

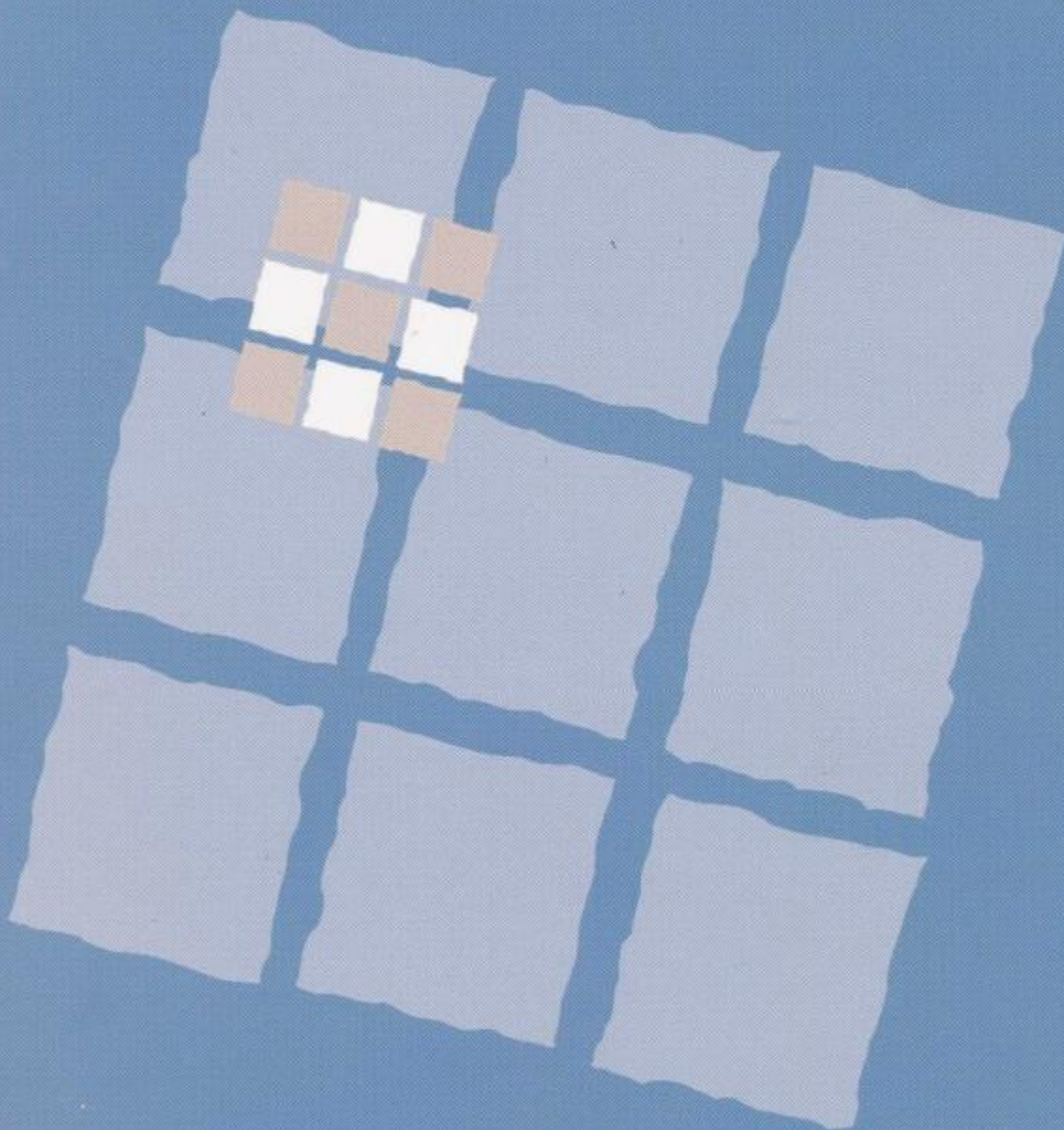
Volume 8 No. XV September 2006 - Maret 2007

ISSN : 1411-156X

JURNAL
KUSMAN IBRAHIM

NO. 12

Majalah Keperawatan Unpad



Diterbitkan oleh :
Fakultas Ilmu Keperawatan - Universitas Padjadjaran
Bandung



HUBUNGAN ANTARA PRAKTEK KEAGAMAAN DENGAN KONDISI PSIKOLOGIS PADA PASIEN STROKE.

Cecep Eli Kosasih*, Kusman Ibrahim**, Nursiswati***

ABSTRAK

Di Indonesia penyakit Serebrovaskular masih menempati urutan pertama penyebab kematian Selama proses pemulihan penyakit stroke, disamping masalah fisik penderita stroke juga memiliki masalah psikologis dan spiritual. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menguji adakah hubungan antara praktek keagamaan yang dilakukan oleh penderita stroke dengan kondisi psikologis. Metode penelitian yang digunakan yaitu dengan menggunakan guesioner untuk pengumpulan datanya, kemudian data tadi dianalisa dengan menggunakan analisis deskriptif dan untuk analisis bivariat menggunakan chi square.

Dari penelitian ini didapatkan hasil: Sebanyak 54 orang (61,36%) melakukan praktek keagamaan dan sebanyak 34 orang (38,6%) tidak melakukan praktek keagamaan. Sebagian besar melakukan praktek keagamaan berupa gabungan shalat dan dzikir (45,5%), ada juga yang melakukan shalat malam (12,5%), dan yang lainnya adalah doa tertentu (3,4%). Sebagian besar penderita stroke tidak mengalami gangguan psikologis depresi (30,6%), yang lainnya mengalami depresi ringan 22,7%, sedang 20,4%, berat 6,8% dan sangat berat 19,3%. Sedangkan untuk cemas, sebagian besar tidak mengalami gangguan (28,44%), yang lainnya mengalami cemas ringan 2,3%, sedang 22,7% berat 20,4% dan sangat berat 26,1%. Untuk stress, sebagian besar tidak mengalami stres (53,4%), yang lainnya mengalami stres ringan 17%, sedang 6,8%, berat 13,6% dan sangat berat 9%. Hubungan antara praktik keagamaan dengan kondisi depresi yaitu: $P\text{ value} = 0,036$ (koefisien kontigensi = 0,298), praktik keagamaan dengan kondisi cemas yaitu: $P\text{ value} = 0,103$ (koefisien kontigensi = 0,284), dan antara praktik keagamaan dengan kondisi stres yaitu $P\text{ value} = 0,108$ (koefisien kontigensi = 0,282).

Kesimpulan: ada hubungan yang bermakna antara praktek keagamaan dengan kondisi depresi, sedangkan untuk kondisi cemas dan stres, tidak ada hubungan yang bermakna.

Kata Kunci : praktek keagamaan, cemas, depresi, stres

PENDAHULUAN

Stroke atau Cerebrovaskuler accident adalah penyebab kematian kedua terbesar di dunia, terhitung lebih dari 4,6 juta jiwa meninggal di seluruh dunia, penderita tersebut 2/3-nya adalah di negara berkembang (World Health Organization, 1997). Diantara negara-negara berkembang, stroke masih merupakan masalah utama penyebab kematian (Venketasubramanian, 1998). Menurut Seamic Health Statistic (1999), insiden stroke di Brunei, Malaysia, dan Singapore, stroke menempati urutan ketiga dan keempat penyebab kematian. Di Indonesia penyakit sirkulasi seperti hipertensi, penyakit jantung iskemik dan penyakit cerebrovasculer masih menempati urutan pertama penyebab kematian (Survey kesehatan rumah tangga, 1995). Faktor-faktor resiko yang paling sering yang menyebabkan insiden stroke di Indonesia adalah hipertensi, penyakit jantung, perokok sigaret, dan diabetes melitus (Misbach, 2001). Faktor-faktor resiko lainnya meliputi: sejarah stroke sebelumnya, obesity, gaya hidup yang tidak aktif, dan hiperlipidemia (LaMone & Burke, 2000). Selanjutnya usia tua juga

merupakan faktor resiko, hal ini ditunjukkan bahwa sebagian besar pasien-pasien stroke lebih dari 60 tahun (Depkes, 2000).

Disamping itu seiring dengan meningkatnya penyakit degeneratif dewasa ini dan juga meningkatnya umur harapan hidup penduduk Indonesia yang akan meningkatkan jumlah manula maka kejadian stroke akan semakin bertambah banyak. Pasien-pasien stroke seringkali mendapatkan dampak negatif dari penyakit stroke, dampak tersebut berupa gangguan pada tubuh/fisik, psikologis, sosial, dan spiritual. Penelitian sebelumnya telah dilakukan oleh Bronstein (1991), ia menemukan bahwa kebanyakan orang-orang dengan stroke adalah orang tua dan 1/3 meninggal dalam sebulan menderita stroke, 2/3 telah memiliki beberapa kecacatan permanen. Penelitian lain mengungkapkan bahwa penderita stroke sering mengalami gangguan fisik, psikologis, sosial, ekonomi, dan spiritual (Wolfe, 2000). Penderita stroke setelah dirawat di rumah sakit dalam waktu

tertentu umumnya melakukan *rehabilitasi di rumah* bersama keluarga mereka masing-masing. Proses penyembuhan stroke relatif lama dan membutuhkan perawatan yang baik yang harus dilakukan oleh penderita itu sendiri maupun oleh dukungan dari keluarganya. *Selama proses pemulihan penyakit stroke*, penderita stroke juga memiliki masalah psikologis dan spiritual disamping masalah fisik (Astrom, Adolfson, and Asplund 1993; Desmond, Remein, Moroney, Stern, Sano, and Williams, 2003). *Pasien-pasien stroke berusaha untuk mengatasi masalah-masalah yang mereka hadapi*. Usaha tersebut diantaranya meliputi penggunaan praktek keagamaan sebagai mekanisme koping untuk mengatasi masalah psikologis dan spiritual.

Indonesia dikenal sebagai negara yang memiliki penduduk muslim terbesar sedunia. Khususnya penduduk Jawa Barat mayoritas penduduknya muslim dan dikenal taat dalam menjalankan agamanya. Disamping itu ada juga penduduk yang mempunyai keyakinan lain seperti katolik, protestan, hindu, dan budha yang jumlahnya relatif seikit. Keyakinan terhadap agama tentunya akan berpengaruh terhadap mekanisme koping yang akan digunakan pada saat mereka mengalami gangguan penyakit seperti pada saat mereka menderita stroke. Praktek keagamaan ini juga berpengaruh terhadap sikap penderita stroke dalam menghadapi serta memecahkan masalah-masalah psikologis yang mereka hadapi sebagai dampak dari stroke. Rumah Sakit Hasan Sadikin merupakan rumah sakit tipe A dan sebagai rumah sakit rujukan dari daerah khususnya dari Jawa Barat dan kadang-kadang dari daerah lain yang memang membutuhkan pertolongan lanjutan. Penderita stroke juga datang dari berbagai daerah yang ada di Jawa Barat hal ini terlihat dari banyaknya kunjungan ke poliklinik bagian saraf yang tiap bulannya selalu banyak. Umumnya mereka datang ke rumah sakit untuk melakukan kontrol rutin tiap bulan. Banyak diantara mereka yang telah mengalami serangan stroke untuk pertama, kedua, ketiga, dan bahkan ada yang lebih dari tiga kali mendapat serangan stroke ini. Berbagai pengalaman dari penderita stroke ini terungkap bahwa ada diantara mereka yang mengalami keluhan atau permasalahan psikologis sebagai dampak dari penyakit stroke, ada pula mereka yang bisa mengatasi permasalahan mereka secara baik dan mereka menganggap bahwa penyakit ini sebagai cobaan dari Tuhan untuk menguji keimanan manusia apakah mampu mengatasi atau tidak.

Dari hasil wawancara dengan beberapa penderita stroke mengatakan bahwa mereka biasa melakukan praktek keagamaan untuk mengurangi beban psikologis yang mereka temui. Ada pula diantara mereka yang menjalani atau menghadapi penyakit ini dengan biasa-biasa saja tanpa melakukan

kegiatan yang khusus berkaitan dengan dampak yang dihadapi akibat stroke. Oleh karena itu, penelitian ini akan berusaha untuk mengungkap hubungan antara praktek keagamaan sebagai mekanisme koping dalam mengatasi masalah khususnya yang berkaitan dengan kondisi psikologis dan spiritual.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini adalah penelitian deskriptif korelatif dengan maksud untuk mengidentifikasi hubungan antara variabel yang diteliti. Populasi dari penelitian ini adalah pasien-pasien penderita stroke yang sedang dirawat di rumah sakit yang terdapat di Bandung Jawa Barat Indonesia. Sample pada penelitian ini diperoleh dengan memakai pendekatan purposive sampling. Oleh karena itu, untuk seleksi subjek penelitian pada penelitian ini adalah pasien-pasien stroke yang sedang dirawat di rumah sakit dengan kriteria khusus sebagai berikut: (1) Pasien yang telah di diagnosa stroke oleh dokter, (2) Usia partisipan lebih dari 18 tahun (3) Penderita stroke yang mempunyai pengalaman dan sedang dirawat di rumah sakit sedikitnya 1 Minggu, (4) Kondisi mental sadar dan dapat berkomunikasi. Ukuran sample pada penelitian ini dengan menggunakan *power analysis* dengan tingkat kesalahan 5%, dan *effect size* 80 % maka diperoleh jumlah sampel 88 orang (polit & hungler, 1999). Instrumen pada penelitian ini terdiri dari (1) data demograpik seperti usia jenis kelamin, status marital, pekerjaan, tingkat pendidikan, diagnosa medis, lamanya dirawat, (2) identifikasi praktek keagamaan, (3) identifikasi masalah psikologis dan spiritual. Instrumen penelitian ini merupakan modifikasi dari Depression Anxiety Stress Scale 42 (DASS 42) dari Lovibond & Lovibond (1995). Dengan tingkat *reliability* .71 untuk depression, .79 untuk kecemasan dan .81 untuk stress (Brown et al., 1997). Pertimbangan etik adalah penting sebelum penelitian ini dilaksanakan. Pertimbangan tersebut berupa perlindungan pada hak azasi manusia. Peneliti telah memberikan informasikan secara verbal yang berisi tujuan penelitian, prosedur, kemungkinan manfaat dan kerugian pada partisipan. Juga partisipan mempunyai kebebasan untuk keluar dari penelitian ini kapan saja. Peneliti menjamin kerahasiaan dan semua dokumen akan dijaga kerahasiaannya. Tiap-tiap partisipan akan menandatangani *inform consent* atau secara verbal setuju untuk dijadikan partisipan.

Lokasi penelitian ini dilaksanakan di rumah sakit Hasan Sadikin Bandung pada bagian unit rawat inap dan rawat jalan rumah dengan pertimbangan bahwa rumah sakit tersebut menjadi rumah sakit rujukan dari daerah Jawa Barat dan kecukupan subjek penelitian. *Pengumpulan data*

dilakukan melalui 2 tahap, yaitu tahap persiapan dan tahap pengumpulan data. Pada tahap persiapan, peneliti melakukan aktivitas seperti persiapan diri, persiapan alat, persiapan administrasi dan surat-menyurat, dan persiapan pasien. Pada tahap pengumpulan data peneliti akan meminta ijin untuk mengumpulkan data dari dekan fakultas kedokteran melalui ketua program studi ilmu keperawatan universitas Padjadjaran. Peneliti akan menggunakan angket/kuesioner yang berkaitan dengan pengalaman praktek keagamaan dan kondisi psikologis dan spiritual mereka selama menjadi penderita stroke. Analisa pada penelitian ini adalah statistik deskriptif menggunakan SPSS 11. dengan analisa ini telah didapatkan frekuensi, rata-rata dan standar deviasi. Untuk mengetahui kondisi psikologis penderita stroke maka setelah didapatkan hasil dari 42 item pernyataan dalam bentuk angket, kemudian dihitung berapa nilainya dan dimasukkan sesuai dengan skala di bawah ini untuk depresi, stress, dan kecemasan.

	Depression	Anxiety	Stress
Normal	0 - 9	0 - 7	0 - 14
Mild	10 - 13	8 - 9	15 - 18
Moderate	14 - 20	10 - 14	19 - 25
Severe	21 - 27	15 - 19	26 - 33
Extremely Severe	28+	20+	34 +

Juga untuk menguji adanya korelasi antara praktek keagamaan dengan kondisi psikologis yaitu dengan memakai chi square.

Hasil Penelitian dan Pembahasan

4.1.1. Karakteristik Penderita Stroke

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Usia Penderita Stroke.

Usia	Frekuensi	Persentase
41-60	44	50.0
61-80	44	50.0
Total	88	100.0

Dari tabel 1 diatas diketahui bahwa usia penderita stroke yang menjadi sample dalam penelitian ini adalah usia dewasa berkisar antara 41 sampai 80 tahun. Mereka yang berusia 41-60 tahun ada 44 orang (50%) dan yang berusia 61-80 tahun ada 44 orang (50%).

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Tingkat Pendidikan Penderita Stroke.

Tingkat pendidikan	Frekuensi	Persentase
SD	30	34.1
SMP	13	14.8
SMA	20	22.7
Sarjana	25	28.4
Total	88	100.0

Dilihat dari tingkat pendidikan penderita stroke maka sebagian besar adalah berpendidikan Sekolah Dasar (43,1%), kemudian sarjana (28%), SMA (22,7%) dan yang terakhir adalah SMP (14,8%).

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Agama Yang Dianut Oleh Penderita Stroke.

Agama	Frekuensi	Persentase
Islam	85	96.6
Kristen	3	3.4
Total	88	100.0

Berdasarkan tabel 3 diatas, keyakinan para penderita stroke dalam penelitian ini sebagian besar mereka beragama Islam (96,6%) dan sebagian kecil beragama Kristen (3,4%).

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Serangan Stroke Yang Dialami Oleh Penderita Stroke.

Frekuensi Serangan	Frekuensi	Persentase
Kesatu	71	80.7
Kedua	15	17.0
Ketiga	2	2.3
Total	88	100.0

Sebagian besar penderita stroke mengalami serangan stroke yang pertama kali (80,7%), disusul oleh serangan yang kedua kalinya (17%), dan yang terakhir sebagian kecil adalah serangan yang ketiga kalinya (2,3%).

4.1.2. Praktek Keagamaan Yang Dilakukan Oleh Penderita Stroke

Tabel 5. Distribusi frekuensi jenis praktek keagamaan yang dilakukan oleh penderita stroke.

Jenis praktek keagamaan	Frekuensi	Persentase
Shalat malam	11	12.5
Doa tertentu	3	3.4
Gabungan shalat dan dzikir	40	45.5
Tidak melakukan praktek	34	38.6
Total	88	100.0

Berdasarkan tabel 5 diatas, dari seluruh sample penelitian 54 orang (61,36%) melakukan praktek keagamaan dan sebanyak 34 orang (38,6%) tidak melakukan praktek keagamaan. Dari 54 orang tersebut, sebagian besar melakukan praktek keagamaan berupa gabungan shalat dan dzikir (45,5%), ada juga yang melakukan shalat malam

Hubungan Antara Praktek Keagamaan Dengan Kondisi Psikologis Pada Pasien Stroke

(12,5%), dan yang lainnya adalah doa tertentu (3,4%).

Tabel 6. Distribusi frekuensi melakukan praktek keagamaan oleh penderita stroke

Frekuensi melakukan praktek keagamaan	Frekuensi	Persentase
Sering	41	46,6
Kadang-Kadang	13	14,8
Total	54	61,4

Berdasarkan tabel 6 diatas, dari seluruh penderita stroke yang melakukan praktek keagamaan (54 orang), sebagian besar melakukan praktek keagamaan dengan sering (46,6%), dan yang lainnya kadang-kadang melakukan praktek keagamaan (14,4%).

4.1.3. Kondisi Psikologis Penderita Stroke

Tabel 8. Distribusi frekuensi kondisi psikologis yang dialami oleh penderita stroke baik yang melakukan praktek keagamaan maupun yang tidak.

	Depresi	%	Cemas	%	Stress	%
Normal	27	30,6	25	28,4	47	53,4
Ringan	20	22,7	2	2,3	15	17
Sedang	18	20,4	20	22,7	6	6,8
Berat	6	6,8	18	20,4	12	13,6
Sangat berat	17	19,3	23	26,1	8	9
Jumlah	88	100	88	100	88	100

Dari tabel 8, terungkap bahwa sebagian besar penderita stroke tidak mengalami gangguan psikologis depresi (30,6 %), depresi ringan 22,7 %, sedang 20,4%, berat 6,8 % dan sangat berat 19,3%. Sedangkan untuk cemas, sebagian besar tidak mengalami gangguan (28,44%), cemas ringan 2,3 %, sedang 22,7 % berat 20,4 % dan sangat berat 26,1 %. Untuk stress, sebagian besar tidak mengalami stress (53,4%), stress ringan 17 %, sedang 6,8 %, berat 13,6 %, dan sangat berat 9%.

Tabel 9. Distribusi frekuensi kondisi psikologis yang dialami oleh penderita stroke yang tidak melakukan praktek keagamaan.

	Depresi	%	Cemas	%	Stress	%
Normal	5	14,7	5	14,7	13	38,2
Ringan	8	23,5	0	0	9	26,5
Sedang	9	26,5	8	23,5	3	8,8
Berat	3	8,8	9	26,5	9	26,5
Sangat berat	9	26,5	12	35,3	0	0
Jumlah	34	100	34	100	34	100

Dari tabel 9 diatas terlihat bahwa sebagian besar penderita stroke (85,3%) yang tidak melakukan praktek keagamaan mengalami depresi dari yang ringan sampai berat, sedangkan yang tidak mengalami depresi hanya 14,7 % saja. Untuk kondisi cemas penderita stroke yang tidak mengalami kecemasan sebanyak 14,7 % sedangkan yang mengalami gangguan baik sedang, berat maupun sangat berat sebanyak 85,3 % dan untuk kondisi stress sebanyak 38,2 % tidak mengalami stress sisanya sebanyak 61,8 % mengalami stress.

Tabel 7. Distribusi frekuensi perasaan yang dialami oleh penderita stroke yang melakukan praktek keagamaan

Perasaan	Frekuensi	Persentase
Tenang, damai, nyaman	54	61,4
Total	54	100,0

Dari tabel 7 diatas, perasaan yang dialami oleh penderita stroke yang melakukan praktek keagamaan semuanya (100%) mengalami perasaan tenang, damai dan nyaman selama menjalankan praktek keagamaan

Hubungan Antara Praktek Keagamaan Dengan Kondisi Psikologis Pada Pasien Stroke

Tabel 10. Distribusi frekuensi kondisi psikologis yang dialami oleh penderita stroke yang melakukan praktek keagamaan.

	Depresi	%	Cemas	%	Stress	%
Normal	22	40,7	20	37	34	62,9
Ringan	12	22,2	2	3,7	6	11,1
Sedang	9	16,6	12	22,2	3	5,5
Berat	3	5,5	9	16,6	3	5,5
Sangat berat	8	14,8	11	20,3	8	14,8
Jumlah	54	100	54	100	54	100

Dari tabel 10 diatas terlihat bahwa lebih dari setengahnya penderita stroke (59.1%) yang melakukan praktek keagamaan mengalami depresi dari yang ringan sampai berat, sedangkan yang tidak mengalami depresi hampir setengahnya 40,7 %. Untuk kondisi cemas penderita stroke yang tidak mengalami kecemasan sebanyak 37 % sedangkan yang mengalami gangguan baik ringan, sedang, berat maupun sangat berat sebanyak 62,8 % dan untuk kondisi stress sebagian besar (62.9 %) penderita stroke tidak mengalami stress dan sisanya sebanyak 37,1 % mengalami stress.

4.1.4. Hubungan Antara Praktek Keagamaan Dengan Kondisi Psikologis.

Tabel 11. Hubungan Antara Praktek Keagamaan Dengan Kondisi Cemas

		Kondisi Pasien					Total
		Normal	Cemas Ringan	Cemas Sedang	Cemas Berat	Cemas Berat	
Jenis Praktek Keagamaan	Melakukan Praktek	20	2	12	9	11	54
	Tidak Melakukan Praktek	5	0	8	9	12	34
Total		25	2	20	18	23	88
Analisa korelasi		P value = 0.103			C = 0,284		

Jika diperhatikan tabel di atas, besarnya Korelasi (hubungan) antara 2 buah variabel dan keberartiannya dapat dilihat pada bagian *Koefisien kontingensi Cramer (c)* dan *nai P value*. Berdasarkan tabel tersebut dapat disimpulkan bahwa uji keberartian hubungan antara dua variabel diatas dengan taraf kekeliruan sebesar 5 %, *nai P value* sebesar 0,103 maka H_0 diterima, jadi tidak terdapat hubungan yang signifikan antara praktek keagamaan dengan kondisi cemas pasien. (hubungan antara praktek keagamaan dengan kondisi cemas tidak berarti). Besar hubungan antara praktek keagamaan dengan kondisi cemas yaitu sebesar 0,284 nilai tersebut menunjukkan hubungan yang rendah.

Tabel 12. Hubungan Antara Praktek Keagamaan Dengan Kondisi Depresi

		Kondisi pasien				Total
		Normal	Depresi ringan	Depresi sedang	Depresi berat	
Jenis praktek keagamaan	Tidak melakukan praktek	5	6	11	12	34
	Melakukan praktek	21	13	9	11	54
Total		26	19	20	23	88
Analisa korelasi		P value = 0.036			C = 0,298	

Jika diperhatikan tabel di atas, besarnya Korelasi (hubungan) antara 2 buah variabel dan keberartiannya dapat dilihat pada bagian *Koefisien kontingensi Cramer (c)* dan *nai P value*. Berdasarkan tabel tersebut dapat disimpulkan bahwa uji keberartian hubungan antara dua variabel diatas dengan taraf kekeliruan sebesar 5 %, *nai P value* sebesar 0,036 maka H_0 ditolak, jadi terdapat hubungan yang signifikan antara jenis praktek keagamaan dengan kondisi depresi pasien. (hubungan antara praktek keagamaan dengan kondisi

depresi berarti). Besar hubungan antara praktek keagamaan dengan kondisi depresi yaitu sebesar 0,298 nilai tersebut menunjukkan hubungan yang rendah tapi pasti.

Tabel 13. Hubungan Antara Praktek Keagamaan Dengan Kondisi Stress

		Kondisi pasien					Total
		normal	ringan	sedang	berat	sangat berat	
jenis praktek keagamaan	melakukan praktek	21	12	10	3	8	54
	tidak melakukan praktek	5	8	7	5	9	34
Total		26	20	17	8	17	88
Analisa korelasi		P value = 0,108			C = 0,282		

Jika diperhatikan tabel di atas, besarnya Korelasi (hubungan) antara 2 buah variabel dan keberartiannya dapat dilihat pada bagian *Koefisien kontingensi Cramer (c)* dan *nilai P value*. Berdasarkan tabel tersebut dapat disimpulkan bahwa uji keberartian hubungan antara dua variabel diatas dengan taraf kekeliruan sebesar 5 %, *nilai P value* sebesar 0,108 maka H_0 diterima, jadi tidak terdapat hubungan yang signifikan antara jenis praktek keagamaan dengan kondisi stres pasien. (hubungan antara praktek keagamaan dengan kondisi stres tidak berarti). Besar hubungan antarapraktek keagamaan dengan kondisi stres yaitu sebesar 0,282 nilai tersebut menunjukkan hubungan yang rendah.

Perbedaan yang signifikan antara praktek keagamaan dengan kondisi cemas yaitu: 0,009, nampak adanya perbedaan praktek keagamaan dengan kondisi depresi yaitu: 0,016 sedangkan untuk tabel 12 nampak tidak adanya perbedaan yang signifikan antara praktek keagamaan dengan kondisi stress yaitu: 0,413.

Dari tabel 11, terungkap bahwa tidak adanya hubungan praktik keagamaan dengan kondisi

cemas yaitu: $\chi^2 = 0,103$ (koefisien kontingensi = 0,284), untuk tabel 11 nampak ada hubungan antara praktik keagamaan dengan kondisi depresi yaitu: $\chi^2 = 0,036$ (koefisien kontingensi = 0,298), sedangkan untuk tabel 12 nampak tidak adanya antara praktik keagamaan dengan kondisi stres yaitu $\chi^2 = 0,108$ (koefisien kontingensi = 0,282).

Simpulan

- Usia penderita stroke yang menjadi sample dalam penelitian ini adalah usia dewasa berkisar antara 41 sampai 80 tahun. Mereka yang berusia 41-60 tahun ada 44 orang (50%) dan yang berusia 61-80 tahun ada 44 orang (50%).
- Dilihat dari tingkat pendidikan penderita stroke maka sebagian besar adalah berpendidikan Sekolah Dasar (43,1%), kemudian sarjana (28%), SMA (22,7%) dan yang terakhir adalah SMP (14,8%).
- Keyakinan para penderita stroke dalam penelitian ini sebagian besar mereka beragama Islam (96,6%) dan sebagian kecil beragama Kristen (3,4%).
- Sebagian besar penderita stroke mengalami serangan stroke yang pertama kali (80,7%), disusul oleh serangan yang kedua kalinya (17%), dan yang terakhir sebagian kecil adalah serangan yang ketiga kalinya (2,3%).
- Dari seluruh sample penelitian 54 orang (61,36%) melakukan praktek keagamaan dan sebanyak 34

orang (38,6%) tidak melakukan praktek keagamaan. Dari 54 orang tersebut, sebagian besar melakukan praktek keagamaan berupa gabungan shalat dan dzikir (45,5%), ada juga yang melakukan shalat malam (12,5%), dan yang lainnya adalah doa tertentu (3,4%).

- Dari seluruh penderita stroke yang melakukan praktek keagamaan (54 orang), sebagian besar melakukan praktek keagamaan dengan sering (46,6%), dan yang lainnya kadang-kadang melakukan praktek keagamaan (14,4%).
- Dampak yang dialami oleh penderita stroke yang melakukan praktek keagamaan semuanya (100%) mengalami perasaan tenang, damai dan nyaman selama menjalankan praktek keagamaan.
- Sebagian besar penderita stroke tidak mengalami gangguan psikologis depresi (30,6 %), depresi ringan 22,7 %, sedang 20,4%, berat 6,8 % dan sangat berat 19,3%. Sedangkan untuk cemas, sebagian besar tidak mengalami gangguan (28,44%), cemas ringan 2,3 %, sedang 22,7 % berat 20,4 % dan sangat

berat 26,1 %. Untuk stress, sebagian besar tidak mengalami stress (53,4%), stress ringan 17 %, sedang 6,8 %, berat 13,6 %, dan sangat berat 9%. Secara umum penderita stroke mengalami gangguan psikologis berupa depresi, stress, maupun kecemasan baik ringan, sedang, berat maupun sangat berat. Walaupun masih ada penderita stroke yang tidak mengalami gangguan psikologis.

- Sebagian besar penderita stroke (85,3%) yang tidak melakukan praktek keagamaan mengalami depresi dari yang ringan sampai berat, sedangkan yang tidak mengalami depresi hanya 14,7 % saja. Untuk kondisi cemas penderita stroke yang tidak mengalami kecemasan sebanyak 14,7 % sedangkan yang mengalami gangguan baik sedang, berat maupun sangat berat sebanyak 85,3 % dan untuk kondisi stress sebanyak 38,2 % tidak mengalami stress sisanya sebanyak 61,8 % mengalami stress. Hal ini menunjukkan bahwa penderita stroke yang tidak melakukan praktek keagamaan mempunyai kecenderungan mengalami gangguan psikologis yang lebih besar berupa depresi, stress, dan kecemasan.
- Lebih dari setengahnya penderita stroke (59,1%) yang melakukan praktek keagamaan mengalami depresi dari yang ringan sampai berat, sedangkan yang tidak mengalami depresi hampir setengahnya 40,7 %. Untuk kondisi cemas penderita stroke yang tidak mengalami kecemasan sebanyak 37 % sedangkan yang mengalami gangguan baik ringan, sedang, berat maupun sangat berat sebanyak 62,8 % dan untuk kondisi stress sebagian besar (62,9 %) penderita stroke tidak mengalami stress dan sisanya sebanyak 37,1 % mengalami stress. Hal ini menunjukkan bahwa praktek keagamaan yang dilakukan oleh penderita stroke dapat mengurangi stress walaupun untuk depresi dan kecemasan masih lebih dari setengahnya mengalami gangguan.
- Tidak adanya hubungan yang signifikan antara praktek keagamaan dengan kondisi cemas yaitu: $\chi^2 = 0,103$ (koefisien kontigensi = 0,284), adanya hubungan antara praktek keagamaan dengan kondisi depresi yaitu: $\chi^2 = 0,036$ (koefisien kontigensi = 0,298, sedangkan untuk stress nampak tidak adanya hubungan yang signifikan antara praktek keagamaan dengan kondisi stress yaitu $\chi^2 = 0,108$ (koefisien kontigensi = 0,282).

Daftar Pustaka

- Astrom, M., Adolfson, R. & Asplund, K. (1993). Major depression in stroke patients, a 3-years longitudinal study. *Stroke*, 24, 976-982.

Astrom, M., Adolfson, R. & Asplund, K. (1993). Major depression in stroke patients, a 3-years longitudinal study. *Stroke*, 24, 976-982.

Bronstein, K. S. (1991). Psychological component in stroke implications for adaptation. *Nursing Clinics of North America*, 26, 1007-1017.

Data Statistik Indonesia (1998). Badan Pusat Statistik republik Indonesia. Jakarta.

Departemen Kesehatan Provinsi Jawa Barat (2000). Profil kesehatan provinsi Jawa Barat 2000 (data tahun 1999)[Health profile of West Java province]. *Dinas Kesehatan Jawa Barat*, Bandung.

Desmond, D. W., Remelin, R. H., Moroney, J. T., Stern, Y., Sano, M., & Williams, J.B. (2003). Ischemic stroke and depression. *Journal Internal Neuropsychological Social*, 9, 429-439.

Doolittle, N. (1992). The experience of recovery following lacunar stroke. *Rehabilitation Nursing*, 17, 122-125

Ellison, C. G., & Levin, J.S. (1998). The religion-health connection: Evidence, theory, and future directions. *Health Education & Behavior*, 25, 700-720.

<http://www.irishhearth.ie/patientqueries/stroke3.htm>

Jonkman, E. J., de Weerd, A. W., and Vrijens, N. L. H. (1998). Quality of life after a first ischemic stroke: Long-term developments and correlations with changes in neurological deficit, mood and cognitive impairment. *Acta Neurologica Scandinavica*, 98, 169-175.

Koenig, H. et al. (2001). *The handbook of religion and health*. Oxford University Press, Oxford p. 591.

LeMone, P., & Burke, K. M. (2000). *Medical-Surgical Nursing: Critical Thinking in Client Care* (2nd ed.). New Jersey: Prentice Hall Health.

Lev, E. L. (1992). Patients' strategy for adapting to cancer treatment. *Western Journal of Nursing Research*, 14, 595-617.

Perencanaan strategis Jawa Barat (2001). Government of West Java Province. Bandung.

Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999) *Nursing research: Principles and methods*. Philadelphia: Lippincott.

Polit, D. F., Beck, C.T, & Hungler, B. P. (2001) *Essentials of Nursing research: Methods, appraisal, and utilization* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott.

Statistic Indonesia (2000). Badan Pusat Statistik republik Indonesia. Jakarta.

Undermann, B. E. (2000). The effect of spirituality on health and healing: a critical review for athletic trainers. *Journal of Athletic Training*, 32, 194 - 197

Wolfe, C. D., (2000). The impact of stroke. *Br. Medical Bulletin*, 56, 275-86.

World Health Organization [WHO] (1997). *World Health Report 1997*. Retrieved February, 2003, from

[http:// www. who. int/ whr2001/2001/archives/1997/ exsum97e.htm](http://www.who.int/whr2001/2001/archives/1997/exsum97e.htm)

- * Penulis adalah Staf Edukatif FIK Unpad Bagian Keperawatan Medikal Bedah
- ** Penulis adalah Staf Edukatif FIK Unpad Bagian Keperawatan Medikal Bedah
- *** Penulis adalah Staf Edukatif FIK Unpad Bagian Keperawatan Medikal Bedah