudah dilakukan intervensi.....	70

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 Permohonan Bantuan Fasilitas Pengambilan Data Penelitian.....	83
Lampiran 2 Jawaban Permohonan Ijin Pengambilan Data Penelitian.....	84
Lampiran 3 Surat Keterangan Melaksanakan Pengambilan Data.....	85
Lampiran 4 Surat Penjelasan Penelitian	86
Lampiran 5 Surat Persetujuan Menjadi Responden.....	87
Lampiran 6 Lembar Kuesioner	88
Lampiran 7 Lembar Pengumpulan Data.....	90
Lampiran 8 Satuan Acara Pembelajaran.....	93
Lampiran 9 Stándar Operating Prosedur Pada Home Based Support.....	100
Lampiran 10 Estándar Operating Prosedur Pada Hospital Based Support.....	102
Lampiran 11 Rekapitulasi Data Penelitian	104
Lampiran 12 Hasil Analisis	106

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Depresi merupakan respons yang umum terjadi terhadap masalah kesehatan dan sering terjadi pada orang yang mengalami masalah terhadap diagnosis penyakitnya. Depresi secara klinis terjadi karena perasaan sedih yang mendalam secara terus menerus yang mengakibatkan seseorang merasa hidupnya akan berakhir, bukan karena gangguan fungsi tubuh (Brunner and Suddarth, 2000). Salah satu penyakit yang menyebabkan berbagai perubahan fisik dan psikis adalah sirosis hepatis merupakan bentuk akhir kerusakan hati dengan digantinya jaringan yang rusak oleh jaringan fibrotik yang akan menyebabkan penurunan fungsi hati dan penggunaan tekanan portal dan bersifat *irreversible*. Kerusakan hati yang permanen ini akan menimbulkan berbagai perubahan fisik dan psikologis pasien. Adanya perubahan fisik, akan diikuti oleh perubahan psikodinamik yang bervariasi. Munculnya rasa kehilangan, ketakutan akan kematian, tidak bisa meneruskan rencana-rencana hidup, perubahan citra diri dan percaya diri, perubahan peran sosial dan *lifestyle* merupakan hal-hal yang mempengaruhi perubahan psikologis penderita sirosis hepatis yang akhirnya akan jatuh pada fase depresi.

Studi pendahuluan yang dilaksanakan peneliti di Irna Wijayakusuma B pada 10 pasien sirosis hepatis pada bulan September 2009 menunjukkan adanya beberapa tanda dari depresi, yaitu semua/100% pasien merasa malu terhadap gambaran dirinya, dan 90% tidak bisa/sulit tidur karena memikirkan kondisi

penyakitnya. Dari hasil pengumpulan data yang dilakukan peneliti pada bulan Desember 2009 di IRNA Wijayakusuma B menunjukkan bahwa dari 80% responden penelitian sudah memperoleh dukungan dari keluarga. Namun pada kenyataannya dukungan keluarga yang mereka peroleh dirasakan masih kurang, mereka cenderung tidak menerima kondisi anggota keluarganya yang terinfeksi, tidak ada rasa cinta, dan tidak ada penerimaan serta kecemasan yang tinggi sehubungan dengan prognosa penyakit dan biaya pengobatan sehingga respons sosial (emosional) pasien sirosis hepatitis tersebut berkembang ke arah yang negatif. Dengan *home based support* dan *hospital based support* diharapkan bisa memberikan gambaran kepada keluarga dalam memberikan dukungan yang tepat untuk mengurangi tingkat depresi pada pasien

Perawatan pasien bertempat di rumah sebesar 70%-90% yang didampingi keluarga, teman atau organisasi yang berbasis perawatan di rumah (Purwaningsih, 2009). Pasien sirosis hepatitis di negara maju pada kelompok usia antara 30–59 tahun merupakan penyebab kematian terbesar ke-3 dengan puncaknya sekitar 40–49 tahun (setelah penyakit kardiovaskuler, dan kanker). Setiap tahun sekitar 25.000 orang meninggal akibat penyakit ini, dan menempati urutan ke-7 penyebab kematian di seluruh dunia. Virus hepatitis B menyebabkan sirosis hepatitis sebesar 40-50%. dan virus hepatitis C sebesar 30–40%, sehingga penularannya sangat cepat (Suara Merdeka 2008). Jumlah pasien yang dirawat di Irna Wijayakusuma B RSUD dr. Soedono Madiun pada bulan September 2009 sebanyak 136 pasien, ada 24 pasien sirosis hepatitis antara usia 30-59 tahun dan penyebab kematian ke-3.

Sirosis hepatitis merupakan penyakit kronik dan keadaan terminal dapat menimbulkan respon bio-psiko-sosial-spiritual, meliputi respon kehilangan

kesehatan, kemandirian, situasi, rasa nyaman, fungsi fisik, fungsi mental, konsep diri dan peran dalam keluarga dan kelompok. Pada fase ini mengekspresikan rasa tidak percaya pada kenyataan, emosi klien mulai meningkat, depresi, cemas dan marah mulai muncul. Dukungan sosial dari keluarga dan perawat serta tenaga kesehatan diharapkan bisa mengurangi stress karena melalui interaksi, seseorang dapat berpikir lebih realistis dan mendapatkan perspektif lain sehingga dapat lebih memahami masalahnya (Wahyu Purwaningsih, S.Kep, Ina Karlina, S.Kep.Ns, 2009).

Dukungan keluarga (*Home Based Support*) dan dukungan perawatan di rumah sakit (*Hospital Based Support*), diperlukan oleh setiap individu didalam setiap siklus kehidupan. Dukungan itu akan sangat dibutuhkan pada saat seseorang sedang menghadapi masalah atau sakit, namun dari keduanya keefektifannya untuk menurunkan tingkat depresi pasien belum bisa dijelaskan. *Home Based Support* merupakan pelayanan keperawatan yang diberikan di rumah tinggal pasien setelah pulang dari rumah sakit. Pasien yang telah melewati fase akut dan merupakan penyakit yang kronis, mendapat dukungan perawatan lanjutan di rumah dengan teknik keperawatan keluarga dan memanfaatkan semua sumber daya yang ada di sekitar tempat tinggalnya. Sedangkan *Hospital Based Support* adalah dukungan dan tindakan perawatan yang dilakukan oleh perawat yang dilaksanakan selama pasien dirawat di rumah sakit dengan memanfaatkan sarana dan sumber daya yang ada di rumah sakit (Robby Bee, 2009).

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*overt behaviour*). Perilaku yang didasarkan pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari

pengetahuan. Penelitian Rogers (1974) dalam Notoprawiro (2009) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru, dalam orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yakni *awareness* (kesadaran), *interest* (merasa tertarik), *evaluation*, *trial* dan *adoption*. Dengan demikian dukungan sosial atau sosial support sangat diperlukan baik dalam perawatan di rumah sakit ataupun perawatan di rumah untuk kestabilan emosi, penurunan depresi dan meningkatkan interaksi sosial, karena didalam dukungan sosial terdapat dukungan informasi dan dukungan emosional. Berdasarkan hal tersebut diatas peneliti tertarik untuk mengadakan penelitian : Study komparasi *Hospital Based Support* di Irna Wijaya Kusuma RSUD dr. Soedono Madiun dan *Home Based Support* di kota Madiun Terhadap Tingkat Depresi Pada Pasien Sirosis Hepatis.

1.2 Rumusan Masalah

1. Apakah ada pengaruh *hospital based support* terhadap tingkat depresi pada *sirosis hepatitis*?
2. Apakah ada pengaruh *home based support* terhadap tingkat depresi pada *sirosis hepatitis*?
3. Apakah ada perbedaan pengaruh antara *home based support* dan *hospital based support* terhadap tingkat depresi pada *sirosis hepatitis*?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan umum

Menjelaskan perbedaan antara *hospital based support* di IRNA Wijayakusuma RSUD dr. Soedono Madiun dengan *home based support* di Kota Madiun terhadap tingkat depresi pada pasien sirosis hepatitis.

1.3.2 Tujuan khusus

1. Mengidentifikasi pengaruh *hospital based support* terhadap tingkat depresi pasien sirosis hepatitis di Irna Wijayakusuma RSUD dr. Soedono Madiun.
2. Mengidentifikasi pengaruh *home based support* terhadap tingkat depresi pasien sirosis hepatitis di Kota Madiun.
3. Menganalisis perbedaan pengaruh *hospital based support* di Irna Wijayakusuma RSUD dr. Soedono Madiun dengan *home based support* di Kota Madiun terhadap tingkat depresi pasien sirosis hepatitis.

1.4 Manfaat

1.4.1 Teoritis

Sebagai informasi ilmiah untuk mendapatkan metode yang tepat tentang *hospital based support* dan *home based support* pada pasien dengan sirosis hepatitis yang mengalami depresi dengan menerapkan teori respon-organisme-stimulus.

1.4.2 Praktis

1. Efektif dan efisien untuk perawatan penderita yang mengalami depresi.
2. Meningkatkan pemahaman dan mensosialisasikan pentingnya dukungan keluarga di dalam menurunkan tingkat depresi

3. Sebagai data dasar dalam melaksanakan penelitian lebih lanjut yang berkaitan dengan pentingnya dukungan keluarga dan masyarakat dalam pemberian asuhan keperawatan.
4. Menerapkan dukungan keluarga dan masyarakat sehingga bisa meningkatkan pelayanan keperawatan secara holistik.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan diuraikan konsep berdasarkan tinjauan pustaka, tentang konsep *home based support* dan *hospital based support*, depresi dan sirosis hepatis.

2.1 Konsep *Home Based Support*

2.1.1 Pengertian

Home Based Support merupakan pelayanan keperawatan yang diberikan di rumah tinggal pasien setelah pulang dari rumah sakit. Pasien yang telah melewati fase akut dan merupakan penyakit yang kronis, mendapat dukungan perawatan lanjutan di rumah dengan tehnik keperawatan keluarga dan memanfaatkan semua sumber daya yang ada disekitar tempat tinggalnya (Robby Bee, 2009).

Home Based Care digambarkan sebagai bentuk dari pelayanan perawatan pada pasien yang dilaksanakan di rumah (WHO, 2002). Perawatan termasuk perawatan, fisik, psikososial, paliatif dan spiritual pada pasien kronis yang dilakukan di rumah dengan dukungan keluarga dan masyarakat (*International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies and National Societies*, 2003) Home Care secara sederhana dapat dikemukakan sebagai “Perawatan pasien/klien di rumah”. Suharyati (1998), mengutip Habbs and Perin (1985) mengemukakan *Home care* sebagai *Family and or Professionally Provided Health Care and Related service delivered in the home environment*. Dua keuntungan yang dominan dari *home care* adalah klien dengan kondisi pasca akut

dan klien dengan kondisi ketidakmampuan tertentu (*disable*) dan atau dengan kondisi penyakit kronis (Dochterman & Grace, 2001).

Home care merupakan area yang bukan saja menjadi fokus perhatian profesi keperawatan tetapi juga profesional dan pengelola kesehatan lainnya. Karena adanya kebutuhan akan kesinambungan asuhan (*Continuity of care*), dan integrasi *home care* sebagai komponen penting dalam sistem jaringan RS - Komunitas. Melalui layanan dan aktivitas *Home care*, klien dengan kondisi pasca akut dan *disable* atau dengan kondisi penyakit kronis tidak lagi perlu menjalani hospitalisasi sehingga Staf profesional RS secara efisien dikonsentrasikan untuk penanganan kondisi akut, klien dan lingkungannya diberdayakan untuk turut ambil bagian dalam upaya proses pemulihan ataupun melakukan upaya-upaya prevensi sekunder dan tersier, bantuan profesional diberikan sesuai dengan porsi dan kebutuhan. Dengan demikian, secara logis RS dapat lebih menyediakan tempat bagi yang membutuhkan, rata-rata jumlah klien rawat berkurang dan biaya hospitalisasi yang harus ditanggung klien jadi lebih kecil Joel A. Lucille dalam Dochterman & Grace (2001)

Dukungan keluarga dan dukungan sosial di sekitar tempat tinggal berfungsi sebagai sistem pendukung anggota-anggotanya dan ditujukan untuk meningkatkan kesehatan dan proses adaptasi. Gottlieb (1983) mendefinisikan dukungan keluarga sebagai bentuk dukungan dapat berupa informasi atau nasehat verbal dan atau non verbal, bantuan nyata, atau tindakan yang diberikan oleh anggota keluarga atau berupa kehadiran dan mempunyai manfaat emosional atau berpengaruh pada perilaku penerimanya. Menurut Gonollen dan Bloney (As'ari, 2005), dukungan keluarga adalah derajat dukungan yang diberikan kepada

individu khususnya sewaktu dibutuhkan oleh orang-orang yang memiliki hubungan emosional yang dekat atau anggota keluarga dengan orang tersebut. Katz dan Kahn (2000) berpendapat, dukungan keluarga menimbulkan perasaan positif, menyukai, kepercayaan, dan perhatian dari anggota keluarga yaitu orang yang berarti dalam kehidupan individu yang bersangkutan, pengakuan, kepercayaan seseorang dan bantuan langsung dalam bentuk tertentu. Dukungan ini merupakan transaksi interpersonal yang mencakup afeksi positif, penguatan, dan bantuan.

Rodin dan Salovey (dalam Smet, 1994) mengungkapkan perkawinan dan keluarga barangkali merupakan sumber dukungan keluarga yang paling penting. Setiap anggota keluarga memiliki kebutuhan dasar fisik, pribadi dan sosial. Keluarga harus berfungsi menjadi perantara bagi tuntutan-tuntutan dan harapan-harapan dari semua individu yang ada didalamnya. Menurut Caplan (dalam Friedman, 1998) menerangkan bahwa keluarga memiliki delapan fungsi suportif, termasuk diantaranya dukungan informasional (keluarga berfungsi sebagai sebuah kolektor dan diseminator/penyebarkan informasi tentang dunia); dukungan penilaian/*appraisal* (keluarga bertindak sebagai sebuah bimbingan umpan balik, membimbing dan menengahi pemecahan masalah dan sebagai sumber dan *validator* identitas anggota); dukungan instrumental (keluarga) merupakan sebuah sumber pertolongan praktis dan konkret); dukungan emosional (keluarga sebagai sebuah tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi).

Jadi, keluarga memainkan sebuah peran yang sangat penting dalam menentukan perilaku anggota keluarganya yang sakit, bersifat mendukung selama

masa penyembuhan dan pemulihan. Apabila dukungan semacam ini tidak ada, maka keberhasilan program penyembuhan dan pemulihan akan sangat berkurang. Namun untuk penyakit yang serius atau penyakit yang mengancam jiwa, krisis keluargapun bisa terjadi, dimana keluarga mengalami kekacauan sebentar sebagai respons terhadap kekuatan stresor.

2.1.2 Jenis – jenis dukungan keluarga.

Pearlin dan Aneshensel, 1986 (dalam Weiss & Lonngquist) membedakan tiga jenis atau dimensi dukungan keluarga :

1. Dukungan emosional.

Mencakup ungkapan empati, kepedulian dan perhatian terhadap orang yang bersangkutan (misalnya : umpan balik, penegasan).

2. Dukungan informasional (kognitif).

Mencakup memberi informasi, pengetahuan, nasehat/saran, dan petunjuk.

3. Dukungan material.

Mencakup bantuan langsung baik barang maupun jasa yang dapat digunakan untuk mengatasi masalah

2.1.3 Hubungan dukungan keluarga dengan kesehatan

Dukungan utama bersumber dari keluarga (Levit., 1993). Mereka adalah orang-orang terdekat yang mempunyai potensi sebagai sumber dukungan dan senantiasa bersedia untuk memberikan bantuan dan dukungannya ketika individu membutuhkan. Keluarga sebagai suatu sistem sosial, mempunyai fungsi-fungsi yang dapat menjadi sumber dukungan utama bagi individu, seperti membangkitkan perasaan memiliki antara sesama anggota keluarga, memastikan

persahabatan yang berkelanjutan, dan memberikan rasa aman bagi anggota-anggotanya.

Menurut Argyle (dalam Veiel & Baumann, 1992) bila individu dihadapkan pada suatu stresor, maka hubungan intim yang muncul karena adanya sistem keluarga dapat menghambat, mengurangi, bahkan mencegah timbulnya efek negatif stresor karena ikatan dalam keluarga dapat menimbulkan efek *buffering* (penangkal) terhadap dampak stresor. Munculnya efek ini dimungkinkan karena keluarga selalu siap dan bersedia untuk membantu individu ketika dibutuhkan serta hubungan antar anggota keluarga memunculkan perasaan dicintai dan mencintai. Akan tetapi, selain berpengaruh positif bagi individu, dukungan sosial dapat juga memberikan pengaruh negatif terhadap kondisi psikologis. Faktor keintiman yang berlebihan dengan teman dan penerimaan dukungan sosial yang lebih tinggi akan menyebabkan individu mudah menerima informasi yang disampaikan oleh orang lain tanpa menyeleksi informasi-informasi yang bermanfaat dan informasi yang merugikan. Akibatnya ketika individu mendapatkan informasi yang tidak jelas akan mengalami kecemasan dan stress hal ini sesuai dengan pendapat Hofboll (Suhita, 2005).

Berdasarkan beberapa pendapat di atas dapat disimpulkan bahwa dukungan keluarga dapat mencegah individu dari ancaman kesehatan mental dan adanya dukungan yang tinggi akan membuat individu lebih optimis dalam menghadapi kehidupan saat ini dan akan datang. Selain itu, individu dengan ikatan kekeluargaan yang baik lebih cenderung memiliki usia yang lebih panjang.

Menurut Ganster dan Victor (dalam Weiss & Lonngquist, 2005) terdapat tiga mekanisme spesifik yang berpusat pada pengaruh dukungan keluarga terhadap kesehatan baik secara langsung maupun tidak langsung, yaitu :

1. Aspek Perilaku (*behavioral mediators*), dimana dukungan keluarga dapat mempengaruhi perilaku seseorang untuk berubah.
2. Aspek Psikologis (*psychological mediators*), dimana dukungan keluarga dapat membangun atau meningkatkan harga diri seseorang dan menyediakan hubungan interaksi yang saling memuaskan.
3. Aspek Fisiologis (*physiological mediators*), dimana dukungan keluarga membantu mengatasi respons *fight or flight* dan memperkuat sistem imun.

Ketidakefektivitasan dukungan sosial juga ditemukan pada keluarga yang kurang mampu karena jumlah stresor yang dihadapi dan kecenderungan dari anggota lain dalam jaringan dukungan sosial untuk mengalami kondisi stres yang sama (Green, Furrer, & McAlister, 2007). Penelitian oleh Wortman & Lehman mengenai dukungan sosial kepada orang yang sedang berduka akan menjadi tidak efektif dan tidak membantu apabila dilakukan dengan cara yang salah seperti memberi saran, menyemangati, memaksakan keceriaan, ataupun mengatakan bahwa si pemberi dukungan juga merasakan kedukaan yang sama (Wortman, Loftus, & Weaver, 1999:421). Berbagai penelitian ini menunjukkan dukungan sosial dapat memberikan efek positif apabila diberikan dan diterima pada orang, waktu, tempat, dan cara yang tepat.

2.1.4 Komponen – komponen dalam dukungan keluarga

Para ahli berpendapat bahwa dukungan keluarga memiliki beberapa komponen yang berbeda-beda. Mengutip pendapat Weiss yang ditulis dalam

sebuah artikel, yang mengemukakan adanya 6 komponen dukungan keluarga yang disebut sebagai *The Family Provision Scale*, dimana masing-masing komponen dapat berdiri sendiri namun satu sama lain saling berhubungan. Komponen-komponen tersebut adalah :

1. Kerekatan Emosional (*Emotional Attachment*), dimana dukungan semacam ini menimbulkan rasa aman bagi yang menerima. Sumber dukungan semacam ini diperoleh dari pasangan hidup, anggota keluarga atau teman dekat yang memiliki hubungan yang harmonis.
2. Integrasi Sosial (*Social Integration*), dimana dukungan keluarga semacam ini memungkinkan penerima untuk memperoleh perasaan memiliki suatu kelompok untuk berbagi minat, perhatian serta melakukan kegiatan yang bersifat rekreatif secara bersama-sama.
3. Adanya Pengakuan (*Reassurance of Worth*), pada dukungan keluarga ini penerima memperoleh pengakuan atas kemampuan dan keahlian serta mendapat penghargaan dari orang lain.
4. Ketergantungan Yang Dapat Diandalkan (*Reliable Reliance*), dalam dukungan ini penerima mendapat jaminan bahwa ada orang yang dapat diandalkan.
5. Bimbingan (*Guidance*), dukungan berupa hubungan kerja atau hubungan sosial yang memungkinkan penerima untuk memperoleh informasi atau saran yang diperlukan dalam memenuhi kebutuhan atau mengatasi permasalahan yang dihadapi.
6. Kesempatan Untuk Mengasuh (*Opportunity for Nurture*), dimana dukungan semacam ini memungkinkan penerima untuk memperoleh perasaan bahwa orang lain tergantung padanya untuk memperoleh kesejahteraan.

2.1.5 Peran dan fungsi perawat di rumah

Perawatan di rumah melibatkan berbagai multidisiplin baik tenaga medis, perawat, ahli gizi, fisioterapi, pekerja sosial dan lainnya. Tenaga keperawatan merupakan tenaga utama dalam memberikan pelayanan di rumah, sehingga perawat dapat berfungsi sebagai koordinator dalam pelayanan dan manager kasus (Ferry Efendi-Makhfudli, 2009)

Perawat sebagai koordinator harus mempunyai pengetahuan tentang pelayanan perawatan di rumah termasuk kriteria klien, ketrampilan komunikasi dan sensitif terhadap kebutuhan klien. Fokus utama dalam *home care* adalah memandirikan klien dan keluarga dan meningkatkan status kesehatan klien dan keluarga. Perawat dapat berperan sebagai pendidik, advokat, manager kasus dan sistem pendukung (*support system*) bagi klien dan keluarga. Menurut Ferry Efendi dan Makhfudli secara garis besar peran perawat dapat dibedakan menjadi dua, yaitu sebagai berikut:

1. Perawatan langsung

Perawatan yang diberikan melalui interaksi langsung (*direct care*) antara perawat dengan klien yang meliputi pengkajian fisik sampai intervensi keperawatan yang dibutuhkan klien.

2. Perawatan tidak langsung

Perawatan ini dilakukan ketika klien tidak melakukan interaksi langsung (*indirect care*) dengan perawat. Perawatan tidak langsung cenderung kearah konsultasi maupun konseling.

Manfaat untuk keluarga:

- a. Biaya kesehatan akan lebih terkendali
- b. Mempererat ikatan keluarga karena dapat berdekatan dengan anggota keluarga yang lain saat sakit
- c. Merasa lebih nyaman karena berada di rumah sendiri.

2.2 Konsep *Hospital Based Support*

2.2.1 Pengertian

Hospital Based Support adalah dukungan dan tindakan perawatan yang dilakukan oleh perawat yang dilaksanakan selama pasien dirawat di rumah sakit dengan memanfaatkan sarana dan sumber daya yang ada di rumah sakit. (William M Caplain, MD, 1997)

2.2.2 Peran *Hospital Based Support*

Hospital Based Support dibentuk sebagai forum yang bertujuan supaya pasien dapat berbagi perasaan dan pengalaman dengan pasien lain pada kasus yang sama. Mereka dapat bercerita tentang isu yang hangat satu dengan yang lain. Ketakutan dan kecemasan dapat didiskusikan dengan anggota grup, dimana mereka saling berbagi jalan keluar dari permasalahan yang ada. Setiap anggota selalu bersedia dan siap untuk saling memberikan informasi dan pendidikan kesehatan dalam meningkatkan pengetahuan sehingga membantu anggota yang lain untuk mengerti tentang kondisinya dan sebagai bagian dari cara mengontrol tingkat depresinya. (William M Caplain, MD, 1997)

Kesimpulan :

1. Dalam *Hospital Based Support* pasien dapat bertemu dengan pasien lain pada

kasus yang sama.

2. Dapat berbagi masalah dengan harapan dapat menemukan jalan keluarnya.
3. Pasien sering memberikan informasi kepada yang lain tentang kebutuhan sehari-hari.
4. Perasaan saling memiliki dapat menurunkan tingkat depresi

2.2.3 *Hospital Based Support* dalam mempererat persaudaraan

Tidak semua pasien yang menghadiri *hospital based support* mendiskusikan permasalahan mereka dan merasa akrab dengan pasien yang lain. Mereka yang menjauhkan diri dari kelompok ini tidak berarti tidak memerlukan dukungan. Orang-orang tersebut memerlukan dukungan yang berbeda dan merasa lebih nyaman dengan pertanyaan di klinik atau melalui telepon untuk mendapatkan nasihat atau informasi. Pembicaraan secara pribadi lebih menenteramkan hati dan mendukung pasien ini. Bentuk kontak ini sangat menolong untuk pasien dengan sambutan selamat datang melalui telepon daripada harus hadir di pertemuan-pertemuan yang mungkin merupakan masalah baginya karena orang-orang seperti memerlukan dukungan secara langsung di tempatnya.

Pertemuan dapat diatur untuk individu ini dengan membuat satu kesepakatan untuk memberi dukungan dan nasihat. Kontak jenis ini harus diatur dengan persetujuan dari masing-masing pihak (William M Caplain, MD, 1997).

Kesimpulan :

1. *Hospital based support* melalui pertemuan tidak sesuai untuk semua pasien.
2. Perawat harus mempunyai sumber daya dan kemampuan untuk memberi dukungan kepada pasien melalui beberapa cara.
3. Pasien yang merasa tidak nyaman untuk hadir pada pertemuan harus tetap diberi dukungan dengan cara mendatangi tempat pasien atau melalui telepon.

4. Pengembangan dukungan kepada pasien melalui jasa lokal perlu dipikirkan dalam meningkatkan fungsi rumah sakit.

2.2.4 Cara menjalin hubungan untuk *Hospital Based Support*

Surat kabar merupakan cara lain dalam menjalin hubungan, dengan membaca surat khabar yang menceritakan pengalaman pasien lain akan membuat pasien merasa bahwa masalah yang dihadapinya bukan hanya terjadi pada dirinya. Informasi terbaru dan hal-hal yang menarik dapat diberikan secara berkala. Anjuran untuk mengikuti asuransi, rekreasi dan mengunjungi tempat-tempat yang menyenangkan dapat diberikan juga secara berkala khususnya petunjuk dan informasi yang berhubungan dengan kondisi pasien dan cara penanganannya.

Kesimpulan :

1. Surat kabar dapat dijadikan cara untuk memberikan dukungan.
2. *Leaflet* tentang penyakit dan penanganannya dapat dibawa pasien setelah keluar rumah sakit dan selalu diperbarui.
3. Dukungan secara kelompok dapat disampaikan melalui *website* dan *links* yang berskala nasional.

2.3 Konsep Depresi

2.3.1 Pengertian depresi.

1. Definisi Depresi *Webster Dictionary* (dalam Maurus, 2009) mengartikan depresi sebagai suatu kondisi emosional yang bersifat normal atau patologis, yang ciri khasnya ialah rasa kecil hati, rasa tidak mampu, dan sebagainya.
2. Sedangkan menurut APA (dalam Nevid, dkk., 2005), diagnosis dari gangguan *depressive mayor (major depressive disorder)* (juga disebut depresi mayor)

didasarkan pada munculnya satu atau lebih episode mayor tanpa adanya riwayat episode manik (*manic*) atau hipomanik (*hypomanic*).

Dari beberapa definisi di atas dapat disimpulkan bahwa depresi adalah kondisi atau keadaan emosional berupa *episode mood depresif* yang ditandai dengan perasaan sedih, terpuruk, putus asa, rasa bersalah, mengasihani diri sendiri, dan kehilangan minat dalam berbagai aktivitas untuk periode waktu paling sedikit dua minggu.

2.3.2 Jenis – jenis depresi.

Para psikolog dan psikiater (dalam Maurus, 2009) membedakan dua jenis depresi

1. Depresi reaktif, adalah depresi yang ditimbulkan oleh faktor eksternal yang bisa saja hanya terjadi sekali dan sangat dipengaruhi oleh lingkungan. Depresi semacam ini dapat diatasi secara mudah melalui saran yang membangkitkan semangat, teman yang menyenangkan, simpati dari orang yang tercinta, penghiburan, kepedulian dari keluarga, dan lain-lain.

Depresi reaktif adalah depresi sebagai reaksi dari suatu bencana dalam hidup yang merupakan trauma psikis, dan langsung muncul sesudah trauma tadi berlangsung; biasanya disebabkan oleh karena pasien ditinggalkan oleh orang-orang yang dikasihinya. Supratiknya (1995, hal. 68) memasukkan depresi reaktif ke dalam gangguan afektif ringan.

Depresi reaktif melibatkan tiga variabel psikologis pokok, yaitu; a) ketergantungan, dimana penderita merasa butuh bantuan atau dukungan dari orang lain, b) kritik diri, dimana penderita membesar-besarkan kesalahan atau kekurangan yang ada pada dirinya, dan c) *inefficacy*, yaitu perasaan tidak berdaya.

2. Depresi *endogenous*, adalah depresi yang muncul dari dalam pikiran. Depresi ini berhubungan dengan beberapa faktor biokimia tubuh.
3. Depresi *neurotis* adalah depresi yang timbul disebabkan oleh mekanisme pertahanan diri dan mekanisme pelarian diri yang keliru, dan muncul kemudian banyak konflik-konflik intra psikis. Depresi neurotis bisa timbul oleh sebab-sebab yang sepele/remeh dan peristiwa biasa, yang pada orang normal dan sehat tidak mungkin bisa memunculkan depresi.

Pada orang-orang *neurotis* dengan struktur kepribadian yang rapuh dan labil, depresi mudah muncul. (Supratiknya 1995) menggolongkan depresi neurotik ke dalam gangguan afektif *neurotik*. Dalam kasus ini penderita bereaksi terhadap situasi yang menekan kesedihan dan kepatahan hati yang luar biasa dan (sering) tidak dapat dipulihkan sesudah sekian lama. Secara lebih rinci, penderita gangguan ini akan menunjukkan ciri-ciri sebagai berikut: putus asa, sedih, tak bersemangat, tingkat kecemasan tinggi, aktivitas diri berkurang, selera dan gairah menghilang, prakarsa menghilang, mengeluh sulit berkonsentrasi, susah tidur serta suka terjaga di tengah malam dan tidak dapat tertidur kembali, merasakan keluhan-keluhan somatik tertentu, merasa tegang, gelisah, dan menunjukkan sikap bermusuhan terhadap lingkungan sosial, tidak mampu mengerjakan tugas-tugas dan senang memandang dengan tatapan kosong.

Depresi psikogen adalah depresi yang disebabkan salah masalah yang patologis sifatnya dari peristiwa dan pengalaman-pengalaman sendiri, oleh pribadi yang bersangkutan. Menurut Supratiknya (1995), depresi psikogen masuk ke dalam golongan gangguan psikosis afektif. Gangguan ini berbeda dengan depresi neurotik hanya dalam dua hal: a) Pertama, gangguan ini mempengaruhi

keseluruhan kepribadian penderita, b) penderita kehilangan kontak dengan realitas. Ada beberapa jenis yang termasuk dalam kategori psikosis afektif (Supratiknya, 1995). Yaitu : (a) Gangguan depresi mayor subakut dengan ciri-ciri: semangat hidup menghilang, aktivitas mental maupun fisik menjadi lamban, dibutuhkan usaha keras untuk melaksanakan pekerjaan, diliputi perasaan tidak berharga, gagal, berdosa, dan bersalah, kehilangan selera makan, sehingga berat badan menurun dan terserang gangguan pencernaan, berbicara dengan suara monoton dan sangat hemat kata-kata, senang duduk sendiri mengenang masa lalu, kurang memiliki harapan di masa depan, tidak menunjukkan kesan mengalami disorientasi, mengungkapkan keluhan-keluhan somatik berupa pusing, lelah, sembelit dan susah tidur. (b) Gangguan depresi mayor akut dengan ciri-ciri: berangsur-angsur menjadi tidak aktif, cenderung mengisolasi diri, tidak mau berbicara, dan sangat lamban memberikan respons, merasa bersalah dan tidak berharga, serta serba menuduh atau mempersalahkan diri, gelisah, senang mondar-mandir dan meremas-remas tangan, merasa bertanggung jawab atas aneka bencana atau musibah yang terjadi dalam masyarakat, merasa telah berbuat dosa yang membuat celaka orang lain, merasa otak atau bagian-bagian lain tubuhnya lenyap, putus asa, kadang-kadang disertai halusinasi. (c) Stupor depresif atau mutisme yakni keadaan diam mematung, dengan ciri-ciri: sama sekali tidak responsif dan tidak aktif, tidak bisa turun dari tempat tidur dan sama sekali acuh tak acuh terhadap segala sesuatu yang berlangsung di sekitarnya, menolak makan dan berbicara, serta harus ditolong jika ingin buang air, mengalami disorientasi terhadap waktu, tempat, dan orang, mengalami halusinasi dan delusi.

2.3.3 Aspek – aspek depresi.

Ada beberapa aspek terhadap depresi, (Nevid, dkk., 2005):

1. Emosional perubahan pada *mood* (periode terus-menerus dari perasaan terpuruk, depresi, sedih)
2. Perasaan tidak termotivasi, atau memiliki kesulitan untuk memulai (kegiatan) di pagi hari atau bahkan sulit bangun dari tempat tidur.
3. Menurunnya tingkat partisipasi sosial atau minat pada aktivitas sosial
Kehilangan kenikmatan atau minat dalam aktivitas menyenangkan
4. Menurunnya minat pada seks
5. Gagal untuk berespons pada pujian atau *reward*
6. Bergerak atau berbicara dengan lebih perlahan dari biasanya
7. Perubahan dalam kebiasaan tidur (tidur terlalu banyak atau terlalu sedikit, bangun lebih awal dari biasanya dan merasa kesulitan untuk kembali tidur)
8. Perubahan dalam selera makan (makan terlalu banyak atau terlalu sedikit)
9. Perubahan dalam berat badan (bertambah atau kehilangan berat badan).
10. Kesulitan berkonsentrasi atau berpikir jernih
11. Berpikir negatif mengenai diri sendiri dan masa depan
12. Perasaan bersalah atau menyesal mengenai kesalahan di masa lalu

2.3.4 Faktor penyebab depresi.

Azhim (2008) menyebutkan faktor penyebab depresi bisa bersifat internal maupun eksternal. Adapun faktor-faktor penyebab depresi tersebut adalah:

Sebab-sebab eksternal (yang datang dari luar diri manusia)

1. Sebab Lingkungan

Penyebabnya adalah kejadian-kejadian yang terjadi di dunia. Misalnya, kehilangan sesuatu yang terjadi di dunia. Misalnya, kehilangan sesuatu yang amat berharga, baik orang tercinta, harta benda, maupun kedudukan sosial. Orang yang kehilangan sesuatu yang amat dicintainya akan melewati tahap-tahap tertentu dalam merespons rasa kehilangan tersebut. Tahap pertama, pengingkaran atau rasa tidak percaya atas kehilangan tersebut. Tahap kedua, ketidakpercayaan itu semakin bertambah, sehingga tidak lagi merasakannya. Tahap ketiga, tahap menangis dan kegundahan hati serta hilangnya selera untuk makan, berhubungan seks, atau lainnya. Di samping juga bentuk-bentuk gejala depresi atau kesedihan yang ringan dan sejenisnya.

2. Obat-Obatan

Beberapa penelitian membuktikan bahwa sebagian obat-obatan dapat mengakibatkan perubahan kimiawi di dalam otak, yang bisa mengakibatkan efek samping berupa depresi. Di antara contoh obat-obatan tersebut adalah obat-obatan untuk tekanan darah tinggi, liver, dan rematik

3 Narkoba

Berhenti dari mengonsumsi obat-obatan psikotropika, sebagaimana minuman beralkohol, dapat menyebabkan timbulnya depresi. Bahkan, itu terkadang sampai berkaitan juga dengan upaya bunuh diri. Begitu juga halnya dengan obat-obatan yang mempunyai fungsi agar tubuh bisa selalu terjaga dari rasa kantuk yang biasa digunakan oleh para remaja atau sopir-sopir mobil angkutan untuk membuat mereka selalu terjaga di sepanjang jalan.

Obat-obatan ini memiliki bahan amfetamin. Jika orang berhenti mengonsumsi amfetamin, bisa timbul depresi, sehingga ia akan dan mengonsumsinya lagi untuk menghilangkan rasa depresi tersebut.

Sedangkan sebab - sebab internal (yang berkaitan dengan faktor keturunan atau susunan sel otak, atau juga penyakit - penyakit organik) :

1. Faktor keturunan

Studi medis menetapkan bahwa sebagian manusia berpotensi menderita depresi. Sebagian orang yang sakit memiliki keluarga atau kerabat yang terjerangit depresi. Hal ini bukan berarti bahwa setiap orang yang terkena penyakit depresi akan menularkannya kepada kerabat dekat atau anak-anaknya.

2 Penyakit organik

Penyakit kronis dan penyakit stadium terminal akan mengakibatkan timbulnya penyakit depresi. Ketakutan akan kematian, tidak bisa meneruskan rencana-rencana hidupnya, perubahan citra diri dan percaya diri, perubahan peran sosial dan *life style*, serta masalah-masalah terkait finansial, merupakan hal -hal yang mempengaruhi kehidupan penderita sehingga bisa menyebabkan depresi.

3 Sebab yang tidak diketahui

Terkadang manusia menderita kesedihan tanpa diketahui penyebabnya yang jelas. Kebanyakan penyakit ini tidak hanya timbul lantaran pengaruh dari satu sebab saja, tetapi juga lantaran reaksi dari beberapa sebab keseluruhan, yaitu yang bersifat eksternal dan internal yang satu sama lainnya dapat menyebabkan timbulnya depresi.

4 Faktor-Faktor Biologis

Faktor-faktor biokimia dan abnormalitas otak dalam depresi. Penelitian awal mengenai dasar penyebab biologis dari depresi berfokus pada berkurangnya tingkat neurotransmitter dalam otak. Suatu pandangan yang dipegang secara luas saat ini adalah bahwa depresi melibatkan ketidakaturan dalam 1) jumlah reseptor pada neuron penerima, tempat dimana neurotransmitter berkumpul (memiliki terlalu banyak atau terlalu sedikit); atau 2) dalam sensitivitas reseptor bagi neurotransmitter tertentu (Yatman, dkk., dalam Nevid, dkk., 2005).

2.3.5 Faktor yang mempengaruhi depresi

Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya depresi meliputi:

1. Usia

Depresi paling banyak di jumpai pada usia 40–50 tahun dan kondisinya makin memburuk pada kondisi sakit kronis karena hal tersebut berkaitan dengan kondisi fisik serta penyakit yang menyertainya. (Susanto, 2009).

2. Jenis kelamin

Wanita cenderung lebih memiliki resiko depresi dibandingkan laki-laki. Hal ini dikaitkan dengan pola pikir yang berpengaruh terhadap strategi koping yang dilakukan, serta aktivitas sosial yang dilakukan. Wanita lebih mengedepankan emosional daripada rasional dan dalam menghadapi masalah wanita lebih menggunakan perasaan (Susanto, 2009).

3. Kepribadian

Tipe kepribadian mempengaruhi individu dalam menyelesaikan suatu masalah. Individu yang memiliki banyak kompetensi pribadi dan sosial, seperti penerimaan diri, mampu menjalin hubungan yang harmonis dengan lingkungan,

coping skill yang efektif cenderung terhindar dari konflik dan stres. (Santrock, 1999)

4. Religiusitas

Religiusitas ini berkaitan dengan transendensi segala persoalan hidup kepada Tuhan. Individu yang memiliki tingkat religiusitas tinggi lebih mampu memaknai kejadian hidupnya secara positif sehingga hidupnya menjadi lebih bermakna (Bastaman, 2000).

5. Kehilangan

Kehilangan merupakan faktor utama yang mendasari depresi. Ada delapan macam kehilangan , yaitu a) kehilangan kesehatan, misalnya: klien merasa takut, cemas dan pandangan tidak realistik, aktifitasnya terbatas, b) kehilangan kemandirian; ditunjukkan melalui berbagai perilaku, bersifat kekanak-kanakan, ketergantungan, c) kehilangan situasi, misalnya: klien merasa kehilangan situasi yang dinikmati sehari-hari bersama keluarga atau kelompoknya, d) kehilangan rasa nyaman; gangguan rasa nyaman muncul sebagai akibat gangguan fungsi tubuh seperti: panas, nyeri, e) kehilangan fungsi fisik, misalnya; klien dengan gagal ginjal harus dibantu dengan alat haemodialisa, f) kehilangan fungsi mental: klien mengalami kecemasan dan depresi, tidak dapat berkonsentrasi dan berfikir efisien sehingga klien tidak dapat berfikir secara rasional, g) kehilangan konsep diri; klien dengan penyakit kronik merasa dirinya berubah mencakup bentuk dan fungsi tubuh sehingga klien tidak dapat berfikir secara rasional (*body image*) peran serta identitasnya, dan h) kehilangan peran dalam kelompok dan keluarga. (Purwaningsih, Karlina, 2009).

Menurut Hadi (2008) faktor timbulnya depresi dari sekian banyak penyebab dapat dirangkum sebagai berikut: 1) karena kehilangan, ada empat macam kehilangan yang merupakan faktor utama depresi; (a) kehilangan abstrak, misal; kehilangan harga diri, kasih sayang, harapan, (b) kehilangan sesuatu yang kongkrit, misal; rumah, mobil, potret, orang, bahkan binatang kesayangan, (c) kehilangan yang bersifat khayal, misal; tanpa fakta mungkin tapi ia merasa tidak disukai atau dipergunjingkan orang, (d) kehilangan sesuatu yang belum tentu hilang, misal; menunggu hasil tes kesehatan, menunggu hasil ujian, dll. 2) reaksi terhadap stres, 85% depresi ditimbulkan oleh stress dalam hidup, 3) terlalu lelah atau capek, karena terjadi pengurangan tenaga baik secara fisik maupun emosional. (masbow, 2008).

6. Jaringan sosial

Jaringan sosial berkaitan dengan aktivitas sosial yang diikuti oleh individu seperti aktif dalam pertemuan-pertemuan atau organisasi, kualitas dan kuantitas aktivitas yang dilakukan, dan dengan siapa kontak sosial dilakukan. Semakin luas jaringan individu tersebut dalam masyarakat maka individu tersebut akan lebih mendapat dukungan sosial jika menghadapi suatu masalah atau stressor. (Pinquart&Sorenson, 2000)

7. Status sosial ekonomi

Status sosial ekonomi meliputi: besarnya pendapatan keluarga, tingkat pendidikan, keberhasilan pekerjaan, kepemilikan materi, status sosial di masyarakat. Tinggi rendahnya status sosial ekonomi individu tidak mutlak mempengaruhi terjadinya depresi. Misalnya semakin tinggi tingkat pendidikan individu maka semakin baik pula individu tersebut menghadapi stressor tetapi hal

tersebut tidak mutlak karena harus dilihat pula kepribadian individu tersebut. Tetapi kadang status sosial ekonomi seseorang memegang peran dalam terjadinya depresi terutama pada seseorang yang memiliki sosial ekonomi rendah. (Pinquart&Sorenson, 2000)

8. Jenis stressor

Jenis stressor yang berbeda akan menyebabkan skala stress yang berbeda pula. Misalnya kehilangan pekerjaan dan kehilangan pasangan akan menghasilkan skala stressor yang berbeda. (Gunadi, 2003)

9. Dukungan sosial

Dukungan sosial mempengaruhi reaksi seseorang dalam menghadapi stress dan menyelesaikan suatu masalah. Dukungan sosial dapat diperoleh individu terutama dari anggota keluarga. Dukungan sosial mencakup a) dukungan emosional, seperti rasa dikasihi, b) dukungan nyata, seperti bantuan atau jasa dan dukungan informasi, misalnya nasehat dan keterangan mengenai masalah tertentu. (Gunadi, 2003)

10 Genetik

Faktor genetik dianggap mempengaruhi transmisi gangguan afektif melalui riwayat keluarga atau keturunan. Bukti penelitian pada orang kembar menunjukkan bahwa jika salah satu kembar indentik didiagnosis menderita manik depresif kemungkinan 72% saudara kembarnya akan menderita gangguan yang sama. Angka kesesuaian yang menderita depresi (40%) juga lebih tinggi dari angka untuk kembar fraternal (11%). Apabila kedua orang tuanya menderita depresi, maka resiko untuk mendapatkan gangguan alam perasaan sebelum usia 18 tahun menjadi 4 kali lipat (ola's Site, 2009)

2.3.6 Perspektif teoretis tentang depresi.

Depresi melibatkan sebuah interaksi yang kompleks antara pengaruh biologis dengan psikososial (Cui & Vaillant, 1997). Peristiwa kehidupan yang penuh tekanan seperti kehilangan orang yang dicintai, putusnya hubungan romantis, lamanya hidup menganggur, sakit fisik, masalah dalam pernikahan dan hubungan, kesulitan ekonomi, tekanan di pekerjaan atau rasisme dan diskriminasi meningkatkan risiko berkembangnya gangguan *mood* atau kambuhnya sebuah gangguan *mood*, terutama depresi mayor (Greenberger dkk., 2000; Kendler, Thornton, & Gardner, 2000; Monroe dkk., 2001). Pada suatu sampel penelitian, peneliti menemukan bahwa dalam sekitar empat dari lima kasus depresi mayor diawali oleh peristiwa kehidupan yang penuh tekanan (Mazure, 1998). Orang juga cenderung menjadi depresi ketika mereka menanggung sendiri tanggung jawab dari peristiwa yang tidak diinginkan (Hammen & De Mayo, 1982)

2.3.7 Teori – teori yang terkait dengan depresi.

Ada beberapa macam teori yang berkaitan dengan depresi, antara lain:

1. Teori Stimulus-Organisme-Respon (S-O-R)

Teori ini mendasarkan asumsi bahwa penyebab terjadinya perubahan perilaku tergantung pada kualitas rangsang (stimulus) yang berkomunikasi dengan organisme. Kualitas dari sumber komunikasi (*sources*) misalnya kredibilitas, kepemimpinan, gaya bicara sangat menentukan penurunan tingkat depresi seseorang, kelompok atau masyarakat (Notoatmojo, 2006)

Hosland, et al (1953)mengatakan bahwa proses perubahan perilaku pada hakekatnya adalah sama dengan proses belajar. Proses perubahan perilaku tersebut menggambarkan proses belajar pada individu yang terdiri dari:

- a. Stimulus (rangsang) yang diberikan pada organisme dapat diterima atau ditolak. Apabila stimulus tersebut ditolak berarti stimulus tersebut tidak efektif mempengaruhi perhatian individu.
- b. Apabila stimulus telah mendapat perhatian dari organisme (diterima) maka ia mengerti stimulus ini dan dilanjutkan kepada proses berikutnya
- c. Setelah itu organisme mengolah stimulus tersebut sehingga terjadi kesiapan untuk bertindak demi stimulus yang telah diterimanya (bersikap)
- d. Akhirnya dengan dukungan (*support*) fasilitas serta dorongan dari lingkungan, stimulus tersebut mempunyai efek tindakan dari individu tersebut (penurunan tingkat depresi).

Teori ini mengartikan tingkat depresi dapat berubah apabila stimulus (rangsangan) yang diberikan melebihi stimulus semula. Stimulus yang dapat melebihi dari stimulus semula yaitu stimulus yang diberikan harus dapat meyakinkan organisme

2. Teori Psikodinamik

Teori psikodinamika klasik mengenai depresi dari Freud (1917/1957) dan pengikutnya meyakini bahwa depresi mewakili kemarahan yang diarahkan ke dalam diri sendiri dan bukan terhadap orang-orang yang dikasihi. Rasa marah dapat diarahkan kepada *self* setelah mengalami kehilangan yang sebenarnya atau ancaman kehilangan dari orang-orang yang dianggap penting ini. Freud mempercayai bahwa berduka (*mourning*), atau rasa berkabung yang normal adalah proses yang sehat karena dengan berduka seseorang akhirnya dapat melepaskan dirinya sendiri secara psikologis dari seseorang yang hilang karena kematian, perpisahan, perceraian, atau alasan lain. Namun, rasa duka yang patologis tidak mendukung perpisahan yang sehat. Malahan hal ini akan

memupuk depresi yang tak berkesudahan. Rasa duka yang patologis cenderung terjadi pada orang yang memiliki perasaan ambivalen (*ambivalent*) yang kuat – suatu kombinasi dari perasaan positif (cinta) dan negatif (marah, permusuhan)-terhadap orang yang telah pergi.

3. Teori Humanistik

Menurut kerangka kerja humanistik, orang menjadi depresi saat mereka tidak dapat mengisi keberadaan mereka dengan makna dan tidak dapat membuat pilihan-pilihan autentik yang menghasilkan *self-fulfillment*. Kemudian dunia dianggap sebagai tempat yang menjemukan. Pencarian orang akan makna memberikan warna dan arti bagi kehidupan mereka. Perasaan bersalah dapat timbul saat orang percaya bahwa mereka tidak membangkitkan potensi-potensi mereka. Seperti teoretikus psikodinamika, teoretikus humanistik juga berfokus pada hilangnya *self-esteem* yang dapat muncul saat orang kehilangan teman atau anggota keluarga, ataupun mengalami kemunduran atau kehilangan dalam pekerjaan. Orang cenderung menghubungkan identitas personal dan rasa *self-worth* dengan peran-peran sosial sebagai orang tua, pasangan, pelajar, atau pekerja. Bila identitas peran ini hilang, melalui kematian seorang pasangan, perginya anak-anak untuk kuliah, atau hilangnya suatu pekerjaan, *sense of purpose* dan *self-worth* dapat terguncang. Depresi adalah konsekuensi yang sering terjadi dari kehilangan yang seperti itu.

4. Teori Belajar

Teoretikus belajar lebih memfokuskan faktor-faktor situasional, seperti kehilangan *reinforcement* positif. Seseorang memiliki kinerja terbaik saat tingkat *reinforcement* sepadan dengan usaha yang dilakukan. Perubahan pada frekuensi

atau efektivitas *reinforcement* dapat mengubah keseimbangan sehingga kehidupan menjadi tidak berharga. *Reinforcement* dan depresi. Teoretikus belajar Peter Lewinsohn (dalam Nevid, dkk., 2005, hal. 243) menyatakan bahwa depresi dihasilkan dari ketidakseimbangan antara *out put* perilaku dan *input reinforcement* yang berasal dari lingkungan. Kurangnya *reinforcement* untuk usaha seseorang dapat menurunkan motivasi dan menyebabkan perasaan depresi. Ketidakaktifan dan penarikan diri dari lingkungan sosial menghilangkan kesempatan untuk mendapatkan *reinforcement*, dan *reinforcement* yang berkurang akan memperburuk penarikan diri. Hal ini menjadi semacam lingkaran setan. Teori transaksi adalah interaksi antara orang yang depresi dengan orang lain dapat membantu menjelaskan pengurangan yang dialami kelompok pertama dalam hal *reinforcement* positif. Teori interaksional dikembangkan oleh psikolog James Coyne (dalam Nevid dkk., 2005, h. 244) yang menyatakan bahwa penyesuaian pada kehidupan bersama dengan orang yang depresi dapat sangat menekan hingga semakin lama *reinforcement* yang diberikan pasangan atau anggota keluarga kepada orang yang depresi tersebut menjadi semakin berkurang.

5. Teori Kognitif

Teoretikus kognitif menghubungkan antara asal mula dan bertahannya depresi dengan cara-cara bagaimana seseorang melihat dirinya sendiri dan dunia di sekitarnya. Teori kognitif Aaron Beck, seorang teoretikus kognitif paling berpengaruh, psikiater Aaron Beck (dalam Nevid, dkk., 2005), menghubungkan pengembangan depresi dengan adopsi dari cara berpikir yang bias atau terdistorsi secara negatif di awal kehidupan. Beck mengembangkan teori tentang segi tiga kognitif dari depresi (*cognitive triad of depression*). Segi tiga kognitif mencakup

keyakinan-keyakinan negatif mengenai diri sendiri (contoh: saya tidak berguna), keyakinan negatif mengenai lingkungan atau dunia secara umum (contoh: sekolah ini menyebalkan), dan keyakinan negatif mengenai masa depan (contoh: tidak akan pernah ada yang berakhir sukses untuk saya). Teori kognitif meyakini bahwa orang yang mengadopsi cara berpikir yang negatif ini memiliki risiko yang lebih besar untuk menjadi depresi bila dihadapkan pada pengalaman hidup yang menekan atau mengecewakan.

Segi Tiga Kognitif dari Depresi (Aaron Beck). Pandangan negatif tentang diri sendiri Memandang diri sendiri sebagai tidak berharga, penuh kekurangan, tidak adekuat, tidak dapat dicintai, dan sebagai kurang memiliki ketrampilan yang dibutuhkan untuk mencapai kebahagiaan Pandangan negatif tentang lingkungan Memandang lingkungan sebagai memaksakan tuntutan yang berlebihan dan atau memberikan hambatan yang tidak mungkin diatasi, yang terus menerus menyebabkan kegagalan dan kehilangan. Pandangan negatif tentang masa depan, memandang masa depan sebagai tidak ada harapan dan meyakini bahwa dirinya tidak punya kekuatan untuk mengubah hal-hal menjadi lebih baik. Harapan orang ini terhadap masa depan hanyalah kegagalan dan kesedihan yang berlanjut serta kesulitan yang tidak pernah usai. Beck memandang konsep-konsep negatif mengenai *self* dan dunia ini sebagai cetakan mental atau skema-skema kognitif yang diadopsi saat masa kanak-kanak atas dasar pengalaman-pengalaman belajar di masa awal. Kecenderungan untuk membesar-besarkan pentingnya kegagalan kecil adalah sebuah contoh dari suatu kesalahan dalam berpikir yang disebut Beck sebagai distorsi kognitif. Ia percaya bahwa distorsi kognitif membentuk tahapan-tahapan untuk depresi di saat menghadapi kehilangan personal atau peristiwa

hidup yang negatif. Psikiater David Burns (dalam Nevid, dkk., 2005) menyusun sejumlah distorsi kognitif yang diasosiasikan dengan depresi, yaitu: Cara berpikir semua atau tidak sama sekali (*all or nothing thinking*). Memandang kejadian-kejadian sebagai hitam dan putih, sebagai “semua tentangnya baik” atau “semua tentangnya buruk”. Perfeksionisme adalah sebuah contoh dari cara berpikir semua atau tidak sama sekali. Peristiwa-peristiwa negatif, kekurangan pribadi, ketakutan, atau kesalahan.

2.4 *Sirosis Hepatis*

2.4.1 Pengertian *sirosis hepatis*

Istilah Sirosis hati diberikan oleh Laence tahun 1819, yang berasal dari kata *Khirros* yang berarti kuning oranye (*orange yellow*), karena perubahan warna pada nodul-nodul yang terbentuk. Sirosis hati adalah penyakit hati menahun yang difus ditandai dengan adanya pembentukan jaringan ikat disertai nodul. Biasanya dimulai dengan adanya proses peradangan nekrosis sel hati yang luas, pembentukan jaringan ikat dan usaha regenerasi nodul. Distorsi arsitektur hati akan menimbulkan perubahan sirkulasi mikro dan makro menjadi tidak teratur akibat penambahan jaringan ikat dan nodul tersebut (Suzanne C. Smeltzer dan Brenda G. Bare, 2001).

Pengertian lain sirosis hati adalah penyakit yang ditandai oleh adanya peradangan difus dan menahun pada hati, diikuti dengan proliferasi jaringan ikat, degenerasi sel-sel hati sehingga timbul kekacauan dalam susunan parenkim hati (Mansjoer, dkk., 2000).

Sirosis hepatis adalah penyakit hati kronis yang tidak diketahui penyebabnya dengan pasti. Telah diketahui bahwa penyakit ini merupakan stadium terakhir (terminal) dari penyakit hati kronis dan terjadinya pengerasan dari hati (Sujono H, 2002).

2.4.2 Etiologi

Secara morfologi, sirosis hepatis dibagi atas jenis mikronodular (portal), makronodular (pascaneotropik) dan jenis campuran. Sedang dalam klinik dikenal tiga jenis, yaitu portal, pasca nekrotik dan bilier. Penyebab yang pasti dari sirosis hepatis sampai sekarang belum jelas. Penyakit-penyakit yang diduga dapat menyebabkan sirosis hepatis antara lain : malnutrisi, alkoholisme, virus hepatitis, kegagalan jantung yang menyebabkan bendungan vena hepatis, penyakit Wilson, hemokromatosis, zat toksik dan lain-lain. (Mansjoer, dkk., 2000).

2.4.3 Manifestasi klinik

Akibat sirosis hati, maka akan terjadi 2 kelainan yang fundamental yaitu : kegagalan fungsi hati dan hipertensi portal.

Tabel 2.1 Manifestasi, gejala dan tanda klinis penderita sirosis hati (Askandar tjokroprawiro BS, Joko S, Gatot S, 2007)

Gejala/ tanda kegagalan Fungsi hati	Gejala/ tanda hipertensi portal
1. Ikterus	1. Varises esofagus/ cardia
2. Spider naevi	2. Splenomegali
3. Ginekomastia	3. Pelebaran v. Kolateral
4. Hipo albumin dan malnutrisi kalori protein	4. Ascites
5. Bulu ketiak rontok	5. Haemoroid
6. Ascites	6. Caput medusae
7. Eritema palmaris	
8. "white nail"	

2.4.4 Pemeriksaan dan diagnosa

Diagnosis pasti sirosis hepatis dibuat atas dasar pemeriksaan biopsi hati.

Pada kondisi dekompensata, maka biopsi hati tidak mutlak perlu dilakukan.

Diagnosis klinis sirosis hepatis dibuat dengan melakukan berbagai pemeriksaan klinis dengan tujuan mendapatkan gejala dan tanda kegagalan fungsi hati dan hipertensi portal sebanyak mungkin.

Tabel 2.2 Pemeriksaan klinis dalam penentuan diagnosis sirosis hepatis.
(Askandar Tjokroprawiro BS, Joko S, Gatot S, 2007)

Pemeriksaan	Keterangan/ hasil yang mungkin didapat
1. Riwayat penyakit/ anamnesis.	<ul style="list-style-type: none"> a. Lesu dan berat badan turun b. Anoreksia – dispepsia c. Nyeri perut, sebah d. Ikterus (BAK coklat dan mata kekuningan) e. Perdarahan gusi f. Perut membuncit g. Libido menurun h. Konsumsi alkohol i. Riwayat kesehatan yang lalu (sakit kuning, dll) j. Riwayat muntah darah dan feses kehitaman.
2. Pemeriksaan fisik.	<ul style="list-style-type: none"> a. Keadaan umum dan nutrisi b. Tanda gagal fungsi hati c. Tanda hipertensi portal
3. Pemeriksaan laboratorium	<p>Anemia, leukopenia, trombositopenia, PPT (INR).</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Billirubin b. Transaminase (hasil variasi) c. Alkaline fosfatase d. Albumin-globulin, alektroforesis protein serum, elektrolit (K, Na, dll) bila ada asites. e. Untuk Indonesia : HbsAg dan anti HCV f. α FP
a. Darah tepi/ haematologi	
b. Kimia darah	
c. Serologi	
4. Endoskopi saluran cerna bagian atas.	Varises, gastropati
5. USG/ CT Scan.	Ukuran hati, kondisi V. Porta, splenomegali, ascites, dll
6. Laparaskopi.	Gambaran makroskopi visualisasi langsung hati
7. Biopsi hati.	Bila koagulasi memungkinkan dan diagnosis masih belum pasti

Tabel 2.3 Pemeriksaan penunjang dan beberapa kemungkinan diagnosis (Askandar tjokroprawiro BS, Joko S, Gatot S, 2007)

Pemeriksaan penunjang/ imejing	Diagnosis sirosis	Diagnosis hipertensi portal			Diagnosis KHS
		v. Porta	Spleno- megali	Kolateral	
1. Sonografi	++	+	+++	++	+
2. "Colour-duplex" sonografi.	++	++	+	++	+
3. CT Scan	++	++	++	++	+++
4. MRI	++	++	++	+++	++
5. Angiografi	+	+++	+++	+++	+++

2.4.1 Prognosis

Prognosis tergantung pada luasnya kerusakan hati/kegagalan hepatoselular, beratnya hipertensi portal dan timbulnya komplikasi lain. Klasifikasi *Child* dipakai sebagai petunjuk prognosis yang tidak baik pasien sirosis hepatis (Mansjoer, dkk., 2000)

Tabel 2.4 Kriteria Child penderita sirosis hepatis (Askandar tjokroprawiro BS, Joko S, Gatot S, 2007)

Klasifikasi parameter (Pugh)	Derajat Klasifikasi		
	A	B	C
Billirubin (mg.dl)	> 2	2 – 3,0	> 3,0
Albumun (g/dl)	> 3,5	3 – 3,5	< 3,0
Ascites	-	Terkontrol	Sulit dikontrol
Ensefalopati	-	Std I / II	Std III / IV
Nutrisi	Baik	Sedang	Jelek
Total skor	5 - 7	8 - 10	11 - 15

2.4.2 Komplikasi

Komplikasi yang sering timbul pada penderita Sirosis Hepatis diantaranya adalah:

1. Perdarahan Gastrointestinal.
2. Koma hepaticum.
3. Ulkus peptikum.
4. Karsinoma Hepatoselular.

5. Infeksi.

2.4.7 Dampak psikologi

Ketakutan akan kematian, tidak bisa meneruskan rencana-rencana hidupnya, perubahan citra diri dan percaya diri, perubahan peran sosial dan *life style*, serta masalah-masalah terkait finansial, merupakan hal-hal yang mempengaruhi kehidupan penderita sirosis hepatis sehingga bisa menyebabkan depresi. Beberapa study terakhir juga menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara pemilihan coping yang maladaptive dengan tingginya derajat depresi. Contoh coping yang maladaptive antara lain: perilaku menghindar, statement negatif terhadap dirinya, preokupasi dengan gejala fisiknya. Namun perlu diingat bahwa tidak semua penderita yang didiagnosis sirosis hepatis mengalami depresi.

Keadaan emosional *moods* depresi menurut Aaron Beck (dalam Nevid, dkk, 2005):

1. Afek/emosi depresi
2. Kehilangan minat atau aktivitas yang disenangi
3. Psikomotor meningkat / menarik diri
4. Konsentrasi menurun
5. Kurang percaya diri
6. Rasa bersalah
7. Putus asa sampai timbul ide bunuh diri

Penderita dengan gejala depresi yang normal terjadi pada krisis akut biasanya hanya memerlukan perawatan suportif. Bila gejalanya berat maka dapat digunakan obat yang sifatnya hipnotik pada malam hari untuk jangka waktu pendek atau obat anti cemas. Penderita dengan gangguan penyesuaian dan depresi

mayor, memerlukan terapi yang intensif berupa psikoterapi dan antidepresan, karena dampaknya cukup luas yang akan mempengaruhi kualitas hidup penderita. Psikoterapi bertujuan meredakan konflik atau membimbing penderita kearah *acceptance* (menerima). Berikut adalah panduan dalam menangani penderita sirosis hepatis yang menunjukkan gejala depresi:

1. Menegakkan diagnosis dan pengobatan gangguan mental organik bila ada
2. Mengobati faktor penyebab atau pencetusnya: nyeri, gangguan fisik lain, sosial dan spiritual
3. Dukungan menyeluruh: tanggap dan empati, yakinkan lagi tentang perawatan selanjutnya, berikan informasi tentang penyakitnya, eksplorasi pengertian dan rasa takut terhadap penyakitnya dan prognosis, perkuat dukungan keluarga dan sosial
4. Perlu dirujuk ke psikiater bila gejalanya lebih intense, lebih lama atau kambuh setelah mengalami perbaikan, karena bagaimanapun gejala yang terus meningkat memerlukan pengobatan yang adekuat.
5. Antidepresan:

2.4.8 Penatalaksanaan

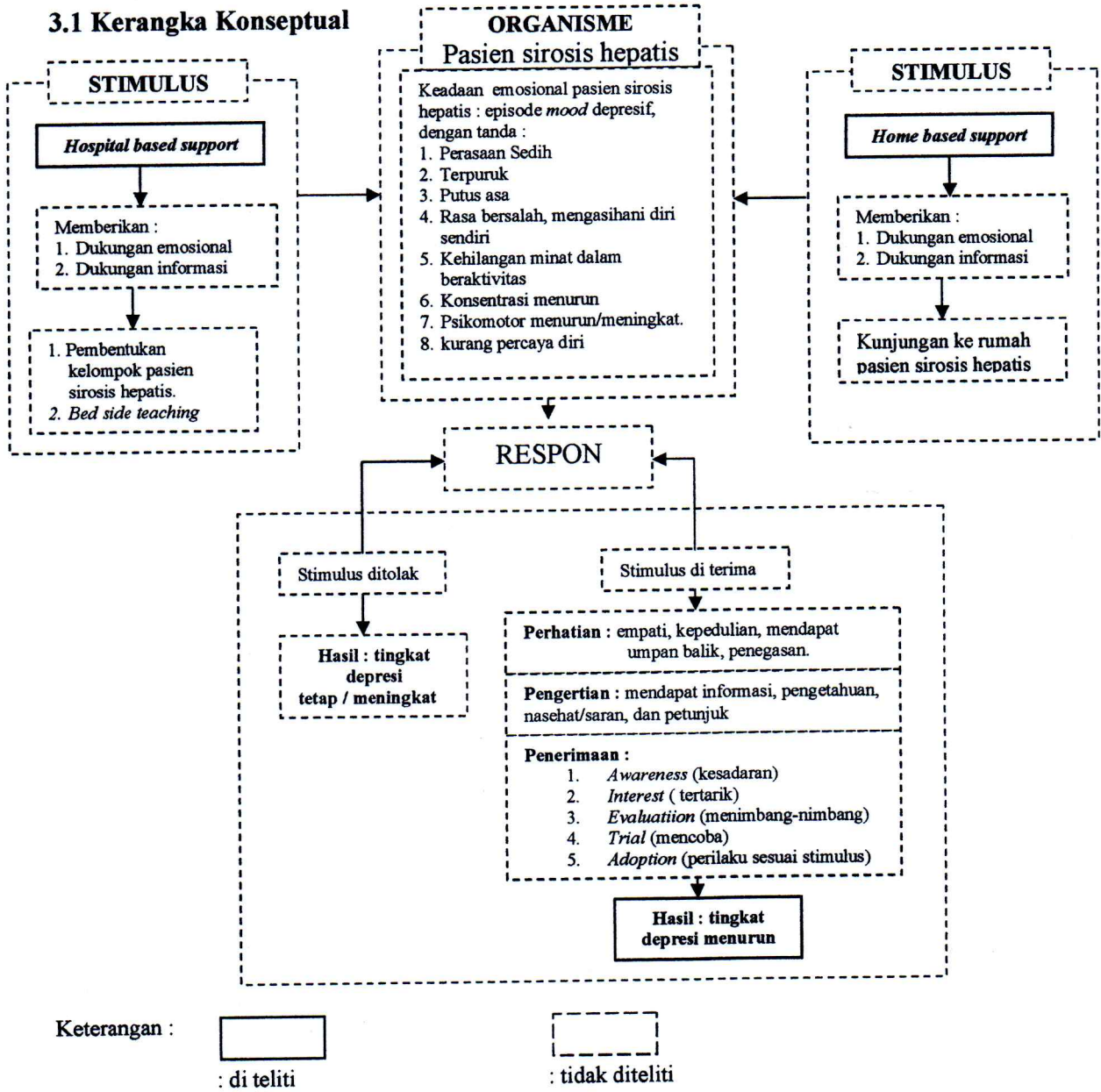
1. Istirahat di tempat tidur sampai terdapat perbaikan ikterus, asites dan demam.
2. Diet rendah protein (diet hati III ; proterin 1 g/kgBB, 55 gr protein, 2.000 kalori). Bila ada asites diberikan diet rendah garam II (600-800 mg) atau III (1.000-2.000 gr). Bila proses tidak aktif diperlukan diet tinggi kalori (2.000-3.000 kalori) dan tinggi protein (80-125 gr/hari).
3. Mengatasi infeksi dengan antibiotik. Diusahakan memakai obat-obatan yang jelas tidak hepatotoksik.

4. Memperbaiki keadaan gizi, bila perlu dengan pemberian asam amino essensial berantai cabang dan glukosa.
5. Roborantia. Vitamin B kompleks. Dilarang makan dan minum yang mengandung alkohol (Mansjoer, dkk., 2000).
6. Pada keadaan dengan komplikasi lain :
 - a. Asites, diberikan diet rendah garam dan total cairan 1,5 ltr/hr, spironolakton, bila perlu dikombinasi dengan furosemid
 - b. Varises esofagus : Pemasangan NGT, bila perdarahan banyak, sistol dibawah 100 mmHg, diatas 100 x/mnt atau Hb dibawah 9 gr% diberikan IVFD dekstrose/salin dan transfusi darah secukupnya, vasopresin, SB Tube, Skleroterapioperasi, foto koagulasi, propanolol
 - c. Ensefalopati : dilakukan koreksi faktor pencetus.
 - d. SBP : diberikan antibiotik
 - e. Sindrom hepatorenal/nefropati hepatic, mengimbangi air dan garam, mengatasi infeksi dengan antibiotik, parasintesis

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual



Gambar 3.1 Kerangka konseptual study komparasi hospital based support diruang Wijayakusuma B RSUD dr. Soedono dan home based support di Kota Madiun terhadap depresi pada pasien sirosis hepatitis dengan teori S-O-R menurut Hosland, et al (1953)

Dari gambar 3.1 dapat dijelaskan mengenai mekanisme study komparasi terhadap depresi pasien sirosis antara *hospital based support* dengan *home based support* yang mana pada pasien tersebut diberikan suatu stimulus (rangsangan) yang dapat merubah perilaku individu, perubahan perilaku tersebut tergantung pada kualitas rangsangan (*stimulus*) yang berkomunikasi dengan organisme. Keberhasilan stimulus terhadap organisme tergantung atau dipengaruhi oleh kualitas dari pada sumber komunikasi (*sources*), antara lain: kredibilitas, kepemimpinan, gaya bicara sangat menentukan keberhasilan perubahan perilaku seseorang, kelompok pasien sirosis hepatitis baik di *hospital based support* maupun di *home based support*. Teori *Stimulus Organisme Respon* menurut Hosland, et al. (1953) proses perubahan perilaku tersebut akan menggambarkan proses belajar pada individu dengan tahapan:

1. Stimulus (rangsang) yang diberikan pada organisme dan ada perhatian dari individu berarti stimulus diterima dan stimulus tersebut efektif.
2. Apabila stimulus telah mendapat perhatian dari organisme (diterima) maka individu mengerti stimulus dan dapat dilanjuttkkan pada proses berikutnya.
3. Akhirnya dengan dukungan fasilitas dan dorongan dari lingkungan maka stimulus tersebut dapat diterima atau terjadi proses penerimaan.

Pada fase ini sudah terjadi suatu perubahan sikap dari pada pasien sirosis hepatitis. Fase ini akan terus berlanjut menjadi suatu fase perubahan praktek/perilaku dari pada individu pasien sirosis hepatitis tersebut. Pada fase inilah tingkat depresi pada pasien sirosis hepatitis diukur dan dibandingkan dengan sebelum pasien mendapatlan stimulus (rangsangan).

Hipotesis

Hipotesis adalah pernyataan sementara yang perlu diuji kebenarannya. (Luknis Sabari, Sutanto Priyo Hastono, 2006)

Hipotesis penelitian “Study komparasi *hospital based support* diruang Wijayakusuma B RSUD dr. Soedono dan *home based support* di Kota Madiun terhadap depresi pasien sirosis hepatis”, maka peneliti mengajukan hopotesis:

- H1 :
1. Ada pengaruh *hospital based support* terhadap tingkat depresi pada sirosis hepatis.
 2. Ada pengaruh *home based support* terhadap tingkat depresi pada sirosis hepatis.
 3. Ada perbedaan antara *hospital based support* dan *home based support* terhadap depresi pada pasien sirosis hepatis.

BAB 4

METODOLOGI PENELITIAN

Dalam bab ini akan diuraikan tentang desain penelitian, kerangka kerja, populasi, sampel dan sampling, variabel penelitian, definisi operasional, instrumen penelitian, lokasi dan waktu penelitian, tehnik pengumpulan data, masalah etik dan keterbatasan yang digunakan dalam penelitian.

4.1 Desain Penelitian

Jenis yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian *Pra Exparimental pre dan post test design*. Peneliti menganalisis masalah tingkat depresi pada pasien sirosis hepatis sebelum dan sesudah diberi *hospital based support* dan membandingkan dengan yang diberikan *home based support*, dengan subyek pasien sirosis hepatis. Peneliti menggunakan 2 kelompok yang mewakili yaitu kelompok pertama pasien yang masih dalam perawatan di rumah sakit dan pasien yang menjalani perawatan di rumah. *Pre dan post test design* yang dimaksud pada penelitian ini yaitu peneliti melakukan pengukuran tingkat depresi sebelum dilakukan *hospital* dan *home based support* dan melakukan evaluasi sesudah diberikan *hospital* dan *home based support*, kemudian membandingkan hasil keduanya.

$K_1 \longrightarrow O_1 \text{ ————— I ————— } O_2$

$K_2 \longrightarrow O_3 \text{ ————— I ————— } O_4$

Keterangan :

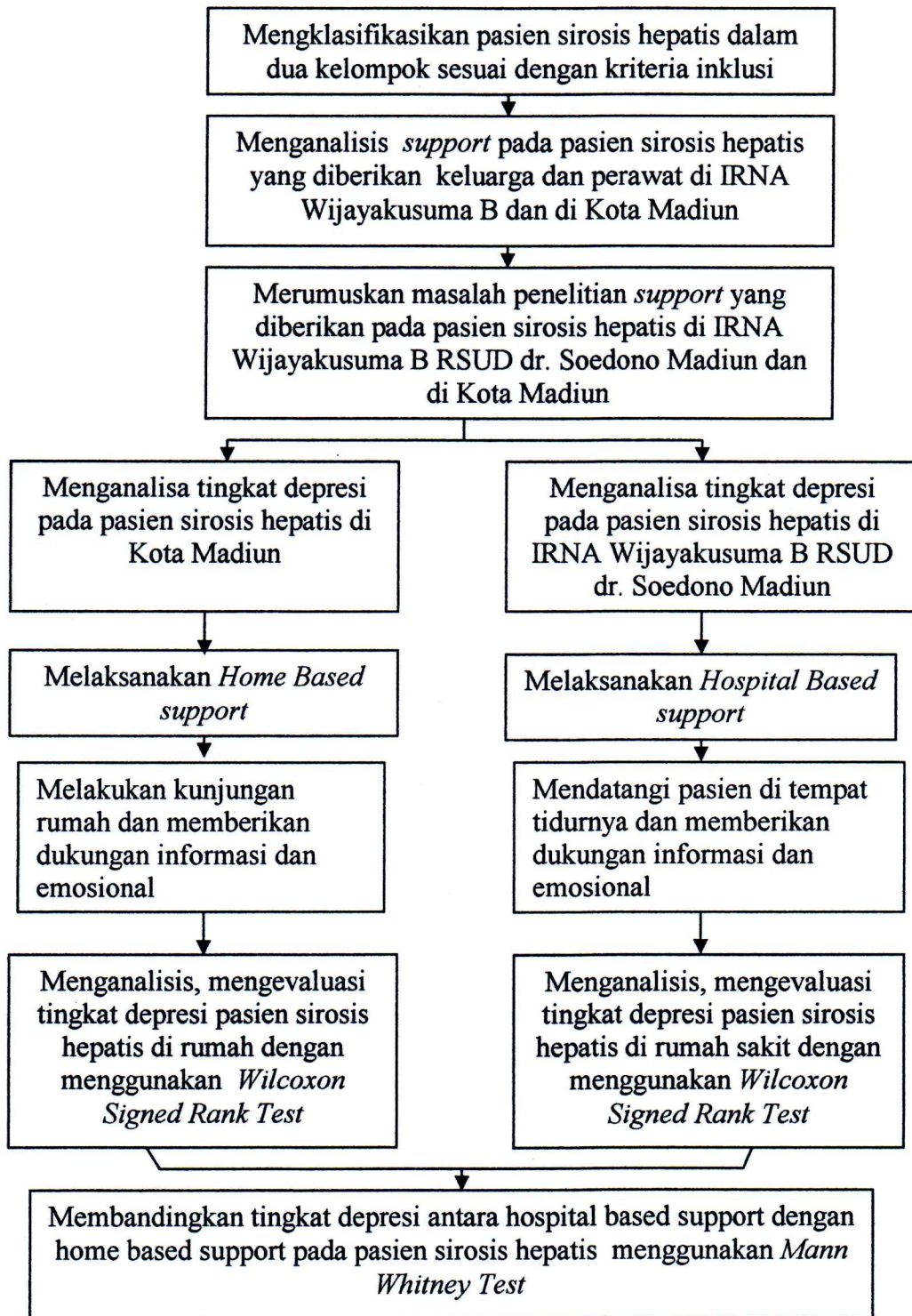
K_1 dan K_2 = Subyek (pasien Sirosis hepatis di rumah sakit dan di rumah)

O_1 dan O_3 = Observasi sebelum diberikan intervensi/perlakuan.

I = Intervensi (hospital dan home based support)

O_3 dan O_4 = Observasi setelah diberikan intervensi/perlakuan.

4.2 Kerangka Kerja



Gambar 4.1 Kerangka operasional studi comparasi *hospital based support* di ruang Wijayakusuma B RSUD dr. Soedono dan *home based support* di Kota Madiun terhadap depresi pada pasien sirosis hepatis

4.3 Populasi, Sampel dan Sampling

4.3.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah pasien Sirosis hepatitis yang dirawat di Irna Wijayakusuma B RSUD dr. Soedono Madiun dan pasien sirosis hepatitis yang di rawat di rumah yang sebelumnya pernah di rawat di Irna Wijayakusuma B RSUD dr Soedono Madiun yang bertempat tinggal di Kota Madiun.

4.3.2 Sampel

Banyaknya sampel pada penelitian *hospital based support* yaitu sejumlah pasien yang di rawat di IRNA Wijayakusuma B yang masuk dalam kriteria inklusi dan dalam batas waktu yang ditentukan dan untuk yang mendapat intervensi *home based support* jumlah menyesuaikan dengan jumlah pasien yang mendapat *hospital based support*, pasien yang dirawat di rumah dengan tempat tinggal di Kota Madiun.

Dalam pemilihan sampel peneliti menetapkan kriteria sampel sebagai berikut :

1. Kriteria Inklusi :

- a. Kesadaran composmentis
- b. Bertempat tinggal di kota Madiun untuk yang di rawat di rumah dan keluar dari Rumah Sakit tidak lebih dari 1 tahun,
- c. Dinyatakan sirosis hepatitis melalui pemeriksaan USG.
- d. Di rawat di ruang wijaya kusuma B

2. Kriteria Eksklusi :

- a. Tidak ada di lokasi waktu dilakukan penelitian.
- b. Pernah menjadi responden pada penelitian yang sama.

- c. Memiliki penyakit penyerta lain, diabetes militus, hipertensi.

4.3.3 Sampling

Teknik sampling digunakan penelitian ini adalah *consecutif sampling*, yaitu cara pengambilan sampel dengan memilih sampel yang memenuhi kriteria penelitian dan dalam batas waktu yang telah ditentukan. Dasar pertimbangan digunakannya tehnik ini yaitu karena keterbatasan waktu penelitian

4.4 Identifikasi Variabel Penelitian

Variabel merupakan obyek atau perlakuan dan hasil yang menjadi perhatian dalam penelitian. Variabel penelitian ini dibagi menjadi dua bagian yaitu:

4.4.1 Variabel bebas (*Independen*).

Variabel independen dan variabel yang mempengaruhi atau variabel penyebab dalam penelitian adalah pelaksanaan *hospital based support* dan *home based support*.

4.4.2 Variabel tergantung (*Dependen*).

Variabel tergantung dalam penelitian ini adalah tingkat depresi pasien *sirosis hepatis* di Irna Wijayakusuma RSUD dr. Soedono Madiun dan pasien *sirosis hepatis* di rumah .

4.5 Definisi Operasional

Definisi operasional dalam penelitian ini akan diuraikan dalam tabel berikut ini :

Tabel 4.1 Definisi Operasional Studi Komparasi *Hospital Based Support* di IrnaWijayakusuma RSUD Dr. Soedono Madiun dengan *Home Based Support* di Kota Madiun Terhadap Tingkat Depresi Pada Pasien Sirosis Hepatis

VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	PARAMETER	ALAT UKUR	SKALA	SKOR
Variabel Independent : Pelaksanaan 1. <i>Hospital based support</i>	Mengumpulkan pasien atau melakukan <i>bed site teaching</i> pada pasien sirosis hepatis yang mengalami depresi untuk saling berdiskusi, bertukar pengalaman dan mencari jalan keluar dan memberikan dukungan emosional dan dukungan informasi.	Penyuluhan dan pendidikan kesehatan tentang : 1. Anjuran untuk istirahat cukup 2. Diet rendah protein 3. Pemilihan bahan makanan yang dianjurkan untuk pasien sirosis hepatis.	SAP		
2. <i>Home based support</i>	Melakukan kunjungan rumah pasien sirosis hepatis yang mengalami depresi untuk memberikan dukungan emosional dan dukungan informasi.	Penyuluhan dan pendidikan kesehatan tentang : 1. Anjuran untuk istirahat cukup 2. Diet rendah protein 3. Pemilihan bahan makanan yang dianjurkan untuk pasien sirosis hepatis.	SAP		

<p>Variabel Dependent : Tingkat depresi</p>	<p>Menentukan munculnya satu atau lebih tanda dan gejala depresi yang disebabkan penyakit sirosis hepatis dengan manifestasi atau gejala menurut <i>Hamilton Rating Scale for Depression</i></p>	<p>Skala depresi <i>Hamilton Rating Scale for Depression</i>:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perasaan sedih 2. Perasaan salah 3. Bunuh diri 4. <i>Initial insomnia</i> 5. <i>Middle insomnia</i> 6. <i>Late insomnia</i> 7. Kerja dan kegiatan-kegiatannya 8. kelambanan (lambat dalam berpikir, berbicara, gagal berkonsentrasi, aktifitas motorik menurun) 9. Kegelisahan 10. Ansietas somatik 11. Ansietas psikis 12. Gejala somatik (pencernaan) 13. Gejala somatik (umum) 14. Kelamin (genital) 15. Hipokondriasis (keluhan somatik/fisik yang berpindah- 	<p>Kuesio ner</p>	<p>Ordinal</p>	<p>Penilaian : 0 : tidak ada gejala/keluhan 1 : gejala ringan 2 : gejala sedang 3 : gejala berat 4 : gejala berat sekali Hasil penilaian total skor : < dari 17 : tidak ada depresi 18-24 : depresi ringan 25-34 : depresi sedang 35-51 : depresi berat 52-68 : depresi berat sekali</p>
---	--	--	-----------------------	----------------	---

		<p>pindah)</p> <p>16. Kehilangan berat badan</p> <p>17. <i>Insight</i> (pemahaman diri)</p> <p>18. Variasi harian</p> <p>19. Variasi harian dan deseralisasi (perasaan tidak nyata/tidak realistis)</p> <p>20. Gejala-gejala paranoid</p> <p>21. Gejala-gejala obsesi dan kompulsi</p>			
--	--	--	--	--	--

4.6 Prosedur Pengambilan Dan Pengumpulan Data

4.6.1 Instrumen penelitian

Dalam penelitian ini penulis menggunakan instrumen penelitian adalah kuesioner dan SAP

1. Instrumen I menggunakan Kuesioner HRS-D

Kuesioner untuk mengetahui faktor dominan penyebab depresi dan lembar pengambilan data dengan wawancara untuk mengetahui tingkat depresi pada pasien *sirosis hepatis*. Instrumen penelitian yang penulis gunakan didasarkan pada alat ukur derajat depresi dari HRS-D (*Hamilton Rating Scale for depression*) yang terdiri dari 21 kelompok gejala sehingga reliabilitas dan validitasnya telah dipercaya.

Skala depresi *Hamilton Rating Scale for Depression*:

1. Perasaan sedih
2. Perasaan salah
3. Bunuh diri
4. *Initial insomnia*
5. *Middle insomnia*
6. *Late insomnia*
7. Kerja dan kegiatan-kegiatannya
8. kelambanan (lambat dalam berpikir, berbicara, gagal berkonsentrasi, aktifitas motorik menurun)
9. Kegelisahan
10. Ansietas somatik
11. Ansietas psikis

12. Gejala somatik (pencernaan)
13. Gejala somatik (umum)
14. Kelamin (genital)
15. Hipokondriasis (keluhan somatik/fisik yang berpindah-pindah)
16. Kehilangan berat badan
17. *Insight* (pemahaman diri)
18. Variasi harian
19. Variasi harian dan deseralisasi (perasaan tidak nyata/tidak realistis)
20. Gejala-gejala paranoid
21. Gejala-gejala obsesi dan kompulsi

Penilaian :

0 : tidak ada gejala/keluhan

1 : gejala ringan

2 : gejala sedang

3 : gejala berat

4 : gejala berat sekali

Hasil penilaian total skor :

< dari 17 : tidak ada depresi

18-24 : depresi ringan

25-34 : depresi sedang

35-51 : depresi berat

52-68 : depresi berat sekali

2. Instrumen II menggunakan SAP

SAP digunakan dalam memberikan penyuluhan dan pendidikan kesehatan khususnya tentang nutrisi untuk sirosis hepatis. SAP ini mengacu kepada leaflet yang digunakan tim gizi RSUD dr Soedono Madiun

4.6.2 Lokasi dan waktu penelitian

1. Lokasi penelitian

Penelitian ini akan dilaksanakan di Irna Wijayakusuma B RSUD dr. Soedono Madiun dan di rumah tinggal pasien yang berada di Kota Madiun

2. Waktu Penelitian

Waktu penelitian ini adalah 04 Januari 2010 – 04 Februari 2010

4.6.3 Prosedur pengumpulan data

Peneliti memberikan penjelasan maksud dan tujuan penelitian sebelum dilakukan intervensi serta diwawancarai untuk menentukan apakah responden sesuai dengan kriteria inklusi. Setelah didapatkan kelompok yang memenuhi kriteria inklusi, untuk yang masih dirawat di IRNA Wijayakusuma B peneliti mengambil semua pasien yang masuk dalam kriteria inklusi dan dalam batas waktu yang telah ditentukan. Untuk yang dilakukan perawatan di rumah peneliti melihat dari daftar pasien sirosis hepatis yang sudah keluar dari rumah sakit dalam kurun waktu tidak lebih 1 tahun dan yang domisili di Kota Madiun, kemudian dilakukan wawancara untuk menentukan apakah responden sesuai dengan kriteria inklusi, kemudian peneliti menyesuaikan dengan jumlah pasien yang dilakukan perawatan di rumah sakit.

Semua responden baik dari kelompok sampel pertama atau kelompok sampel kedua diberikan lembar inform consent sebagai tanda persetujuan untuk diikutsertakan dalam penelitian.

Setelah mendapatkan persetujuan dari responden, dilakukan wawancara untuk mengetahui respons responden terhadap penyakitnya sesuai lembar pengumpulan data yang dibuat peneliti berdasarkan HARS-D.

Dilanjutkan dengan memberikan dukungan emosional dan dukungan informasi dengan membentuk forum dan melakukan *bed site teaching* pada pasien yang lemah untuk pelaksanaan *hospital based support* dan kunjungan rumah untuk *home based support*. Dilaksanakan satu kali kunjungan. Selama pelaksanaan kegiatan peneliti memberikan penyuluhan tentang penatalaksanaan penyakit sirosis hepatitis meliputi : anjuran untuk istirahat cukup, diet rendah protein dan pemilihan bahan makanan yang dianjurkan untuk pasien sirosis hepatitis. Pelaksanaan kegiatan ini disesuaikan dengan situasi dan kondisi responden maupun kesibukan peneliti. Satu bulan kemudian dilakukan observasi ulang perilaku dengan menggunakan lembar pengumpulan data yang dibuat peneliti berdasarkan HARS-D untuk menilai pengaruh dari intervensi yang telah diberikan.

4.6.4 Cara Analisis Data

Data yang dikumpulkan dalam penelitian ini merupakan data yang mentah yang harus diorganisasikan sedemikian rupa agar dapat disajikan dalam bentuk tabel atau grafik sehingga mudah dianalisis. Analisis data penelitian ini meliputi:

1. Skoring atau penilaian data

Analisis data pada penelitian ini adalah:

Instrumen I menggunakan kuesioner

0 : tidak ada gejala/keluhan

1 : gejala ringan

2 : gejala sedang

3 : gejala berat

4 : gejala berat sekali

Hasil penilaian total skor :

< dari 17 : tidak ada depresi

18-24 : depresi ringan

25-34 : depresi sedang

35-51 : depresi berat

52-68 : depresi berat sekali

2. Analisa statistik

Untuk menganalisis perbedaan hasil atau evaluasi tingkat depresi yang dilakukan *home based support* dan *hospital based support* menggunakan uji statistik *Mann Whitney test* (uji komparasi 2 sampel bebas/independent) dengan derajat kemaknaan $\alpha < 0,05$. Jika hasil analisis penelitian didapatkan nilai $p < 0,05$ maka H_0 ditolak dan H_1 diterima, artinya ada perbedaan tingkat kecemasan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

Untuk menganalisa efek konseling pre test dan post test pada kelompok *home based support* dan *hospital based support* terhadap penurunan tingkat depresi, dilakukan uji statistik *Wilcoxon Signed Rank Test* (uji komparasi 2

sampel berpasangan) dengan derajat kemaknaan $\alpha < 0,05$.

Kemudian nilai p hitung dibandingkan dengan nilai p tabel (dengan signifikansi 0,05), dalam hal ini berlaku ketentuan bahwa bila nilai p hitung lebih kecil dari nilai p tabel maka H_0 diterima. Sebaliknya jika nilai p hitung lebih besar dari nilai p tabel maka H_0 ditolak.

4.7 Etika Penelitian

Dalam penelitian ini, peneliti mendapat surat pengantar ijin penelitian dari PSIK Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang diajukan kepada Direktur RSUD dr. Soedono Madiun dan kepada Linmas Kota Madiun. Setelah disetujui, peneliti melakukan penelitian dengan menekankan masalah etik tersebut yang meliputi :

4.7.1 *Informed consent* (lembar persetujuan).

Lembar persetujuan ini akan diberikan kepada setiap pasien Sirosis hepatis yang menjadi subyek penelitian dengan memberikan penjelasan tentang maksud dan tujuan dari penelitian serta menjelaskan akibat-akibat yang akan terjadi bila pasien Sirosis hepatis bersedia menjadi subyek penelitian. Jika responden tersebut bersedia maka harus menandatangani lembar persetujuan sebagai tanda bersedia, namun apabila responden tidak bersedia maka peneliti akan tetap menghormati hak-hak responden.

4.7.2 *Anonimity* (tanpa nama).

Nama subyek tidak akan dicantumkan pada lembar pengumpulan data dan hasil penelitian, untuk mengetahui keikutsertaannya peneliti hanya menggunakan kode dalam bentuk nomor pada masing-masing lembar pengumpulan data.

4.7.3 *Confidentiality* (kerahasiaan).

Kerahasiaan informasi yang telah diperoleh dari responden akan dijamin kerahasiaannya. Hanya pada kelompok tertentu saja informasi tersebut akan peneliti sajikan, utamanya dilaporkan pada hasil riset.

4.8 Keterbatasan

Keterbatasan adalah kelemahan atau hambatan dalam penelitian. Keterbatasan dalam penelitian ini adalah :

1. Waktu penelitian yang terbatas maka hasil observasi tidak bisa maksimal dengan demikian tidak dapat menggambarkan keadaan yang terjadi.
2. Instrumen pengumpulan data yang menggunakan kuesioner dirancang oleh peneliti sendiri tanpa menggunakan uji coba sehingga validitas dan realitasnya masih perlu diuji. Selain itu pengumpulan data dengan menggunakan kuesioner memungkinkan responden menjawab pertanyaan dengan tidak jujur atau tidak mengerti pertanyaan yang dimaksud sehingga hasilnya kurang mewakili secara kualitatif.
3. Keterbatasan pengetahuan dan pengalaman peneliti yang baru pertama kali melakukan penelitian, memungkinkan banyak kekurangan dalam hasil penelitian maupun penulisan penelitian.
4. Penelitian ini menggunakan sampel dengan jumlah terbatas sehingga masih perlu penelitian lebih lanjut.

5. Peneliti tidak bisa membentuk suatu kelompok dalam *hospital based support* karena pasien yang dalam perawatan tidak ada yang bersamaan.
6. Keterbatasan waktu, kemampuan, ketersediaan sampel dan hambatan yang lain maka penelitian ini tidak dapat menggambarkan keadaan yang terjadi.

BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan disajikan hasil penelitian yang telah di laksanakan di IRNA Wijayakusuma B dan di Kota Madiun. Penelitian dimulai tanggal 04 Januari 2010 sampai tanggal 04 Februari 2010, meliputi: lokasi penelitian, karakteristik responden dan tingkat depresi responden. Untuk mengetahui signifikasi atau hubungan antara varabel dilakukan uji statistic *Wilcoxon Signed Rank Test* dan *Mann Whitney Test* (dengan menggunakan piranti lunak komputer yaitu program Windows SPSS) dengan tingkat kemaknaan $\alpha \leq 0,05$, ketentuan terhadap penerimaan atau penolakan hipotesis apabila signifikasi $p < 0,05$ maka H_1 di terima dan H_0 di tolak. Apabila $p > 0,05$ maka H_1 di tolak dan H_0 di terima (Sutanto Priyo Hastono, 2007).

5.1 Hasil Penelitian

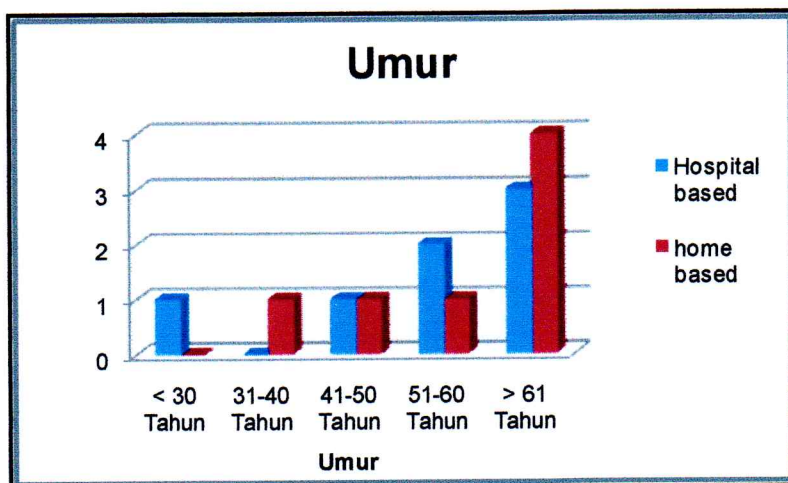
5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian

Penelitian dilaksanakan di IRNA Wijayakusuma B dan di wilayah Kota Madiun Ruang Wijayakusuma B merupakan ruang perawatan penyakit infeksius di RSUD dr. Soedono Madiun, yang merawat antara lain: penyakit infeksi paru (TBC), penyakit infeksi saluran pencernaan (Gastroenteritis, Typhoid), penyakit Hepatitis, HIV, Sirosis Hepatis. Adapun untuk kasus Sirosis Hepatis selama tahun 2009 sebanyak 189 pasien dengan kasus terbanyak dilihat dari segi jenis kelamin antara lain pada laki-laki 123 pasien (65%) dan perempuan 66 pasien (35%), sedangkan kasus Sirosis hepatis dilihat dari segi usia terbanyak pada usia >30 tahun dengan 4

pasien (21,16%), usia 31-40 tahun sebanyak 48 pasien (25,39%), usia 41-50 tahun sebanyak 31 pasien (16,4%), usia 50 -60 tahun sebanyak 72 pasien (38,07%), dan usia > 61 tahun sebanyak 34 pasien (17,98 %). Pemberian pendidikan cara perawatan dan penatalaksanaan suatu penyakit di dalam *hospital based support* sudah diberikan kepada pasien langsung atau kepada keluarga tetapi belum lengkap, terperinci dan terprogram yang ada *standart procedur operatingnya* dan juga belum dibentuk suatu kelompok diskusi yang memberikan tempat berkumpulnya sesama penderita untuk saling bertukar pikiran. *Home based support* dengan kunjungan rumah belum pernah dilakukan oleh RSUD dr Soedono Madiun untuk kasus penyakit kronis dan terminal, belum ada program dan rencana untuk mengadakan *home care*, karena keterbatasan tenaga perawat dan fasilitas untuk mengadakan *home care*.

5.1.2 Data Karakteristik Responden

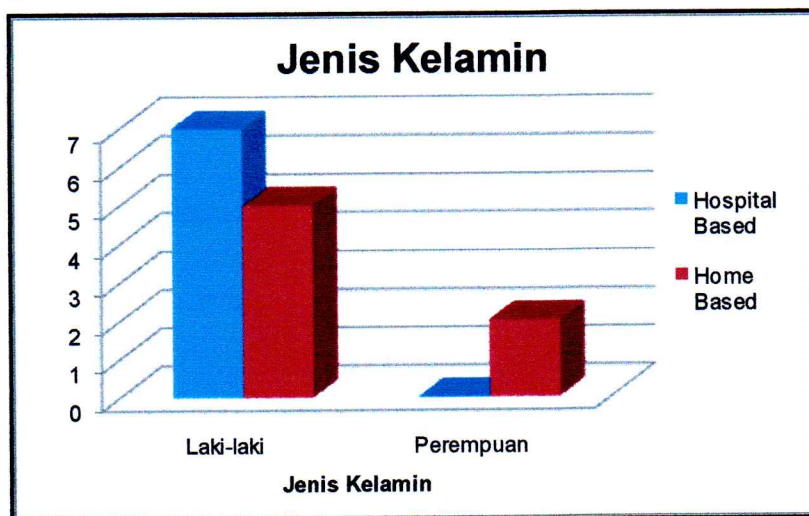
1. Karakteristik responden berdasarkan umur responden yang dirawat di rumah dan di rumah sakit.



Gambar 5.1 : Diagram karakteristik pasien berdasarkan Umur responden di rumah sakit dan di rumah, Januari 2010

Diagram diatas menunjukkan proporsi umur responden pada kelompok *hospital based support* hampir setengahnya berusia diatas 61 tahun (43%), dan pada kelompok *Home Based support* sebagian besar berusia diatas 61 tahun (57,1%), hal ini menunjukkan sangat pentingnya diberikan *hospital based support* maupun *hospital based support*, karena di usia yang lanjut , produktifitas dan kekuatan sudah menurun, sehingga sangat memerlukan dukungan dari keluarga dalam menghadapi masalah kesehatannya.

2. Karakteristik responden berdasarkan Jenis Kelamin responden yang dirawat di rumah dan di rumah sakit.

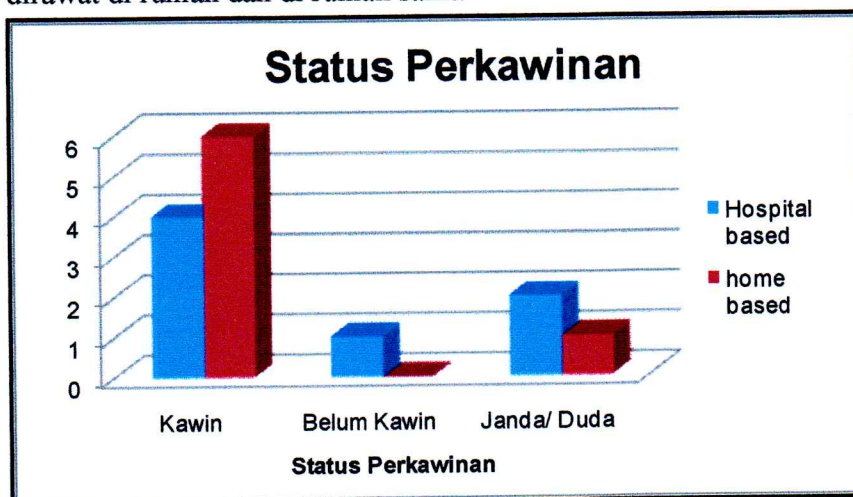


Gambar 5.2 : Diagram karakteristik pasien berdasarkan Jenis Kelamin responden di rumah sakit dan di rumah, Januari 2010

Diagram diatas menunjukkan proporsi jenis kelamin responden pada kelompok *hospital based support* seluruhnya laki-laki. Pada kelompok *Home Based support* sebagian besar berusia berjenis kelamin laki-laki (71%), dan hampir setengahnya perempuan (29%).

Hal ini menunjukkan proporsi jenis kelamin responden pada kelompok *hospital based support* dan kelompok *home based support* adalah laki laki. Kondisi seperti ini sangat memerlukan dukungan dari perawat dan keluarga karena laki laki sebagai kepala keluarga, peran mereka mengalami gangguan, ekonomi dalam keluarga juga terganggu. *Home care* diharapkan bisa sebagai alternatif untuk membantu menyediakan tempat bagi yang membutuhkan, biaya hospitalisasi yang harus ditanggung klien jadi lebih kecil, sehingga tingkat depresi bisa dikurangi.

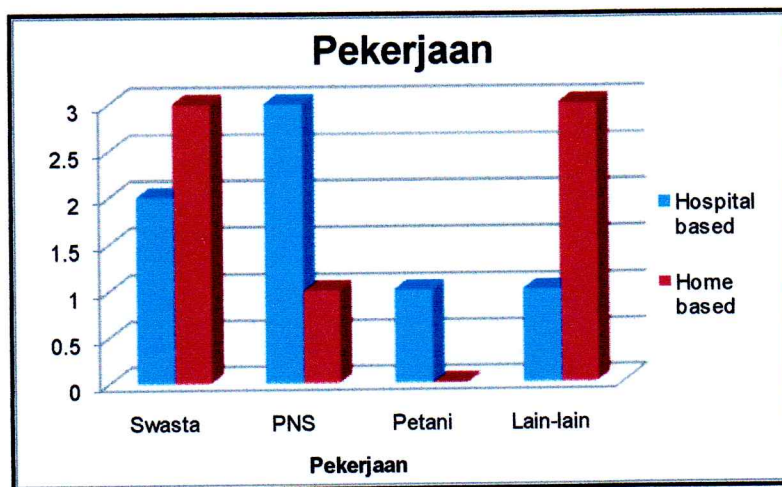
3. Karakteristik responden berdasarkan status Perkawinan responden yang dirawat di rumah dan di rumah sakit.



Gambar 5.3 : Diagram Karakteristik pasien berdasarkan Status Perkawinan responden di rumah sakit dan di rumah, Januari 2010

Diagram diatas menunjukkan proporsi status perkawinan responden pada kelompok *hospital based support* sebagian besar berstatus kawin (57%), sebagian kecil sebanyak 1 belum kawin (14%). Pada kelompok *Home Based support* sebagian besar sebanyak kawin (86%).

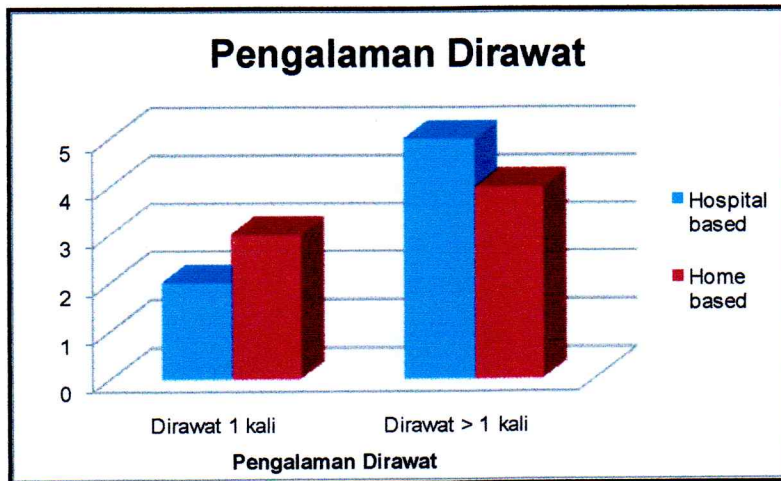
4. Karakteristik responden berdasarkan Riwayat Pekerjaan yang dirawat di rumah dan di rumah sakit.



Gambar 5.4 : Diagram karakteristik responden berdasarkan Pekerjaan di rumah sakit dan di rumah bulan Januari 2010

Diagram diatas menunjukkan proporsi riwayat pekerjaan responden pada kelompok *hospital based support* hampir setengahnya PNS (42,9%), sisanya berstatus swasta, petani dan lain-lain masing-masing 14%. Pada kelompok *Home Based support* hampir setengahnya swasta dan lain-lain masing-masing (43%). Sebagian besar riwayat pekerjaan responden pada kelompok *hospital based support* dan pada kelompok *Home Based support* sebagian besar swasta dan lain-lain, hal ini merupakan kondisi yang kurang menguntungkan bagi pasien dan keluarga karena tidak ada penjamin kesehatan yang menanggung biaya dalam perawatannya. *Home care* sangat tepat untuk mengurangi biaya perawatan yang harus dikeluarkan oleh keluarga.

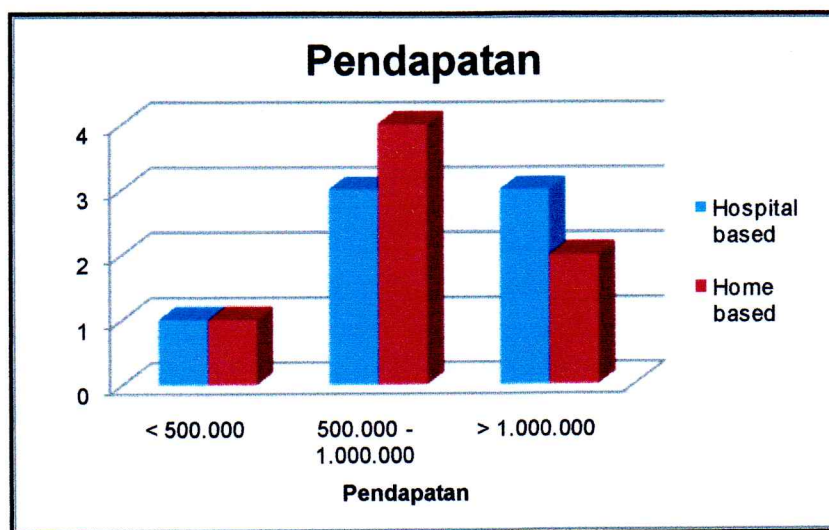
5. Karakteristik responden berdasarkan Pengalaman Dirawat di rumah dan di rumah sakit.



Gambar 5.5 : Diagram karakteristik responden berdasarkan Pengalaman di rawat di rumah sakit dan di rumah bulan Januari 2010

Diagram diatas menunjukkan proporsi pengalaman dirawat responden pada kelompok *hospital based support* dan pada kelompok *Home Based support* sebagian besar lebih dari 1 kali dirawat di rumah sakit. Hal ini menunjukkan bahwa penyakit sirosis hepatitis merupakan penyakit yang *irreversible*, sehingga memerlukan biaya yang besar untuk biaya perawatan. *Home care* membantu mengurangi biaya perawatan bagi keluarga, tetapi rumah sakit juga masih mendapatkan pendapatan, dan fasilitas rumah sakit untuk yang pasien dengan kondisi akut saja.

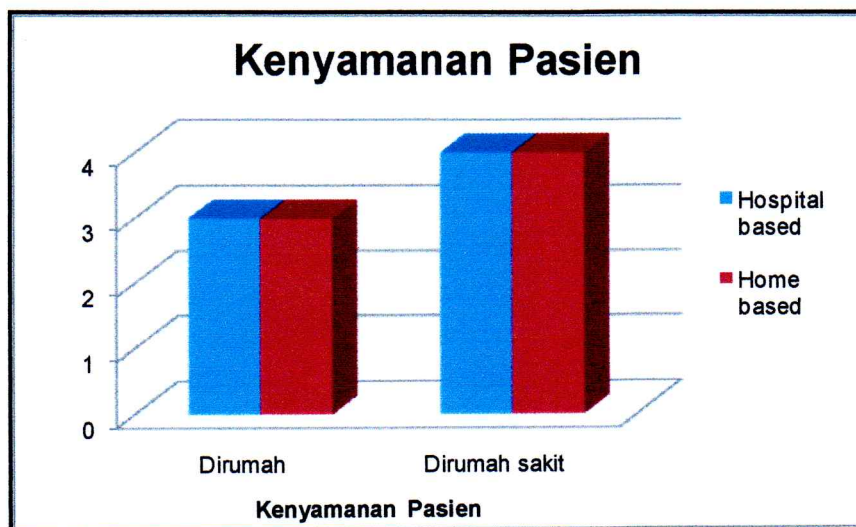
6. Karakteristik responden berdasarkan Pendapatan yang dirawat di rumah dan di rumah sakit.



Gambar 5.6 : Diagram karakteristik responden berdasarkan Pendapatan di rumah sakit dan di rumah bulan Januari 2010

Diagram diatas menunjukkan proporsi pendapatan responden pada kelompok *hospital based support* dan *home based support* adalah sebagian besar berpenghasilan antara 500 ribu – 1 juta, hal ini merupakan faktor penyebab depresi yang sulit untuk di ubah, karena tenaga kesehatan tidak bias memberikan dukungan materiil. *Home care* merupakan alternatif yang tepat untuk menekan biaya tetapi masih tetap bisa mendapatkan perawatan.

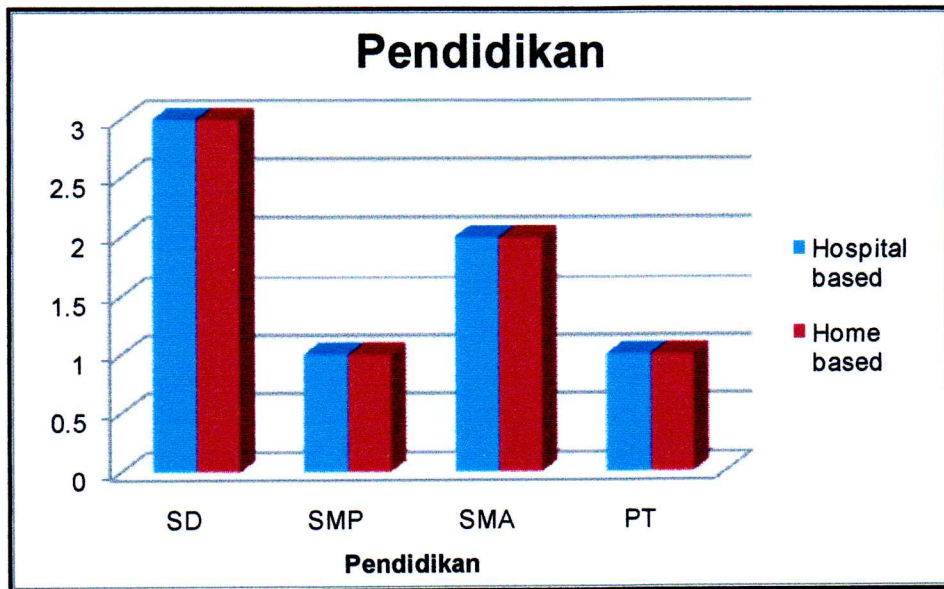
7. Karakteristik responden berdasarkan Kenyamanan, yang dirawat di rumah dan di rumah sakit.



Gambar 5.7: Diagram karakteristik responden berdasarkan Kenyamanan di rumah sakit dan di rumah bulan Januari 2010

Diagram diatas menunjukkan proporsi kenyamanan responden pada kelompok *hospital based support* dan pada kelompok *Home Based support* sebagian besar (57,2%) merasa nyaman dirawat dirumah sakit, karena di rumah sakit ada tenaga kesehatan yang memberikan perawatan pada saat membutuhkan. Dengan kunjungan rumah, perawat bisa memberikan perawatan lanjutan dirumah setelah fase akut, sehingga walaupun di rumah pasien merasa nyaman karena ada dukungan dari perawat.

8. Karakteristik responden berdasarkan Pendidikan responden yang dirawat di rumah dan di rumah sakit.



Gambar 5.8 : Diagram karakteristik pasien berdasarkan Pekerjaan responden di rumah sakit dan di rumah, Januari 2010

Diagram diatas menunjukkan proporsi riwayat pendidikan responden pada kelompok *hospital based support* dan *home based support* adalah SD, memerlukan dukungan informasi untuk meningkatkan pengetahuan sehingga dengan mengerti bisa mengubah tingkat depresi. *Hospital based support* dan *home based support* sangat diperlukan.

5.1.3 Data Tingkat Depresi

1. Perbedaan Tingkat Depresi responden pada Kelompok *Hospital Based support* sebelum dan setelah dilakukan intervensi.

Tabel 5.1 Perbedaan Tingkat Depresi pada Kelompok *Hospital Based* sebelum dan sesudah dilakukan intervensi bulan Januari 2010 menggunakan NPar Tests Wilcoxon Signed Ranks Test

Responden	Tingkat Depresi	
	Pre Intervensi	Post Intervensi
1A	26	25
2A	36	32
3A	34	33
4A	34	31
5A	35	28
6A	39	27
7A	37	35
Z	-1,414	
Asimp. Sig. (2-tailed)	.157	

$Z = -1,414$ $P = 0,157$ ($p > 0,05$) menunjukkan tidak ada perbedaan antara pre dan post Intervensi

2. Perbedaan Tingkat Depresi responden pada kelompok *Home Based support* sebelum dan setelah dilakukan intervensi.

Tabel 5.2 Perbedaan Tingkat Depresi responden pada kelompok *Home Based support* sebelum dan sesudah dilakukan intervensi bulan Januari 2010 menggunakan NPar Tests ,Wilcoxon Signed Ranks Test

Responden	Tingkat Depresi	
	Pre Intervensi	Post Intervensi
1B	59	58
2B	30	26
3B	23	22
4B	38	35
5B	39	37
6B	45	42
7B	20	20
Z	1.000	
Asimp. Sig. (2-tailed)	.317	

$Z = 1.000$ $P = 0,317$ ($p > 0,05$) menunjukkan tidak ada perbedaan antara pre dan post

3. Perbedaan Tingkat Depresi antara kelompok *Hospital Based support* dan *Home Based support* sebelum intervensi (pre dan post test)

Tabel 5.3 Perbedaan Tingkat Depresi responden antara kelompok *hospital based support* dan *Home Based support* sebelum dilakukan intervensi bulan Januari 2010 dengan menggunakan N Par Tests dan Mann-Whitney Test

Responden	<i>Home Based Support</i>			<i>Hospital Based Support</i>			
	pre	post	selisih	pre	post	selisih	
1	59	58	1	26	25	1	
2	30	26	4	36	32	4	
3	23	22	1	34	33	1	
4	38	35	3	34	31	3	
5	39	37	2	35	28	7	
6	45	42	3	39	27	12	
7	20	20	0	37	35	2	
Z							.000
Asymp.Sig. 2-tailed							.317

$Z = 0,000$ $P = 1,000$ ($p > 0,05$) menunjukkan tidak ada perbedaan antara post *hospital based support* dan post *home based support*.

5.2 Pembahasan

Setelah dilakukan analisis dan melihat hasilnya, maka ada beberapa hal yang akan dibahas yaitu : karakteristik yang mempengaruhi depresi, pengaruh *hospital based support* terhadap tingkat depresi, pengaruh *home based support* terhadap tingkat depresi dan perbedaan pengaruh antara *home based support* dan *hospital based support* terhadap tingkat depresi pada sirosis hepatis.

5.2.1 Karakteristik umum yang mempengaruhi terjadinya depresi

1. Usia

Depresi paling banyak di jumpai pada usia 40–50 tahun dan kondisinya makin memburuk pada kondisi sakit kronis karena hal tersebut berkaitan dengan kondisi

fisik serta penyakit yang menyertainya. (Susanto, 2009). Pada kelompok *hospital based support* dan *home based support* sebagian besar berusia diatas 61 tahun hal ini menunjukkan sangat pentingnya diberikan *hospital based support* maupun *hospital based support*, karena di usia yang lanjut, produktifitas dan kekuatan sudah menurun, sehingga sangat memerlukan dukungan dari keluarga dalam menghadapi masalah kesehatannya terutama pasien dengan sirosis hepatis. Hal ini menunjukkan bahwa tingkat keparahan penyakit sirosis hepatis juga berpengaruh terhadap tingkat depresi responden. Penelitian ini tidak dapat mengungkapkan tingkat keparahan penyakit yang diderita responden sehingga perlu untuk penelitian selanjutnya dimana tingkat keparahan penyakit sirosis hepatis dimasukkan dalam penelitian.

2. Jenis kelamin

Wanita cenderung lebih memiliki resiko depresi dibandingkan laki-laki. Hal ini dikaitkan dengan pola pikir yang berpengaruh terhadap strategi koping yang dilakukan, serta aktivitas sosial yang dilakukan. Wanita lebih mengedepankan emosional daripada rasional dan dalam menghadapi masalah wanita lebih menggunakan perasaan (Susanto, 2009). Hal ini bertentangan dengan penelitian ini.

Penelitian ini sebagian besar responden kelompok *hospital based support* dan kelompok *home based support* adalah laki laki. Kondisi seperti ini sangat memerlukan dukungan dari perawat dan keluarga karena laki laki sebagai kepala keluarga, peran mereka mengalami gangguan, ekonomi dalam keluarga juga terganggu. Peneliti berasumsi tingginya tingkat depresi pada laki-laki yang menjadi responden penelitian ini adalah akibat statusnya di keluarga. Laki-laki yang menjadi kepala keluarga akan sangat kebingungan bila tidak dapat menafkahi keluarganya.

Penderita tuberkulosis akan mengalami kelemahan secara fisik sehingga tingkat produktivitasnya menurun. Pendapat peneliti ini didasarkan dari hasil kuesioner yang menunjukkan skor tingkat depresi laki-laki lebih tinggi daripada skor tingkat depresi perempuan untuk gejala depresi pada kerja dan kegiatan-kegiatannya. Ketidakmampuan memberi nafkah inilah yang mengakibatkan tingkat depresi laki-laki lebih tinggi dan lebih banyak dibanding perempuan pada responden penelitian ini.

3. Status perkawinan

Sebagian besar kelompok *hospital based support* dan kelompok *home based support* pada responden adalah laki-laki berstatus kawin. Kondisi seperti ini sangat memerlukan dukungan dari perawat dan keluarga karena laki laki sebagai kepala keluarga, peran mereka mengalami gangguan, ekonomi dalam keluarga juga terganggu. Peneliti berasumsi tingginya tingkat depresi pada laki-laki yang menjadi responden penelitian ini adalah akibat statusnya di keluarga. Laki-laki yang menjadi kepala keluarga akan sangat kebingungan bila tidak dapat menafkahi keluarganya. *Home care* diharapkan bisa sebagai alternatif untuk mengurangi tingkat depresi pada pasien sirosis hepatis karena *home care* dapat menjadi alternatif mengurangi biaya perawatan dirumah sakit, sehingga biaya perawatan dapat diminimalisir sehingga tingkat depresi pada responden penelitian ini dapat dikurangi.

4. Status sosial ekonomi

Pada penelitian ini dari status sosial dan ekonomi dapat disimpulkan bahwa responden dengan penghasilan < 1 juta/bln, banyak terjadi depresi dengan derajat ringan dan sedang .

Status sosial ekonomi meliputi: besarnya pendapatan keluarga, tingkat pendidikan, keberhasilan pekerjaan, kepemilikan materi, status sosial di masyarakat. Tinggi rendahnya status sosial ekonomi individu tidak mutlak mempengaruhi terjadinya depresi. Misalnya semakin tinggi tingkat pendidikan individu maka semakin baik pula individu tersebut menghadapi stressor tetapi hal tersebut tidak mutlak karena harus dilihat pula kepribadian individu tersebut. Tetapi kadang status sosial ekonomi seseorang memegang peran dalam terjadinya depresi terutama pada seseorang yang memiliki sosial ekonomi rendah. (Pinquart&Sorenson, 2000).

Home care diharapkan bisa sebagai alternatif untuk membantu menyediakan tempat bagi yang membutuhkan, biaya hospitalisasi yang harus ditanggung klien jadi lebih kecil, sehingga tingkat depresi bisa dikurangi

5.2.2 Pengaruh *hospital based support* terhadap tingkat depresi

Hasil uji statistik didapatkan nilai $Z = -1,414$ $P = 0,157$ ($p > 0,05$), hal ini menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan rata-rata tingkat depresi sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok *hospital based support*.

Hal ini dikarenakan, menurut William M Caplain, MD (1997):

1. Dalam *Hospital Based Support* pasien dapat bertemu dengan pasien lain pada kasus yang sama.
2. Dapat berbagi masalah dengan harapan dapat menemukan jalan keluarnya.
3. Pasien sering memberikan informasi kepada yang lain tentang kebutuhan sehari-hari.
4. Perasaan saling memiliki dapat menurunkan tingkat depresi.

Berdasarkan hasil penelitian diatas dapatnya peneliti simpulkan bahwa pasien sirosis hepatis yang telah mempunyai kelompok sesama penyakitnya yang akan dapat berbagi masalah sehingga pasien tersebut dapat menemukan jalan keluar akan pemikiran tentang penyakitnya, sehingga pasien sirosis hepatis dapat menurunkan tingkat depresinya. Hal ini sesuai dengan penelitian yang menggunakan *wilcoxon signed rank test* bahwa ada tingkat depresi pada pasien sirosis hepatis tetapi tidak berkurang secara signifikan karena pasien sirosis hepatis terkait juga dengan faktor usia, sosial dan ekonomi, pendidikan. Faktor usia ini sangat terkait dengan depresi karena depresi paling banyak di jumpai pada pasien dengan kondisinya makin memburuk pada penyakit kronis (sirosis hepatis) karena hal tersebut berkaitan dengan kondisi fisik serta penyakit yang menyertainya. Faktor sosial dan ekonomi juga terkait dengan depresi karena status sosial ekonomi seseorang memegang peran dalam terjadinya depresi terutama pada seseorang yang yang memiliki sosial ekonomi rendah tertuma pada pasien dengan sirosis hepatis yang banyak mengeluarkan biaya. Faktor pendidikan juga dapat terkait dengan depresi karena semakin tinggi tingkat pendidikan individu maka semakin baik pula individu tersebut menghadapi stressor tetapi hal tersebut tidak mutlak karena harus dilihat pula kepribadian individu tersebut.

5.2.3 Pengaruh *home based support* terhadap tingkat depresi.

Hasil uji statistik didapatkan nilai nilai $Z = -1,414$ $P = 0,157$ ($p > 0,05$) terlihat tidak ada perbedaan yang signifikan rata-rata tingkat depresi sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok *Home based support*.

Rodin dan Salovey (dalam Smet, 1994) mengungkapkan perkawinan dan keluarga barangkali merupakan sumber dukungan keluarga yang paling penting. Setiap anggota keluarga memiliki kebutuhan dasar fisik, pribadi dan sosial. Keluarga harus berfungsi menjadi perantara bagi tuntutan-tuntutan dan harapan-harapan dari semua individu yang ada didalamnya.

Berdasarkan hasil penelitian diatas dapatnya peneliti simpulkan bahwa pasien sirosis hepatis yang mejalani *home based support* telah mendapatkan dukungan keluarga sehingga pasien tersebut dapat menemukan jalan keluar akan pemikiran tentang penyakitnya, sehingga pasien sirosis hepatis dapat menurunkan tingkat depresinya. Hal ini sesuai dengan penelitian yang menggunakan *wilcoxon signed rank test* bahwa ada tingkat depresi pada pasien sirosis hepatis tidak berkurang secara signifikan karena pasien sirosis hepatis tersebut terkait juga dengan faktor usia, sosial dan ekonomi, pendidikan.

5.2.4 Perbedaan pengaruh antara *home based support* dan *hospital based support* terhadap tingkat depresi pada pasien sirosis hepatis.

Pada penelitian ini yang menggunakan Wilcoxon Signed Rank Test dan Mann Whitney Test didapatkan hasil $Z= 1.000$ $P = 0,317$ ($p > 0,05$) menunjukkan tidak ada perbedaan antara pre dan post pada *hospital based support* dan *home based support*.

Dukungan utama bersumber dari keluarga (Levit., 1993). Mereka adalah orang-orang terdekat yang mempunyai potensi sebagai sumber dukungan dan senantiasa bersedia untuk memberikan bantuan dan dukungannya ketika individu membutuhkan. Keluarga sebagai suatu sistem sosial, mempunyai fungsi-fungsi yang

dapat menjadi sumber dukungan utama bagi individu, seperti membangkitkan perasaan memiliki antara sesama anggota keluarga, memastikan persahabatan yang berkelanjutan, dan memberikan rasa aman bagi anggota- anggotanya.

Pendidikan kesehatan merupakan upaya untuk memberdayakan perorangan, kelompok dan masyarakat agar meningkatkan kesehatannya, melalui peningkatan pengetahuan, kemauan dan kemampuan serta mengembangkan iklim yang mendukung sehingga meningkatkan kesadaran dan kemauan untuk berperilaku hidup yang sehat, dengan kesehatan yang optimal bisa lebih optimis dalam menghadapi masalah, meningkatkan semangat hidup sehingga tingkat depresi bisa dikurangi atau dihilangkan. Perawatan di rumah dan di rumah sakit, bila sama-sama mendapatkan dukungan dari keluarga dan tenaga kesehatan secara optimal, bisa menurunkan tingkat depresi. Jadi antara *hospital based support* dan *home based support* berpengaruh terhadap penurunan tingkat depresi.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini akan di kemukakan kesimpulan dan saran dari hasil penelitian tentang studi komparasi antara *hospital based support* di IRNA Wijayakusuma B dengan *home based support* di kota Madiun terhadap tingkat depresi pada pasien Sirosis hepatis di RSUD dr Soedono dan di kota Madiun.

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, dapat diambil beberapa kesimpulan sebagai berikut :

1. Tidak terdapat perubahan yang signifikan rata-rata tingkat depresi sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok *hospital based support* pada pasien sirosis hepatis hal ini dikarenakan ada faktor usia, sosial dan ekonomi, dan pendidikan yang berpengaruh terhadap depresi.
2. Tidak terdapat perubahan yang signifikan rata-rata tingkat depresi sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok *Home based support* pada pasien sirosis hepatis hal ini dikarenakan ada faktor usia, sosial dan ekonomi, dan pendidikan yang berpengaruh terhadap depresi.
3. Tidak ada perbedaan yang signifikan rata-rata perubahan tingkat depresi sebelum dan sesudah intervensi antara kelompok *hospital Based support* dan kelompok

Home based support. pada pasien sirosis hepatis hal ini dikarenakan ada faktor usia, sosial dan ekonomi, dan pendidikan yang berpengaruh terhadap depresi.

4. *Home Based Support* dan *Hospital Based Support* bukan merupakan metode yang efektif dan efisien untuk menurunkan tingkat depresi pada pasien sirosis hepatis dikarenakan ada faktor lain yang mempengaruhi yaitu faktor usia, sosial dan ekonomi, dan pendidikan.

6.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan yang telah diuraikan diatas, maka saran yang dapat diberikan adalah:

1. Rumah sakit melalui Bidang Pelayanan Keperawatan dapatnya memberikan motivasi pada pasien sirosis hepatis untuk menjalani perawatan dirumah sakit pada fase akut dengan menggunakan fasilitas Jamkesmas. Hal ini untuk mengurangi biaya pengobatan selama dirumah sakit.
2. Perawat IRNA Wijayakusuma memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarganya (yang sudah mengetahui kondisi pasien) terkait dengan dukungan dari keluarga yang meliputi: dukungan emosional (perhatian, pemahaman, rasa cinta dan penghargaan), dukungan informasi (informasi tentang penyakit dan pengobatannya), dukungan material (dukungan dari segi jasa dan biaya pengobatan). Dilaksanakan di IRNA Wijayakusuma atau melalui kunjungan rumah (*home care*). Dengan harapan keluarga akan dapat menerima kondisi

pasien apa adanya, ikut berperan aktif dalam perawatan dan pengobatan anggota keluarganya, dan selalu memberikan semangat kepada pasien agar terus berusaha untuk kesembuhannya.

3. Perawat dan staf gizi IRNA Wijayakusuma meningkatkan pemberian pendidikan kesehatan kepada pasien Sirosis hepatis tentang pengelolaan dirumah (infeksi sekunder, pemenuhan nutrisi, aktivitas dan istirahat, pencegahan penularan dan menghindari stres)
4. Peneliti selanjutnya membuat kelompok diskusi kecil yang terdiri dari 3-4 pasien untuk meningkatkan interaksi antar pasien, dan saling memberikan dukungan baik berupa informasi maupun secara emosional dan mengembangkan diskusi kelompok khusus untuk keluarga pasien atau orang-orang yang terdekat dengan pasien untuk meningkatkan interaksi, saling memberikan dukungan atau saling bertukar informasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Abraham & Shanley, (1997), *Psikologi Sosial Untuk Perawat (Social Psychology for Nurses)*, EGC, Jakarta
- Albert R. Robert dan Gilbert J. Greene, (2002), *Buku Pintar: Pekerja Sosial Jilid 2*, Jakarta: PT. BPK Gunung Mulia, hal: 36 – 40.
- Alimul, A. (2003). *Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah*. Jakarta: Salemba Medika, hal: 59, 97-100
- Anonim. (2007). *Depresi*, www.e-psikologi.com. Tanggal 05 September 2008. Jam 10.55 PM
- Anonim, (2008). *Siapa Rawan Depresi*. <http://www.kompas.com>, Tanggal 18 Oktober 2009. Jam 22.03 WIB
- Arikunto, S., (2006). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta: Rineka Cipta, hal. 150-157, 242, 344
- Askandar Tjokropawiro, Purnomo BS, Joko S, Gatot S, (2007), *Mata Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Fakultas Kedokteran, UNAIR, Surabaya, hal: 129 – 136.
- Azhim, Said A., (2008). *Cara Islami Mencegah dan Mengobati Gangguan Otak, Stres dan Depresi*. Jakarta: Qultum Media, hal: 3-5
- Brunner & Suddart, (2002), *Keperawatan Medikal Bedah*, edisi 8, Jakarta, EGC, hal: 145, 377-382
- Elizabeth Haired, Sharon read(2008) *Caregiver Education and support group; A Hospital Based Group Experiment*. <http://www.Informa word.com>. 12 oktober 2009 jam 19.45.
- Family Health International(2004). *Monitoring and Evaluating Community Home Based Care Program*. <http://www.fhi.org/NR>, 12 Oktober 2009 jam 20.05
- Ferry Efendi – Makhfudli, (2009), *Keperawatan Kesehatan Komunitas*. Jakarta: Salemba Medika, hal: 261 – 267.
- Hadi, P. (2008). *Depresi dan Solusinya*, www.bowothea.blogspot.com. Tanggal 05 September 2009. Jam 11.20 WIB
- Hawari, D. (2006). *Menejemen Stress Cemas dan Depresi*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, hal: 56-59
- Hastono Priyo S (2007) *Analisis Data Kesehatan*. Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Instalasi gizi (2009), RSUD dr Soedono Madiun leaflet susunan diit penyakit hati

- Kausler. (1987). *Kebutuhan Berafiliasi dan Tingkat Depresi*, <http://untitled.htm>. Tanggal 06 September 2009. Jam 22.10 WIB
- Lestari, (2008). *Depresi*. www.masbow.com.html. Tanggal 15 Oktober 2009. Jam 13.10 WIB
- Maurus, J, (2009). *Mengenal dan Mengatasi Depresi*, Jakarta: Rumpun, hal : 28-42
- Maslim, R., (2003). *Buku Saku Diagnosis Gangguan Jiwa Rujukan Ringkas dari PPDGJ-III*. Jakarta. PT Nuh Jaya, hal: 64-67
- Mansjoer, A, Suprohita, Wardhani W.I, & Setiowulan W. (2000), *Kapita Selekta Kedokteran*, Edisi Ketiga, Jilid 2, Jakarta, Media Aesculapius, hal: 459-461
- Masbow, (2008) *Depresi/Situs Psikologi*. <http://www.masbow.com>. Tanggal 10 September 2009. Jam 20.00 WIB
- Narbuko, C, Achmadi, & Abu H.(2003), *Metodologi Penelitian*, cetakan kelima, PT. Bumi Aksara, Jakarta, hal: 116
- Nadeem Mohammad, Juliet Gikonyo (2005). *Community Home Based Care (CHBC) for PLWHA in Multy Country HIV/AIDS program (MAP) for sub Saharan Africa*. <http://www.wordbank.org/> 15 Oktober 2009 jam 20.10.
- Nevid, JS. Rathus, SA, Greene, B, (2005). *Psikologi Abnormal*, Jilid 1 Terjemahan. Jakarta: Erlangga, hal: 240-254
- Nevid, JS., Rathus, SA., Greene, B., (2005). *Psikologi Abnormal*, Jilid 2 Jakarta: Erlangga, hal: 230
- Notoatmojo, S. Prof, Dr, (2007), *Kesehatan Masyarakat, Ilmu dan Seni*, Jakarta: Rineka Cipta, hal: 130 – 164.
- Nursalam. (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika, hal: 77-102
- Purwaningsih W., & Karlina I., (2009), *Asuhan Keperawatan Jiwa*, Yogyakarta, Nuha Medika, hal: 129-150
- Price, & Wilson, (2006). *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-proses Penyakit*, Jakarta, EGC, hal: 852-853
- Purwaningsih (2009) *Community Home Based Care.(CHBC). Program for PLWHA*. <http://purwa.blog.unair.ac.id/2009/09/30>. 02 Oktober 2009 jam 20.15

- Rekam Medik (2009) *Data Keadaan Morbiditas Pasien Rawat Inap tahun 2009, (A.15.1 – A16.2 Sirosis hepatitis) RSUD dr. Soedono Madiun tidak dipublikasikan.*
- Robby bee (2009). *Hospital-Based Home Care sebagai model keutuhan dan kesinambungan pelayanan kesehatan RS-Komunitas.* <http://robbybee.wordpress.com/2009>.
- Sabri, L, & Haston Priyo S., (2006). *Statistik Kesehatan*, Jakarta, PT. Raja Grafindo Persada, hal: 87-177
- Soesanto, W., (2009). *Biostatistik Penelitian Kesehatan*, Surabaya, Duatujuh, hal:155
- Susanto, (2009) *Mengenal Depresi.* www.ikatandokterindonesia.com. Tanggal 9 Oktober 2009. Jam 8.00 WIB.
- Wahyu Purwaningsih, S.Kep, (2009), *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Jogjakarta: Putra Cendekia.
- William M. Caplan, MD (1997). *The Hospital Based Specialist Program.* [http://xnet.kp.org/permanent te journal](http://xnet.kp.org/permanent%20journal). 12 oktober 2009 jam 19.25.



UNIVERSITAS AIRLANGGA

FAKULTAS KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913752, 5913754, 5913756, Fax. (031) 5913257
Website: <http://www.ners.unair.ac.id> ; e-mail : dekan_ners@unair.ac.id

Surabaya, 19 Januari 2010

Nomor : 013 /H3.1.12/PPd/2010
Lampiran : 1 (satu) berkas
Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Pengambilan
Data Penelitian Mahasiswa PSIK – FKp Unair**

Kepada Yth.
Direktur RSUD Dr. Soedono Madiun
di –
Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa PSIK Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data penelitian sebagai bahan penyusunan skripsi, adapun proposal terlampir.

Nama : Puji Tri Hastuti
NIM : 010830366B
Judul Penelitian : Studi Komparasi Antara *Hospital Based Support* di
IRNA Wijaya Kusuma B RSUD Dr. Soedono Madiun
dengan *Home Based Support* di Kota Madiun terhadap
Tingkat Depresi pada Pasien Sirosis Hepatis
Tempat : Ruang Wijaya Kusuma B RSUD Dr. Soedono Madiun

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Dekan

Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons)
NIP : 196612251989031004

Tembusan :

1. Kepala Bidang Pengembangan SDM RSUD Dr. Soedono Madiun
2. Kepala IRNA Wijaya Kusuma Dr. Soedono Madiun
3. Kepala Ruang Wijaya Kusuma B Dr. Soedono Madiun



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. SOEDONO

Jl. Dr. Sutomo No. 59 Telp. (0351) 454657, 464325 Fax. (0351) 458054
MADIUN 63116

Madiun, 6 Februari 2010

Kepada

Yth. Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Airlangga
di -

Nomor : 423.4 / 808 / 307 / 2010
Sifat : Segera
Lampiran : -
Perihal : Jawaban Permohonan
Ijin Pengambilan Data Penelitian

SURABAYA

Menjawab surat Saudara nomor : 013 / H3.1.12/ PPd/ 2010 tanggal 19 Januari 2010, perihal Permohonan Bantuan Fasilitas Pengambilan Data Penelitian bagi mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan FKp. Universitas Airlangga Surabaya, an. Puji Tri Hastuti, NIM. 010830366B dengan judul penelitian " Studi Komparasi Antara Hospital Based Support Di IRNA Wijaya Kusuma B RSUD dr. Soedono Madiun dengan Home Based Support Di Kota Madiun Terhadap Tingkat Depresi Pada Pasien Sirosis Hepatis " yang akan dilaksanakan Di RSUD dr. Soedono Madiun, pada prinsipnya dapat disetujui untuk dilaksanakan.

Adapun persyaratan bagi mahasiswa yang melaksanakan penelitian adalah sebagai berikut:

1. Melakukan studi pendahuluan di tempat penelitian
2. Mempresentasikan proposal ke bidang Diklit. sesuai judul yang akan diteliti
3. Menetapkan tanggal pencarian data
4. Alokasi tempat penelitian : Ruang Wijaya Kusuma B RSUD dr. Soedono Madiun
5. Jumlah responden sesuai dengan sampel yang sudah ditentukan.
6. Mentaati ketentuan yang berlaku di RSUD dr. Soedono Madiun
7. Menjaga tata tertib, keamanan, kebersihan dan kesopanan selama melaksanakan pengambilan data untuk penelitian.
8. Menyerahkan laporan hasil penulisan skripsi ke bidang Diklit. segera setelah penelitian selesai.

Demikian untuk menjadikan periksa.

WAKIL DIREKTUR UMUM DAN KEUANGAN
RSUD dr. SOEDONO MADIUN



Drs. M. MAKMUN, MM

Pembina Tingkat I

NIP. 19561226 198003 1 013



SURAT KETERANGAN
NOMOR: 027/004/I/2010

Yang bertanda tangan di bawah ini Kepala Instalasi Rawat Inap Wijayakusuma Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedono Madiun, menerangkan bahwa:

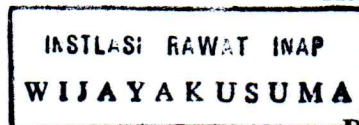
Nama : PUJI TRI HASTUTI

NIM : 010830366 B

Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya telah melaksanakan pengumpulan data dan penelitian di IRNA Wijayakusuma pada tanggal 04 Januari 2010 sampai dengan 04 Pebruari 2010 dengan judul "**Studi komparasi antara *hospital based support* di IRNA Wijayakusuma RSUD dr. Soedono Madiun dengan *home based support* di kota Madiun terhadap tingkat depresi pada pasien sirosis hepatis**".

Demikian keterangan ini dibuat untuk diketahui dan dipergunakan sebagaimana mestinya.

Madiun, 13 Pebruari 2010
Kepala IRNA Wijayakusuma




BARIYONO, Amd.Kep.
NIP 19560323 198008 1 001

Lampiran 4

SURAT PENJELASAN PENELITIAN

Kepada :

Yth. Calon responden
penelitian

Di Tempat

Dengan Hormat,

Dengan ini saya Puji Tri Hastuti, Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, bermaksud akan mengadakan penelitian dengan judul "**Studi Komparasi Antara *Hospital Based Support* Di IRNA Wijayakusuma RSUD dr. Soedono Madiun Dengan *Home Based Support* Di Kota Madiun Terhadap Tingkat Depresi Pada Pasien Sirosis Hepatis**" yang merupakan tugas akhir sebagai syarat kelulusan di Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya .

Berkaitan dengan hal tersebut di atas, saya mohon bantuan untuk bersedia menjadi responden (sampel) penelitian saya, dengan cara mengisi kuesioner yang saya sebar. Dan saya menjamin atas kerahasiaan nama dan alamat responden serta isi dari jawaban kuisisioner yang anda berikan.

Sebagai bukti kesediaan menjadi responden dalam penelitian ini, saya mohon saudara untuk menandatangani persetujuan yang telah disediakan.

Demikian penjelasan saya, atas perhatian dan kesediaannya saya ucapkan terima kasih.

Madiun; Januari 2009

Hormat saya,

Puji Tri Hastuti
NIM. 010830366 B

Lampiran 5

Kode Responden **SURAT PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bersedia berpartisipasi pada penelitian dengan judul **"Studi Komparasi Antara *Hospital Based Support* Di IRNA Wijayakusuma RSUD dr. Soedono Madiun Dengan *Home Based Support* Di Kota Madiun Terhadap Tingkat Depresi Pada Pasien Sirosis Hepatis"** yang dilakukan oleh Puji Tri Hastuti mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.

Atas dasar pemikiran bahwa penelitian dilakukan untuk pengembangan Ilmu Keperawatan maka saya memutuskan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Tanda tangan dibawah ini menunjukkan bahwa saya telah diberi penjelasan dan saya menyatakan bersedia menjadi responden

Madiun; Januari 2009

(.....)

Lampiran 6

LEMBAR KUESIONER**STUDI KOMPARASI ANTARA HOSPITAL BASED SUPPORT DI
IRNA WIJAYAKUSUMA B RSUD dr. SOEDONO MADIUN DENGAN
HOME BASED SUPPORT DI KOTA MADIUN TERHADAP TINGKAT
DEPRESI PADA PASIEN SIROSIS HEPATIS**

PETUNJUK PENGISIAN

Berilah tanda silang (X) pada jawaban kuesioner berikut ini!

Kode Responden :

1. Berapakah usia anda :

- a. <30 tahun
- b. 31-40 tahun
- c. 41-50 tahun
- d. 51-60 tahun
- e. > 61 tahun

2. Jenis kelamin :

- a. Laki-laki
- b. Perempuan

3. Status :

- a. menikah
- b. tidak menikah
- c. janda/duda

4. Riwayat pekerjaan :

- a. swasta
- b. PNS
- c. petani
- d. lain-lain

5. Pengalaman masuk rumah sakit:
- a. 1x
 - b. > 1x
6. Berapa pendapatan anda dalam perbulan :
- a. < dari 500 ribu/bulan
 - b. 500 ribu-1 juta/bulan
 - c. > dari 1 juta/bulan
7. Apakah anda akan merasa nyaman dengan sakit anda bila anda :
- a. Di rumah
 - b. Di rumah sakit
8. Pendidikan formal yang terakhir anda jalani:
- a. SD
 - b. SMP
 - c. SMA
 - d. Diploma/PT
9. Apakah penyakit yang anda derita saat ini (Sirosis Hepatis) menyebabkan diri anda:
- a. Tidak dapat menjalankan peran fungsi di keluarga dan kelompok
 - b. Tidak dapat menjalankan peran fungsi sebagaimana mestinya/tidak mandiri
 - c. Tidak dapat menjalankan aktivitas/fungsi fisik karena hilangnya kesehatan
 - d. Merasa cemas, takut, berpikir tidak realistik akibat penyakit yang anda derita
 - e. Tidak dapat menikmati/kehilangan situasi sehari-hari bersama keluarga atau kelompok
 - f. Tidak dapat menjalankan peran fungsi, bentuk dari pada tubuh anda serta tidak dapat berfikir rasional akibat adanya penyakit kronis ini
 - g. Tidak dapat berfikir rasional, tidak dapat konsentrasi, dan mengalami kecemasan
 - h. Tidak nyaman dengan kondisi tubuh akibat penyakit yang anda derita saat ini seperti: panas, nyeri, batuk, sesak, dan lain-lain.

Lampiran 7

LEMBAR PENGUMPULAN DATA

**STUDI KOMPARASI ANTARA HOSPITAL BASED SUPPORT DI
IRNA WIJAYAKUSUMA B RSUD dr. SOEDONO MADIUN DENGAN
HOME BASED SUPPORT DI KOTA MADIUN TERHADAP TINGKAT
DEPRESI PADA PASIEN SIROSIS HEPATIS**

Hari /tanggal :
Kode Responden :

NO	GEJALA DEPRESI	SKOR				
		0	1	2	3	4
1	Keadaan perasaan: <ul style="list-style-type: none"> • Sedih • Putus asa • Tak berdaya • Tak berguna 					
2	Perasaan bersalah: <ul style="list-style-type: none"> • Menyalahkan diri sendiri • Merenungkan kesalahan-kesalahan masa lalu • Sakit ini sebagai hukuman • Ada sesuatu hal (suara-suara) yang mengancam dirinya 					
3	Bunuh diri: <ul style="list-style-type: none"> • Merasa hidup tidak berguna • Mengharap kematian • Ide ingin bunuh diri atau langkah-langkah kearah itu 					
4	Gangguan pola tidur (<i>initial insomnia</i>): <ul style="list-style-type: none"> • Kadang sukar tidur (lebih dari setengah jam baru bisa tidur) • Keluhan tiap malam sulit tidur 					
5	Gangguan pola tidur (<i>middle insomnia</i>): <ul style="list-style-type: none"> • Gelisah dan terganggu sepanjang malam • Tiap malam bangun dari tempat tidur kecuali buang air kecil 					
6	Gangguan tidur (<i>late insomnia</i>): <ul style="list-style-type: none"> • Bangun diwaktu dini hari tetapi dapat tidur lagi • Bangun diwaktu dini hari tetapi tidak dapat tidur lagi 					
7	Kerja dan kegiatan-kegiatannya: <ul style="list-style-type: none"> • Pikiran/perasaan ketidakmampuan. • Hilang minat terhadap pekerjaan/hobi • Berkurangnya waktu kegiatan sehari-hari/ produktivitas menurun 					

	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak bekerja karena sakitnya sekarang (dirumah sakit) 				
8	<p>Kelambanan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lambat dalam berfikir • Lambat dalam berbicara • Tidak bisa konsentrasi • Aktifitas menurun 				
9	<p>Kegelisahan (agitasi):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gelisah ringan • Mamainkan jari-jari/tangan • Bergerak terus tidak dapat duduk tenang • Meremas-remas tangan, menarik-narik rambut • Mengigit-gigit bibir 				
10	<p>Kecemasan (ansietas somatik):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suara tidak stabil • Telinga berdengung • Penglihatan kabur • Muka merah atau pucat, leams • Perasaan tidak enak 				
11	<p>Kecemasan (ansietas psikik):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mudah tersinggung • Khawatir hal-hal kecil • Sikap khawatir tercermin pada wajah atau pada bicara • Ketakutan yang diutarakan 				
12	<p>Gejala somatik (pencernaan):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nafsu makan berkurang/merasa perutnya penuh • Sukar makan dan membutuhkan obat-obatan untuk saluran cerna 				
13	<p>Gejala somatik (umum):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anggota gerak, punggung atau kepala terasa berat • Sakit punggung kepala dan otot-otot, hilangnya kekuatan dan kemampuan 				
14	<p>Kelamin (genital):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sering buang air kecil terutama dimalam hari waktu tidur • Tidak haid atau haid sedikit sekali • Tidak ada gairah seksual 				
15	<p>Hipokondriasis (keluhan somatik/fisik yang berpindah-pindah):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keterpakuan tentang kesehatannya sendiri • Sering membutuhkan pertolongan orang lain 				
16	<p>Kehilangan berat badan (A dan B):</p> <ul style="list-style-type: none"> • A. Berat badan berkurang dengan penyakit sekarang • B. Berat badan berkurang dari 0,5 kg seminggu, lebih dari 0,5 seminggu 				

17	<i>Insight</i> (pemahaman diri): <ul style="list-style-type: none"> Tahu sakit oleh karena disebabkan oleh iklim, makanan, kerja berlebihan, perlu istirahat 					
18	Variasi harian: <ul style="list-style-type: none"> Adakah perubahan atau keadaan yang memburuk pada waktu malam hari atau pagi hari 					
19	Depersonalisasi <ul style="list-style-type: none"> perasaan diri berubah Derealisasi <ul style="list-style-type: none"> perasaan tidak nyata/tidak realistis 					
20	Gejala-gejala paranoid: <ul style="list-style-type: none"> Curiga Pikiran dirinya menjadi pusat perhatian Waham kejaran 					
21	Gejala obsesi dan kompulsi					
JUMLAH TOTAL SKOR						

Keterangan :

Alat ukur derajat depresi menggunakan HRS-D (*Hamilton Rating Scale for Depression*) yang terdiri dari 21 kelompok gejala dan masing-masing kelompok gejala diberi penilaian antara 0-4 dengan penilaian sebagai berikut, (Alimul, 2003):

- Nilai 0 : tidak ada gejala atau keluhan
- Nilai 1 : gejala ringan
- Nilai 2 : gejala sedang
- Nilai 3 : gejala berat
- Nilai 4 : gejala berat sekali

Lampiran 8

SATUAN ACARA PEMBELAJARAN

Topik	:	<i>Hospital Based Support dan Home Based Support</i>
Sub Topik	:	Pentingnya pemberian <i>support</i> dari keluarga dan perawat serta tenaga kesehatan untuk menurunkan tingkat depresi pada pasien Sirosis hepatitis
Sasaran	:	Pasien Sirosis hepatitis dan Keluarganya.
Tempat	:	Di IRNA Wijayakusuma B RSUD dr Soedono Madiun dan di rumah saat kunjungan rumah)
Hari/Tanggal	:	-
Waktu	:	1 x 30 menit

I. TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM

Pada akhir proses pembelajaran, keluarga dan pasien mengetahui dan memahami pentingnya support keluarga dan perawat khususnya pada pemberian nutrisi pada pasien sirosis hepatitis

II. TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS

Setelah diberikan pembelajaran, keluarga dan pasien mampu :

1. Menyebutkan pengertian tentang sirosis hepatitis.
2. Menyebutkan tujuan diet pada Sirosis hepatitis
3. Menyebutkan perbedaan dari diet pada Sirosis hepatitis
4. Menyebutkan makanan yang diperbolehkan pada Sirosis hepatitis.
5. Menyebutkan makanan yang tidak diperbolehkan pada Sirosis hepatitis.
6. Menyebutkan cara memasak yang dianjurkan pada sirosis hepatitis

III. SASARAN

1. Pasien Sirosis hepatis.
2. Keluarga pasien dengan Sirosis hepatis

IV. MATERI

1. Pengertian pengertian tentang sirosis hepatis.
2. Tujuan diet pada Sirosis hepatis
3. Perbedaan dari diet pada Sirosis hepatis
4. Makanan yang diperbolehkan pada Sirosis hepatis
5. Makanan yang tidak diperbolehkan pada Sirosis hepatis
6. Cara memasak yang dianjurkan pada sirosis hepatis

V. METODE

1. Ceramah
2. Tanya Jawab

VI. MEDIA

- Leaflet

VII. KRITERIA EVALUASI

1. Evaluasi Struktur.
 - Peserta hadir ditempat pembelajaran.
 - Pembelajaran dilaksanakan di IRNA Wijayakusuma B dan di rumah saat kunjungan rumah.
2. Evaluasi Proses.
 - Peserta mengikuti proses pembelajaran dan antusias terhadap materi yang pembelajaran.
 - Peserta tidak meninggalkan ruangan tempat proses pembelajaran

- Peserta mengajukan pertanyaan dan menjawab pertanyaan dengan benar.

3. Evaluasi Hasil.

- Keluarga mengetahui dan memahami pentingnya support keluarga dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi pada Sirosis heptis

VIII. KEGIATAN PEMBELAJARAN

NO.	WAKTU	KEGIATAN PEMBERI MATERI	KEGIATAN PESERTA
1.	3 menit	<p><i>Pembukaan :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Membuka kegiatan dengan mengucapkan salam. - Memperkenalkan diri. - Menjelaskan tujuan dari penyuluhan. - Menyebutkan materi yang akan diberikan. 	<ul style="list-style-type: none"> - Menjawab salam. - Mendengarkan. - Memperhatikan. - Memperhatikan.
2.	15 menit	<p><i>Pelaksanaan :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyebutkan pengertian tentang sirosis hepatis. 2. Menyebutkan tujuan diet pada sirosis hepatis 3. Menyebutkan perbedaan dari diet pada Sirosis hepatis 4. Menyebutkan makanan yang diperbolehkan pada Sirosis hepatis. 5. Menyebutkan makanan yang tidak diperbolehkan pada Sirosis hepatis 6. Memberi kesempatan kepada peserta untuk bertanya. 7. Menjelaskan tentang tindakan-tindakan yang berkaitan dengan pemberian support 8. Memberi kesempatan kepada peserta untuk bertanya. 	<ul style="list-style-type: none"> - Memperhatikan. - Memperhatikan. - Bertanya dan menjawab pertanyaan yang diajukan. - Memperhatikan - Bertanya dan menjawab pertanyaan yang diajukan. - Memperhatikan - Bertanya dan menjawab pertanyaan yang diajukan.
3.	10 menit	<p><i>Evaluasi :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Menanyakan kepada peserta tentang materi yang telah 	<ul style="list-style-type: none"> - Menjawab pertanyaan.

		diberikan dan memberi reinforcement kepada peserta yang dapat menjawab pertanyaan.	
4.	2 menit	<i>Terminasi :</i> - Mengucapkan terima kasih atas peran serta para peserta. - Mengucapkan salam penutup.	- Mendengarkan. - Menjawab salam.

MATERI PEMBELAJARAN

Diet pada Sirosis Hepatis

A. Definisi Sirosis Hepatis

Sirosis hati adalah penyakit hati menahun yang difus ditandai dengan adanya pembentukan jaringan ikat disertai nodul. Biasanya dimulai dengan adanya proses peradangan nekrosis sel hati yang luas, pembentukan jaringan ikat dan usaha regenerasi nodul.

B. Tujuan Diet Pada Sirosis Hepatis

Memberikan makanan yang bernilai gizi cukup untuk:

1. Memperbaiki atau mempertahankan gizi pasien.
2. Memberikan nutrisi jaringan hati yang rusak
3. Mencegah kerusakan hati yang lebih lanjut

C. Perbedaan Diet Pada Sirosis Hepatis

1. Kalori tinggi dengan memberikan banyak hidrat arang
2. Protein tinggi diberikan secara bertahap, disesuaikan dengan keadaan penyakit pasien
3. Lemak diberikan yang mudah dicerna.
4. Garam dibatasi, terutama bila ada bengkak pada bagian tubuh terutama kaki (oedema) atau bagian perut (ascites)
5. Cairan minum dibatasi bila ada bengkak

D. Makanan Yang Diperbolehkan Pada Sirosis Hepatis

1. Makanan sumber zat tenaga

- Beras dibubur, ditim atau dibuat nasi lembek, kentang di rebus, makaroni, bihun, havermout, tepung-tepungan dibubur atau dibuat puding
- Gula pasir, sirup, sele, madu
- minyak, margarin, mentega, santen encer

2. Makanan sumber zat pembangun

- Daging sapi tak berlemak, hati, ikan, ayam disemur, dipanggang, dibakar, diungkep, ditim.
- Telur direbus, didadar, diceplok
- Susu penuh, susu skim, susu kental, yoghurt.
- Tahu, tempe, dibacam, ditumis, kacang hijau di bubur, di sup

3. Makanan sumber zat pengatur

- Semua macam sayuran, kecuali yang menimbulkan gas, ditumis, disetup, disup, diberi santan encer.
- Semua buah-buahan kecuali yang menimbulkan gas.

4. Bumbu-bumbu

- Garam dapur dalam jumlah terbatas
- Lada kayu manis, bawang merah, bawang putih, kunyit, jahe, salam, sereh

E. Makanan Yang Tidak Diperbolehkan Pada Sirosis Hepatis

1. Makanan sumber zat tenaga

- Beras ketan, ubi, singkong, talas

2.. Makanan sumber zat pembangun

- Daging yang terlalu berlemak seperti daging kambing, daging babi

- Daging/ikan diawet seperti diasap, diasin, kornet, susu, ham, sarden, pindang
- Keju, es krim
- Kacang merah, kacang tanah

3. Makanan sumber zat pengatur

- Sayur menimbulkan gas seperti kol, sawi, lobak, sayuran diawet seperti asinan
- Buah-buahan: nangka, durian

4 .Bumbu-bumbu : cabe, bumbu yang banyak mengandung garam seperti maggi, soda kue, terasi, petis, touco, vetsin, kecap asin, tomato ketchup.

5 Minuman yang mengandung alkohol

F. Cara Memasak Untuk Sirosis Hepatis

1. Untuk menumis bumbu gunakanlah margarine, minyak kacang-kacangan.
2. Bila menggunakan santan, gunakanlah santan encer

Lampiran 9

**STANDAR OPERATING PROSEDUR
PADA *HOME BASED SUPPORT*****PENGERTIAN**

Home Based Support merupakan pelayanan keperawatan yang diberikan di rumah tinggal pasien setelah pulang dari rumah sakit. Pasien yang telah melewati fase akut dan merupakan penyakit yang kronis, mendapat dukungan perawatan lanjutan di rumah dengan tehnik keperawatan keluarga dan memanfaatkan semua sumber daya yang ada disekitar tempat tinggalnya (Robby Bee, 2009).

TUJUAN

Melalui layanan dan aktivitas *Home care*, klien dengan kondisi pasca akut dan *disable* atau dengan kondisi penyakit kronis tidak lagi perlu menjalani hospitalisasi.

INDIKASI

Pasien sirosis hepatitis dalam perawatan di rumah.

PERSIAPAN ALAT

1. Pulpen
2. SAP
3. kuesioner
4. lembar inform concent

PROSEDUR

NO	BUTIR YANG DINILAI	NILAI	
		YA	TIDAK
A.	PERSIAPAN		
1.	Melakukan kunjungan pada pasien sirosis hepatis yang dirawat di rumah.		
2.	Membuat kontrak dengan klien sesuai dengan indikasi dan melibatkan keluarga pasien untuk memberikan dukungan.		
3.	Meminta persetujuan menjadi responden		
B.	ORIENTASI		
1.	Membuka kegiatan dengan mengucapkan salam.		
2.	Memperkenalkan diri.		
3.	Memberikan kuisioner untuk mengukur tingkat depresi.		
4.	Menjelaskan tujuan dari penyuluhan.		
5.	Menyebutkan materi yang akan diberikan.		
C.	IMPLEMENTASI		
1.	Menyebutkan pengertian tentang sirosis hepatis.		
2.	Menyebutkan tujuan diet pada sirosis hepatis		
3.	Menyebutkan perbedaan dari diet pada Sirosis hepatis		
4.	Menyebutkan makanan yang diperbolehkan pada Sirosis hepatis.		
5.	Menyebutkan makanan yang tidak diperbolehkan pada Sirosis hepatis		
6.	Memberi kesempatan kepada peserta ntuk bertanya.		
7.	Menjelaskan tentang tindakan-tindakan yang berkaitan dengan pemberian support		
8.	Memberi kesempatan kepada peserta untuk bertanya.		
D.	EVALUASI		
1.	Menanyakan kepada peserta tentang materi yang telah diberikan dan memberi reinforcement kepada peserta yang dapat menjawab pertanyaan.		
2.	Memberikan kuisioner untuk evaluasi tingkat depresi pada hari ketiga.		
E.	TERMINASI		
1.	Mengucapkan terima kasih atas peran serta para peserta.		
2.	Mengucapkan salam penutup.		

Lampiran 10

STANDAR OPERATING PROSEDUR PADA *HOSPITAL BASED SUPPORT*

PENGERTIAN

Hospital Based Support adalah dukungan dan tindakan perawatan yang dilakukan oleh perawat yang dilaksanakan selama pasien dirawat di rumah sakit dengan memanfaatkan sarana dan sumber daya yang ada di rumah sakit. (William M Caplain, MD, 1997)

TUJUAN

Supaya pasien dapat berbagi perasaan dan pengalaman dengan pasien lain pada kasus yang sama.

INDIKASI

Pasien sirosis hepatitis dalam perawatan di rumah sakit.

PERSIAPAN ALAT

1. Pulpen
2. SAP
3. kuesioner
4. lembar *inform concent*

PROSEDUR

NO	BUTIR YANG DINILAI	NILAI	
		YA	TIDAK
A.	PERSIAPAN		
1.	Melakukan kunjungan pada 2-4 pasien sirosis hepatis yang dirawat di rumah sakit.		
2.	Membuat kontrak dengan 2-4 klien sesuai dengan indikasi dan melibatkan keluarga pasien untuk memberikan dukungan pada pasien		
3.	Meminta persetujuan untuk menjadi responden		
B.	ORIENTASI		
1.	Membuka kegiatan dengan mengucapkan salam.		
2.	Memperkenalkan diri.		
3.	Memberikan kuisisioner untuk mengukur tingkat depresi.		
4.	Menjelaskan tujuan dari penyuluhan.		
5.	Menyebutkan materi yang akan diberikan.		
C.	IMPLEMENTASI		
1.	Menyebutkan pengertian tentang sirosis hepatis.		
2.	Menyebutkan tujuan diet pada sirosis hepatis		
3.	Menyebutkan perbedaan dari diet pada Sirosis hepatis		
4.	Menyebutkan makanan yang diperbolehkan pada Sirosis hepatis.		
5.	Menyebutkan makanan yang tidak diperbolehkan pada Sirosis hepatis		
6.	Memberi kesempatan kepada peserta untuk bertanya.		
7.	Menjelaskan tentang tindakan-tindakan yang berkaitan dengan pemberian support		
8.	Memberi kesempatan kepada peserta untuk bertanya.		
D.	EVALUASI		
1.	Menanyakan kepada peserta tentang materi yang telah diberikan dan memberi reinforcement kepada peserta yang dapat menjawab pertanyaan.		
2.	Memberikan kuisisioner untuk evaluasi tingkat depresi pada hari ketiga.		
E.	TERMINASI		
1.	Mengucapkan terima kasih atas peran serta para peserta.		
2.	Mengucapkan salam penutup.		

**STUDI KOMPARASI ANTARA HOSPITAL BASED SUPPORT DI IRNA WIJAYA KUSUMA B
RSUD Dr. SOEDONO MADIUN DENGAN HOME BASED SUPPORT DI KOTA MADIUN
TERHADAP TINGKAT DEPRESI PADA PASIEN SIROSIS HEPATIS
PENELITIAN PRA EXPERIMENT**

Kode Responden	Usia	J. Kelamin	Tk. Pdptn	Pekerjaan	Status P	P. RS	Penddkan	Kenyaman	Pre		Post	
									Depresi		Depresi	
1.A	5	1	1	4	3	2	1	1	26		25	
2.A	4	1	2	1	1	2	1	1	36		32	
3.A	1	1	2	1	2	2	3	1	34		33	
4.A	5	1	1	3	3	2	1	2	34		31	
5.A	5	1	3	2	1	2	3	2	35		28	
6.A	3	1	3	2	1	1	4	2	39		27	
7.A	4	1	3	2	1	1	2	1	37		35	
1.B	2	1	2	1	1	2	3	1	59		58	
2.B	3	1	2	1	1	2	1	1	30		26	
3.B	5	2	3	4	1	1	2	1	23		22	
4.B	5	2	3	2	1	1	4	2	38		35	
5.B	5	1	2	4	1	2	1	2	39		37	
6.B	5	1	1	1	3	2	3	2	45		42	
7.B	4	1	2	4	1	1	1	2	20		20	

Keterangan :

A : Kelompok perlakuan hospital based

B. : Kelompok perlakuan home based

Usia > dari 1 juta/ bulan : 3

< 30 tahun : 1

31-40 tahun : 2

41-50 tahun : 3

51-60 tahun : 4

> 60 tahun : 5

Status Pernikahan:

Menikah : 1

Tidak menikah : 2

Janda/duda : 3

Jenis Kelamin

Laki-laki : 1

Perempuan : 2

Riwayat Pekerjaan

Swasta : 1

PNS : 2

Petani : 3

Lain-lain : 4

Pengalaman masuk rumah sakit

1 kali : 1

> 1 kali : 2

Pendapatan

< dari 500 ribu/ bulan : 1

500 ribu – 1 juta/bln : 2

Kenyamanan

Di rumah : 1

Di rumah sakit : 2

Pendidikan:

SD : 1

SMP : 2

SMA : 3

Diploma/ PT : 4

Lampiran 12

Hasil analisis perbedaan tingkat depresi pre dan post hospital based

NPar Tests

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Tingkat depresi Post Hospital based -	Negative Ranks	2 ^a	1.50	3.00
Tingkat Depresi Pre Hospital Based	Positive Ranks	0 ^b	.00	.00
	Ties	5 ^c		
	Total	7		

a. Tingkat depresi Post Hospital based < Tingkat Depresi Pre Hospital Based

b. Tingkat depresi Post Hospital based > Tingkat Depresi Pre Hospital Based

c. Tingkat depresi Post Hospital based = Tingkat Depresi Pre Hospital Based

Test Statistics^b

	Tingkat depresi Post Hospital based - Tingkat Depresi Pre Hospital Based
Z	-1.414 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.157

a. Based on positive ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Z = -1,414 P = 0,157 (p > 0,05) menunjukkan tidak ada perbedaan antara pre dan post hospital

A. Hasil analisis perbedaan tik depresi pre dan post hospital based

NPar Tests

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Tingkat depresi Post Home based - Tingkat depresi pre Home based	Negative Ranks	1 ^a	1.00	1.00
	Positive Ranks	0 ^b	.00	.00
	Ties	6 ^c		
	Total	7		

a. Tingkat depresi Post Home based < Tingkat depresi pre Home based

b. Tingkat depresi Post Home based > Tingkat depresi pre Home based

c. Tingkat depresi Post Home based = Tingkat depresi pre Home based

Test Statistics^b

	Tingkat depresi Post Home based - Tingkat depresi pre Home based
Z	-1.000 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.317

a. Based on positive ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

$Z = 1.000$ $P = 0,317$ ($p > 0,05$) menunjukkan tidak ada perbedaan antara pre dan post

B. Hasil analisis perbedaan tingkat depresi pre hospital dan post home based

NPar Tests

Mann-Whitney Test

Ranks

	Base	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Tingkat Depresi pre hos dan home	Hospital	7	8.00	56.00
	Home	7	7.00	49.00
	Total	14		

Test Statistics

b

	Tingkat Depresi pre hos dan home
Mann-Whitney U	21.000
Wilcoxon W	49.000
Z	-.628
Asymp. Sig. (2-tailed)	.530
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.710 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Base

Two-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

Frequencies

	Base	N
Tingkat Depresi pre hos dan home	Hospital	7
	Home	7
	Total	14

Test Statistics

a

		Tingkat Depresi pre hos dan home
Most Extreme Differences	Absolute	.143
	Positive	.000
	Negative	-.143
Kolmogorov-Smirnov Z		.267
Asymp. Sig. (2-tailed)		1.000

a. Grouping Variable: Base

Z= 0,000 P = 1,000 (p > 0,05)menunjukkan tidak ada perbedaan antara pre hospital based dan post home based

C. Hasil analisis perbedaan tingkat depresi post hospital dan post home based

NPar Tests

Mann-Whitney Test

Ranks

	Base	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Tingkat Depresi	Hospital	7	7.50	52.50
Postes hos dan home	Home	7	7.50	52.50
	Total	14		

Test Statistics

b

	Tingkat Depresi Postes hos dan home
Mann-Whitney U	24.500
Wilcoxon W	52.500
Z	.000
Asymp. Sig. (2-tailed)	1.000
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	1.000 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Base

Z= 0,000 P = 1,000 (p > 0,05)menunjukkan tidak ada perbedaan antara post hospital based dan post home based

Two-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

Frequencies

	Base	N
Tingkat Depresi	Hospital	7
Postes hos dan home	Home	7
	Total	14

Test Statistics^a

		Tingkat Depresi Postes hos dan home
Most Extreme Differences	Absolute Positive Negative	.000 .000 .000
Kolmogorov-Smirnov Z		.000
Asymp. Sig. (2-tailed)		1.000

a. Grouping Variable: Base

Z= 0,000 P = 1,000 ($p > 0,05$) menunjukkan tidak ada perbedaan antara post hospital based dan post home based