**BAB 1**

**PENDAHULUAN**

* 1. **Latar Belakang**

Depresi pasca stroke adalah gangguan *mood* yang dapat terjadi setiap saat setelah stroke. Depresi yang terjadi pasca stroke akan menyebabkan pasien mengalami ketergantungan dalam melakukan aktivitas sehari–hari dan dapat menimbulkan gangguan fungsi interpersonal, motivasi, dan social dan juga dapat menghasilkan *outcome* psikososial dan kualitas hidup yang buruk (Kaplan, 2010). Perkembangan pembangunan kesehatan kearah yang lebih baik merupakan inti kesejahteraan manusia yang mampu meningkatkan angka harapan hidup guna mencapai keberhasilan pembangunan suatu bangsa. Namun, seiring peningkatan harapan hidup tersebut ternyata menimbulkan transisi epidemiologi yang menimbulkan peningkatan kasus pada penyakit *degenerative* yakni stroke (Kemenkes RI, 2013; *World Health Organization,* 2016)

Menurut *World Heart Federatio* (2011), setiap tahun dilaporkan terdapat 15 juta orang diseluruh dunia menderita stroke dimana hampir enam juta penderita diantaranya meninggal dan sekitar lima juta penderita dilaporkan mengalami kecacatan permanen. Terdapat sekitar 50-80% kasus *post stroke depression* (PSD) yang tidak terdiagnosa oleh dokter non psikiater (Asmawati, et al, 2009). Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 menunjuk Riskesdas 2018 menunjukkan prevalensi Penyakit Tidak Menular Stroke mengalami kenaikan jika dibandingkan dengan Riskesdas 2013, dari 7% menjadi 10,9%. Prevalensi Stroke berdasarkan terdiagnosis dokter di Jawa Timur juga terjadi kenaikan dari 6.6% menjadi 9.5 %. Salah satu Rumah Sakit yang menjadi rujukan pasien di Wilayah Kota Surabaya bagian Timur adalah Rumah Sakit Royal Surabaya. Rumah Sakit Royal Surabaya menerima pasien rawat inap dan rawat jalan di Poliklinik Saraf. Menurut laporan dari rekam medis Rumah Sakit Royal Surabaya didapatkan bahwa jumlah pasien terdiagnosa stroke pada bulan Oktober sampai Desember 2019 adalah rawat inap 31 pasien sedangkan pada pasien stroke rawat jalan 1906 pasien. Berdasarkan pengamatan peneliti dan hasil dari wawancara dengan pasien yang kontrol ke Poliklinik Saraf di Rumah Sakit Royal Surabaya yang terdiagnosa stroke terdapat ± 15 pasien dari jumlah rata-rata ± 25 pasien kontrol yang mengalami tanda dan gejala depresi paska stroke akibat jenuh mengkonsumsi obat dan lelah untuk datang terapi rehabilitasi medik, dan juga didapatkan ± 10 keluhan dari keluarga atau pengantar pasien yang mengeluhkan jika pasien mudah tersinggung, sering menyendiri dan juga sering menangis.

Depresi post stroke terjadi didasari keterkaitan antara faktor biologis dan psikososial. Pada keadaan depresi akan terjadi *disregulasi biogenikamin* terutama *serotonin* dan *norepinefrin* serta *disregulasi neuroendokrin* terutama pada *aksis hipotalamik pituitary adrenal.* Depresi post stroke, baik karena faktor biologis akibat lesi di otak maupun faktor psikososial akibat reaksi hendaya fisik, akan mengakibatkan penderita kehilangan motivasi, putus asa dan tidak mau melakukan latihan yang dianjurkan (Badrul, Arief, & Yeni, 2015). Depresi pasca stroke dapat menurunkan kualitas hidup dalam hal gangguan fisik, fungsional, psikologis atau kesehatan mental, dan kesehatan social karena PSD dapat menimbulkan gangguan fungsi interpersonal, sosial, motivasi, dan penurunan fungsi kognitif tetapi masih dimungkinkan untuk mengurangi dampak status fungsional pada kualitas hidup dengan memberikan dukungan sosial dan pendidikan pada pasien dan anggota keluarga pasien beserta dukungan komunitas yang sesuai (Birtane dan Testekin, 2010; Kaplan dan Sadock, 2010; Prlic et al, 2012).

Solusi untuk mengatasi depresi pasca stroke dapat dilakukan dengan strategi *coping* yang berasal dari dukungan orang-orang di sekitar individu, seperti misalnya saudara, orang tua, suami atau istri, anak, teman atau menggunakan jasa tenaga professional seperti psikolog yang dapat membantu individu dalam melakukan *coping* yang tepat, dalam usaha menghadapi dan memecahkan masalah yang dihadapi. Terapi yang biasa dilakukan oleh penderita stroke antara lain adalah fisioterapi, terapi *okupasi*, dan terapi wicara. Hal ini bergantung pada kebutuhan dan gejala yang dimiliki oleh penderita stroke. Terapi tersebut dapat dilakukan satu per satu maupun dipadukan (Taylor, 2009). Berdasarkan uraian latar belakang diatas maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang hubungan depresi dengan kualitas hidup pasien pasca stroke di Poliklinik Saraf Rumah Sakit Royal Surabaya.

* 1. **Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang yang telah diurai diatas, maka dapat dirumuskan masalah sebagai berikut: ”Adakah hubungan depresi dengan kualitas hidup pasien pasca stroke di Poliklinik Saraf Rumah Sakit Royal Surabaya?”

* 1. **Tujuan**
     1. **Tujuan Umum**

Tujuan dilakukan penelitian ini adalah untuk menganalisis hubungan depresi dengan kualitas hidup pasien pasca stroke di Poliklinik Saraf Rumah Sakit Royal Surabaya.

* + 1. **Tujuan Khusus**

1. Mengidentifikasi tingkat depresi pasien pasca stroke di Poliklinik Saraf Rumah Sakit Royal Surabaya
2. Mengidentifikasi kualitas hidup pasien pasca stroke di Poliklinik Saraf Rumah Sakit Royal Surabaya
3. Menganalisis hubungan depresi dengan kualitas hidup pasien pasca stroke di Poliklinik Saraf Rumah Sakit Royal Surabaya.
   1. **Manfaat**
4. **Manfaat Teoritis**

Diharapkan hasil penelitian ini dapat bermanfaat untuk memperkaya ilmu pengetahuan tentang ilmu keperawatan pasien penyakit sistem neurologi khususnya tingkat depresi dan kualitas hidup pasien pasca stroke.

1. **Manfaat Praktis**
2. Bagi Rumah Sakit Royal Surabaya

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai informasi bagi rumah sakit untuk dapat dijadikan bahan pertimbangan dalam menangani pasien pasca stroke khususnya menurunkan tingkat depresi dan menaikkan kualitas hidup pasien.

1. Bagi Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai informasi bagi perawat untuk dapat dijadikan bahan rujukan dalam merawat dan memperlakukan pasien pasca stroke, sehingga dapat menurunkan tingkat depresi dan menaikkan kualitas hidup pasien.

1. Bagi STIKES Hang Tuah Surabaya

Hasil penelitian ini nantinya dapat menambah kepustakaan sebagai sarana memperkaya ilmu pengetahuan pembaca khususnya tentang tingkat depresi dan kualitas hidup pasien pasca stroke.

1. Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai rujukan atau data dasar bagi peneliti lain yang akan meneliti tentang tingkat depresi dan kualitas hidup pasien pasca stroke.

1. Bagi Responden

Hasil penelitian diharapkan dapat dejadikan sebagai informasi bagi pasien pasca stroke mengenai tingkat depresi dengan kualitas hidup.

**BAB 2**

**TINJAUAN PUSTAKA**

Bab ini membahas mengenai konsep, landasan teori dan berbagai aspek yang terkait dengan topik penelitian, meliputi: 1) Konsep Depresi, 2) Konsep Stroke, 3) Konsep Kualitas Hidup, 4) Teori Model Konsep Keperawatan. Lazarus dan Folkman.

* 1. **Konsep Depresi**
     1. **Defisini Depresi**

Depresi merupakan kondisi emosional yang biasanya ditandai dengan kesedihan yang amat sangat, perasaan tidak berarti dan bersalah, menarik diri dari orang lain, tidak dapat tidur, kehilangan selera makan, hasrat seksual, dan minat serta kesenangan dalam aktivitas yang biasa dilakukan. Sebagaimana sebagian besar dari kita kadang-kadang mengalami kecemasan. Depresi sering kali berhubungan dengan berbagai masalah psikologis lain, seperti serangan panik, penyalahgunaan zat, disfungsi seksual, dan gangguan kepribadian (Davison dkk, 2010).

Memusatkan kepribadian menjadi hal yang sangat melelahkan bagi orang-orang yang mengalami depresi. Mereka tidak dapat dengan mudah memahami apa yang mereka baca dan apa yang dikatakan orang pada mereka. Setiap momen menjadi sangat berat dan kepala mereka terus dipenuhi dengan pikiran menyalahkan diri sendiri. Orang-orang yang depresi dapat mengabaikan kebersihan dan penampilan diri serta mengeluhkan berbagai simtom-somatik tanpa gangguan fisik yang jelas (Davidson, dkk, 2010).

* + 1. **Etiologi Depresi**

Kaplan menyatakan bahwa faktor penyebab depresi dapat secara buatan dibagi menjadi faktor biologi, faktor genetik, dan faktor psikososial.

1. Faktor biologi.

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa terdapat kelainan pada amin biogenik, seperti: 5 HIAA (5-*Hidroksi indol asetic acid*), HVA (*Homovanilic acid*), MPGH (5 *methoxy*-0- *hydroksi phenil glikol*), di dalam darah, urin dan cairan *serebrospinal* pada pasien gangguan *mood*. *Neurotransmiter* yang terkait dengan patologi depresi adalah *serotonin* dan *epineprin*. Penurunan *serotonin* dapat mencetuskan depresi, dan pada pasien bunuh diri, beberapa pasien memiliki *serotonin* yang rendah. Pada terapi despiran mendukung teori bahwa *norepineprin* berperan dalam patofisiologi depresi (Kaplan, 2010). Selain itu aktivitas *dopamin* pada depresi adalah menurun. Hal tersebut tampak pada pengobatan yang menurunkan konsentrasi *dopamin* seperti *Respirin*, dan penyakit dimana konsentrasi *dopamin* menurun seperti *parkinson*, adalah disertai gejala depresi. Obat yang meningkatkan konsentrasi *dopamin*, seperti *tyrosin, amphetamine*, dan *bupropion*, menurunkan gejala depresi (Kaplan, 2010). *Hipersekresi* CRH (*Corticotropin Releasing Hormon*) merupakan gangguan aksis HPA (*Hipotalamus-pituitary-adrenal*) yang sangat fundamental pada pasien depresi. *Hipersekresi* yang terjadi diduga akibat adanya defek pada sistem umpan balik *kortisol* di sistem *limpik* atau adanya kelainan pada sistem *monoaminogenik* dan *neuromodulator* yang mengatur CRH (Kaplan, 2010).

1. Faktor Psikososial

Menurut Freud dalam teori psikodinamikanya, penyebab depresi adalah kehilangan objek yang dicintai (Kaplan, 2010). Ada sejumlah faktor psikososial yang diprediksi sebagai penyebab gangguan mental pada lanjut usia yang pada umumnya berhubungan dengan kehilangan. Faktor psikososial tersebut adalah hilangnya peranan sosial, hilangnya otonomi, kematian teman atau sanak saudara, penurunan kesehatan, peningkatan isolasi diri, keterbatasan finansial, dan penurunan fungsi kognitif (Kaplan, 2010). Faktor psikososial yang mempengaruhi depresi meliputi: peristiwa kehidupan dan *stressor* lingkungan, kepribadian, psikodinamika, kegagalan yang berulang, teori kognitif dan dukungan sosial (Kaplan, 2010). Peristiwa kehidupan dan *stressor* lingkungan. Peristiwa kehidupan yang menyebabkan stres, lebih sering mendahului episode pertama gangguan *mood* dari episode selanjutnya. Para klinisi mempercayai bahwa peristiwa kehidupan memegang peranan utama dalam depresi, klinisi lain menyatakan bahwa peristiwa kehidupan hanya memiliki peranan terbatas dalam onset depresi. *Stressor* lingkungan yang paling berhubungan dengan onset suatu episode depresi adalah kehilangan pasangan (Kaplan, 2010). Faktor kepribadian. Beberapa ciri kepribadian tertentu yang terdapat pada individu, seperti kepribadian dependen, *anankastik*, *histrionik*, diduga mempunyai resiko tinggi untuk terjadinya depresi. Sedangkan kepribadian antisosial dan paranoid (kepribadian yang memakai proyeksi sebagai mekanisme defensif) mempunyai resiko yang rendah (Kaplan, 2010).

1. Faktor Psikodinamika

Berdasarkan teori psikodinamika Freud, dinyatakan bahwa kehilangan objek yang dicintai dapat menimbulkan depresi (Kaplan, 2010). Dalam upaya untuk mengerti depresi, Sigmud Freud sebagaimana dikutip Kaplan (2010) mendalilkan suatu hubungan antara kehilangan objek dan melankolia. Ia menyatakan bahwa kekerasan yang dilakukan pasien depresi diarahkan secara internal karena identifikasi dengan objek yang hilang. Freud percaya bahwa introjeksi mungkin merupakan cara satu-satunya bagi ego untuk melepaskan suatu objek, ia membedakan melankolia atau depresi dari duka cita atas dasar bahwa pasien terdepresi merasakan penurunan harga diri yang melanda dalam hubungan dengan perasaan bersalah dan mencela diri sendiri, sedangkan orang yang berkabung tidak demikian. Kegagalan yang berulang. Dalam percobaan binatang yang dipapari kejutan listrik yang tidak bisa dihindari, secara berulang-ulang, binatang akhirnya menyerah tidak melakukan usaha lagi untuk menghindari. Disini terjadi proses belajar bahwa mereka tidak berdaya. Pada manusia yang menderita depresi juga ditemukan ketidakberdayaan yang mirip (Kaplan, 2010).

1. Faktor Kognitif

Adanya interpretasi yang keliru terhadap sesuatu, menyebabkan distorsi pikiran menjadi negatif tentang pengalaman hidup, penilaian diri yang negatif, pesimisme dan keputusasaan. Pandangan yang negatif tersebut menyebabkan perasaan depresi (Kaplan, 2010).

Adapun pendapat tentang faktor resiko dan penyebab depresi menurut Tirto Jiwo (2012) adalah:

* + - 1. Kesepian atau keterasingan (*loneliness*)
      2. Pengalaman hidup yang menekan (*stressful*) akhir-akhir ini
      3. Kurangnya dukungan social
      4. Riwayat penyakit depresi pada keluarga
      5. Perbedaan biologis (*neurotransmitter* atau *hormonal*)
      6. Adanya masalah keluarga atau masalah perkawinan
      7. Masalah keuangan
      8. Adanya trauma atau pelecehan pada masa kanak-kanak
      9. Menganggur atau tidak punya pekerjaan
      10. Penyalahgunaan obat atau narkotika
      11. Pola piker yang negatif.

Menurut teori *stress-vulnerability* model, ada beberapa resiko atau faktor penyebab depresi yaitu:

Genetika da riwayat keluarga: riwayat pada keluarga dengan penyakit depresi bukan berarti anak atau saudara akan menderita depresi. Penelitian menunjukkan bahwa pada orang-orang dengan riwayat keluarga penderita depresi maka kemungkinannya terkena depresi akan sedikit lebih besar dibandingkan masyarakat pada umumnya.

Kerentanan psikologis (*psychological vulnerability*) : kepribadian dan cara seseorang menghadapi masalah hidup kemungkinan juga berperan dalam mendorong munculnya depresi.

Lingkungan yang menekan (*stressful*) dan kejadian dalam hidup (*live events*) : berbagai penelitian menunjukkan bahwa pelecehan diwaktu kecil, perceraian atau ditinggal mati orang tua, kejadian pada orang dewasa diberhentikan- PHK, pension, ditinggal mati suami/ istri, masalah keuangan keluarga yang serius, bisa memicu timbulnya depresi. Menderita penyakit berat yang lama dan hidup menderita dalam jangka lama juga sering menjadi faktor penyebab depresi.

Faktor biologi: depresi kadang muncul setelah melahirkan atau terkena infeksi virus atau infeksi lainnya. Hal ini menunjukkan adanya faktor biologis dalam masalah depresi (Jiwo, 2012).

* + 1. **Gejala-gejala Depresi**

1. Gejala Fisik

Menurut beberapa ahli, gejala depresi yang kelihatan ini mempunyai rentangan dan variasi yang luas sesuai dengan berat ringannya depresi yang dialami. Namun secara garis besar ada beberapa gejala fisik umum yang relatif mudah dideteksi (Lumongga, 2009). Adapun gejalanya adalah:

1. Gangguan pola tidur. Misalnya sulit tidur, terlalu banyak atau terlalu sedikit tidur.
2. Menurun tingkat aktivitas. Pada umumnya orang dengan depresi menunjukkan perilaku yang pasif, menyukai kegiatan yang tidak melibatkan orang lain.
3. Menurunnya efisiensi kerja. Penyebab jelas, orang yang terkena depresi akan sulit memfokuskan perhatian atau pikiran pada suatu hal, atau pekerjaan.
4. Menurunnya produktivitas kerja. Orang dengan depresi akan kehilangan sebagian atau seluruh motivasi kerjanya. Sebabnya, ia tidak lagi bisa menikmati dan merasakan kepuasan atas apa yang dilakukannya. Ia sudah kehilangan minat dan motivasi untuk melakukan kegiatannya seperti semula.
5. Mudah merasa letih dan sakit. Jelas saja, depresi merupakan perasaan negatif. Jika seseorang menyimpan perasaan negatif, maka jelas akan membuat letih karena membebani pikiran dan perasaannya.
6. Gejala Psikis
7. Kehilangan rasa percaya diri. Penyebabnya, orang yang dengan depresi cenderung memandang segala sesuatu dari sisi negatif, termasuk menilai diri sendiri.
8. Sensitif. Orang dengan depresi suka mengaitkan sesuatu dengan dirinya. Perasaannya sensitif sekali, sehingga sering peristiwa yang terjadi dipandang berbeda oleh mereka dan bahkan salah diartikan. Akibatnya mudah tersinggung, mudah marah, perasa, curiga akan maksud orang lain, mudah sedih, murung dan lebih suka menyendiri.
9. Merasa diri tidak berguna. Perasaan tidak berguna ini muncul karena mereka merasa menjadi orang yang gagal terutama di bidang atau lingkungan yang seharusnya mereka kuasai.
10. Perasaan bersalah. Perasaan bersalah terkadang timbul dalam pemikiran orang dengan depresi. Mereka memandang suatu kejadian yang menimpa dirinya sebagai suatu hukuman atau akibat dari kegagalan mereka menjalankan tangguang jawab yang dilaksanakan.
11. Perasaan terbebani. Banyak orang yang menyalahkan orang lain atas kesusahan yang dialaminya. Mereka merasa terbeban berat karena merasa terlalu dibebani tanggung jawab yang berat.
12. Gejala Sosial

Masalah depresi yang berawal dari sendiri pada akhirnya mempengaruhi lingkungannya. Orang dengan depresi merasa tidak mampu bersikap terbuka dan secara aktif menjalin hubungan dengan lingkungan sekalipun ada kesempatan.

Menurut Tirto Jiwo (2012) gejala depresi antara lain adalah:

* + - 1. Merasa sedih atau tidak bahagia.
      2. Hal-hal kecil sudah membuat dirinya frustasi atau sangat mengganggu.
      3. Kehilangan minat atau kesenangan terhadap kegiatan sehari-hari yang dahulu disukainya.
      4. Tidak bisa tidur atau kebanyakan tidur
      5. Kehilangan dorongan seksual
      6. Perubahan nafsu makan, bisa berupa kehilangan nafsu makan dan menjadi kurus atau bisa menjadi bertambah nafsu makan dan mengalami kegemukan
      7. Tidak tenang, sulit duduk diam ditempat
      8. Mudah meledak marah atau sangat mudah tersinggung.
      9. Berpikir pelan, berbicara pelan dan lemah, begitu pula ketika bergerak atau menggerakkan bagian tubuhnya.
      10. Sulit mengambil keputusan, kurang konsentrasi, gampang terganggu konsentrasinya, sulit mengingat.
      11. Selalu merasa capai, lemah dan kehilangan tenaga, bahkan sebuah kegiatan kecil terasa sangat berat dan menghabiskan banyak tenaga.
      12. Merasa tidak berharga, merasa bersalah dan selalu memikirkan kegagalan atau kesalahan masa lalu.
      13. Sering berpikir tentang kematian atau bunuh diri
      14. Tiba-tiba menangis tanpa sebab yang jelas
      15. Gangguan fisik yang tidak jelas penyebabnya.
    1. **Teori Psikologi dan Biologi Tentang Depresi**
       1. Teori Kognitif Tentang Depresi

Teori kontemporer terpenting yang menganggap proses-proses berpikir sebagai faktor penyebab depresi adalah teori Aaron Beck (dalam Davison dkk, 2010). Pemikiran sentralnya adalah bahwa orang-orang yang depresi memiliki perasaan seperti demikian karena pemikiran mereka menyimpang dalam bentuk interpretasi negatif. 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. 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 dimasa awal. Anak-anak dapat menemukan bahwa tiada satupun yang mereka lakukan yang yang cukup baik sehingga dapat menyenangkan orang tua atau guru-guru mereka. Sebagai hasilnya, mereka akan menganggap diri mereka sebagai orang yang pada dasarnya tidak kompeten dan memandang suram masa depan mereka. Keyakinan-keyakinan ini dapat akan membuat mereka menjadi lebih sensitif di kehidupan selanjutnya sehingga menginterpretasikan kegagalan atau kekecewaan apapun sebagai refleksi dari sesuatu yang pada dasarnya salah mengenai diri mereka sendiri. Kekecewaan kecil dan kegagalan pribadi menjadi “dibesar-besarkan melampaui proporsinya.” Bahkan suatu kekecewaan kecil dapat menjadi hempasan yang merusak atau kekalahan total, yang dapat menyebabkan depresi (Nevid, dkk. 2018).

Kecenderungan untuk membesar-besarkan pentingnya kegagalan kecil adalah suatu 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. Adapun segitiga kognitif dari depresi menurut Beck adalah sebagai berikut:

* + - 1. Pandangan negatif tentang diri sendiri, yaitu memandang diri sendiri sebagai individu yang tidak berharga, penuh kekurangan, tidak dapat dicintai, dan kurang memiliki ketrampilan untuk mencapai kebahagiaan.
      2. Pandangan negatif tentang lingkungan, yaitu memandang lingkungan sebagai memaksakan tuntutan yang berlebihan atau memberikan hambatan yang tidak mungkin diatasi, yang terus menerus menyebabkan kegagalan dan kehilangan.
      3. Pandangan negatif tentang masa depan, yaitu 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.
      4. Teori Psikoanalisa Tentang Depresi

Menurut Freud, potensi depresi muncul pada awal masa kanak-kanak. Pada fase oral anak mungkin kurang atau terlalu terpenuhi kebutuhannya, sehingga ia terfiksasi pada fase ini mengakibatkan individu dependen, *low self esteem*. Hipotesanya adalah, setelah kehilangan orang yang dicintai, ia mengidentifikasi diri dengan orang tersebut seolah untuk mencegah kehilangan. Lama-lama ia malah marah pada dirinya sendiri, merasa bersalah. Teori ini merupakan dasar pandangan psikodinamika yang diterima secara luas menganggap depresi sebagai kemarahan yang terpendam yang balik menyerang diri sendiri (Davison dkk, 2010)

* + - 1. Teori *Behavioral* Tentang Depresi

Teori belajar berasumsi bahwa depresi dihasilkan dari ketidakseimbangan antara *output* perilaku dan *input reinforcement* yang berasal dari lingkungan (Nevid dkk, 2018). Kurangnya penguat untuk usaha seseorang dapat menurunkan motivasi dan menyebabkan perasaan depresi.

1. Teori *Humanistik-Eksistansial* Tentang Depresi

Teori eksistensial memfokuskan kehilangan harga diri sebagai penyebab depresi utama. Kehilangan harga diri dapat nyata atau simbolik, misal kehilangan kekuasaan, status sosial atau uang. Teori humanistik menekankan perbedaan *self* seseorang dengan keadaan yang nyata sebagai sumber depresi dan kecemasan. Menurut pandangan ini depresi terjadi jika perbedaan antara ideal *self* dan kenyataan terlalu besar (Nevid dkk, 2018)

1. Teori Biologi

Berdasarkan teori biologi ada dua penyebab yang mempengaruhi depresi, yaitu *genetic* dan perubahan pada *neurokimia* (Davison dkk, 2010). Adapun faktor *neurokimia* adalah sebagai berikut: Faktor *neurotransmitter*: Dari *biogenik amin, norepinefrin* dan *serotonin* merupakan dua *neurotransmitter* yang paling berperan dalam patofisiologi gangguan suasana hati. a) *Norepinefrin*: hubungan yang dinyatakan oleh penelitian ilmiah dasar antara turunnya regulasi *reseptor b-adrenergik* dan respon *antidepresan* secara klinis memungkinkan indikasi peran sistem *noradrenergik* dalam depresi. Bukti-bukti lainnya yang juga melibatkan *presinaptik reseptor adrenergik* dalam depresi, sejak reseptor reseptor tersebut diaktifkan mengakibatkan penurunan jumlah *norepinefri*n yang dilepaskan. *Presipnatik* *reseptor adrenergic* juga berlokasi di *neuron serotonergik* dan mengatur jumlah *serotin* yang dilepaskan, b) *Serotonin*: dengan diketahui banyaknya efek spesifik *serotin re uptake inhibator (SSRI),* contoh; *fluoxetin* dalam pengobatan depresi, menjadikan *serotonin neurotransmitter biogenik amin* yang paling sering dihubungkan dengan depresi, c) *Dopamine*: walaupun *norepinefrin* dan *serotonin* adalah *biogenik amin,* *dopamine* juga sering berhubungan dengan patofisiologi depresi, d) Faktor *neurokimia* lainnya: GABA dan *neuroaktif* peptida (terutama *vasopressin* dan *opiate endogen*) telah dilibatkan dalam patofisiologi 🡪gangguan 🡪 suasana hati 🡪 Faktor 🡪 *neuroendokrin*: *Hypothalamus* adalah pusat regulasi *neuroendokrin* dan menerima rangsangan *neuronal* yang menggunakan *neurotransmitter biogenicamin*. Bermacam-macam *disregulasi endokrin* dijumpai pada pasien gangguan suasana hati. Faktor *Neuroanatomi*: Beberapa peneliti menyatakan hipotesisnya, bahwa gangguan suasana hati melibatkan patologik dan sistem limbik, *ganglia basalis* dan *hypothalamus*.

Penyebab yang kedua yaitu *genetic*. Data genetik menyatakan bahwa faktor yang signifikan dalam perkembangan gangguan perubahan suasana hati, yaitu pada penelitian anak kembar tentang depresi, pada kembar *monozigot* sebesar 50 persen sedangkan pada kembar *dizigot* 10 – 15 persen. Meskipun terdapat beberapa pendekatan tentang depresi, namun yang digunakan dalam penelitian ini adalah kajian depresi dengan pendekatan kognitif dari Aaron Beck, yang menyatakan bahwa depresi disebabkan oleh adanya *distorsi* kognitif atau pemikiran yang irasional

* + 1. **Diagnosa dan *Screening* Depresi**

Diagnosa dan derajat depresi menurut PPDGJ III (Maslim, 2013) adalah sebagai berikut:

1. Selama paling sedikit dua minggu dan hampir tiap hari mengalami suasana perasaan (suasana hati) yang depresif, kehilangan minat, kegembiraan, dan berkurangnya energi yang menuju peningkatan keadaan mudah lelah dan menurunnya aktivitas.
2. Keadaan tersebut paling sedikit dua minggu dan hampir tiap hari dialami, disertai berkurangnya konsentrasi dan perhatian, tidak berguna, pandangan masa depan suram dan pesimistik, gagasan membahayakan diri, tidur terganggu, penurunan nafsu makan. Periode berikutnya gejala lebih pendek dari dua minggu dapat dibenarkan jika gejala tersebut luar biasa beratnya dan berlangsung cepat.
3. Gejala-gejala tersebut diatas menyebabkan hambatan psikososial seperti cacat psikososial.

Derajat beratnya depresi ditentukan sebagai berikut:

1. Depresi ringan: harus ada dua gejala dari kelompok (1) dan disertai minimal dua gejala dari kelompok (2), hambatan psikososial ringan dari kelompok (3), dan sedikit kesulitan dalam melanjutkan pekerjaan, hubungan sosial kegiatan harian).
2. Depresi sedang: harus ada dua gejala dari kelompok (1), disertai minimal tiga gejala dari kelompok (2), hambatan psikososial sedang dari kelompok (3) dan sedikit kesulitan dalam melanjutkan pekerjaan , hubungan sosial kegiatan harian.
3. Depresi Berat harus ada tiga gejala dari kelompok (1), disertai minimal empat gejala lainnya dan beberapa diantaranya harus berintensitas berat, sangat tidak mungkin mampu meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan atau urusan rumah tangga, kecuali pada taraf sangat terbatas.

Adapun alat yang digunakan untuk mengukur (*screening*) depresi adalah BDI (*Beck Depression Inventory*). BDI merupakan skala depresi yang disusun oleh Aaron T Beck pada tahun 1960-an. Skala ini didasarkan pada teori kognitif dan depresi dari Beck. BDI tidak hanya menangkap perubahan dalam suasana hati, tetapi juga perubahan dalam motivasi, fungsi fisik, dan fitur kognitif dari penderita depresi. Beck mulai memperhatikan karakteristik "*distorsi kognitif*" yang terjadi pada depresi. Dalam pengamatan Beck, depresi atau perubahan suasana hati disebabkan oleh adanya gangguan berfikir. Skala BDI merupakan skala pengukuran interval yang mengevaluasi 21 gejala depresi, 15 diantaranya menggambarkan emosi, 4 perubahan sikap, 6 gejala somatik. Setiap gejala dirangking dalam skala intensitas 4 poin dan nilainya ditambahkan untuk memberi total nilai dari 0 – 63, nilai yang lebih tinggi mewakili depresi yang lebih berat. Pertanyaan dalam skala tersebut diisi sendiri oleh responden.

* + 1. **Strategi *Coping***

Kata *coping* sendiri berasal dari kata *cope* yang dapat diartikan sebagai menghadapi, melawan, ataupun mengatasi. *Coping* adalah bagaimana orang berupaya mengatasi masalah atau menangani emosi yang umumnya negatif yang ditimbulkannnya (Davison dkk, 2010). Pengertian *coping* hampir sama dengan *adjusment* (penyesuaian). Bedanya, *adjusment* mengandung pengertian yang lebih luas jika dibandingkan dengan *coping*, yaitu semua reaksi terhadap tuntutan, baik yang berasal dari lingkungan maupun dari dalam diri seseorang. Sedangkan *coping* dikhususkan pada bagaimana seseorang mengatasi tuntutan yang menekan (Lazarus, 2012).

Baron & Byrne (2012) mengemukakan bahwa *coping* adalah respon terhadap stres, yaitu apa yang dilakukan oleh individu yang dirasakan dan dipikirkannya untuk mengontrol dan mengurangi efek negatif dari situasi yang dihadapi. Namun pada umumnya, para ahli mendefinisikan istilah *coping* dengan mengacu pada konsep Lazarus. Menurut Lazarus & Folkman (2012), *coping* merupakan usaha-usaha yang meliputi tindakan dan usaha-usaha intrafisik untuk mengatur tuntutan-tuntutan lingkungan maupun internal serta konflik-konflik yang dinilai dapat membebani atau melampaui potensi yang dimiliki oleh individu. Proses pengaturan tersebut meliputi usaha untuk menguasai, mengurangi, mentoleransi, dan meminimalkan tuntutan yang dihadapi oleh individu.

Berdasarkan uraian yang dikemukakan oleh para ahli di atas, maka dapat disimpulkan bahwa *coping* adalah usaha-usaha yang dilakukan oleh individu dalam menghadapi tuntutan, baik yang bersifat internal maupun eksternal yang membebani atau melampaui kemampuan yang dimiliki oleh individu. Usaha-usaha tersebut meliputi bagaimana menguasai, mengurangi, mentoleransi, dan meminimalkan tuntutan yang ada.

Taylor (2009) mengungkapkan bahwa *coping* berfungsi untuk mempertahankan keseimbangan emosi, mempertahankan *self image* yang positif, mengurangi tekanan lingkungan atau menyesuaikan diri terhadap kejadian yang negatif, dan tetap menjaga interaksi dengan orang lain. Sementara itu, Pearlin dan Schoaler mengemukakan bahwa fungsi *coping* meliputi usaha untuk:

1. Menghilangkan atau mengubah situasi yang menyebabkan masalah.
2. Mengendalikan makna dari situasi yang dialami, sehingga situasi tersebut menjadi kurang bermasalah.
3. Menerima konsekuensi emosional dalam batas yang dapat diatur.
4. Strategi *Coping*

Strategi *coping* didefinisikan sebagai suatu proses tertentu yang disertai dengan suatu usaha dalam rangka merubah domain kognitif atau perilaku secara konstan untuk mengatur dan mengendalikan tuntutan dan tekanan eksternal maupun internal yang diprediksi akan dapat membebani dan melampaui kemampuan dan ketahanan individu yang bersangkutan (Lazarus dan Folkman, 2012).

Dari beberapa teori yang menjelaskan mengenai *coping*, salah satu teori yang paling popular mengenai strategi *coping* adalah teori yang dikemukakan oleh Lazarus dan Folkman. Menurut Lazarus dan Folkman (2012) secara umum terdapat dua strategi *coping* yaitu *coping problem- focused coping* dan *emotional focused coping.*

1. *Problem-focused coping*

Merupakan salah satu bentuk *coping* yang lebih berorientasi pada pemecahan masalah (*problem solving*), meliputi usaha-udsaha untuk mengatur atau merubah kondisi objketif yang merupkan hambatan dalam penyesuian diri atau melakukan sesuatu untuk merubah hambatan tersebut. *Problem focused coping* merupakan strategi yang bersifat eksternal. Dalam *problem focused coping* orientasi utamanya adalah mencari dan menghadapi pokok permasalahan dengan cara mempelajari strategi atau keterampilan- keterampilan baru dalam rangka mengurangi stressor yang dihadapi atau dirasakan.

1. *Emotional focused coping.*

Merupakan usaha-usaha untuk mengurangi atau mengatur emosi dengan cara menghindari untuk berhadapan langsung dengan *stressor*. *Emotional focused coping* merupakan strategi yang bersifat internal. Dalam *emotional focused coping*, *terdapat* kecenderungan untuk lebih memfokuskan diri dan melepaskan emosi yang berfokus pada kekecewaan ataupun distres yang dialami dalam rangka untuk melepaskan emosi atau perasaan tersebut. Carver, dkk (2010) menambahkan bahwa respon lain yang diyakini sebagai bagian dari EFC adalah ketidaksesuaian perilaku (*behavioral disengagement*). *Behavioral disengagement* merupakan upaya seseorang untuk mengurangi stressor dengan cara menyerah pada situasi. *Behavioral disengagement* seringkali didistilahkan sebagai ketidakberdayaan (*helplessness*). Ketidakberdayaan ini akan diikuti oleh ketidaksesuaian mental (*mental disengagement)*, individu dalam hal ini biasanya melakukan aktivitas yang tidak ada hubungannya dengan permasalahan yang sedang dihadapi, misalnya tidur seharian, menonton TV setiap saat dan lain sebagainya.

Carver & Smith. (2010) menambahkan bahwa bentuk strategi *coping* ada dua yaitu *adaptive coping* dan *maladaptive coping*. *Coping* juga diklasifikasikan menjadi *adaptive coping* dan *maladaptive coping*. *Adaptive coping* adalah *coping* efektif dalam mengatsi situasi yang membuat individu tertekan, sebaliknya *maladaptive coping* adalah *coping* tidak efektif. Adapun dimensi *adaptive coping* adalah *coping* aktif, penggunaan pertolongan, penyusunan positif, pengalihan diri, perencanaan, penerimaan, *coping* agama, dan humor. Sedangkan *maladaptive coping* terdiri dari penolakan, penggunaan zat, penggunaan dukungan emosional, ketidakberdayaan, pelepasan dan menyalahkan diri sendiri (Carver & Smith, 2010).

Strategi *coping* dapat juga diiukur dengan skala *cope* atau *cope inventory* (Davison dkk, 2010). *Cope inventory* diterbitkan pada tahun 1989 oleh Charles S. Carver, Michel Scheier dan Jagdish Weintraub. Skala ini disusun untuk menilai respon *coping*. *Cope inventory* ini disusun berlandaskan teori tentang *coping* dari Lazarus dan Folkman. Skala ini terdiri dari beberapa indikator yang tergolong dalam *adaptive coping* dan *maladaptive coping*. Adapun indikatornya adalah sebagai berikut, pengalihan yaitu pengubahan sasaran ketakutan atau kecemasan kepada aktivitas yang lebih positif. *Coping* aktif dicirikan dengan pemecahan masalah. Penolakan yaitu menolak kenyataan atau mengingkari kenyataan yang terjadi. Penggunaan zat yaitu pengubahan sasaran kecemasan dengan menggunakan zat atau obat-obatan seperti alkohol dan obat-obatan terlarang. Penggunaan dukungan emosional yaitu mencari dukungan secara emosional seperti kenyamanan dan penerimaan dari orang lain. Mencari pertolongan yaitu meminta bantuan kepada orang lain dalam mengatasi situasi yang menekan. Ketidakberdayaan yaitu upaya inidividu untuk mengurangi situasi tertekan dengan cara menyerah pada situasi. Pelepasan yaitu pelampiasan emosi negatif. Penyusunan positif yaitu berpikir positif terhadap situasi yang membuat individu tertekan. Perencanaan yaitu mengatur strategi untuk mengatasi situasi yang menekan. Humor yaitu mengatasi situasi tertekan dengan menceritakan hal-hal yang lucu. Penerimaan yaitu menerima keadaan atau situasi yang membuat individu tertekan. *Coping* agama yaitu kecenderungan individu untuk melibatkan unsur-unsur agama dalam mengatasi situasi yang menekan. Menyalahkan diri sendiri adalah melampiaskan kesalahan kepada diri individu sendiri atas situasi yang membuat individu tertekan (Carver & Smith, 2010).

Dalam menetukan dan melakukan strategi *coping* untuk mengatasi dan menghadapi masalah, tiap-tiap individu memiliki cara yang berbeda- beda tergantung dari situasi dan kondisi yang dihadapi. Seberapa jauh tingkat keberhasilan yang didapat dari strategi *coping* yang dilakukan juga tergantung dari individu, situasi dan kondisinya masing- masing. Dari berbagai situasi dan kondisi tersebut para ahli mencoba menemukan benang merah yang dinyatakan sebagai faktor yang mempengaruhi *coping*. Taylor (2009) menyatakan faktor yang mempengaruhi *coping* yang dilakukan individu lebih berasal dari dukungan orang-orang di sekitar individu, seperti misalnya saudara, orang tua, suami atau istri, anak, teman atau menggunakan jasa tenaga professional seperti psikolog yang dapat membantu individu dalam melakukan *coping* yang tepat, dalam usaha menghadapi dan memecahkan masalah yang dihadapi.

Carver & Smith, (2010) mengatakan bahwa strategi *coping* juga dipengaruhi oleh kepribadian. Tipe A dengan ciri-ciri ambisius, kritis terhadap diri sendiri, tidak sabaran, melakukan pekerjaan yang berbeda dalam waktu yang sama, mudah marah dan agresif, akan cenderung menggunakan strategi *coping* yang berorientasi emosi (EFC). Sebaliknya seseorang dalam kepribadian Tipe B, dengan ciri-ciri suka rileks, tidak terburu-buru, tidak mudah terpancing untuk marah, berbicara dan bersikap dengan tenang, serta lebih suka untuk memperluas pengalaman hidup,cenderung menggunakan strategi *coping* yang berorientasi pada masalah (PFC).

Menurut Parker (Kertamuda dan Herdiansyah, 2009), ketika seseorang melakukan strategi *coping*, ada tiga faktor yang mempengaruhinya. Ketiga hal tersebut adalah: (1) karakteristik situsional; (2) faktor lingkungan fisik dan psikososial; (3) faktor personal atau perbedaan individu yang mempengaruhi menifestasi *coping* antara lain jenis kelamin, usia, tingkat pendidikan, status sosial ekonomi, peresepsi terhadap stimulus yang dihadapi dan tingkat perkembangan kognitif individu.

Berdasarkan bebarapa teori di atas, dapat disimpulkan mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi copingyang dilakukan indivdiu adalah adanya dukungan sosial disertai adanya lingkungan yang mendukung, baik faktor lingkungan fisik maupun psikososial, usia, tingkat pendidikan, status sosial ekonomi, perespsi terhadap stimulus yang dihadapi, tingkat perkembangan kognitif, kepribadian, kebudayaan, kesenangan, dan tingkat usia individu.

* 1. **Konsep Stroke**
     1. **Pengertian**

Stroke adalah sindrom yang terdiri dari tanda dan/atau gejala hilangnya fungsi sistem saraf pusat fokal (atau global) yang berkembang cepat (dalam detik atau menit). Gejala-gejala ini berlangsung lebih dari 24 jam atau menyebabkan kematian. Mekanisme *vascular* yang menyebabkan stroke dapat diklasifikasikan sebagai *emboli* atau *thrombosis* dan *hemoragik* (Lecture, 2008).

Corwin (2011) menyatakan bahwa *Cedera Vaskular Serebral* (CVS), yang sering disebut stroke atau serangan otak, adalah cedera otak yang berkaitan dengan obstruksi aliran darah otak. Individu yang terutama beresiko mengalami CVS adalah lansia dengan *hipertensi, diabetes, hiperkolesterolemia*, atau penyakit jantung. Pada CVS, hipoksia serebral yang menyebabkan cedera dan kematian sel *neuron* terjadi. Inflamasi, yang ditandai dengan pelepasan *sitokin proinflamasi*, produksi *radikal* bebas oksigen, dan pembengkakan serta *edema* ruang *interstisial*, terjadi pada kerusakan sel dan menyebabkan situasi yang memburuk. Demikian pula, *asidosis* terjadi akibat *hipoksia* dan mencederai otak lebih lanjut melalui aktivasi saluran *ion neuron* yang mendeteksi asam. Pada akhirnya, kerusakan otak terjadi setelah CVS, biasanya memuncak 24 sampai 72 jam setelah kematian sel *neuron*.

* + 1. **Etiologi Stroke**

Penyebab CVA (*Cerebro Vaskuler Accident*) dapat dibagi menjadi tiga, yaitu :

1. Trombosis serebri.

*Aterosklerosis* *serebral* dan perlambatan sirkulasi *serebral* atau penyebab utama *thrombosis serebral* adalah penyebab paling umum dari stroke. *Thrombosis* ditemukan pada 40% dari semua kasus stroke yang telah dibuktikan oleh ahli patologi. Biasanya pada kaitanya dengan kerusakan lokal dinding pembuluh darah akibat *aterosklerosis* (Smeltzer, 2008).

1. *Emboli selebri*

*Embolisme* selebri termasuk urutan kedua dari berbagi penyebab utama stroke. Penderita *embolisme* biasanya lebih muda dibandingkan dengan penderita *thrombosis*. Kebanyakan *emboli serebri* berasal dari suatu *thrombus* dalam jantung sehingga masalah yang dihadapi sesungguhnya merupakan perwujudan penyakit jantung (Price, 2013).

1. *Hemoragik*

*Hemoragik* dapat terjadi diluar *durameter* (*hemoragik ekstra dural* atau *epidural*) di bawah *durameter* (*hemoragik subdural*), diruang *sub arachnoid* (*hemoragik subarachnoid*) atau dalam *substansial* otak (*hemoragik intra serebral*) (Price, 2013).

* + 1. **Faktor Resiko**

1. Hipertensi

Merupakan faktor resiko utama. Hipertensi dapat disebabkan *aterosklerosis* pembuluh darah serebral, sehingga pembuluh darah tersebut mengalami penebalan dan degenerasi yang kemudian pecah atau menimbulkan perdarahan.

1. Penyakit kardiovaskuler

Misalnya *embolisme serebral* berasal dari jantung seperti penyakit *arteri koronia*, gagal jantung kongestif, MCI, *hipertrofi ventrikel* kiri. Pada *febrilasi atrium* menyebabkan penurunan CO, sehingga perfusi darah ke otak menurun, maka otak akan kekurangan oksigen yang akhirnya dapat terjadi stroke. Pada *aterosklerosis* elastisitas pembuluh darah menurun, sehingga *perfusi* ke otak menurun juga pada akhirnya terjadi stroke.

1. Diabetes militus

Pada penyakit DM akan mengalami penyakit vaskuler, sehingga terjadi mikrovaskulerisasi dan terjadi *aterosklerosis* elatisitas pembuluh darah menurun, sehingga perfusi ke otak menurun juga ada akhirnya terjadi stroke.

1. Merokok

Pada perokok akan timbul *plaque* pada pembuluh darah oleh *nikotin* sehingga memungkinkan penumpukan *aterosklerosis* dan kemudian berakibat pada stroke.

1. Alkoholik

Pada alkoholik dapat menyebabkan hipertensi, penurun aliran darah ke otak dan *kardiak aritmia* serta kelainan motilitas pembuluh darah sehingga terjadi *emboli serebral*.

1. Peningkatan kolesterol

Peningkatan kolesterol tubuh dapat menyebabkan *aterosklerosis* dan terbentuknya *emboli* lemak sehingga aliran darah lambat termasuk ke otak, maka perfusi otak menurun.

1. Obesitas

Pada obesitas kadar kolestrol tinggi. Terjadi gangguan pada pembuluh darah. Keadaan ini berkontribusi pada stroke.

1. *Aterosklerosis*

Pada arterosklerosi, elasititas pembuluh darah menurun, sehingga perfusi otak menurun juga sehingga menyebabkan stroke.

1. Kontrasepsi
2. Riwayat kesehatan adanya stroke

Adanya keturunan keluarga yang pernah menderita penyakit stroke.

1. Umur (insiden meningkat sejalan dengan neningkatnya umur)
2. Stress emosional
   * 1. **Klasifikasi Stroke**

Klasifikasi stroke menurut Corwin (2011) dan Muttaqin (2011) adalah:

1. Stroke *Iskemik*

Stroke *Iskemik* terjadi akibat adanya sumbatan arteri yang menuju ke otak, baik sumbatan itu terjadi di pembuluh arteri serebri (*thrombus*) maupun di pembuluh *arteri* yang menuju ke otak di area lain (*embolus*).

1. Stroke *Trombotik*

Stroke *trombotik* terjadi akibat adanya *oklusi arteri* di area otak, yang biasanya disebabkan oleh *aterosklerosis* berat. Seringkali stroke ini didahului oleh TIA (*Transient Ischemic Attack*/ Serangan Otak Sementara) sekali atau lebih sebelum stroke yang sebenarnya terjadi. TIA sendiri adalah gangguan fungsi otak yang singkat akibat *hipoksia serebral* dan terjadi kurang dari 24 jam.

1. Stroke *Embolik*

Stroke embolik terjadi akibat *oklusi arteri* oleh *embolus* dibagian tubuh selain otak. Hal ini biasanya bersumber dari jantung setelah *infark miokardium* atau *fibrilasi atrium*, dan *embolus* yang merusak *arteri karotis komunis* atau *aorta*

1. Stroke *Hemoragik*

Stroke ini terjadi akibat *lesi vascular intraserebrum* mengalami *rupture*, sehingga terjadi perdarahan di ruang *subarachnoid* atau langsung ke dalam jaringan otak. Rupturnya pembuluh darah ini menyebabkan *iskemia* dan *hipoksia* di jaringan otak. Hal ini disebabkan oleh *hipertensi*, pecahnya *aneurisma*, atau *malformasi* *arteriovenosa*. *Hemoragi* dalam otak secara signifikan meningkatkan tekanan *intracranial*, yang memperburuk cedera otak yang dihasilkannya. Biasanya terjadi ketika seseorang melakukan aktivitas atau saat aktif, namun bisa juga terjadi saat istirahat.

* + 1. **Dampak Stroke Pada Pasien**

Menurut *National Institute of Neurological Disorders and Stroke* dalam (Yani, 2010), dampak yang mungkin timbul pada pasien stroke adalah:

1. *Paralisis*

*Paralisis* dapat menyebabkan kesulitan dalam aktivitas sehari-hari seperti berjalan, berpakaian, makan, atau menggunakan kamar mandi. Biasanya terjadi unilateral (*hemiplegia*) dan paralisis terjadi kontralateral dari lesi di *hemisfer* otak. Beberapa pasien stroke juga mengalami kesulitan saat menelan (*disfagia*).

1. Defisit fungsi kognitif

Stroke dapat menimbulkan dampak pada penurunan fungsi kognitif seperti proses berfikir, pemusatan perhatian, proses pembelajaran, pembuatan keputusan, maupun daya ingat. Defisit fungsi kognitif yang parah dapat menimbulkan keadaan yang disebut *apraksia* dan *agnosia*.

1. Defisit bahasa

Stroke dapat menimbulkan dampak kesulitan dalam memahami (*afasia*) dan menyusu perkataan (*disartria*).

1. Defisit emosional

Pasien stroke dapat mengalami kesulitan dalam mengontrol emosi mereka. Depresi sering terjadi pada pasien stroke. Depresi pasca stroke dapat menghalangi pemulihan dan rehabilitasi stroke bahkan dapat mengarah pada percobaan bunuh diri.

1. Rasa sakit

Rasa sakit, sensasi aneh, dan rasa kebas pada pasien stroke mungkin disebabkan banyak faktor meliputi kerusakan region sensorik otak, sendi yang kaku, atau tungkai yang lumpuh. Rasa sakit tersebut merupakan campuran dari rasa panas, dingin, terbakar, perih, mati rasa, dan rasa tertusuk. Rasa sakit tersebut terasa lebih parah di ekstremitas dan semakin parah dengan perubahan gerak dan temperatur terutama dingin.

Sedangkan menurut Yayasan Stroke Indonesia (Yastroki, 2012), stroke menimbulkan dampak yang sangat besar dari segi ekonomi dan social karena biaya pengobatan dan perawatan sangat tinggi, disamping itu stroke juga menimbulkan dampak social akibat dari gejala sisa sehingga penderita tidak dapat bekerja kembali seperti sediakala dan sosialisasinya pun dapat terhambat.

* + 1. **Program Rehabilitasi Pasien dengan Stroke**

Menurut Hariandja (2013) terapi yang biasa dilakukan oleh penderita stroke antara lain adalah fisioterapi, terapi okupasi, dan terapi wicara. Hal ini bergantung pada kebutuhan dan gejala yang dimiliki oleh penderita stroke. Terapi tersebut dapat dilakukan satu per satu maupun dipadukan. Prinsip rehabilitasi menurut Purwanti dan Maliya (2008) adalah:

1. Rehabilitasi dimulai sedini mungkin, bahkan dapat dikatakan bahwa rehabilitasi segera dimulai sejak dokter melihat penderita untuk pertama kalinya.
2. Tidak ada seorang penderitapun yang boleh berbaring satu hari lebih lama dari waktu yang diperlukan, karena akan mengakibatkan komplikasi.
3. Rehabilitasi merupakan terapi multidisipliner terhadap seorang penderita dan rehabilitasi merupakan terapi terhadap seorang penderita seutuhnya.
4. Faktor yang paling penting dalam rehabilitasi adalah kontinuitas perawatan.
5. Perhatian untuk rehabilitasi lebih dikaitkan dengan sisa kemampuan fungsi neuromuskuler yang masih ada, atau dengan sisa kemampuan yang masih dapat diperbaiki dengan latihan.
6. Dalam pelaksanaan rehabilitasi termasuk pula upaya pencegahan serangan berulang.
7. Penderita stroke lebih merupakan subjek rehabilitasi dan bukannya sekadar objek.

Adapun tahap rehabilitasi menurut Purwanti dan Maliya (2008) adalah:

1. Rehabilitasi stadium akut

Sejak awal tim rehabilitasi medic sudah diikutkan, terutama untuk mobilisasi. Programnya dijalankan oleh tim, biasanya latihan aktif dimulai sesudah prosesnya stabil, 24-72 jam sesudah serangan, kecuali perdarahan. Sejak awal terapi wicara diikutsertakan untuk melatih otot- otot menelan yang biasanya terganggu pada stadium akut. Psikolog dan pekerja sosial medic untuk mengevaluasi status psikis dan membantu kesulitan keluarga.

1. Rehabilitasi stadium subakut

Pada stadium ini kesadaran membaik, penderita mulai menunjukkan tanda-tanda depresi, fungsi bahasa mulai dapat terperinci. Pada *post* stroke pola kelemahan ototnya menimbulkan hemiplegi posture. Kita berusaha mencegahnya dengan cara pengaturan posisi, stimulasi sesuai kondisi klien.

1. Rehabilitasi stadium kronik

Pada saat ini terapi kelompok telah ditekankan, dimana terapi ini biasanya sudah dapat dimulai pada akhir stadium subakut. Keluarga penderita lebih banyak dilibatkan, pekerja medik sosial, dan psikolog harus lebih aktif.

Menurut Purwanti dan Maliya (2008) program rehabilitasi segera dijalankan oleh tim, biasanya aktif dimulai sesudah prosesnya stabil, 24-72 jam sesudah serangan kecuali pada perdarahan. Tindakan mobilisasi pada perdarahan *subarachnoid* dimuali 2-3 minggu sesudah serangan. Latihan gerakan sendi anggota badan secara pasif 4 kali sehari untuk mencegah *kontraktur*. Adapun langkah-langkah mobilisasi dalam rehabilitasi menurut Purwanti dan Maliya (2008) ini meliputi:

1. Pelaksanaan mobilisasi dini posisi tidur
   * + - 1. Berbaring terlentang

Posisi kepala, leher, dan punggung harus lurus. Letakkan bantal dibawah lengan yang lumpuh secara hati-hati, sehingga bahu terangkat ke atas dengan lengan agak ditinggikan dan memutar ke arah luar, siku dan pergelangan tangan agak ditinggikan. Letakkan pula bantal dibawah paha yang lumpuh dengan posisi agak memutar kea rah dalam, lutut agak ditekuk

* + - * 1. Miring ke sisi yang sehat

Bahu yang lumpuh harus menghadap ke depan, lengan yang lumpuh memeluk bantal dengan siku di luruskan. Kaki yang lumpuh diletakkan di depan, di bawah paha dan tungkai diganjal bantal, lutut ditekuk

* + - * 1. Miring ke sisi yang lumpuh

Lengan yang lumpuh menghadap ke depan, pastikan bahwa bahu penderita tidak memutar secara berlebihan. Tungkai agak ditekuk, tungkai yang sehat menyilang di atas tungkai yang lumpuh dengan diganjal bantal.

1. Latihan gerak sendi
2. Anggota Gerak Atas
   * 1. *Fleksi* dan *ekstensi*

Dukung lengan dengan pergelangan tangan dan siku, angkat lengan lurus melewati kepala klien, istirahatkan lengan terlentang diatas kepala di tempat tidur.

* + 1. *Abduksi* dan *adduksi*

Dukung lengan di pergelangan denga telapak tangan dan siku dari tubuhnya klien, geser lengan menjauh menyamping dari badan, biarkan lengan berputas dan berbalik sehingga mencapai sudut 90odari bahu.

* + 1. Siku *fleksi* dan *ekstensi*

Dukung siku dan pergelangan tangan, tekuk lengan klien sehingga lengan menyentuh ke bahu, luruskan lengan ke depan.

* + 1. Pergelangan tangan

Dukung pergelangan tangan dan tangan klien dan jari-jari dengan jari yang lain, tekuk pergelangan tangan ke depan dan menggenggam, tekuk pergelangan tangan ke belakang dan tegakkan jari-jari, gerakkan pergelangan tangan ke lateral.

* + 1. Jari *fleksi* dan *ekstensi*

Dukung tangan klien dengan memegang telakan tangan, tekuk semua jari sekali, luruskan semua jari sekali.

1. Anggota Gerak Bawah
2. Pinggul *fleksi*

Dukung dari bawah lutut dan tumit klien, angkat lutut mengarah ke dada, tekuk pinggul sedapat mungkin, biarkan lutut menekuk sedikit atau dengan toleransi klien.

1. Pinggul *fleksi* (kekuatan)

Dukung dari bawah lutut dan tumit klien, mengangkat kaki klien diluruskan setinggi mungkin, pegang sampai hitungan kelima.

1. Lutut *fleksi* dan *ekstensi*

Dukung kaki bila perlu tumit dan belakang lutut, tekuk stinggi 90o dan luruskan kembali.

1. Jari kaki *fleksi* dan *ekstensi*

Dukung telapak kaki klien, tekuk semua jari menurun dan dorong semua jari ke belakang.

1. Tumit *inversi* dan *eversi*

Dukung kaki klien di tempat tidur dengan satu tangan dan pegang telapak kaki dengan tangan yang lain, putar telapak kaki keluar, putar telapak kai ke dalam.

1. Latihan duduk

Latihan di mulai dengan meninggikan letak kepala secara bertahap untuk kemudian dicai posisi setengah duduk dan pada akhirnya posisi duduk. Latihan duduk secara aktif sering kali memerlukan alat bantu, misalnya *trapeze* untuk pegangan penderita.

* 1. **Konsep Kualitas Hidup**
     1. **Pengertian**

Kualitas hidup adalah ukuran konseptual atau operasional yang sering digunakan dalam situasi penyakit kronik sebagai cara untuk menilai dampak terapi pada pasien. Pengukuran konseptual mencakup kesejahteraan, kualitas kelangsungan hidup, kemampuan seseorang untuk secara mandiri melakukan kegiatan sehari-hari (Brooker, 2009).

Kualitas hidup dapat menjadi istilah yang umum untuk menyatakan status kesehatan, meskipun istilah ini juga memiliki makna khusus yang memungkinkan penentuan ranking penduduk menurut aspek objektif maupun subjektif pada status kesehatan mereka. Kualitas hidup yang berkaitan dengan kesehatan (HRQOL, *health-related quality of life*) mencakup keterbatasan fungsional yang bersifat fisik maupun mental, dan ekspresi positif kesejahteraan fisik, mental, serta spiritual. HRQOL dapat digunakan sebagai sebuah ukuran integratif yang menyatukan mortalitas dan morbiditas, serta merupakan indeks berbagai unsur yang meliputi kematian, morbiditas, keterbatasan fungsional, serta keadaan sehat sejahtera (Gybney dkk, 2009).

* + 1. **Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke**

Wyller dkk. (1998) melaporkan penelitiannya bahwa pasien stroke mempunyai kualitas hidup terkait kesehatan yang lebih rendah jika dibandingkan dengan kelompok kontrol (Yani, 2010). Astrom M dan Asplund K, (2005) dalam Yani (2010) juga menyatakan bahwa stroke mengakibatkan terjadinya ketidakmampuan fisik, emosi, dan kehidupan sosial. Hal tersebut memberikan pengaruh besar terhadap kualitas hidup terkait kesehatan pada pasien stroke.

* + 1. **Faktor-faktor yang mempengaruhi Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke**

Dalam penelitian Hafdia, A., et al, (2018) menyatakan bahwa faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup pasien pasca stroke adalah umur, kecacatan, kecemasan, dan dukungan keluarga. Sedangkan faktor yang tidak berhubungan adalah jenis kelamin, kormobiditas dan gangguan tidur. Dan dari hasil uji regresi logistik yang paling berhubungan dengan kualitas hidup pasien pasca stroke adalah umur.

* + - 1. Umur

Penyakitt stroke lebih banyak ditemukan pada lansia dengan rerata usia > 55 tahun karena secara fisiologis terjadi perubahan fisik yang berhubungan dengan umur meliputi perubahan pembuluh darah secara umum termasuk pembuluh darah otak yang menjadi kurang elastik dan adanya penumpukan plak pada percabangan pembuluh darah otak yang berlangsung bertahun-tahun. Adanya plak yang terjadi pada pembuluh darah otak akan mengganggu sirkulasi darah ke otak sehingga otak akan mengalami gangguan metabolisme, jika terjadi terus menerus akan terjadi iskemia dan akhirnya infark serebral (Bariroh, et al., 2016). Dan pada hasil penelitian hafdia, 2018. Menunjukkan bahwa pasien pasca stroke dengan kualitas hidup buruk lebih banyak pada umur beresiko yaitu ≥ 55 tahun dibandingkan dengan umur tidak beresiko. Demikian pula dengan pasien pasca stroke dengan kualitas hidup baik lebih banyak pada umur dengan resiko rendah.

* + - 1. Kecacatan

Stroke merupakan penyebab utama kecacatan jangka panjang, tingginya angka kecacatan akibat stroke disebabkan gangguan pada jaringan serebral sehingga berakibat ketidakmampuan melakukan aktivitas sehari-hari, gangguan mental emosi dan penurunan produktivitas sehingga kondisi tersebut berdampak pada kualitas hidup (Carod-Artal and Egido, 2014). Dan hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien pasca stroke dengan kualitas hidup baik lebih banyak pada cacat ringan dengan dibandingkan dengan cacat berat. Demikian pula dengan pasien pasca stroke dengan kualitas hidup buruk lebih banyak pada cacat berat dibandingkan dengan cacat ringan.

* + - 1. Kecemasan

Kecemasan adalah gangguan alami perasaan (*affective*) yang ditandai dengan perasaan ketakutan atau kekhawatiran yang mendalam dan berkelanjutan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien pasca stroke dengan kualitas hidup buruk lebih banyak pada kondisi cemas dibandingkan dengan kondisi normal. Demikian pula dengan pasien pasca stroke dengan kualitas hidup baik lebih banyak pada kondisi normal dibandingkan dengan kondisi cemas.

* + - 1. Dukungan keluarga

Pasangan merupakan *support system* yang baik dalam meningkatkan kualitas hidup pasien. Penelitian lain menemukan pasien yang tidak mempunyai pasangan ditemukan lebih memiliki kecemasan dibandingkan dengan pasien yang mempunyai pasangan. Meskipun status perkawinan bukan merupakan faktor resiko terjadinya penyakit stroke namun, status pernikahan merupakan salah satu dukungan social terhadap pasien sehingga dengan adanya pasangan hidup dapat memberikan dukungan kepada pasangan untuk menjalankan perilaku yang sehat dan positif. Dengan keberadaan pasangan yang selalu mendampingi dan memberikan dukungan ataupun bantuan saat pasien mengalami masalah terkait kondisi kesehatannya, maka pasien akan merasa lebih optimis dalam menjalani kehidupannya. Hal itu akan mempengaruhi keseluruhan aspek pada kualitas hidupnya. Oleh karena itu kualitas hidup pasien dengan status marital menikah lebih baik. Dukungan keluarga mempengaruhi kualitas hidup pasien pasca stroke dengan yaitu status pernikahan menikah akan meningkatkan kualitas hidup baik segi fisik, psikologis, hubungan social dan lingkungan hasil menunjukkan status pernikahan menikah atau masih memiliki pasangan lebih banyak memiliki kualitas hidup baik. Beberapa hal penting yang dapat dilakukan untuk mendukung anggota keluarga yang menderita stroke yaitu dengan meningkatkan kesadaran dirinya untuk mengenali penyakit stroke, bahwa penyakit tersebut dapat dikontrol sehingga pasien memiliki kesadaran yang tinggi untuk mengelolah penyakitnya (Hafdia, A., et al, 2018).

1. **Domain Pengukuran Kualitas Hidup**

*Stroke Specific Quality Of Life Scale* (SSQOL) merupakan sebuah kuesioner untuk menilai kualitas hidup yang dikembangkan oleh Williams yang berisi 49 item yang digunakan untuk mengukur kualitas hidup pada pasien stroke. Konsep dari kualitas hidup mencakup fisik, emosional dan aspek sosial yang dapat dipengaruhi dengan perubahan kesehatan. SSQOL dikembangkan sebagai pengukuran yang holistik. Setiap itemnya dikembangkan dari wawancara dengan penderita stroke iskemik dan seleksi 49 item merupakan hasil analisis *kohort* lebih dari 80 item pada penderita stroke iskemik. Item dikelompokkan menjadi 12 domain, yaitu: mobilitas, energi, fungsi ekstremitas atas, kerja/ produktivitas, *mood*, peran sosial, peran keluarga, penglihatan, bahasa, berfikir, personal dan perawatan diri. Tiap item dinilai dengan 5 poin *Likert scale*. Hasil respon berkisar dari 1 sampai 5, dengan total nilai tertingi menunjukkan kualitas hidup yang tinggi, dan nilai rendah menunjukkan kualitas hidup yang rendah (William et al, 2007).

Menurut penelitian William et al, dalam pengembangan alat ukur ini didapatkan reliabilitas internal yang sangat baik dengan nilai *Cronbach’s* α untuk tiap domain ≥ 0.73. Sebagian besar domain menunjukkan validitas konstruksi yang cukup baik juga (William et al, 2007). Sebagai tambahan pada 49 item, terdapat 13 item diakhir kuesioner yang tidak dijumlahkan ke dalam skor total. Item ini digunakan untuk mengkategorikan seberapa besar stroke mempengaruhi tiap domain dan keseluruhan kualitas hidup. Item ini berguna sebagai tambahan dalam tes psikometrik namun dapat diabaikan tergantung tujuan penggunaannya.

SSQOL memiliki cakupan fungsi yang lebih luas, terutama yang dipengaruhi oleh stroke dan menanyakan pertanyaan pada area ini akan berguna bagi pasien stroke. Sebagai contoh, *Short Form*-36 (SF-36) dan *European Quality of Life* (*EuroQol*) sering digunakan pada pasien stroke namun tidak menilai bahasa, fungsi tangan, kognisi atau pun penglihatan. Untuk itu, SSQOL dapat lebih baik dibandingkan alat ukur *Health Related Quality of Life* (HRQOL) yang generik untuk menilai perubahan bermakna setelah stroke selama perjalanannya (William et al, 2007).

Yont et al dari penelitiannya mengenai SSQOL yang dibuat dalam versi *Danish* pada populasi Turki, didapatkan bahwa SSQOL merupakan alat ukur yang valid dan reliabel dengan hasil koefisien korelasi untuk nilai *test-retest* sebesar 0.81. Konsistensi internal menunjukkan Cronbach’s alpha = 0.97

**Penilaian**

Skor total SSQQL sering dijadikan hasil untuk rujukan utama, namun skor satuan tiap dominan juga dapat membantu untuk mengetahui area yang paling dipengaruhi oleh stroke, area yang paling responsif dan paling tidak responsif, atau area yang dipengaruhi secara berbeda dengan kelompok pasien lainnya.

Skor total SSQQL merupakan rata-rata atas skor domain yang tidak disesuaikan atau tidak bias dan berkisar dari 1.0 (terendah/ terburuk) - 5.0 (tertinggi/ terbaik). Skor domain merupakan nilai rata-rata yang tidak bias dari masing-masing item dalam domain tersebut dan juga berkisar 1.0-5.0. Dikarenakan skor merupakan rata-rata dari item yang ada, maka skor tersebut cenderung memiliki distribusi yang normal dan dapat dianalisis sebagai variabel berkelanjutan.

Item yang kosong dan tidak dijawab harus ditangani dengan cara-cara berikut: jika lebih dari setengah item dalam suatu domain tidak dapat dijawab, maka domain tersebut tidak dinilai dan skor total merupakan rata-rata dari skor sisa domain yang ada. Jika kurang dari setengah item yang tidak ada jawabannya dari sebuah domain, maka item yang dinilai harus dirata-rata dan dibulatkan ke integral paling dekat. Skor item yang diperhitungkan ini akan menggantikan item yang kosong (Yont, 2012).

* 1. **Teori Model Konsep Keperawatan Lazarus dan Folkman**
     1. ***Stress, Appraisal, and Coping Strategy in Transactional Theory***

Konsep dari stres berkembang dari definisi fisiologi terhadap stres sebagai konsep umum yang paling banyak diterima.

*Antecedent of stressor*

Proses

*Outcome*

*Psychological, social, material, &physiological health*

*Coping Effort*

*Adaptation*

*Relational*

*Meaning*

*Relational Eaning Revisited*

*Coping Effort*

*Secondary Appraisal* (dampak penerimaan individu terhadap stress)

*Primary Appraisal* (bentuk penerimaan individu terhadap stress)

*Resources*

Gambar 2.1 Stres, *appraisal and coping strategy in transactional theory*

Setiap individu pasti akan mengalami stimulus atau peristiwa dalam hidupnya. Setiap stimulus atau peristiwa terkadang menimbulkan stress bagi individu. Stimulus ini kemudian disebut sebagai *antecedent of* stressor. Lazarus dan Folkman mengklarifikasikan *stressor* ke dalam dua domain yakni *personal stressor* (komitmen dan kepercayaan) dan *environmental stressor* (setiap aspek di luar personal yang dapat menjadi ancaman bagi kondisi personal seseorang). Dalam penilaian awal (*primary appraisal*), individu akan menentukan makna dari suatu peristiwa yang dialaminya. *Primary appraisal* merupakan proses penentuan makna dari suatu peristiwa yang dialami oleh individu, apakah peristiwa tersebut dipersepsikan positif, netral ataukah negatif oleh individu. Peristiwa yang dinilai negatif kemudian dicari kemungkinan adanya persepsi *harm*, *threat* atau *challenge*. *Harm* adalah penilaian mengenai bahaya yang didapat dari peristiwa yang terjadi. *Threat* adalah penilaian mengenai kemungkinan buruk atau ancaman yang didapat dari peristiwa yang terjadi, dan *challenge* adalah tantangan akan kesanggupan untuk mengatasi dan mendapatkan keuntungan dari peristiwa yang terjadi pentingnya *primary appraisal* digambarkan dalam sebuah studi klasik mengenai stress oleh Lazarus. *Primary appraisal* memiliki tiga komponen yakni:

1. *Goal relevance*: yakni penilaian yang mengacu kepada tujuan yang dimiliki seseorang, yakni bagaimana hubungan peristiwa yang terjadi dengan tujuan personalnya.
2. *Goal congruence or incongruence*: yakni penilaian yang mengacu pada apakah hubungan antara peristiwa di lingkungan dan individu tersebut konsisten dengan keinginan individu atau tidak, apakah hal tersebut menghalangi atau memfasilitasi tujuan personalnya. Jika hal tersebut menghalanginya maka disebut *goal incongruence*. Apabila hal tersebut memfasilitasinya disebut *goal congruence*.
3. *Type of ego* *involvement*: yakni penilaian yang mengacu kepada berbagai macam aspek dari identitas ego atau komitmen seseorang.

Jika individu merasa adanya ancaman dari suatu peristiwa tersebut tetapi situasi tersebut tidak dirasa merugikan, maka akan berlanjut ke penilaian kedua (*secondary appraisal*) yang merupakan penilaian kemampuan individu dalam melakukan koping. Individu yang merasakan adanya ancaman dalam penilaian kedua, tergantung bagaimana individu tersebut melakukan koping. *Secondary appraisal* memiliki tiga komponen:

1. *Blame an credit*: yakni penilaian siapa yang bertanggung jawab atas situasi yang menekan yang terjadi atas diri individu.
2. *Coping potensial*: yakni penilaian mengenai bagaimana individu dapat mengatasi situasi menekan atau mengaktualisasi komitmen pribadinya.
3. *Future expectancy*: penilaian mengenai apakah untuk alasan tertentu individu mungkin berubah secara psikologis untuk menjadi lebih baik nataukah lebih buruk.

Pengalaman subjektif atas stres merupakan keseimbangan antara *primary* dan *secondary appraisal*. Ketika *harm* dan *trheat* yang ada cukup besar sedangkan kemampuan untuk mengadakan koping tidak memadai, maka stres yang besar akan dirasakan oleh seseorang individu. Sebaiknya, ketika kemampuan koping besar, stres dapat diminimalkan.

*Coping strategy* terdiri atas PFC (*Problem Focused Coping*) yakni strategi yang digunakan untuk mengatasi situasi yang menimbulkan stres dan EFC (*Emotion Focused Coping*) yakni strategi untuk mengatasi emosi negatif yang menyertai. Jika individu memiliki mekanisme koping yang cukup baik maka individu tersebut akan terbebas dari stres. Sebaliknya, apabila mekanisme koping yang dimiliki dirasa kurang, maka individu terbsebut akan mengalami stres (Nursalam, 2013)

**BAB 3**

**KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS**

1. **Kerangka Konsep****tual**

Gejala Sisa Post stroke

1. *Paralisis*
2. Defisit fungsi kognitif
3. Defisit bahasa
4. Defisit emosional
5. Rasa sakit

Koping ↓

Depresi

kualitas hidup

Faktor yang mempengaruhi kualitas hidup:

1. Umur
2. Kecacatan
3. Kecemasan
4. Dukungan keluarga

Keterangan :

: Menyebabkan : Melakukan

: Terdapat : Tidak Diteliti

: Diteliti

Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Penelitian Hubungan Depresi dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke di Poliklinik Saraf RS Royal Surabaya

**Keterangan:**

Berdasarkan kerangka Konseptual Penelitian Hubungan Depresi dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke di Poliklinik Saraf RS Royal Surabaya, dapat dijelaskan bahwa sisa pasca stroke terdapat gejala diantaranya *Paralisis,* Defisit fungsi kognitif, Defisit bahasa, Defisit emosional, Rasa sakit yang berdampak koping menurun sehingga mempengaruhi kualitas hidup pasien yang menurun selain juga dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya Umur, Kecacatan, Kecemasan, Dukungan keluarga.

1. **Hipotesis**

Ada hubungan antara depresi dengan kualitas hidup pasien pasca stroke di Poliklinik Saraf RS Royal Surabaya.

**BAB 4**

**METODE PENELITIAN**

Bab metode penelitian ini akan menjelaskan tentang : 1) Desain Penelitian, 2) Kerangka Kerja, 3) Waktu dan Tempat Penelitian, 4) Populasi, Sampel dan Teknik Sampling, 5) Identifikasi Variabel, 6) Defenisi Operasional, 7) Pengumpulan, Pengolahan dan Analisa Data, dan 8) Etika penelitian.

* 1. **Desain Penelitian**

Desain penelitian merupakan strategi untuk mendapatkan data yang dibutuhkan untuk keperluan pengujian hipotesis atau untuk menjawab pertanyaan penelitian serta sebagai alat untuk mengontrol atau mengendalikan berbagai variabel yang berpengaruh dalam penelitian (Nursalam, 2015). Desain penelitian untuk menganalisa hubungan depresi dengan kualitas hidup pasien pasca stroke di poliklinik saraf RS Royal Surabaya dengan menggunakan desain korelatif dengan pendekatan *Cross Sectional*.

Variabel Bebas

Depresi

Uji Hubungan antara depresi dengan tingkat kualitas hidup pasien pasca stroke dengan afasia dan hemiparese.

Tingkat depresi pada pasien pasca stroke dengan afasia dan hemiparese

Gambar 4.1 Desain Penelitian Hubungan Depresi dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke dengan Afasia dan Hemiparese

Tingkat kualitas hidup pasien pasca stroke dengaan afasia dan hemiparese

Interprestasi

makna/ arti

Variabel Terikat

Kualitas Hidup

* 1. **Kerangka Kerja atau Kerangka Operasional Penelitian**

Kerangka Konsep adalah abstraksi dari suatu realitas agar dapat dikomunikasikan dan membentuk suatu teori yang menjelaskan keterkaitan antar variabel (baik variabel yang diteliti maupun yang tidak diteliti) (Nursalam, 2015). Langkah kerja pada penelitian ini adalah sebagai berikut :

Populasi

50 Pasien dengan diagnosa stroke di poliklinik saraf Rumah Sakit Royal Surabaya

Tehnik *sampling*

*Purpose sampling*

Sampel

44 Pasien dengan diagnosa stroke dan dengan komplikasi *hemiparese* dan *afasia* yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi

Pengumpulan data

Kuisioner SSQOL dan BDI

Pengolahan data

Data yang diperoleh dilakukan *editing, coding, tabulating*

Analisis data

Uji *spearman rho* untuk menguji kesesuaian antara 2 kelompok variabel,

Kesimpulan

Gambar 4.2 Kerangka Kerja Hubungan Depresi dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke di Poliklinik Saraf RS Royal Surabaya.

* 1. **Waktu dan Tempat Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan 02 Desember Tahun 2019 - 25 Januari 2020. Penelitian dilaksanakan di Poliklinik Saraf RS Royal Surabaya.

* 1. **Populasi, Sampel dan Tehnik *Sampling*** 
     1. **Populasi Penelitian**

Populasi dalam penelitian adalah setiap subjek (misal Manusia, Pasien) yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2015). Populasi dalam penelitian ini adalah 50 pasien dengan diagnosa stroke di poliklinik saraf di RS Royal Surabaya dalam rentang waktu 2 bulan terakhir.

* + 1. **Sampel Penelitian**

Populasi dalam penelitian adalah setiap subjek (misal Manusia, Pasien) yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2015). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh jumlah pasien dengan diagnosa stroke di poliklinik saraf di RS Royal Surabaya.

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah:

1. Pasien yang kontrol dengan diagnosa stroke yang bersedia menjadi responden.
2. Pasien yang tidak mengalami gangguan kognitif yang berat
3. Pasien yang dengan diagnosa stroke dengan gangguan *hemiplegi* dan atau *afasia*

Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah:

1. Pasien mengundurkan diri
2. Pasien meninggal
   * 1. **Besar Sampel**

Berdasarkan perhitungan besar sampel menggunakan rumus:

N

n =

1 + N (d)2

Keterangan :

n : besar sampel

N : besar populasi

d : tingkat signifikansi (p)

Jadi besar sampel adalah:

50

n =

1 + 50 (0.052)

50

n =

1+ 50 (0.0025)

50

n =

1+ 0.125

50

n =

1,125

n =

44,44 dibulatkan menjadi 44

Jadi sampel yang digunakan dalam penelitian ini sebanyak 44 responden.

* + 1. **Teknik *Sampling***

*Sampling* adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi, Teknik *sampling* merupakan cara-cara yang ditempuh dalam pengambilan sampel, agar memperoleh sampel yang benar-benar sesuai dengan keseluruhan subjek penelitian (Nursalam, 2015). Teknik sampel dalam penelitian ini yaitu *Nonprobability sampling* dengan menggunakan Teknik *purposive sampling*, adalah suatu tehnik penetapan sampel dengan cara memilih sampel di antara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti (tujuan/ masalah dalam penelitian), sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang telah dikenal sebelumnya (Nursalam, 2015). Karena dalam penelitian ini peneliti hanya akan meneliti populasi pasien dengan diagnosa stroke sebanyak 50 pasien dan mengambil sampel 44 Pasien dengan diagnosa stroke dan dengan komplikasi *hemiparese* dan *afasia* yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi.

* 1. **Identifikasi Variabel**

Variabel penelitian mendeskripsikan topik/ tema yang diteliti karena sudah terlihat pada saat peneliti menyusun latar belakang penelitian (Budiman, 2011:67).

1. **Variable Terikat (*Dependent*)**

Variabel terikat pada penelitian ini adalah kualitas hidup pasien pasca stroke.

1. **Variable Bebas (*Independent*)**

Variabel bebas pada penelitian ini adalah depresi.

* 1. **Definisi Operasional**

Definisi Operasional adalah definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari sesuatu yang didefinisikan tersebut. Karakteristik yang dapat diamati (diukur) itulah yang merupakan kunci definisi operasional. Dapat diamati artinya memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena yang kemudian dapat diulangi lagi oleh orang lain (Nursalam, 2015).

Tabel 4.1 Definisi Operasional Hubungan depresi dengan kualitas hidup pasien pasca stroke di Poliklinik Rumah Sakit Royal Surabaya.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Variabel** | **Definisi Operasional** | **Indikator** | **Alat Ukur** | **Skala** | **Skor** |
| Depresi | Perasaan saat ini selama berobat di Poliklinik Saraf Rumah Sakit Royal Surabaya | kategori sikap dan gejala depresi, yaitu:   1. Sedih, 2. Pesimis, 3. Merasa gagal, 4. Merasa tidak puas, 5. Merasa bersalah, 6. Merasa dihukum, 7. Perasaan benci pada diri sendiri, 8. Menyalahkan diri sendiri, 9. Kecenderungan bunuh diri, 10. Menangis, 11. Mudah tersinggung, 12. Menarik diri dari hubungan social, 13. Tidak mampu mengambil keputusan, 14. Merasa dirinya tidak menarik secara fisik, 15. Tidak mampu melaksanakan aktivitas, 16. Gangguan tidur, 17. Merasa lelah, 18. Kehilangan selera makan, 19. Penurunan berat badan, 20. *Preokupasi somatic* dan 21. Kehilangan libido sex | Kuesioner BDI (*The Beck Depression Inventory*) | Ordinal | Jika total skor  21-30 Depresi sedang  31-40 Depresi parah  > 40 Depresi ekstrim |
| Kualitas Hidup Pasien Pasca stroke | Persepsi individu yang ditinjau dari hubungan kesenangan dan perhatian mereka yang mencakup kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial dan lingkungan | * + - 1. Domain kekuatan       2. Domain peran dalam keluarga       3. Domain Bahasa       4. Domain mobilitas       5. Domain mood       6. Domain kepribadian,       7. Domain perawatan       8. Domain peran       9. Domain pemikiran       10. Domain fungsi ekstremitas atas       11. Domain penglihatan       12. Domain produktivitas. | Kuesioner SSQOL (*Stroke Specific Quality Of Life*) | Nominal | Jika total skor  49 - 147 Kualitas hidup buruk  148 -245 Kualitas hidup baik |

* 1. **Pengumpulan, Pengelolaan dan Analisa Data**
     1. **Pengumpulan Data**

1. Instrumen Penelitian

Penelitian ini menggunakan dua macam instrumen yaitu kuesioner BDI (*The Beck Depression Inventory*) yang terdiri dari 21 kelompok item yang menggambarkan 21 kategori sikap dan gejala depresi, yaitu: sedih, pesimis, merasa gagal, merasa tidak puas, merasa bersalah, merasa dihukum, perasaan benci pada diri sendiri, menyalahkan diri sendiri, kecenderungan bunuh diri, menangis, mudah tersinggung, menarik diri dari hubungan social, tidak mampu mengambil keputusan, merasa dirinya tidak menarik secara fisik, tidak mampu melaksanakan aktivitas, gangguan tidur, merasa lelah, kehilangan selera makan, penurunan berat badan, *preokupasi somatic* dan kehilangan libido sex. Masing-masing kelompok item terdiri dari 4-6 pertanyaan yang menggambarkan dari tidak adanya gejala sampai adanya gejala yang paling berat.

SSQOL (*Stroke-Spesific Quality Of Life*) yang terdiri dari 49 pertanyaan dengan 5 pilihan jawaban:

1. Selalu
2. Sangat Sering
3. Sering
4. Jarang
5. Tidak pernah

Pertanyaan nomor 1-3 adalah domain kekuatan, nomor 4-6 adalah domain peran dalam keluarga, nomor 7-11 adalah domain bahasa, nomor 12-17 adalah domain mobilitas, nomor 18-22 adalah domain mood, nomor 23-25 adalah domain kepribadian, nomor 26-30 adalah domain perawatan diri, nomor 31-35 adalah domain peran dalam sosial, nomor 36-38 adalah domain pemikiran, nomor 39-43 adalah domain fungsi ekstremitas atas, nomor 44-46 adalah domain penglihatan, dan nomor 47-49 adalah domain produktivitas.

1. Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan setelah mendapat surat ijin dan persetujuan dari bagian akademik program studi S1 Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah disetujui oleh ketua STIKES Hang Tuah Surabaya, Kemudian surat izin disampaikan ke bagian Instalasi Diklat Rumah Sakit Royal Surabaya untuk mendapatkan izin dilapangan. Setelah itu peneliti akan meminta izin kepada kepala ruangan Poliklinik untuk mengambil data pada pasien dengan diagnosa medis Stroke di Poliklinik Saraf. Langkah awal penelitian adalah :

1. Peneliti menemui responden dan mengenalkana diri kepada responden.
2. Peneliti memberikan penjelasan singkat tentang maksud dan tujuan penelitian kepada responden penelitian.
3. Bila responden setuju, maka responden diminta untuk mengisi *Inform Consent* yang telah disediakan.
4. Setelah mendapatkan persetujuan dari responden, peneliti akan memberikan kuisioner kepada responden dan lembar jawaban kuisioner.
5. Responden mengisi kuesioner .
6. Lembar kuisioner selanjutnya akan diolah dan dianalisa.
   * 1. **Pengolahan Data**

Menurut Imron dan Munif (2010) ada 3 cara dalam pengolahan data, yaitu:

1. Memeriksa Data (*Editing*)

Langkah pertama dalam pengolahan data adalah pemeriksaan (*editing*), yaitu memeriksa data hasil pengumpulan data yang berupa daftar pertanyaan, kartu, buku register, dan lain-lain. Kegiatan pemeriksaan ini meliputi perhitungan dan penjumlahan serta koreksi.

1. Memberi kode (*Coding*)

Setelah diperiksa, data perlu dikoding untuk memudahkan dalam pengolahan. Pengkodingan ini dilakukan dengan cara menyederhanakan data hasil penelitian agar lebih mudah diolah.

1. Tabulasi Data (*Tabulating*)

Tabulasi data yaitu kegiatan menyusun dan mengorganisir data sedemikian rupa, sehingga akan dapat dengan mudah untuk dilakukan penjumlahan, penyusunan, dan penyajian dalam bentuk tabel atau grafik.

* + 1. **Analisa data**

Imron dan Munif (2010) menyatakan bahwa analisis data dilakukan mulai dari yang sangat sederhana, kemudian melangkah menuju suatu analisis yang lebih sulit dan rumit. Macam-macam analisisnya yaitu :

1. Analisis Univariat

Teknik ini dilakukan terhadap setiap variabel hasil dari penelitian. Hasil dari analisis ini berupa distribusi frekuensi, tendensi sentral, ukuran penyebaran maupun presentase dari setiap variabel, ataupun dengan melihat gambaran histogram dari variabel tersebut. Dengan menggunakan analisis univariat ini dapat diketahui apakah konsep yang kita ukur tersebut sudah siap untuk dianalisis serta dapat dilihat gambaran secara rinci, untuk kemudian disiapkan kembali ukuran dan bentuk konsep yang akan digunakan dalam analisis berikutnya (Imron dan Munif, 2010).

Analisis univariat yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis gambaran karakteristik responden, analisis gambaran depresi*,* dan analisis gambaran kualitas hidup. Analisis gambaran karakteristik responden mengunakan analisa deskriptif dengan menghitung distribusi frekuensi dari masing-masing karakteristik. Sedangkan analisa gambaran depresidan kualitas hidup, yang awalnya berupa data numerik, diubah sementara ke dalam skala nominal untuk mempermudah penggambaran dan selanjutnya dihitung pula distribusi frekuensi dari masing-masing kategori.

1. Analisis Bivariat

Model analisis ini digunakan untuk melihat apakah ada hubungan antar variabel, yaitu variabel dependen dan variabel independen. Hubungan tersebut yang terjadi mempunyai 3 kemungkinan, yaitu:

1. Ada hubungan tetapi sifatnya simetris, tidak saling mempengaruhi
2. Saling mempengaruhi antara dua variabel
3. Sebuah variabel mempengaruhi variabel lain (Imron dan Munif, 2010 dan Lapau, 2012)

Uji bivariat yang dilakukan dalam penelitian ini adalah uji untuk menentukan hubungan depresidengan kualitas hidup dan hubungan masing-masing domain depresi dengan kualitas hidup. Hasil uji normalitas menunjukan bahwa data dari salah satu variabel yang didapat tidak terdistribusi secara normal, maka analisis bivariat yang digunakan dalam penelitian ini adalah uji korelasi spearman, yaitu uji yang digunakan untuk dua variabel numerik korelatif (Dharma, 2011).

* 1. **Etika Penelitian**

Menurut Nursalam (2013), secara umum prinsip etika dalam penelitian/ pengumpulan data dapat dibedakan menjadi tiga bagian, yaitu prinsip manfaat, prinsip menghargai hak-hak subjek, dan prinsip keadilan. Adapun etika yang diterapkan dalam penelitian ini mencakup tiga hal yaitu:

1. Hak untuk ikut/ tidak menjadi responden

Peneliti akan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden kepada calon responden sebelum dilakkan penelitian. Jika calon responden setuju untuk menjadi responden, maka penelitian bisa dilakukan.

1. *Informed Consent*

Peneliti akan menjelaskan tentang penelitian yang akan dilakukan, tujan dan manfaatnya, kemudian tentang cara penelitiannya. Peneliti harus memastikan responden memahami tentang penelitian baru penelitian dapat dilaksanakan.

1. Hak untuk dijaga kerahasiaannya

Peneliti tidak akan mencantumkan nama asli pada lembar kuisioner untuk menjaga kerahasiaan identitas responden

**BAB 5**

**HASIL DAN PEMBAHASAN**

Pada bab ini akan diuraikan tentang hasil penelitian tentang hubungan depresi dengan kualitas hidup pasien pasca stroke di Poliklinik Saraf Rumah Sakit Royal Surabaya. Pengambilan data dilakukan pada 02 Desember 2019- 25 Januari 2020, didapatkan 44 responden yang merupakan pasien di poliklinik saraf RS Royal Surabaya.

* 1. **Hasil Penelitian**
     1. **Gambaran Umum Tempat Penelitian**

Rumah Sakit Royal Surabaya terletak di Jl. Rungkut Industri I/1 dan berada di bawah naungan PT. Prima Karya Husada.

Rumah Sakit Royal surabaya senantiasa bekerja keras untuk menjadi pilihan pertama bagi individu yang membutuhkan pelayanan kesehatan, sumber daya manusia yang tulus memberikan sumbangsih di bidang kesehatan, didukung shareholders yang peduli terhadap sesama lingkungan. Kepedulian terhadap pentingnya lingkungan bagi kehidupan mendorong Rumah Sakit Royal Surabaya berkomitmen menjadi rumah sakit ramah lingkungan. Inovasi ini diwujudkan dalam arsitektur gedung yang sustainable, sarana dan prasarana yang eco friendly, serta edukasi sumber daya manusia yang terpadu.

**Visi Misi**

**Visi:** Menjadi Rumah Sakit Pilihan Pertama dalam memberikan layanan esehatan dan mengutamakan keselamatan pasien

**Misi:**

1. Respek kepada siapapun secara profesional
2. Obyektif dalam pengambilan keputusan
3. Yakin dan bertanggung jawab dalam kerjasama tim
4. Akuntabel dalam pelayanan
5. Laras seimbang dalam pembiayaan
   * 1. **Gambaran Umum Subyek Penelitian**

Subyek penelitian ini adalah pasien di poliklinik saraf RS Royal Surabaya, jumlah keseluruhan subyek penelitian adalah 44 pasien. Data demografi diperoleh melalui kuesioner yang diisi oleh pasien.

* + 1. **Data Umum Hasil Penelitian**

Data umum hasil penelitian merupakan gambaran tentang karakteristik responden yang meliputi data umum hasil penelitian merupakan gambaran tentang karakteristik responden yang meliputi jenis kelamin, umur, dan pendidikan.

1. Jenis Kelamin

Tabel 5.1 Karakteristik Jenis kelamin pasien di poliklinik saraf RS Royal Surabaya, Januari 2020 (n = 44)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Jenis Kelamin | Frekuensi (f) | Prosentase (%) |
| Laki – Laki  Perempuan | 14  30 | 31,8  68,2 |
| Total | 44 | 100 |

Berdasarkan tabel 5.1 di dapatkan Jenis kelamin pasien di poliklinik saraf RS Royal Surabaya, jenis kelamin perempuan sebanyak 30 pasien (68,2%) dan jenis kelamin laki-laki sebanyak 14 pasien (31,8%)

1. Usia

Tabel 5.2 Karakteristik usia pasien di poliklinik saraf RS Royal Surabaya, Januari 2020 (n = 44)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Usia | Frekuensi (f) | Prosentase (%) |
| 31 – 50 tahun  > 50 tahun | 21  23 | 47,7  52,3 |
| Total | 44 | 100 |

Berdasarkan tabel 5.2 di dapatkan usia pasien di poliklinik saraf RS Royal Surabaya, usia > 50 tahun sebanyak 23 pasien (52,3%) dan pasien dengan usia 31 – 50 tahun sebanyak 21 pasien (47,7%)

1. Pendidikan

Tabel 5.3 Karakteristik Pendidikan pasien di poliklinik saraf RS Royal Surabaya, Januari 2020 (n = 44)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pendidikan | Frekuensi (f) | Prosentase (%) |
| SD  SMP  SMA  Sarjana | 5  20  15  4 | 11,4  45,5  34,1  9,1 |
| Total | 44 | 100 |

Berdasarkan tabel 5.3 di dapatkan pendidikan pasien di poliklinik saraf RS Royal Surabaya, pendidikan SMP sebanyak 20 pasien (45,5%), pendidikan SMA sebanyak 15 pasien (34,1%) pendidikan SD sebanyak 5 pasien (11,4%) dan Sarjana sebanyak 4 pasien (9,1%)

1. Status Perkawinan

Tabel 5.4 Karakteristik Status perkawinan pasien di poliklinik saraf RS Royal Surabaya, Januari 2020 (n = 44)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Status | Frekuensi (f) | Prosentase (%) |
| Belum Kawin  Kawin  Janda/Duda | 5  15  24 | 11,4  34,1  54,5 |
| Total | 44 | 100 |

Berdasarkan tabel 5.4 di dapatkan status perkawinan pasien di poliklinik saraf RS Royal Surabaya, janda / duda sebanyak 24 pasien (54,5%), kawin sebanyak 15 pasien (34,1%) dan belum kawin sebanyak 5 pasien (11,4%)

* + 1. **Data Khsusus Hasil Penelitian**

1. Depresi pasien pasca stroke di Poliklinik Saraf Rumah Sakit Royal Surabaya

Tabel 5.5 Depresi pasien pasca stroke di Poliklinik Saraf Rumah Sakit Royal Surabaya, Januari 2020 (n = 44)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Depresi | Frekuensi (f) | Prosentase (%) |
| Sedang  Parah  Extrim | 10  27  7 | 22,7  61,4  15,9 |
| Total | 44 | 100 |

Berdasarkan tabel 5.5 didapatkan Depresi pasien pasca stroke di Poliklinik Saraf Rumah Sakit Royal Surabaya sebagian besar parah yaitu sebanyak 27 pasien (61,4%) dan sebagian kecil extrim sebanyak 7 pasien (15,9%)

1. Kualitas Hidup pasien pasca stroke di Poliklinik Saraf Rumah Sakit Royal Surabaya

Tabel 5.6 kualitas hidup pasien pasca stroke di Poliklinik Saraf Rumah Sakit Royal Surabaya, Januari 2020 (n = 44)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kualitas Hidup | Frekuensi (f) | Prosentase (%) |
| Baik  Buruk | 20  24 | 45,5  54,5 |
| Total | 44 | 100 |

Berdasarkan tabel 5.6 didapatkan kualitas hidup pasien pasca stroke di Poliklinik Saraf Rumah Sakit Royal Surabaya sebagian kualitas hidup secara buruk sebanyak 24 pasien (54,5%) dan sebagian kecil kualits hidup secara baik sebanyak 20 pasien (45,5%)

1. Hubungan depresi dengan kualitas hidup pasien pasca stroke di Poliklinik Saraf Rumah Sakit Royal Surabaya

Tabel 5.7 Hubungan depresi dengan kualitas hidup pasien pasca stroke di Poliklinik Saraf Rumah Sakit Royal Surabaya (n = 44)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Depresi | Kualitas Hidup | | | | Total | |
| Baik | | Buruk | |
| F | % | f | % | n | % |
| Sedang | 10 | 100 | 0 | 0 | 10 | 100 |
| Parah | 9 | 33,3 | 18 | 66,7 | 27 | 100 |
| Extrim | 1 | 14,3 | 6 | 85,7 | 7 | 100 |
| Total | 20 | 45,5 | 24 | 85,5 | 44 | 100 |
| Nilai uji statistik Korelasi Rank Spearman p = 0,000 < α (0,05) | | | | | | |

Berdasarkan tabel 5.5 Hubungan depresi dengan kualitas hidup pasien pasca stroke di Poliklinik Saraf Rumah Sakit Royal Surabaya, pada pasien dengan depresi sedang sebagian besar mempunyai kualitas hidup secara baik yaitu sebanyak 10 pasien (100%), pada pasien dengan depresi secara parah sebagian besar kualitas hidup secara buruk yaitu sebanyak 18 pasien (66,7%) dan pasien dengan depersi extrim sebagian besar kualitas hidup secara buruk sebanyak 6 pasien (85,7%). Berdasarkan hasil analisis korelasi rank spearman rho di dapatkan nilai p sebesar 0,000 < α (0,05) berarti ada Hubungan depresi dengan kualitas hidup pasien pasca stroke di Poliklinik Saraf Rumah Sakit Royal Surabaya

* 1. **Pembahasan** 
     1. **Depresi pasien pasca stroke di Poliklinik Saraf Rumah Sakit Royal Surabaya**

Berdasarkan tabel 5.5 didapatkan Depresi pasien pasca stroke di Poliklinik Saraf Rumah Sakit Royal Surabaya sebagian besar parah yaitu sebanyak 27 pasien (61,4%) dan sebagian kecil extrim sebanyak 7 pasien (15,9%)

Depresi merupakan kondisi emosional yang biasanya ditandai dengan kesedihan yang amat sangat, perasaan tidak berarti dan bersalah, menarik diri dari orang lain, tidak dapat tidur, kehilangan selera makan, hasrat seksual, dan minat serta kesenangan dalam aktivitas yang biasa dilakukan. Sebagaimana sebagian besar dari kita kadang-kadang mengalami kecemasan. Depresi sering kali berhubungan dengan berbagai masalah psikologis lain, seperti serangan panik, penyalahgunaan zat, disfungsi seksual, dan gangguan kepribadian (Davison dkk, 2010).

Memusatkan kepribadian menjadi hal yang sangat melelahkan bagi orang-orang yang mengalami depresi. Mereka tidak dapat dengan mudah memahami apa yang mereka baca dan apa yang dikatakan orang pada mereka. Setiap momen menjadi sangat berat dan kepala mereka terus dipenuhi dengan pikiran menyalahkan diri sendiri. Orang-orang yang depresi dapat mengabaikan kebersihan dan penampilan diri serta mengeluhkan berbagai simtom-somatik tanpa gangguan fisik yang jelas (Davidson, dkk, 2010)

Berdasarkan faktor yang menyebabkan terjadinya depresi pasien pasca stroke diantaranya usia , jenis kelamin serta pendidikan. Berdasarkan faktor usia pasien dengan depresi parah didominasi pada pasien dengan usia > 50 tahun yaitu sebanyak 14 pasien (60,9%). Menurut penelitian Hayulita (2014) mengungkapkan penurunan fungsi otak akibat penuaan, lansia akan mengalami penurunan kadar dopamin di otak dan melemahnya neurotransmitter sehingga akan membuat lansia akan rentan mengalami gangguan emosional depresi, pada keadaan mengalami stroke lansia akan merasa tidak berguna karena sudah tidak mampu melakukan aktivitas akibat dari komplikasi dari stroke seperti kelemahan pada anggota gerak. Berdasarkan teori depresi pasca stroke di usia lanjut mungkin memiliki hubungan biologi dasar, dengan berkurangnya neurotransmitter yang berkaitan dengan *mood* dan emosi

Berdasarkan faktor jenis kelamin pasien dengan depresi parah didominasi pada pasien berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 18 pasien (60%). Perempuan dua kali lebih berisiko mengalami depresi dibandingkan dengan laki-laki alasan adanya pebedaan telah didalilkan karena adanya perbedaan hormonal, efek kelahiran, perbedaan stress psikososial bagi wanita dan pria, dan model perilaku tentang keputusasaan yang dipelajari, jadi perempuan lebih cenderung depresi mungkin bias, karena depresi pada perempuan bersifat magnetic depressionberbeda dengan depresi laki-laki yang bersifat *dynamic depression*

Berdasarkan faktor pendidikan pasien dengan depresi parah didominasi pada pasien dengan pendidikan SMP yaitu sebanyak 6 pasien (30%). Menurut penelitian Hayulita (2014) mengungkapkan pendidikan yang rendah sangat berhubungan dengan terjadinya depresi pada pasien pasca stroke. Hal ini disebabkan oleh orang yang memiliki tingkat pendidikan yang rendah kurang terpapar dengan informasi sehingga cara mereka menanggapi sebuah penyakit akan kurang baik, mereka cendrung putus asa dan pasrah dengan keadaan, prasaan seperti inilah yang akan memicu terjadinya depresi berbeda dengan pasien yang memiliki tingkat pendidikan yang tinggi mereka akan mencari informasi sebanyak mungkin tentang penyakit yang dideritanya secara tidak lansung mereka akan memahami bagaimana agar terhindar dari gangguan emosional. Berdasrkan teori pendidikan dapat melindungi seseorang dari perkembangan buruk dalam menghadapi masalah gangguan jiwa dan dapat meningkatkan daya penyembuhan kembali dari gangguan jiwa. Tingkat pendidikan yang lebih tinggi lebih sering memanfaatkan pelayanan kesehatan jiwa dan pendidikan menjadi salah satu tolak ukur kemampuan seseorang dalam berinteraksi dengan orang lain secara efektif.

* + 1. **Kualitas Hidup pasien pasca stroke di Poliklinik Saraf Rumah Sakit Royal Surabaya**

Berdasarkan tabel 5.6 didapatkan kualitas hidup pasien pasca stroke di Poliklinik Saraf Rumah Sakit Royal Surabaya sebagian kualitas hidup secara buruk sebanyak 24 pasien (54,5%) dan sebagian kecil kualits hidup secara baik sebanyak 20 pasien (45,5%)

Kualitas hidup adalah ukuran konseptual atau operasional yang sering digunakan dalam situasi penyakit kronik sebagai cara untuk menilai dampak terapi pada pasien. Pengukuran konseptual mencakup kesejahteraan, kualitas kelangsungan hidup, kemampuan seseorang untuk secara mandiri melakukan kegiatan sehari-hari (Brooker, 2009).

Kualitas hidup dapat menjadi istilah yang umum untuk menyatakan status kesehatan, meskipun istilah ini juga memiliki makna khusus yang memungkinkan penentuan ranking penduduk menurut aspek objektif maupun subjektif pada status kesehatan mereka. Kualitas hidup yang berkaitan dengan kesehatan (HRQOL, *health-related quality of life*) mencakup keterbatasan fungsional yang bersifat fisik maupun mental, dan ekspresi positif kesejahteraan fisik, mental, serta spiritual. HRQOL dapat digunakan sebagai sebuah ukuran integratif yang menyatukan mortalitas dan morbiditas, serta merupakan indeks berbagai unsur yang meliputi kematian, morbiditas, keterbatasan fungsional, serta keadaan sehat sejahtera (Gybney dkk, 2009).

Berdasarkan faktor yang berkaitan dengan kualitas hidup diantaranya usia. kualitas buruk banyak dialami pada pasien dengan usia > 50 tahun yaitu sebanyak 13 pasien (56,5%). Penyakitt stroke lebih banyak ditemukan pada lansia dengan rerata usia > 55 tahun karena secara fisiologis terjadi perubahan fisik yang berhubungan dengan umur meliputi perubahan pembuluh darah secara umum termasuk pembuluh darah otak yang menjadi kurang elastik dan adanya penumpukan plak pada percabangan pembuluh darah otak yang berlangsung bertahun-tahun. Adanya plak yang terjadi pada pembuluh darah otak akan mengganggu sirkulasi darah ke otak sehingga otak akan mengalami gangguan metabolisme, jika terjadi terus menerus akan terjadi iskemia dan akhirnya infark serebral (Bariroh, et al., 2016). Dan pada hasil penelitian hafdia, 2018. Menunjukkan bahwa pasien pasca stroke dengan kualitas hidup buruk lebih banyak pada umur beresiko yaitu ≥ 55 tahun dibandingkan dengan umur tidak beresiko. Demikian pula dengan pasien pasca stroke dengan kualitas hidup baik lebih banyak pada umur dengan resiko rendah.

* + 1. **Hubungan depresi dengan kualitas hidup pasien pasca stroke di Poliklinik Saraf Rumah Sakit Royal Surabaya**

Berdasarkan tabel 5.7 Hubungan depresi dengan kualitas hidup pasien pasca stroke di Poliklinik Saraf Rumah Sakit Royal Surabaya, pada pasien dengan depresi sedang sebagian besar mempunyai kualitas hidup secara baik yaitu sebanyak 10 pasien (100&), pada pasien dengan depresi secara parah sebagian besar kualitas hidup secara buruk yaitu sebanyak 18 pasien (66,7%) dan pasien dengan depersi extrim sebagian besar kualitas hidup secara buruk sebanyak 6 pasien (85,7%). Berdasarkan hasil analisis korelasi rank spearman rho di dapatkan nilai p sebesar 0,000 < α (0,05) berarti ada Hubungan depresi dengan kualitas hidup pasien pasca stroke di Poliklinik Saraf Rumah Sakit Royal Surabaya

Depresi post stroke terjadi didasari keterkaitan antara faktor biologis dan psikososial. Pada keadaan depresi akan terjadi *disregulasi biogenikamin* terutama *serotonin* dan *norepinefrin* serta *disregulasi neuroendokrin* terutama pada *aksis hipotalamik pituitary adrenal.* Depresi post stroke, baik karena faktor biologis akibat lesi di otak maupun faktor psikososial akibat reaksi hendaya fisik, akan mengakibatkan penderita kehilangan motivasi, putus asa dan tidak mau melakukan latihan yang dianjurkan (Badrul, Arief, & Yeni, 2015).

Solusi untuk mengatasi depresi pasca stroke dapat dilakukan dengan strategi *coping* yang berasal dari dukungan orang-orang di sekitar individu, seperti misalnya saudara, orang tua, suami atau istri, anak, teman atau menggunakan jasa tenaga professional seperti psikolog yang dapat membantu individu dalam melakukan *coping* yang tepat, dalam usaha menghadapi dan memecahkan masalah yang dihadapi. Dan juga terapi yang biasa dilakukan oleh penderita stroke antara lain adalah fisioterapi, terapi *okupasi*, dan terapi wicara. Hal ini bergantung pada kebutuhan dan gejala yang dimiliki oleh penderita stroke. Terapi tersebut dapat dilakukan satu per satu maupun dipadukan

**BAB 6**

**PENUTUP**

* 1. **Simpulan**

Berdasarkan analisa data dalam penelitian yang telah dilakukan maka dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Depresi pasien pasca stroke di Poliklinik Saraf Rumah Sakit Royal Surabaya sebagian besar parah yaitu sebanyak 27 pasien (61,4%)
2. Kualitas hidup pasien pasca stroke di Poliklinik Saraf Rumah Sakit Royal Surabaya sebagian kualitas hidup secara buruk sebanyak 24 pasien (54,5%)
3. Berdasarkan hasil analisis korelasi rank spearman rho di dapatkan nilai p sebesar 0,000 < α (0,05) berarti ada Hubungan depresi dengan kualitas hidup pasien pasca stroke di Poliklinik Saraf Rumah Sakit Royal Surabaya.
   1. **Saran**

Berdasarkan temuan hasil penelitian beberapa saran yang disampaikan pada pihak terkait adalah sebagai berikut:

* + 1. **Bagi Rumah Sakit Royal Surabaya**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai informasi bagi rumah sakit untuk dapat dijadikan bahan pertimbangan dalam menangani pasien pasca stroke khususnya menurunkan tingkat depresi dan menaikkan kualitas hidup pasien.

* + 1. **Bagi Ilmu Keperawatan**

Hasil penelitian diharapkan dapat dijadikan sebagai informasi bagi perawat untuk dapat dijadikan bahan rujukan dalam merawat dan memperlakukan pasien pasca stroke, sehingga dapat menurunkan tingkat depresi dan menaikkan kualitas hidup pasien.

* + 1. **Bagi STIKES Hang Tuah Surabaya**

Hasil penelitian diharapkan dapat menambah kepustakaan sebagai sarana memperkaya ilmu pengetahuan pembaca khususnya tentang tingkat depresi dan kualitas hidup pasien pasca stroke.

* + 1. **Bagi Peneliti Selanjutnya**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai rujukan atau data dasar bagi peneliti lain yang akan meneliti tentang tingkat depresi dan kualitas hidup pasien pasca stroke.

* + 1. **Bagi Responden**

Hasil penelitian diharapkan dapat dejadikan sebagai informasi bagi pasien pasca stroke mengenai tingkat depresi dengan kualitas hidup.

**DAFTAR PUSTAKA**

Asmawati. Rusmini & Nursadjan. (2009). Hubungan Usia dan Lamanya Menderita Stroke Dengan Kejadian Depresi Pasca Stroke di Poli Saraf RSU Mataram. Jurnal Kesehatan Prima Vol.3 No.1 Februari 2009

Badrul. M., Arief. A. N., & Yeni. P. (2015). Determinan yang Mempengaruhi Depresi Pada Pasien Post Stroke Infark Di Rumah Sakit Saiful Anwar Malang, <https://mnj.ub.ac.id/index.php/mnj/article/download/142/267>, diunduh tanggal 7 Februari 2020 jam 08.14 WIB.

Baron, Robert A, & Byrne. D. (2012). Psikologi Sosial jilid 2. Jakarta: Erlangga

Broker, Chris. (2009). Ensiklopedia Keperawatan. Alih bahasa Andry H dkk editor bahasa Indonesia Estu Tiar. Jakarta: EGC

Budiman. (2011). Penelitian Kesehatan. Bandung: Refika Aditama.

Carver, C.S. dan Smith, J.C. (2010) Personality And Coping: Annual Review Psychology. Miami: University Of Miami.

Corwin. (2011). Buku Saku Patofisiologi.edisi 3.Jakarta : EGC

Davidson, G.C, (2010). Psikologi abnormal. Jakarta : PT Rajagrafindo permai.

Dharma,KL. (2011). Metodologi penelitian keperawatan. Jakarta: TIM

Gibney, J. M; Margetts, B. M; Keamey, J. M; Arab, L. (2009). Gizi Kesehatan Masyarkat. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Ginsberg. L. (2008). Lecture Notes Neurologi. Jakarta: Erlangga

Hafdiah, A., et al. (2018). Analisis Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke Di RSUD Kabupaten Polewali Mandar April 2018. *Jurnal dari Prosiding Seminar Nasional.*

Hariandja, Johanna. (2013). Identifikasi Kebutuhan Akan Sistem Rehabilitasi Berbasis Tenologi Terjangau Untuk Penderita Stroke Di Indonesia. Lembaga Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat: Universitas Katolik Parahyangan.

Imron, Moch dan Munif, Amrul. (2010). Metodologi Penelitian Bidang Kesehatan. Jakarta: Sagung Seto

Kaplan, H.I., Sadock, B.J., Grebb, J.A., (2010). Sinopsis Psikiatri Jilid 1. Tangerang: Binarupa Aksara

Kemenkes RI. (2013). InfoDATIN (Situasi Kesehatan Lansia). Jakarta Selatan: KEMENKES RI.

Kertamuda, F dan Herdiansyah H. (2009). Pengaruh Strategi Coping terhadap Penyesuaian Diri Mahasiswa Baru. Jurnal Universitas Paramadina. Vol, 6. No.1 . 11-23

Lazarus. Folkman. (2012). Stres and conitive aprasial. theory of cognitive aprasial.

Lubis, Namora Lumongga. (2009). Depresi: Tinjauan Psikologis. Jakarta: Kencana Prenada Media Group.

Maslim, Rusdi. (2013). Diagnosis Gangguan Jiwa, Rujukan Ringkas PPDGJ-III dan DSM-V. Cetakan 2 – Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa Fakultas Kedokteran Unika Atma Jaya. Jakarta: PT Nuh Jaya.

Muttaqin, Arif. (2011). Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan. Jakarta : Salemba Medika

Muus I, William L, Ringsberg KC. (2007). Validation of Stroke Specific Quality of Life Scale (SS-QOL) : test of reliability and validity of the Danish version (SS-QOL-DK). Clinical Rehabilitation

Nevid, Jeffrey S, dkk. (2018). Psikologi Abnormal edisi kesembilan Jilid 2. Jakarta: Erlangga.

Nursalam. (2013). Metodologi penelitian: pendekatan praktis (edisi 3). Jakarta: Salemba Medika.

Nursalam. (2015). Manajemen Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika.

Price, S.A., Wilson, L.M. (2013). Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit. Edisi VI. Jakarta: EGC.

Purwanti, Okti S dan Maliya, A. (2008).Rehabilitasi Pasca Stroke, Jurnal Berita Ilmu Keperawatan.Vol. 1, No. 1, Maret 2008: 43

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) (2018). Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI tahun 2018. http://www.depkes.go.id/resources/download/infoterkini/materi\_rakorpop\_20 18/Hasil%20Riskesdas%202018.pdf – Diakses Agustus 2018.

Smeltzer, S, & Bare. (2008). Brunner & Suddarths Textbook of Medical Surgical Nursing. Philadelpia : Lippin cott

Taylor E, Shelley, Dkk, (2009), Psikologi Sosial Edisi Kedua Belas, Jakarta: Kencana

World Health Organization. (2016). Projections of mortality and causes of death 2015 and 2030. Jenewa: World Health Organization (WHO).

World Heart Federation. (2011) The Global Burden Of Stroke (online). Geneva-Switzerland: World Heart Federation (WHF). Available: <http://www.world-heart-federation.org/cardiovascular-healt/stroke>.

Yani Arde, Fitri Eko. (2010). Perbedaan Kualitas Hidup Terkait Kesehatan Pasien Stroke Iskemik Serangan Pertama dan Berulang. Skripsi tidak diterbitkan . Surakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta

Yastroki, (2012). Stroke Penyebab Kematian Urutan Pertama di Rumah Sakit Indonesia. Diakses tanggal 5 Mei 2015, dari [http://www.yastroki.or.id](http://www.yastroki.or.id/)

Yont GH, Khorshid L. (2012). Turkish version of the Stroke-Specific Quality of Life Scale. International Nursing Review.

**LAMPIRAN 1**

**FORMULIR PENJELASAN**

**SUBYEK PENELITIAN**

Bapak / ibu yang terhormat,

Saat ini saya dari mahasiswa STIKES HANG TUAH sedang melakukan penelitian mengenai alat skrining kualitas hidup pada pasien stroke. Dimana kualitas hidup ini dapat mempengaruhi keberhasilan pelayanan rehabilitasi yang kami berikan kepada bapak / ibu sekalian. Sehingga kami berharap agar penelitian ini dapat bermanfaat meningkatkan mutu pelayanan kami kepada bapak / ibu sekalian.

Penelitian ini bertujuan untuk menilai kesahihan dan keandalan Stroke Specific Quality of Life Scale (SS-QOL) sebagai instrumen dalam mengetahui kualitas hidup pada penderita stroke.

Penelitian berbentuk wawancara tanya jawab dan bapak / ibu akan diminta untuk menjawab sesuai pilihan yang disediakan. Pemeriksaan ini akan memakan waktu sekitar 15-30 menit. Sebelumnya bapak / ibu akan diminta untuk mengisi status penelitian yang menanyakan mengenai biodata bapak / ibu sekalian. Pemeriksaan ini dilakukan dengan sukarela dan tidak dipungut biaya apapun. Bapak / ibu dapat menanyakan segala hal yang berkaitan dengan hasil pemeriksaan tersebut. Kami menjamin kerahasiaan segala hal yang berkaitan dengan penelitian ini.

Bapak / ibu diberi kesempatan untuk menanyakan semua hal yang belum jelas sehubungan dengan penelitian ini. Bila sewaktu-waktu membutuhkan penjelasan, anda dapat menghubungi peneliti Karlina Ardi Wardani dengan no hp 082244258698.

**LAMPIRAN 2**

**FORMULIR PERSETUJUAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Usia :

Alamat :

Dengan sesungguhnya menyatakan bahwa , setelah memperoleh penjelasan sepenuhnya dan menyadari serta memahami tentang tujuan dan manfaat penelitian yang berjudul :

**HUBUNGAN DEPRESI DENGAN KUALITAS HIDUP PASIEN PASCA STROKE DI POLIKLINIK SARAF RS ROYAL SURABAYA**

Maka saya bersedia untuk ikut serta dalam penelitian ini .

Surabaya,

Yang menyatakan

( )

**LAMPIRAN 3**

**PERNYATAAN KESEDIAAN MENJADI SUBYEK PENELITIAN**

**(*INFORMED CONCENT*)**

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : ...................................................................................

Umur : ...................................................................................

Setelah mendapat penjelasan dari saudara peneliti, dengan ini saya menyatakan bersedia dan mau berpartisipasi menjadi subyek penelitian yang berjudul: HUBUNGAN DEPRESI DENGAN KUALITAS HIDUP PASIEN PASCA STROKE DI POLIKLINIK SARAF RUMAH SAKIT ROYAL SURABAYA.

Saya tidak mempunyai ikatan apapun dengan peneliti dan apabila saya mengundurkan diri dari penelitian ini, saya akan memberitahu sebelumnya. Keikutsertaan saya dalam penelitian ini tidak dibebani biaya apapun maupun konsekuensi lain.

Demikian pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa paksaan. Saya memahami keikutsertaan ini akan memberikan manfaat dan akan terjaga kerahasiaannya.

Surabaya,.................................2020

Subyek Penelitian

..............................

**LAMPIRAN 4**

**KUISIONER SSQOL**

**KARAKTERISTIK**

1. Nama/Inisial : …………………………………….
2. Jenis Kelamin : Laki-laki/Perempuan
3. Umur : ……… tahun
4. Pendidikan Terakhir : …………………………………….
5. Status Perkawinan : Kawin / Belum kawin (\*lingkari salah satu)

**PETUNJUK PENGISIAN**

***Stroke Specific Quality of Life Scale (SS-QOL)***

Berikut ini terdapat sejumlah pernyataan, bacalah semua pernyataan tersebut dengan teliti dan Bapak/Ibu/sdr/i diminta untuk memberikan tanggapan atas pernyataan pada angket ini sesuai dengan keadaan atau pendapat atau perasaan Bapak/Ibu/Sdr/i. terdapat 5 alternatif jawaban yang bisa dipilih, yaitu:

Selalu : 1

Sangat Sering : 2

Sering : 3

Jarang : 4

Tidak pernah : 5

Dari kelima alternatif jawaban di atas, maka anda diminta untuk menjawab satu jawaban yang paling sesuai dengan keadaan diri anda dengan memberi tanda check (√) pada pilihan yang anda anggap sesuai.

| **No** | **Pernyataan** | **Jawaban** | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1 | Saya merasa lelah sepanjang waktu |  |  |  |  |  |
| 2 | Saya harus berhenti dan istirahat seharian |  |  | `` |  |  |
| 3 | Saya terlalu lelah untuk melakukan yang saya ingin |  |  |  |  |  |
| 4 | Saya tidak bergabung dalam aktivitas hanya untuk bersenang senang dengan keluarga saya |  |  |  |  |  |
| 5 | Saya merasa membebankan keluarga saya |  |  |  |  |  |
| 6 | Kondisi fisik saya mengganggu kehidupan pribadi saya |  |  |  |  |  |
| 7 | Apakah anda punya masalah dalam berbicara? Contohnya seperti gagap |  |  |  |  |  |
| 8 | Apakah anda punya masalah berbicara dengan jelas dengan menggunakan telepon ? |  |  |  |  |  |
| 9 | Apakah orang lain punya masalah untuk memahami apa yang anda katakana? |  |  |  |  |  |
| 10 | Apakah anda punya masalah mengutarakan kata kata yang ingin anda katakana ? |  |  |  |  |  |
| 11 | Apakah anda harus mengulang kata kata untuk bisa dipahami oleh orang lain ? |  |  |  |  |  |
| 12 | Apakah anda punya masalah dalam berjalan? ( Jika anda tidak bisa jalan, lanjut ke pertanyaan 15 dan score pertanyaan 13-14 seperti 1.) |  |  |  |  |  |
| 13 | Apakah anda kehilangan keseimbangan saat ingin mencapai sesuatu? |  |  |  |  |  |
| 14 | Apakah anda punya masalah menaiki tangga ? |  |  |  |  |  |
| 15 | Apakah anda harus berhenti dan istirahat lebih dari yang anda mau saat berjalan atau menggunakan kursiroda ? |  |  |  |  |  |
| 16 | Apakah anda memiliki masalah untuk berdiri ? |  |  |  |  |  |
| 17 | Apakah anda punya masalah bangun dari tempat duduk? |  |  |  |  |  |
| 18 | Saya cemas dan takut akan masa depan saya |  |  |  |  |  |
| 19 | Saya tidak tertarik dengan orang lain atau aktivitas lain |  |  |  |  |  |
| 20 | Saya merasa suka menyendiri dari orang lain |  |  |  |  |  |
| 21 | Saya punya sedikit kepercayaan diri dalam diri saya |  |  |  |  |  |
| 22 | Saya tidak tertarik pada makanan |  |  |  |  |  |
| 23 | Saya suka marah marah |  |  |  |  |  |
| 24 | Saya tidak sabar dengan orang lain |  |  |  |  |  |
| 25 | Kepribadian saya sudah berubah |  |  |  |  |  |
| 26 | Apakah anda membutuhkan bantuan untuk menyiapkan makanan ? |  |  |  |  |  |
| 27 | Apakah anda butuh bantuan untuk makan? Contohnya, memotong makanan dan menyiapkannya? |  |  |  |  |  |
| 28 | Apakah anda butuh bantuan untuk pakai baju ? Contohnya, memakai kaos kaki dan sepatu, mengancing atau memakai retsleting ? |  |  |  |  |  |
| 29 | Apakah anda butuh bantuan untuk mandi ? |  |  |  |  |  |
| 30 | Apakah anda butuh bantuan untuk ke toilet ? |  |  |  |  |  |
| 31 | Saya tidak pergi keluar sesering yang saya mau. |  |  |  |  |  |
| 32 | Saya melakukan hobi hobi saya dan berekreasi untuk waktu yang lebih sebentar dari yang saya mau. |  |  |  |  |  |
| 33 | Saya tidak melihat teman teman saya sesering yang saya inginkan |  |  |  |  |  |
| 34 | Saya memiliki gairah sex lebih sedikit dari yang saya inginkan |  |  |  |  |  |
| 35 | Kondisi fisik saya mengganggu kehidupan social saya |  |  |  |  |  |
| 36 | Sangat sulit untuk saya untuk berkonsentrasi |  |  |  |  |  |
| 37 | Saya punya masalah mengingat hal hal |  |  |  |  |  |
| 38 | Saya harus menulis dulu untuk mengingat sesuatu |  |  |  |  |  |
| 39 | Apakah ada masalah dalam untuk menulis dan mengetik ? |  |  |  |  |  |
| 40 | Apakah ada masalah pakai kaos kaki ? |  |  |  |  |  |
| 41 | Apakah ada masalah memakai kancing ? |  |  |  |  |  |
| 42 | Apakah ada masalah untuk menarik resleting ? |  |  |  |  |  |
| 43 | Apakah ada masalah untuk membuka toples/kendi/guci ? |  |  |  |  |  |
| 44 | Apakah anda ada masalah untuk melihat tv dengan baik untuk menikmati acaranya ? |  |  |  |  |  |
| 45 | Apakah anda ada masalah menggapai benda benda dikarenakan pandangan yang kurang jelas? |  |  |  |  |  |
| 46 | Apakah anda ada masalah melihat benda benda dalam satu sisi/arah ? |  |  |  |  |  |
| 47 | Apakah anda ada masalah dalam melakukan pekerjaan sehari hari disekitar rumah? |  |  |  |  |  |
| 48 | Apakah anda ada masalah untuk menyelesaikan pekerjaan pekerjaan yang anda mulai ? |  |  |  |  |  |
| 49 | Apakah anda ada masalah untuk melakukan pekerjaan yang anda biasa lakukan ? |  |  |  |  |  |

**LAMPIRAN 5**

**KUISIONER BDI**

**“RAHASIA”**

Nama :

Umur :

Pekerjaan :

Pendidikan Terakhir :

Status Perkawinan : Kawin / Belum kawin (\*lingkari salah satu)

(Pilihlah salah satu penyataan yang anda anggap sesuai dengan diri anda saat ini, dengan memberi tanda silang (x) pada huruf di depan penyataan yang anda pilih )

1. 0. Saya tidak merasa sedih
   1. Saya merasa sedih
   2. Saya merasa sedih sepanjang waktu dan saya tidak dapat menghilangkannya
   3. Saya begitu sedih sehingga saya merasa tidak tahan lagi
2. 0. Saya tidak merasa berkecil hati terhadap masa depan
   1. Saya merasa berkecil hati terhadap masa depan
   2. Saya merasa tidak ada sesuatu yang saya nantikan
   3. Saya merasa bahwa tidak ada harapan di masa depan dan segala sesuatunya tidak dapat diperbaiki
3. 0. Saya tidak merasa gagal
   1. Saya merasa lebih banyak mengalami kegagalan daripada rata – rata orang
   2. Kalau saya meninjau kembali hidup saya, yang dapat saya lihat hanyalah banyak kegagalan
   3. Saya merasa sebagai seorang pribadi yang gagal total
4. 0. Saya memperoleh kepuasan atas segala sesuatu seperti biasanya
   1. Saya tidak dapat menikmati segala sesuatu seperti biasanya
   2. Saya tidak lagi memperoleh kepuasan yang nyata dari segala sesuatu
   3. Saya merasa tidak puas atau bosan terhadap apa saja
5. 0. Saya tidak merasa bersalah
   1. Saya cukup sering merasa bersalah
   2. Saya sering merasa sangat bersalah
   3. Saya merasa bersalah sepanjang waktu
6. 0. Saya tidak merasa bahwa saya sedang dihukum
   1. Saya merasa bahwa saya mungkin dihukum
   2. Saya mengharapkan agar dihukum
   3. Saya merasa bahwa saya sedang dihukum
7. 0. Saya tidak merasa kecewa terhadap diri saya sendiri
   1. Saya merasa kecewa terhadap diri saya sendiri
   2. Saya merasa jijik terhadap diri saya sendiri
   3. Saya membenci diri saya sendiri
8. 0. Saya tidak merasa bahwa saya lebih buruk daripada orang lain
   1. Saya selalu mencela diri saya sendiri karena kelemahan atau kekeliruan saya
   2. Saya menyalahkan diri saya sendiri sepanjang waktu atas kesalahan – kesalahan saya
   3. Saya menyalahkan diri saya sendiri atas semua hal buruk yang terjadi
9. 0. Saya tidak mempunyai pikiran untuk bunuh diri
   1. Saya mempunyai pikiran – pikiran untuk bunuh diri, tetapi saya tidak akan melaksanakannya
   2. Saya ingin bunuh diri
   3. Saya akan bunuh diri kalau ada kesempatan
10. 0. Saya tidak menangis lebih dari biasanya
    1. Sekarang saya lebih banyak menangis daripada biasanya
    2. Sekarang saya menangis sepanjang waktu
    3. Saya biasanya dapat menangis, tetapi sekarang saya tidak dapat menangis meskipun saya ingin menangis
11. 0. Sekarang saya tidak merasa lebih jengkel daripada sebelumnya
    1. Saya lebih mudah jengkel atau marah daripada biasanya
    2. Saya sekarang merasa jengkel sepanjang waktu
    3. Saya tidak dibuat jengkel oleh hal – hal yang biasanya menjengkelkan saya
12. 0. Saya masih tetap senang bergaul dengan orang lain
    1. Saya kurang berminat pada orang lain dibandingkan dengan biasanya
    2. Saya tak kehilangan sebagian besar minat saya terhadap orang lain
    3. Saya telah kehilangan seluruh minat saya terhadap orang lain
13. 0. Saya mengambil keputusan – keputusan sama baiknya dengan sebelumnya
    1. Saya lebih banyak menunda keputusan daripada biasanya
    2. Saya mempunyai kesulitan yang lebih besar dalam mengambil keputusan daripada sebelumnya
    3. Saya sama sekali tidak dapat mengambil keputusan apa pun
14. 0. Saya tidak merasa bahwa saya kelihatan lebih jelek daripada sebelumnya
    1. Saya merasa cemas jangan – jangan saya tua atau tidak menarik
    2. Saya merasa bahwa ada perubahan – perubahan tetap pada penampilan saya yang membuat saya kelihatan tidak menarik
    3. Saya yakin bahwa saya kelihatan jelek
15. 0. Saya dapat bekerja dengan baik seperti sebelumnya
    1. Saya membutuhkan usaha istimewa untuk mulai mengerjakan sesuatu
    2. Saya harus memaksa diri saya untuk mengerjakan sesuatu
    3. Saya sama sekali tidak dapat mengerjakan apa – apa
16. 0. Saya dapat tidur nyenyak seperti biasanya
    1. Saya tidak dapat tidur nyenyak seperti biasanya
    2. Saya bangun 2-3 jam lebih awal dari biasanya dan sukar tidur kembali
    3. Saya bangun beberapa jam lebih awal daripada biasanya dan tidak dapat tidur kembali
17. 0. Saya tidak lebih lelah dari biasanya
    1. Saya lebih mudah lelah dari biasanya
    2. Saya hampir selalu merasa lelah dalam mengerjakan segala sesuatu
    3. Saya merasa terlalu lelah untuk mengerjakan apa saja
18. 0. Nafsu makan saya masih seperti biasanya
    1. Nafsu makan saya tidak sebesar biasanya
    2. Sekarang nafsu makan saya jauh lebih berkurang
    3. Saya tidak mempunyai nafsu makan sama sekali
19. 0. Saya tidak banyak kehilangan berat badan akhir - akhir ini
    1. Saya telah kehilangan berat badan 2,5 kg lebih
    2. Saya telah kehilangan berat badan 5 kg lebih
    3. Saya telah kehilangan berat badan 7,5 kg lebih. Saya sengaja berusaha mengurangi berat badan dengan makan lebih sedikit :- ya – tidak
20. 0. Saya tidak mencemaskan kesehatan saya melebihi biasanya
    1. Saya cemas akan masalah kesehatan fisik saya, seperti sakit dan rasa nyeri; sakit perut; ataupun sembelit
    2. Saya sangat cemas akan masalah kesehatan fisik saya dan sulit memikirkan hal – hal lainnya
    3. Saya begitu cemas akan kesehatan fisik saya sehingga saya tidak dapat berpikir mengenai hal – hal lainnya
21. 0. Saya tidak merasa ada perubahan dalam minat saya terhadap seks pada akhir – akhir ini
    1. Saya kurang berminat terhadap seks kalau dibandingkan dengan biasanya
    2. Sekarang saya sangat kurang berminat terhadap seks
    3. Saya sama sekali kehilangan minat terhadap seks

**TOTAL :**

**LAMPIRAN 6**

**LEMBAR JAWABAN BECK DEPRESSION INVENTORY**

N A M A :

Jenis kelamin : P/L

Umur :

Tanggal tes :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **0** | **1** | **2** | **3** | **NILAI** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |  |
| **11** |  |  |  |  |  |
| **12** |  |  |  |  |  |
| **13** |  |  |  |  |  |
| **14** |  |  |  |  |  |
| **15** |  |  |  |  |  |
| **16** |  |  |  |  |  |
| **17** |  |  |  |  |  |
| **18** |  |  |  |  |  |
| **19** |  |  |  |  |  |
| **20** |  |  |  |  |  |
| **21** |  |  |  |  |  |
| JUMLAH TOTAL | | | | |  |

**LAMPIRAN 7**

**LEMBAR OBSERVASI BECK DEPRESSION INVENTORY**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No Responden | Depresi sedang | Depresi parah | Depresi ekstrim |
|  |  |  |  |

**LAMPIRAN 8**

**REKAPITULASI DEMOGRAFI PASIEN**

| No | Umur | Jenis Kelamin | Pendidikan | Status Perkawinan |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 3 | 1 | 4 | 3 |  | Keterangan | | |  |  |  |
| 2 | 2 | 2 | 2 | 1 |  | A. Umur | | | | | |
| 3 | 3 | 2 | 2 | 3 |  |  | 1. < 30 Tahun | | |  |  |
| 4 | 3 | 2 | 4 | 3 |  |  | 2. 31 - 50 Tahun | | | | |
| 5 | 2 | 1 | 1 | 3 |  |  | 3. > 50 Tahun | | |  |  |
| 6 | 3 | 2 | 2 | 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | 2 | 1 | 1 | 3 |  | B. Jenis Kelamin | | | |  |  |
| 8 | 3 | 2 | 2 | 3 |  |  | 1. Laki-laki | | |  |  |
| 9 | 2 | 2 | 1 | 2 |  |  | 2. Perempuan | | |  |  |
| 10 | 3 | 2 | 3 | 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 | 3 | 2 | 3 | 2 |  | C. Pendidikan | | | |  |  |
| 12 | 3 | 2 | 2 | 3 |  |  | 1. SD | |  |  |  |
| 13 | 3 | 2 | 1 | 3 |  |  | 2. SMP | |  |  |  |
| 14 | 3 | 1 | 2 | 2 |  |  | 3. SMA | |  |  |  |
| 15 | 3 | 2 | 2 | 3 |  |  | 4. Sarjana | | | | |
| 16 | 2 | 2 | 1 | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 | 3 | 2 | 2 | 3 |  | D. Status Perkawinan | | | | |  |
| 18 | 3 | 2 | 3 | 2 |  |  | 1. Belum Kawin | | | |  |
| 19 | 3 | 1 | 3 | 3 |  |  | 2. Kawin | |  |  |  |
| 20 | 3 | 1 | 2 | 2 |  |  | 3. Janda/Dud | | |  |  |
| 21 | 3 | 2 | 2 | 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 22 | 3 | 2 | 3 | 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 23 | 2 | 2 | 2 | 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 24 | 2 | 2 | 2 | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 25 | 3 | 1 | 3 | 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 26 | 2 | 2 | 2 | 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 27 | 3 | 1 | 2 | 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 28 | 2 | 2 | 2 | 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 29 | 2 | 1 | 4 | 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 30 | 2 | 2 | 2 | 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 31 | 3 | 2 | 3 | 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 32 | 2 | 1 | 2 | 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 33 | 3 | 2 | 3 | 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 34 | 3 | 2 | 3 | 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 35 | 2 | 1 | 2 | 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 36 | 3 | 1 | 3 | 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 37 | 2 | 2 | 4 | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 38 | 2 | 2 | 3 | 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 39 | 2 | 2 | 2 | 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 40 | 2 | 2 | 3 | 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 41 | 2 | 1 | 3 | 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 42 | 2 | 2 | 3 | 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 43 | 2 | 2 | 2 | 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 44 | 2 | 1 | 3 | 2 |  |  |  |  |  |  |  |

**LAMPIRAN 9**

**REKAPITULASI DEPRESI PASIEN**

| No | Pertanyaan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | Keterangan | Kode |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |
| 1 | 0 | 1 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 2 | 1 | 3 | 2 | 3 | 1 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 47 | Extrim | 3 |
| 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 1 | 0 | 2 | 1 | 3 | 2 | 3 | 1 | 3 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 1 | 0 | 2 | 38 | Parah | 2 |
| 3 | 3 | 3 | 1 | 2 | 3 | 1 | 3 | 2 | 2 | 3 | 0 | 2 | 1 | 3 | 3 | 3 | 1 | 2 | 3 | 1 | 3 | 45 | Extrim | 3 |
| 4 | 1 | 0 | 2 | 1 | 3 | 2 | 2 | 3 | 0 | 0 | 1 | 3 | 0 | 0 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 | 2 | 2 | 31 | Parah | 2 |
| 5 | 3 | 1 | 1 | 2 | 1 | 3 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 3 | 3 | 34 | Parah | 2 |
| 6 | 3 | 2 | 2 | 3 | 0 | 0 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 0 | 2 | 3 | 1 | 3 | 0 | 0 | 1 | 3 | 0 | 30 | Sedang | 1 |
| 7 | 2 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 0 | 1 | 0 | 3 | 0 | 0 | 1 | 3 | 3 | 28 | Sedang | 1 |
| 8 | 1 | 0 | 2 | 1 | 3 | 2 | 0 | 2 | 2 | 3 | 1 | 0 | 2 | 1 | 3 | 2 | 1 | 2 | 1 | 0 | 2 | 31 | Parah | 2 |
| 9 | 3 | 1 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 0 | 1 | 2 | 3 | 1 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 46 | Extrim | 3 |
| 10 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 0 | 2 | 2 | 3 | 1 | 0 | 2 | 39 | Parah | 2 |
| 11 | 2 | 3 | 1 | 0 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 0 | 0 | 1 | 3 | 0 | 2 | 3 | 1 | 3 | 39 | Parah | 2 |
| 12 | 1 | 2 | 3 | 1 | 3 | 0 | 2 | 3 | 0 | 0 | 1 | 3 | 0 | 2 | 1 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 37 | Parah | 2 |
| 13 | 2 | 3 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 3 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 0 | 2 | 3 | 24 | Sedang | 1 |
| 14 | 3 | 3 | 3 | 2 | 1 | 0 | 3 | 0 | 1 | 0 | 1 | 3 | 0 | 0 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 0 | 2 | 35 | Parah | 2 |
| 15 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 0 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 0 | 2 | 2 | 3 | 1 | 0 | 2 | 1 | 37 | Parah | 2 |
| 16 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 2 | 3 | 0 | 3 | 2 | 29 | Sedang | 1 |
| 17 | 3 | 0 | 0 | 1 | 3 | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 | 0 | 3 | 3 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 30 | Sedang | 1 |
| 18 | 3 | 3 | 2 | 1 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 3 | 2 | 3 | 0 | 2 | 2 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 33 | Parah | 2 |
| 19 | 2 | 1 | 2 | 1 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 0 | 2 | 3 | 0 | 0 | 1 | 3 | 0 | 2 | 33 | Parah | 2 |
| 20 | 3 | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 3 | 1 | 0 | 0 | 2 | 0 | 3 | 3 | 2 | 30 | Sedang | 1 |
| 21 | 2 | 2 | 3 | 1 | 0 | 3 | 0 | 0 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 0 | 2 | 3 | 2 | 1 | 0 | 2 | 2 | 30 | Sedang | 1 |
| 22 | 0 | 1 | 2 | 3 | 1 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 49 | Extrim | 3 |
| 23 | 0 | 1 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 0 | 2 | 2 | 0 | 0 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 0 | 2 | 3 | 31 | Parah | 2 |
| 24 | 3 | 0 | 0 | 1 | 3 | 0 | 2 | 3 | 2 | 0 | 1 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 41 | Extrim | 3 |
| 25 | 3 | 3 | 2 | 1 | 3 | 3 | 3 | 3 | 0 | 0 | 1 | 3 | 2 | 0 | 2 | 2 | 3 | 1 | 0 | 2 | 1 | 38 | Parah | 2 |
| 26 | 2 | 1 | 2 | 1 | 0 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 0 | 1 | 2 | 3 | 1 | 3 | 2 | 39 | Parah | 2 |
| 27 | 3 | 3 | 2 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 2 | 2 | 3 | 38 | Parah | 2 |
| 28 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 3 | 1 | 3 | 0 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 28 | Sedang | 1 |
| 29 | 0 | 1 | 2 | 3 | 1 | 3 | 1 | 3 | 3 | 2 | 1 | 3 | 0 | 2 | 3 | 0 | 0 | 1 | 3 | 0 | 2 | 34 | Parah | 2 |
| 30 | 3 | 0 | 0 | 1 | 3 | 0 | 1 | 0 | 3 | 3 | 3 | 1 | 3 | 0 | 3 | 3 | 2 | 1 | 3 | 3 | 2 | 38 | Parah | 2 |
| 31 | 3 | 3 | 2 | 1 | 3 | 3 | 2 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 0 | 2 | 3 | 32 | Parah | 2 |
| 32 | 2 | 1 | 2 | 1 | 0 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 2 | 1 | 3 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 39 | Parah | 2 |
| 33 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 0 | 2 | 3 | 2 | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 40 | Extrim | 3 |
| 34 | 2 | 2 | 3 | 1 | 0 | 3 | 0 | 2 | 3 | 2 | 0 | 2 | 1 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 1 | 3 | 2 | 34 | Parah | 2 |
| 35 | 3 | 0 | 0 | 1 | 3 | 0 | 2 | 3 | 3 | 0 | 0 | 3 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 3 | 29 | Sedang | 1 |
| 36 | 3 | 3 | 2 | 0 | 3 | 0 | 2 | 2 | 3 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 0 | 0 | 34 | Parah | 2 |
| 37 | 2 | 1 | 2 | 1 | 0 | 2 | 2 | 3 | 0 | 2 | 3 | 3 | 0 | 2 | 3 | 0 | 0 | 1 | 3 | 0 | 2 | 32 | Parah | 2 |
| 38 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 0 | 3 | 0 | 3 | 0 | 3 | 0 | 3 | 0 | 3 | 0 | 1 | 1 | 3 | 1 | 2 | 36 | Parah | 2 |
| 39 | 2 | 2 | 3 | 1 | 0 | 3 | 0 | 1 | 3 | 3 | 2 | 1 | 3 | 3 | 2 | 1 | 2 | 1 | 0 | 2 | 2 | 37 | Parah | 2 |
| 40 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 2 | 3 | 3 | 3 | 28 | Sedang | 1 |
| 41 | 0 | 1 | 2 | 3 | 2 | 2 | 1 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 1 | 0 | 3 | 0 | 40 | Extrim | 3 |
| 42 | 2 | 2 | 3 | 2 | 1 | 3 | 3 | 3 | 0 | 2 | 0 | 3 | 0 | 2 | 0 | 1 | 2 | 3 | 1 | 3 | 3 | 39 | Parah | 2 |
| 43 | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 0 | 3 | 3 | 2 | 0 | 1 | 2 | 3 | 2 | 2 | 1 | 35 | Parah | 2 |
| 44 | 1 | 2 | 3 | 2 | 2 | 0 | 1 | 0 | 2 | 2 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 1 | 3 | 3 | 37 | Parah | 2 |

**LAMPIRAN 10**

**REKAPITULASI KUALITAS HIDUP PASIEN**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Pertanyaan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | Keterangan | Kode |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 |
| 1 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 4 | 3 | 3 | 4 | 3 | 3 | 2 | 3 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 2 | 3 | 2 | 2 | 5 | 1 | 2 | 5 | 3 | 1 | 4 | 1 | 1 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 5 | 3 | 5 | 5 | 2 | 2 | 5 | 3 | 2 | 141 | Buruk | 2 |
| 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 4 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 5 | 3 | 3 | 4 | 5 | 2 | 4 | 5 | 2 | 2 | 3 | 4 | 2 | 2 | 4 | 3 | 5 | 3 | 4 | 5 | 5 | 4 | 3 | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | 3 | 4 | 2 | 2 | 4 | 150 | Baik | 1 |
| 3 | 3 | 3 | 1 | 4 | 3 | 4 | 2 | 4 | 5 | 2 | 4 | 5 | 2 | 2 | 3 | 4 | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 3 | 3 | 4 | 5 | 5 | 4 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 4 | 2 | 4 | 3 | 3 | 5 | 3 | 4 | 4 | 3 | 5 | 5 | 3 | 5 | 165 | Baik | 1 |
| 4 | 3 | 2 | 4 | 3 | 3 | 2 | 3 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 3 | 3 | 4 | 5 | 5 | 5 | 2 | 2 | 5 | 3 | 2 | 5 | 3 | 2 | 3 | 4 | 2 | 2 | 2 | 2 | 5 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 4 | 2 | 3 | 4 | 146 | Buruk | 2 |
| 5 | 3 | 4 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 5 | 3 | 2 | 5 | 3 | 2 | 3 | 4 | 2 | 4 | 3 | 4 | 2 | 2 | 4 | 2 | 2 | 3 | 2 | 4 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 4 | 2 | 2 | 4 | 3 | 2 | 4 | 3 | 3 | 5 | 3 | 4 | 3 | 3 | 5 | 145 | Buruk | 2 |
| 6 | 3 | 2 | 4 | 5 | 2 | 2 | 3 | 4 | 2 | 2 | 4 | 2 | 2 | 3 | 4 | 4 | 3 | 4 | 3 | 5 | 5 | 3 | 5 | 5 | 3 | 3 | 4 | 3 | 2 | 4 | 3 | 2 | 4 | 2 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 3 | 2 | 4 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 155 | Baik | 1 |
| 7 | 2 | 3 | 4 | 4 | 3 | 3 | 4 | 5 | 5 | 3 | 5 | 5 | 3 | 3 | 4 | 3 | 2 | 2 | 2 | 4 | 2 | 3 | 4 | 4 | 3 | 2 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 3 | 2 | 4 | 3 | 2 | 2 | 2 | 5 | 3 | 2 | 3 | 5 | 4 | 3 | 3 | 3 | 2 | 5 | 162 | Baik | 1 |
| 8 | 1 | 2 | 2 | 5 | 3 | 2 | 3 | 4 | 2 | 3 | 4 | 2 | 3 | 2 | 4 | 3 | 3 | 5 | 3 | 4 | 3 | 3 | 5 | 4 | 3 | 4 | 3 | 2 | 2 | 2 | 5 | 3 | 2 | 2 | 4 | 5 | 3 | 4 | 2 | 2 | 4 | 3 | 4 | 2 | 4 | 2 | 2 | 3 | 4 | 151 | Baik | 1 |
| 9 | 3 | 3 | 4 | 2 | 2 | 3 | 2 | 4 | 3 | 3 | 5 | 4 | 3 | 4 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 4 | 2 | 2 | 1 | 2 | 4 | 2 | 2 | 4 | 1 | 4 | 2 | 2 | 5 | 1 | 2 | 2 | 3 | 5 | 1 | 4 | 5 | 4 | 4 | 3 | 138 | Buruk | 2 |
| 10 | 3 | 4 | 5 | 5 | 3 | 3 | 4 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 4 | 2 | 4 | 5 | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 4 | 3 | 5 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 5 | 2 | 4 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 4 | 2 | 3 | 2 | 144 | Buruk | 2 |
| 11 | 2 | 3 | 4 | 2 | 3 | 2 | 4 | 3 | 3 | 2 | 5 | 2 | 3 | 3 | 4 | 4 | 3 | 2 | 4 | 2 | 2 | 3 | 4 | 4 | 3 | 2 | 2 | 5 | 2 | 4 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 5 | 3 | 2 | 2 | 140 | Buruk | 2 |
| 12 | 5 | 2 | 5 | 4 | 3 | 4 | 3 | 2 | 2 | 3 | 4 | 4 | 3 | 2 | 2 | 5 | 3 | 2 | 4 | 5 | 4 | 4 | 3 | 2 | 3 | 3 | 4 | 2 | 2 | 5 | 4 | 3 | 3 | 2 | 3 | 4 | 2 | 2 | 4 | 3 | 5 | 3 | 5 | 5 | 2 | 2 | 5 | 3 | 2 | 161 | Baik | 1 |
| 13 | 2 | 3 | 2 | 2 | 4 | 2 | 4 | 5 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 | 4 | 2 | 2 | 4 | 3 | 4 | 3 | 3 | 2 | 1 | 3 | 4 | 5 | 2 | 3 | 4 | 2 | 2 | 4 | 3 | 4 | 5 | 5 | 4 | 3 | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | 3 | 4 | 2 | 2 | 4 | 149 | Baik | 1 |
| 14 | 3 | 3 | 5 | 2 | 3 | 3 | 4 | 4 | 3 | 3 | 2 | 1 | 3 | 4 | 5 | 5 | 3 | 2 | 3 | 5 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 4 | 3 | 4 | 5 | 5 | 4 | 3 | 2 | 3 | 4 | 2 | 4 | 3 | 3 | 5 | 3 | 4 | 4 | 3 | 5 | 5 | 3 | 5 | 168 | Baik | 1 |
| 15 | 2 | 2 | 4 | 4 | 3 | 2 | 2 | 5 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 4 | 2 | 3 | 1 | 3 | 4 | 5 | 5 | 5 | 2 | 2 | 3 | 4 | 2 | 3 | 4 | 2 | 4 | 3 | 3 | 2 | 4 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 4 | 2 | 3 | 4 | 145 | Buruk | 2 |
| 16 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 4 | 2 | 2 | 3 | 2 | 4 | 2 | 2 | 5 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 5 | 3 | 2 | 4 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 4 | 2 | 2 | 3 | 4 | 4 | 3 | 4 | 5 | 3 | 4 | 3 | 3 | 5 | 149 | Baik | 1 |
| 17 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 5 | 5 | 5 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 4 | 2 | 3 | 4 | 2 | 2 | 4 | 3 | 5 | 3 | 5 | 5 | 2 | 2 | 5 | 3 | 2 | 2 | 4 | 2 | 2 | 2 | 4 | 2 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 148 | Baik | 1 |
| 18 | 5 | 2 | 2 | 3 | 4 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 5 | 2 | 2 | 3 | 4 | 5 | 5 | 4 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 4 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 4 | 1 | 4 | 4 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 5 | 2 | 3 | 3 | 3 | 2 | 5 | 138 | Buruk | 2 |
| 19 | 4 | 3 | 3 | 4 | 5 | 5 | 5 | 2 | 2 | 3 | 4 | 2 | 3 | 4 | 2 | 3 | 4 | 2 | 4 | 3 | 3 | 5 | 3 | 2 | 4 | 2 | 5 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 5 | 1 | 4 | 2 | 2 | 4 | 3 | 2 | 1 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 146 | Buruk | 2 |
| 20 | 5 | 3 | 2 | 3 | 4 | 2 | 4 | 3 | 3 | 4 | 5 | 5 | 4 | 5 | 3 | 2 | 4 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 4 | 2 | 3 | 4 | 3 | 4 | 2 | 3 | 4 | 4 | 3 | 5 | 5 | 3 | 2 | 3 | 5 | 2 | 4 | 5 | 4 | 4 | 3 | 164 | Baik | 1 |
| 21 | 2 | 2 | 3 | 2 | 4 | 3 | 5 | 3 | 2 | 3 | 4 | 2 | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 | 2 | 4 | 3 | 2 | 4 | 3 | 3 | 5 | 3 | 4 | 3 | 3 | 5 | 3 | 5 | 5 | 2 | 2 | 5 | 3 | 4 | 2 | 3 | 1 | 3 | 4 | 4 | 3 | 4 | 3 | 3 | 2 | 157 | Baik | 1 |
| 22 | 5 | 3 | 3 | 4 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 4 | 3 | 2 | 4 | 2 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 3 | 2 | 4 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 4 | 2 | 3 | 4 | 2 | 2 | 5 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 5 | 3 | 2 | 2 | 146 | Buruk | 2 |
| 23 | 2 | 3 | 2 | 4 | 3 | 3 | 5 | 3 | 3 | 4 | 3 | 2 | 4 | 3 | 4 | 3 | 2 | 2 | 2 | 5 | 3 | 2 | 3 | 5 | 2 | 1 | 4 | 2 | 4 | 1 | 2 | 4 | 3 | 1 | 5 | 5 | 1 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 5 | 5 | 5 | 146 | Buruk | 2 |
| 24 | 4 | 3 | 4 | 3 | 2 | 2 | 2 | 4 | 2 | 4 | 3 | 3 | 4 | 3 | 2 | 4 | 5 | 3 | 4 | 2 | 2 | 4 | 3 | 2 | 2 | 1 | 3 | 2 | 3 | 1 | 1 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 5 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 5 | 3 | 2 | 2 | 129 | Buruk | 2 |
| 25 | 2 | 4 | 2 | 4 | 5 | 2 | 4 | 3 | 4 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 4 | 2 | 4 | 3 | 3 | 4 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 4 | 5 | 3 | 4 | 1 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 4 | 3 | 3 | 4 | 3 | 5 | 5 | 144 | Buruk | 2 |
| 26 | 2 | 3 | 3 | 4 | 4 | 3 | 2 | 4 | 2 | 4 | 5 | 2 | 4 | 5 | 2 | 2 | 4 | 3 | 4 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 4 | 2 | 3 | 2 | 2 | 4 | 2 | 4 | 3 | 3 | 4 | 3 | 4 | 2 | 4 | 3 | 4 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 |  | 143 | Buruk | 2 |
| 27 | 2 | 3 | 4 | 2 | 2 | 4 | 3 | 5 | 3 | 5 | 5 | 2 | 2 | 5 | 3 | 3 | 2 | 4 | 2 | 4 | 5 | 2 | 4 | 5 | 3 | 2 | 5 | 2 | 2 | 1 | 2 | 4 | 1 | 2 | 1 | 1 | 4 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 4 | 5 | 3 | 4 | 2 | 1 |  | 141 | Buruk | 2 |
| 28 | 3 | 4 | 5 | 5 | 4 | 3 | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | 3 | 4 | 2 | 2 | 4 | 3 | 5 | 3 | 5 | 5 | 2 | 2 | 5 | 4 | 3 | 5 | 3 | 3 | 2 | 4 | 2 | 4 | 5 | 2 | 4 | 3 | 2 | 2 | 4 | 2 | 4 | 3 | 3 | 4 | 3 | 2 | 5 |  | 161 | Baik | 1 |
| 29 | 2 | 3 | 4 | 2 | 4 | 3 | 3 | 5 | 3 | 4 | 4 | 3 | 5 | 5 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | 3 | 4 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 4 | 3 | 5 | 3 | 5 | 5 | 2 | 2 | 4 | 2 | 4 | 3 | 4 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 4 |  | 153 | Baik | 1 |
| 30 | 3 | 2 | 4 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 4 | 2 | 3 | 3 | 3 | 5 | 3 | 4 | 4 | 3 | 5 | 5 | 3 | 3 | 5 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | 3 | 4 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 4 | 5 | 3 | 4 | 2 | 2 | 4 |  | 148 | Baik | 1 |
| 31 | 3 | 4 | 3 | 2 | 4 | 3 | 2 | 4 | 3 | 3 | 5 | 3 | 4 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 4 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 5 | 3 | 4 | 4 | 3 | 5 | 4 | 2 | 4 | 2 | 3 | 2 | 2 | 4 | 2 | 4 | 3 | 3 |  | 145 | Buruk | 2 |
| 32 | 2 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 3 | 2 | 4 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 4 | 3 | 3 | 5 | 3 | 4 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 4 | 5 | 3 | 2 | 5 | 2 | 2 | 4 | 3 | 4 | 3 | 2 | 2 |  | 142 | Buruk | 2 |
| 33 | 2 | 3 | 4 | 2 | 2 | 4 | 3 | 5 | 3 | 5 | 5 | 2 | 2 | 5 | 3 | 4 | 3 | 2 | 4 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 4 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 4 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 4 | 2 | 3 | 5 | 2 | 3 | 2 | 4 | 2 | 4 | 5 | 2 |  | 144 | Buruk | 2 |
| 34 | 3 | 4 | 5 | 5 | 4 | 3 | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | 3 | 4 | 2 | 2 | 4 | 3 | 5 | 3 | 5 | 5 | 2 | 3 | 5 | 4 | 2 | 2 | 1 | 4 | 2 | 2 | 4 | 2 | 1 | 4 | 2 | 4 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 5 | 2 |  | 144 | Buruk | 2 |
| 35 | 2 | 3 | 4 | 2 | 4 | 3 | 3 | 5 | 3 | 4 | 4 | 3 | 5 | 5 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | 3 | 4 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 4 | 3 | 5 | 3 | 5 | 2 | 2 | 5 | 3 | 3 | 3 | 5 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | 3 |  | 154 | Baik | 1 |
| 36 | 3 | 2 | 4 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 4 | 2 | 3 | 3 | 3 | 5 | 3 | 4 | 4 | 3 | 5 | 5 | 3 | 3 | 5 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 4 | 3 | 4 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 5 | 3 | 4 | 4 | 3 |  | 148 | Baik | 1 |
| 37 | 3 | 4 | 3 | 2 | 4 | 3 | 2 | 4 | 3 | 3 | 5 | 3 | 4 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 4 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 5 | 3 | 4 | 3 | 5 | 5 | 4 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 |  | 142 | Buruk | 2 |
| 38 | 3 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 3 | 2 | 4 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 4 | 3 | 3 | 5 | 3 | 4 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 4 | 2 | 2 | 4 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 4 | 3 | 3 | 5 | 3 |  | 142 | Buruk | 2 |
| 39 | 4 | 3 | 2 | 2 | 2 | 5 | 3 | 2 | 3 | 5 | 4 | 3 | 3 | 3 | 2 | 4 | 3 | 2 | 4 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 4 | 3 | 2 | 4 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 4 | 3 | 3 | 4 | 3 | 5 | 3 | 4 | 3 | 2 | 4 | 2 | 2 | 4 |  | 145 | Buruk | 2 |
| 40 | 2 | 4 | 5 | 3 | 4 | 2 | 2 | 4 | 3 | 4 | 2 | 4 | 2 | 2 | 3 | 5 | 3 | 2 | 3 | 5 | 4 | 3 | 3 | 3 | 5 | 3 | 2 | 3 | 5 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 4 | 3 | 2 | 2 | 2 | 4 | 3 | 5 | 3 | 5 | 2 | 2 |  | 153 | Baik | 1 |
| 41 | 3 | 4 | 4 | 3 | 5 | 5 | 3 | 2 | 3 | 5 | 2 | 4 | 5 | 4 | 4 | 2 | 2 | 4 | 3 | 4 | 2 | 4 | 2 | 2 | 2 | 2 | 4 | 3 | 4 | 2 | 4 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 4 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 3 | 4 |  | 144 | Buruk | 2 |
| 42 | 2 | 3 | 5 | 3 | 4 | 2 | 3 | 1 | 3 | 4 | 4 | 3 | 4 | 3 | 3 | 5 | 3 | 2 | 3 | 5 | 2 | 4 | 5 | 4 | 5 | 3 | 2 | 3 | 5 | 2 | 4 | 5 | 4 | 3 | 4 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 5 | 3 | 4 | 3 | 5 |  | 160 | Baik | 1 |
| 43 | 3 | 4 | 2 | 2 | 5 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 5 | 3 | 2 | 2 | 3 | 1 | 3 | 4 | 4 | 3 | 4 | 3 | 2 | 3 | 1 | 3 | 4 | 4 | 3 | 4 | 3 | 3 | 5 | 5 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 4 |  | 146 | Buruk | 2 |
| 44 | 4 | 5 | 5 | 3 | 2 | 3 | 3 | 4 | 2 | 2 | 1 | 3 | 4 | 5 | 5 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 5 | 3 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 5 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 4 | 3 | 2 | 4 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 4 |  | 148 | Baik | 1 |

**Keterangan :**

Buruk = 49- 147

Baik = 148 - 245

**LAMPIRAN 11**

**FREKUENSI DATA UMUM**

**Frequencies**

****

**Frequency Table**

****

****

****

**LAMPIRAN 12**

**FREKUENSI DATA KHUSUS**

**Frequencies**

****

**Frequency Table**

****

****

**LAMPIRAN 13**

**TABULASI SILANG**

**DEPRESI BERDASARKAN DEMOGRAFI PASIEN**

**Crosstabs**

****

****

****

****

****

**LAMPIRAN 14**

**TABULASI SILANG**

**KUALITAS HIDUP BERDASARKAN DEMOGRAFI PASIEN**

**Crosstabs**

****

****

****

****

****

**LAMPIRAN 15**

**TABULASI SILANG**

**Crosstabs**

****

****

**LAMPIRAN 16**

**ANALISIS KORELASI**

**RANK SPEARMAN RHO**

**Nonparametric Correlations**

****