



**SKRIPSI**

**HUBUNGAN TINGKAT DEPRESI DENGAN DURASI TIDUR  
PADA PASIEN STROKE DI RS. STELLA MARIS  
MAKASSAR**

**PENELITIAN NON-EKPERIMENTAL**

**OLEH**

**AGUSTINA**

**NIM: C1214201001**

**GLORYA RIANA LATUPERISSA**

**NIM: C1214201020**

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN DAN NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS  
MAKASSAR**

**2016**



## **SKRIPSI**

# **HUBUNGAN TINGKAT DEPRESI DENGAN DURASI TIDUR PADA PASIEN STROKE DI RS. STELLA MARIS MAKASSAR**

**Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan Pada Sekolah Tinggi  
Ilmu Kesehatan (STIK) Stella Maris Makassar**

**OLEH**

**AGUSTINA**

**NIM: C1214201001**

**GLORIA RIANA LATUPERISSA**

**NIM: C1214201020**

**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN DAN NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS  
MAKASSAR  
2016**

## PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Agustina (C. 12. 14201. 001)  
: Glorya Riana Latuperissa (C. 12. 14201. 020)

Menyatakan dengan sungguh-sungguh bahwa skripsi ini merupakan hasil karya kami sendiri, dan bukan merupakan duplikasi ataupun plagiasi (jiplakan) dari hasil penelitian orang lain.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 15 April 2016

Yang menyatakan

(Agustina)

(Glorya Riana Latuperissa)

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**SKRIPSI**

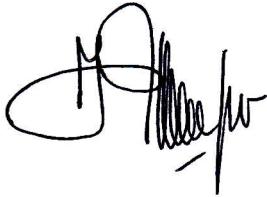
**HUBUNGAN TINGKAT DEPERESI DENGAN DURASI TIDUR  
PADA PASIEN STROKE DI RS. STELLA MASRIS  
MAKASSAR**

**Diajukan Oleh:**

**AGUSTINA (C.12.14201.001)  
GLORYA RIANA LATUPERISSA (C.1214201.020)**

**Disetujui Oleh:**

**Pembimbing**



**(Henny Pongantung, S.Kep., Ns., MSN)**

**NIDN. 0912106501**

**Bagian Akademik dan  
Kemahasiswaan**



**(Sr. Anita Sampe, JMJ., S.Kep., Ns., MAN)**

**NIDN. 0917107402**

**HALAMAN PENGESAHAN  
SKRIPSI**

**HUBUNGAN TINGKAT DEPRESI DENGAN DURASI TIDUR  
PADA PASIEN STROKE DI RS. STELLA MARIS  
MAKASSAR**

Yang Dipersiapkan dan Disusun Oleh:

**Agustina**  
C.12.14201.001

**Glorya Riana Latuperissa**  
C.12.14201.020

Telah Dibimbing dan Disetujui Oleh:

**Henny Pongantung, S.Kep.,Ns.,MSN**  
NIDN. 0912106501

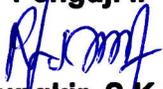
Telah Diuji Dan Dipertahankan  
Dihadapan Dewan Penguji Pada Tanggal 29 Januari 2016  
dan Dinyatakan Telah Memenuhi Syarat Untuk Diterima

**Susunan Dewan Penguji**

**Penguji I**

  
**Lorantina A. Ns., M.Kep**  
NIDN. 0909108301

**Penguji II**

  
**Ns. Rosmina Situngkir, S.K.M., S.Kep., M.Kes**  
NIDN. 0925117501

**Penguji III**

**Henny Pongantung, S.Kep.,Ns.,MSN**  
NIDN. 0912106501

Makassar, 18 April 2016

Program Studi S1 Keperawatan dan Ners  
Ketua STIK Stella Maris Makassar

**Henny Pongantung, S.Kep.,Ns.,MSN**  
NIDN. 0912106501

## **PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI SKRIPSI**

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Agustina (C. 12. 14201. 001)

: Glorya Riana Latuperissa (C. 12. 14201. 020)

Menyatakan menyetujui dan memberikan kewenangan kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar untuk menyimpan, mengalih-media/formatkan, merawat dan mempublikasikan skripsi ini untuk kepentingan pengembangan ilmu pengetahuan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 15 April 2016

Yang menyatakan

(Agustina)

(Glorya Riana Latuperissa)

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat dan penyertaanNya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul **“Hubungan Tingkat Depresi Dengan Durasi Tidur Pada Pasien Stroke Di RS. Stella Maris Makassar”**.

Penulis menyadari bahwa masih terdapat kekurangan dalam penulisan skripsi ini sebagai wujud ketidaksempurnaan manusia dalam berbagai hal disebabkan keterbatasan pengetahuan dan ilmu yang penulis miliki. Oleh karena itu, penulis sangat harapkan saran dan kritik yang membangun demi penyempurnaan skripsi ini.

Selama penyusunan skripsi ini, penulis banyak mendapat bantuan dari berbagai pihak, baik moril maupun materil sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitian ini dengan baik. Oleh karena itu pada kesempatan ini menghaturkan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Henny Pongantung, S.Kep., Ns, MSN selaku ketua STIK Stella Maris Makssar, juga selaku pembimbing yang telah banyak memberikan masukan selama penyusunan skripsi di STIK Stella Maris Makassar.
2. Sr. Anita Sampe, JMJ, S.Kep.,Ns., MAN selaku Ketua Bidang Akademik Kemahasiswaan.
3. Fransiska Anita E.R.S, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.KMB selaku Ketua Program Studi S1 Keperawatan STIK Stella Maris Makassar.
4. Bapak dan Ibu Dosen beserta seluruh staff pegawai STIK Stella Maris Makssar yang telah memberikan bekal ilmu pengetahuan dan fasilitas selama menempuh pendidikan
5. Teristimewa untuk orang tua kami tercinta, orang tua dari Agustina (Bapak Daniel Alik dan Ibu Hasna Limbong) dan orang

tua dari Glorya Riana Latuperissa (Ibu Tini Sutini), dan kepada sanak saudara, om dan tante dan keluarga besar Agustina dan Glorya Riana Latuperissa yang mendampingi dan mendukung kami baik itu lewat doa, perhatian, bimbingan, cinta kasih serta dukungan material.

6. Seluruh teman-teman angkatan 2012 yang telah memberikan masukan yang bermakna. Terima kasih atas kebersamaannya selama ini, kenangan bersama kalian tidak akan pernah terkupakan. Sukses buat kita semua.
7. Seluruh pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah banyak mendukung baik secara langsung maupun tidak langsung dalam menyelesaikan skripsi ini.

Akhir kata, semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi pembaca dan menjadi sumber informasi bagi penelitian selanjutnya.

Makassar, April 2016

Tim Penulis

## ABSTRAK

### HUBUNGAN TINGKAT DEPRESI DENGAN DURASI TIDUR PADA PASIEN STROKE DI RS. STELLA MARIS MAKASSAR (dibimbing oleh Henny Pongantung)

<sup>1</sup>AGUSTINA

<sup>2</sup>GLORYA RIANA LATUPERISSA  
PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN DAN NERS  
XVII + 57 halaman + 23 daftar pustaka + 8 tabel + 8 lampiran

Depresi merupakan gangguan *mood* yang sering dikaitkan dengan penyakit kronis seperti stroke. Gejala depresi paska stroke sering luput dari perhatian para klinisi, padahal penanganan yang lebih awal, tepat dan terpadu akan berhasil lebih efektif. Pasien depresi yang tidak mendapatkan penanganan sejak awal menyebabkan depresi menjadi lebih berat sehingga durasi tidur menjadi lebih pendek. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui hubungan tingkat depresi dengan durasi tidur pada pasien stroke di RS. Stella Maris Makassar. Jenis penelitian ini bersifat deskriptif analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien stroke baik laki-laki maupun perempuan yang di rawat di RS. Stella Maris Makassar dan teknik pengambilan sampel yaitu *nonprobability sampling* dengan pendekatan *consecutive sampling*, dengan jumlah sampel penelitian 32 responden. Pengumpulan data dengan menggunakan kuesioner untuk tingkat depresi dan durasi tidur. Uji statistik yang digunakan adalah uji *Chi-Square* dengan menggunakan *uji alternatif kolmogorov-Smirnov Z* untuk mengetahui hubungan tingkat depresi dengan durasi tidur, diperoleh nilai  $= 0,000$ , hal ini menunjukkan nilai  $<$  maka dapat disimpulkan hipotesis nol ( $H_0$ ) ditolak dan hipotesis alternatif ( $H_a$ ) diterima artinya ada hubungan antara tingkat depresi dan durasi tidur.

Kata kunci: tingkat depresi, durasi tidur, stroke  
Kepustakaan : 23 buku (2007 – 2015)

## **ABSTRACT**

### **RELATIONSHIP THE LEVEL OF DEPRESSION WITH SLEEP DURATION OF STROKE PATIENTS AT THE HOSPITAL STELLA MARIS MAKASSAR (supervised by Henny Pongantung)**

**<sup>1</sup>AGUSTINA**

**<sup>2</sup>GLORYA RIANA LATUPERISSA**

**STUDY PROGRAM S1 NURSING AND NURSES**

**XVII + 57 pages + 23 library + 8 tables + 8 appendix**

Depression is one of the most common mental disorders associated in chronic diseases such as stroke. Symptoms of post-stroke depression often unnoticed by clinicians, whereas early management, accurate and integrated, will be more effective. Depression patients who do not get handling since the early causes of depression become heavier so it became shorter sleep duration. The purpose of this research is to know relationship the level of depression with sleep duration of stroke patients in the Hospital Stella Maris Makassar. This was a descriptive analytic study with cross sectional approach. The population in this research is all stroke patients both men as well as women who are in care in the Hospital Stella Maris Makassar and nonprobability sampling technique that is a sampling approach to sampling, with the number of consecutive samples of 32 respondents research. Data collection using the questionnaire for depression levels and sleep duration. Statistical tests used was Chi-Square test using alternative test kolmogorov-Smirnov Z to know the relationship of the level of depression with the duration of sleep, the retrieved value of  $p = 0.000$ , this shows the value of  $p$  can be inferred then  $p < \alpha$  hypothesis of zero ( $H_0$ ) was rejected and the alternative hypothesis ( $H_a$ ) accepted means there is a relationship between the level of depression and sleep duration.

**Keywords** : the level of depression, sleep duration, stroke

**References** : 23 book (2007-2015)

## DAFTAR ISI

	<b>Halaman</b>
<b>HALAMAN DEPAN .....</b>	<b>i</b>
<b>HALAMAN SAMPUL DALAM .....</b>	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN ORSINALIS.. .....</b>	<b>iii</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN SKRIPSI .....</b>	<b>iv</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN.....</b>	<b>v</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI .....</b>	<b>vi</b>
<b>KATA PENGANTAR .....</b>	<b>vii</b>
<b>HALAMAN ABSTRAK .....</b>	<b>ix</b>
<b>HALAMAN DAFTAR ISI.....</b>	<b>xi</b>
<b>HALAMAN DAFTAR TABEL .....</b>	<b>xiv</b>
<b>HALAMAN DAFTAR GAMBAR .....</b>	<b>xv</b>
<b>HALAMAN DAFTAR ARTI LAMBANG, SINGKATAN DAN ISTILAH .....</b>	<b>xvi</b>
<b>HALAMAN DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xvii</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	5
C. Tujuan Penelitian .....	6
1. Tujuan Umum .....	6
2. Tujuan Khusus .....	6
D. Manfaat penelitian .....	6
1. Bagi Masyarakat .....	6
2. Bagi Tenaga Kesehatan .....	6
3. Bagi Institusi .....	6
4. Bagi Peneliti .....	6
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>7</b>
A. Tinjauan Umum Tentang Tingkat Depresi.....	7
1. Pengertian .....	7
2. Prevalensi Tingkat Depresi .....	7

3. Ciri Kepribadian Depresi .....	9
4. Gejala Klinis Depresi .....	10
5. Depresi Pasca Stroke .....	11
6. Alat Ukur Derajat Depresi .....	13
B. Tinjauan Umum Tentang Durasi Tidur .....	17
1. Pengertian .....	17
2. Fisiologi Tidur .....	18
3. Fungsi Tidur .....	22
4. Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Tidur .....	24
5. Durasi Tidur .....	26
6. Gangguan Tidur .....	27
C. Tinjauan Umum Tentang Stroke .....	29
1. Pengertian .....	29
2. Etiologi .....	29
3. Patofisiologi .....	29
4. Faktor Resiko .....	31
5. Klasifikasi .....	32
6. Manifestasi Klinis .....	33
7. Pemeriksaan Diagnostik .....	35
8. Komplikasi .....	36
9. Penatalaksanaan Medis .....	36
<b>BAB III KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS .....</b>	<b>37</b>
A. Kerangka Konseptual.....	37
B. Hipotesis .....	38
C. Defenisi Operasional.....	39
<b>BAB IV METODE PENELITIAN .....</b>	<b>41</b>
A. Jenis Penelitian .....	41
B. Tempat Dan Waktu Penelitian .....	41
C. Populasi Dan Sampel.....	41
D. Instrumen Penelitian .....	42
E. Pengumpulan Data .....	43

F. Pengolahan Dan Penyajian Data .....	44
G. Analisa Data.....	45
1. Analisa Univariat.....	45
2. Analisa Bivariat .....	45
<b>BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>46</b>
A. Hasil .....	46
1. Pengantar .....	46
2. Gambar Lokasi Penelitian .....	46
3. Karakteristik Responden .....	48
4. Hasil Analisa Variabel Yang Diteliti.....	50
B. Pembahasan .....	52
<b>BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>56</b>
A. Kesimpulan .....	56
B. Saran .....	56
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR TABEL

	<b>Halaman</b>
Tabel 2.1 Alat Ukur HRS-D.....	14
Tabel 3.1 Defenisi Oprerasional.....	41
Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kelompok Umur .....	48
Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin.....	48
Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan.....	49
Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Depresi.....	50
Tabel 5.5 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Durasi Tidur .....	50
Tabel 5.6 Analisis Hubungan Tingkat Depresi Dan Durasi Tidur Pada Pasien Stroke.....	51

## DAFTAR GAMBAR

	<b>Halaman</b>
Gambar 2.1 Tahap-tahap Siklus Tidur Orang Dewasa.....	26
Gambar 3.1 Bagan Kerangka Konsep.....	40

## DAFTAR LAMBANG, SINGKATAN DAN ISTILAH

WHO	: <i>World Health Organisation</i>
RISKESDAS	: Riset Kesehatan Dasar
HRS-D	: <i>Halminton Rating Scale for Depression</i>
RAS	: <i>Reticular Activating System</i>
BSR	: <i>Bulbar Synchronizing Region</i>
EEG	: Elektroensefalogram
EMG	: Elektromiogram
EOG	: Elektrookulogram
SAR	: <i>Sytem Aktivasi Reticular</i>
NREM	: <i>Nonrapid Eye Movement</i>
REM	: <i>Rapid Eye Movement</i>
CSS	: Cairan Serebrospinal
$H_0$	: Hipotesis Nol (praduka tidak ada)
$H_a$	: Hipotesis Alternatif
>	: Lebih Dari
<	: Kurang Dari
	: Lebih Dari Sama Dengan
	: Kurang Dari Sama Dengan
	: Alpha

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1. Jadwal Kegiatan

Lampiran 2. Surat Persetujuan Responden

Lampiran 3. Permohonan Menjadi Responden

Lampiran 4. Kuesioner Penelitian Tingkat Depresi Dan Durasi Tidur

Lampiran 5. Surat Izin Pengambilan Data Awal

Lampiran 6. Surat Izin Penelitian

Lampiran 7. Surat Kegiatan Melakukan Penelitian

Lampiran 8. Master Tabel

Lampiran 9. Hasil Analisis

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Stroke merupakan masalah kesehatan yang perlu mendapat perhatian khusus dan dapat menyerang siapa saja dan kapan saja, tanpa memandang ras, jenis kelamin, atau usia. Penyakit ini disebut-sebut sebagai salah satu penyakit yang mematikan dan menyebabkan kecacatan serius.

Secara global, stroke menduduki urutan ke-2 sebagai penyakit yang mematikan selain jantung dan kanker. Pada umumnya, stroke menyerang orang-orang yang berusia di atas 40 tahun, namun tidak bisa dipungkiri penyakit ini dapat juga menyerang semua usia. Orang yang menderita stroke pasti mengalami perubahan dalam hidupnya, walaupun telah mendapatkan pemulihan secara lengkap (Arum, 2015).

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), setiap tahunnya terdapat 15 juta orang di seluruh dunia menderita stroke. Diantaranya ditemukan jumlah kematian sebanyak 5 juta orang dan 5 juta orang lainnya mengalami kecacatan yang permanen. Kematian akibat stroke sebesar 51% di seluruh dunia disebabkan oleh tekanan darah tinggi. Selain itu, diperkirakan sebesar 16% kematian stroke disebabkan tingginya kadar glukosa darah dalam tubuh.

Berdasarkan data dan hasil Riset Kesehatan Dasar (2013), stroke merupakan penyebab kematian utama di Indonesia. Prevalensi stroke berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan (Nakes) dan gejala tertinggi terdapat di Sulawesi Selatan (17,9‰), Di Yogyakarta (16,9‰), Sulawesi Tengah (16,6‰), diikuti Jawa Timur sebesar 16,0‰. Prevalensi penyakit stroke di Indonesia meningkat

seiring bertambahnya umur. Kasus stroke tertinggi yang terdiagnosis tenaga kesehatan adalah usia 75 tahun keatas (43,1%) dan terendah pada kelompok usia 15-24 tahun yaitu sebesar 0,2%. Prevalensi stroke berdasarkan jenis kelamin lebih banyak laki-laki 7,1% dibandingkan dengan perempuan yaitu 6,8% (Riskesdas, 2013).

Data prevalensi stroke Rumah Sakit Stella Maris Makassar pada tahun 2013 mencapai 314 (2,1%) dari total 16.710 pasien, pada tahun 2014 angka tersebut menurun menjadi 339 (1,6%) dari 21.277 pasien sedangkan data terbaru pada tahun 2015 menunjukkan penurunan menjadi 236 (1,3%) dari 18.066 pasien (Rekam Medik Rumah Sakit Stella Maris, 2015).

Prevalensi stroke yang tinggi, cenderung menyebabkan pasien stroke mengalami depresi. Dimana pada penelitian Jefking Dudung, *et al.* (2012) mengenai Prevalensi Depresi Pada Pasien Stroke Yang Di Rawat Inap Di Irina F. RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado memperlihatkan bahwa sebanyak 45,8% responden mengalami depresi ringan, 25% responden mengalami depresi sedang, 4,2% responden mengalami depresi berat, dan 25% responden tidak mengalami depresi.

Depresi dapat mengenai siapa saja, tetapi orang-orang dengan penyakit yang serius seperti stroke memiliki risiko lebih tinggi karena depresi ditimbulkannya itu sebagai akibat dari lesi (kerusakan) pada susunan saraf pusat otak dan biasa juga akibat dari gangguan penyesuaian (*adjustment disorder*) karena ketidakmampuan fisik dan kognitif pasca stroke. Hubungan antara gejala-gejala depresi dan penyakit serebrovaskuler telah banyak dilaporkan. Beberapa peneliti bahkan mengusulkan suatu istilah *vascular depression* yang khusus menggambarkan kelainan klinis tersebut. Seringkali depresi pasca-stroke kurang mendapat perhatian sehingga mudah terlewatkan dan tidak terdiagnosis. Penderita stroke, anggota keluarga dan teman-temannya, bahkan

biasanya dokter yang merawatnya dapat secara salah menafsirkan gejala depresi yang dianggapnya sebagai suatu reaksi yang tak terhindarkan yang timbul karena penderita mendapat serangan stroke. Padahal, diagnosis dan pengobatan depresi yang baik dapat memberi keuntungan yang nyata pada seseorang yang sedang dalam penyembuhan.

Depresi sering dijumpai, baik pada masa akut maupun pada masa kronik. Menghadapi mundurnya mobilitas, kekuatan fisik, kesulitan kerja, hobi, kemampuan kognitif akan mencetuskan munculnya depresi. Banyak penderita menilai harga-dirinya dari sudut pandang kemampuan aktivitasnya. Ditaksir sekitar 26-60% penderita stroke menunjukkan gejala klinis depresi. Berdasarkan penelitian Robinson., *et al.* (1983) dalam Lumbantobing, (2007) mendapatkan dua per tiga dari 103 penderita pasca stroke mengalami depresi, didapatkan meningkatnya frekuensi dan beratnya depresi sekurang-kurangnya 6 bulan – 2 tahun dibandingkan dengan kurun waktu lainnya. Penderita dengan lesi di lobus frontal kiri mempunyai skor depresi yang lebih tinggi pada skala Zung dan skala Hamilton dibandingkan dengan lesi di tempat lain (Lumbantobing, 2007).

Penderita stroke yang mengalami depresi berat sering kali kurang responsif terhadap upaya rehabilitasi, bersifat mudah marah, dan menunjukkan perubahan perilaku atau kepribadian. Tetapi depresi adalah suatu kelainan yang harus dilihat secara terpisah dari stroke, dan harus ditangani sedini mungkin bahkan ketika penderita sedang menjalani proses rehabilitasi. Meskipun gejala-gejala depresi tumpang tindih dengan simtom pasca-stroke, seorang profesional kesehatan yang terlatih harus mampu mengenali gejala depresi tersebut, mendiagnosis dan kemudian merancang pengobatannya karena depresi yang tidak ditangani dengan baik akan menyebabkan masalah tidur yang tidak teratur.

Tidur merupakan kebutuhan dasar yang dibutuhkan oleh semua orang. Untuk dapat berfungsi secara normal, maka setiap orang memerlukan istirahat dan tidur yang cukup. Pada kondisi istirahat dan tidur, tubuh melakukan proses pemulihan untuk mengembalikan stamina tubuh hingga berada dalam kondisi yang optimal (Asmadi, 2008).

Jika orang memperoleh tidur yang cukup, mereka merasa tenaganya telah pulih. Beberapa ahli tidur yakin bahwa perasaan tenaga yang pulih ini menunjukkan tidur dan memberikan waktu untuk memperbaiki dan penyembuhan system tubuh untuk periode keterjagaan berikutnya (Potter & Perry, 2012).

Banyak penderita stroke yang menghabiskan lebih banyak waktu tidurnya untuk tidur. Tidak jarang dari mereka tidur di siang hari, kemudian ketika malam tiba, mereka terjaga sepanjang malam sehingga hal ini yang mengakibatkan siklus tidur tidak teratur. Pada hari-hari pertama sejak terserang stroke pasien sering tidur sepanjang hari, ia bangun ketika diajak berbicara atau sedang menjalani perawatan dari perawat. Ini dikarenakan ada pembengkakan di dalam otak sehingga meningkatkan tekanan di dalam otak. Penekanan yang tinggi dapat menyebabkan berkurangnya fungsi otak secara menyeluruh (Arum, 2015).

Sering kali, pemberi perawatan kesehatan berupaya untuk mengintervensi klien yang melaporkan tidur kurang dari 8 jam setiap malam berdasarkan asumsi yang tidak terbukti bahwa tidur 8 jam adalah jumlah waktu tidur yang optimum. Para peneliti memeriksa asumsi ini dengan menginvestigasi hubungan antara angka harapan hidup dan lama waktu tidur (Kripe., et al. 2002). Setelah mengontrol berbagai variable lain, lebih dari 1 juta orang dewasa di Amerika menunjukkan bahwa angka harapan hidup terbaik adalah mereka yang tidur 7 jam per malam. Angka harapan

hidup terburuk adalah mereka yang tidur lebih dari 8,5 jam atau kurang dari 3,5 atau 4,5 jam setiap malam (Barbara., *et al.* 2011).

Selain itu, pada penelitian Jing Fang., *et al.* (2014) mengenai *Sleep Duration and History of Stroke Among Adult From the USA* menunjukkan bahwa durasi tidur pendek berhubungan dengan peningkatan resiko stroke sehingga adanya asosiasi antara durasi tidur dengan prevalensi stroke dengan menggunakan data dari *Nasional System Surveilans*

Penelitian pada 17 Juli 2008 oleh Jiu-Chiuan Chen.,*et al.* mengenai *“Sleep Duration and Risk of Ischemic Stroke in Postmenopausal Women”*. Terdapat hubungan lebih kuat dengan durasi tidur 6 jam per malam yang dicatat pada wanita dengan tanpa riwayat penyakit kardiovaskular. Pada analisis tersebut juga terdapat efek samping tidur panjang (9 jam) tersebut terhadap peningkatan risiko stroke iskemik berkaitan dengan frekuensi mendengkur dan mengantuk.

Data diatas dapat menunjukkan bahwa pasien stroke mengalami depresi baik itu depresi ringan, depresi sedang, dan depresi berat yang dapat menyebabkan berkurangnya kebutuhan tidur atau masalah durasi tidur.

Dengan melihat fenomena dan data yang ada di atas maka peneliti tertarik untuk membuktikan apakah ada hubungan antara tingkat depresi dengan durasi tidur pada pasien stroke dengan judul penelitian “Hubungan Tingkat Depresi Dengan Durasi Tidur Pada Pasien Stroke di RS. Stella Maris.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian dalam latar belakang masalah, dirumuskan pertanyaan penelitian sebagai berikut, “Apakah ada hubungan antara tingkat depresi dengan durasi tidur pada pasien stroke di RS. Stella Maris?”

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Mengetahui hubungan tingkat depresi dengan durasi tidur pada pasien stroke di RS. Stella Maris

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mengidentifikasi tingkat depresi pada pasien stroke
- b. Mengidentifikasi durasi tidur pada pasien stroke
- c. Mengetahui hubungan antara tingkat depresi dengan durasi tidur pada pasien stroke

## **D. Manfaat Penelitian**

### **1. Bagi Masyarakat**

Sebagai bahan masukan bagi masyarakat bahwa sangat penting untuk memperhatikan tingkat depresi yang akan mempengaruhi durasi tidur pada pasien stroke

### **2. Bagi Tenaga Kesehatan**

Sebagai bahan masukan untuk menambah literatur dan lingkup keperawatan dalam asuhan keperawatan yang sesuai dengan kebutuhan dasar manusia pada pasien stroke

### **3. Bagi Institusi**

Penelitian ini diharapkan dapat menambah ilmu pengetahuan dan sebagai bahan masukan dalam proses belajar, terutama dalam bidang keperawatan medikal bedah dan kebutuhan dasar manusia khususnya pada pasien stroke

### **4. Bagi Peneliti**

Merupakan pengalaman ilmiah yang berharga dalam mengaplikasikan dan menambahkan wawasan peneliti tentang hubungan tingkat depresi dengan durasi tidur pada pasien stroke

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Tinjauan Umum Tentang Tingkat Depresi

##### 1. Pengertian

Depresi merupakan kesedihan dan kekhawatiran dalam waktu yang cukup lama disertai oleh perasaan tidak berharga. Jadi, depresi lebih di dominasikan oleh perasaan-perasaan yang tidak menyenangkan dan intensitasnya cukup kuat serta berlangsung lama (Saam & Wahyuni, 2013).

Depresi juga merupakan masalah kesehatan jiwa yang utama dewasa ini. Hal ini amat penting karena orang dengan depresi produktivitasnya akan menurun dan ini amat buruk akibatnya bagi suatu masyarakat, bangsa dan negara yang membangun. Orang yang mengalami depresi adalah orang yang amat menderita. Depresi adalah penyebab utama tindakan bunuh diri, dan tindakan ini menduduki urutan ke-6 dari penyebab kematian utama di Amerika Serikat (Hawari, 2013).

##### 2. Prevalensi Tingkat Depresi

Penelitian yang dilakukan oleh *Kielholz* dan *polding* (1974) menunjukkan bahwa 10% dari pasien yang berobat ke dokter adalah pasien depresi dan separuhnya dengan *depresi terselubung (masked depression)*. Depresi terselubung adalah salah satu bentuk depresi dengan gejala-gejala yang muncul ke permukaan berupa keluhan-keluhan fisik (somatik). Seringkali para dokter tidak mencermati hal ini dan terpaku pada keluhan-keluhan fisik, sehingga terapi yang diberikan adalah hanya terapi somatik. Oleh karenanya pasien seringkali merasa tidak sembuh penyakitnya menjadi menahun. Selain terapi somatik juga

diberikan terapi psikologik, misalnya psikoterapi, psikofarmaka (obat anti depresi) dan dilengkapi dengan terapi psikoreligius.

Organisasi Kesehatan seDunia (WHO, 1974) menyebutkan angka 17% pasien-pasien yang berobat ke dokter adalah pasien dengan depresi dan selanjutnya diperkirakan prevalensi depresi pada populasi masyarakat dunia adalah 3%. Sementara itu *Sartorius* (1974) memperkirakan 100 juta penduduk di dunia mengalami depresi. Angka-angka ini semakin bertambah untuk masa-masa mendatang yang disebabkan karena beberapa hal, antara lain :

- a. Usia harapan hidup semakin bertambah
- b. Stresor psikososial semakin berat
- c. Berbagai penyakit kronik semakin bertambah
- d. Kehidupan beragama semakin ditinggalkan

*Cass, H.* (1998) dalam penelitiannya mengemukakan bahwa 1 dari 5 orang, pernah mengalami depresi dalam kehidupannya. Selanjutnya ditemukan bahwa 5%-15% dari pasien-pasien depresi melakukan bunuh diri setiap tahun. *Katzenstein, L.* (1998) dalam survey yang dilakukan mendapatkan kenyataan bahwa lebih dari 70% pasien depresi, tidak terdiagnosa oleh dokter. *Dimatteo, M.R., dkk* (2000) dalam penelitiannya menemukan data bahwa depresi terjadi pada 25% pasien (di AS) tidak taat terhadap rekomendasi pengobatan yang diberikan dokter, hal ini membuktikan terdapatnya kumulatif dari adanya hubungan antara ketaatan berobat dan depresi yang cukup bermakna (*signifinance*).

Di Indonesia (2000) sendiri penelitian seberapa banyak penderita depresi, depresi terselubung dan juga kecemasan (*prevalence rates, inclidence rates*) belum ada. Namun dari pengamatan dari waktu ke waktu kasus-kasus gangguan kejiwaan yang tergolong kecemasan dan depresi semakin bertambah. Hal

ini dapat dilihat dari kenaikan jumlah kunjungan pasien yang berobat di pusat-pusat pelayanan kesehatan jiwa dan juga yang berobat ke dokter (psikiater). Kenaikan jumlah pasien dengan kecemasan dan atau depresi dapat juga dilihat dari kenaikan obat-obat psikofarmaka (obat anti cemas dan anti depresi) yang diresepkan oleh para dokter.

### 3. Ciri Kepribadian Depresi

Seseorang yang sehat jiwanya bisa saja jatuh dalam depresi apabila yang bersangkutan tidak mampu menanggulangi stresor psikososial yang dialaminya. Selain daripada itu ada juga orang yang lebih rentan (*vulnerable*) jatuh dalam keadaan depresi dibandingkan dengan orang lain. Orang ini (berisiko tinggi) biasanya mempunyai *corak kepribadian depresif*, yang ciri-cirinya antara lain sebagai berikut :

- a. Pemurung, sukar untuk bisa senang, sukar untuk merasa bahagia
- b. Pesimis menghadapi masa depan
- c. Memandang diri rendah
- d. Mudah merasa bersalah dan berdosa
- e. Mudah mengalah
- f. Enggan bicara
- g. Mudah merasa terharu, sedih, dan menangis
- h. Gerakan lamban, lemah, lesu, kurang energik
- i. Seringkali mengeluh sakit ini dan itu (keluhan-keluhan psikosomatik)
- j. Mudah tegang, agitatif, gelisah
- k. Serba cemas, khawatir, takut
- l. Mudah tersinggung
- m. Tidak ada kepercayaan diri
- n. Merasa tidak mampu, merasa tidak berguna

- o. Merasa selalu gagal dalam usaha, pekerjaan ataupun studi
- p. Suka menarik diri, pemalu dan pendiam
- q. Lebih suka menyisikan diri, tidak suka bergaul, pergaulan sosial amat terbatas.
- r. Lebih suka menjaga jarak, menghindari keterlibatan dengan orang
- s. Suka mencela, mengkritik, konvensional
- t. Sulit mengambil keputusan
- u. Tidak agresif, sikap oposisinya dalam bentuk pasif-agresif
- v. Pengendalian diri terlampaui kuat, menekan dorongan/impuls diri
- w. Menghindari hal-hal yang tidak menyenangkan
- x. Lebih senang berdamai untuk menghindari konflik ataupun konfrontasi.

Ciri-ciri kepribadian depresi tersebut di atas pada setiap diri seseorang tidak harus sama mencakup semua gejala-gejala secara keseluruhan. Seseorang baru dikatakan mengalami gangguan depresi jika yang bersangkutan mengalami gangguan di bidang fisik (somatik) maupun psikis sedemikian rupa sehingga mengganggu fungsi dalam kehidupannya sehari-hari baik di rumah, di sekolah/kampus, di tempat kerja ataupun di pergaulan lingkungan sosialnya.

#### **4. Gejala Klinis Depresi**

Depresi adalah salah satu bentuk gangguan kejiwaan pada perasaan (*affective/mood disorder*), yang ditandai dengan kemurungan, kelesuan, ketiadaan gairah hidup, perasaan tidak berguna, putus asa dan lain sebagainya. Secara lengkap gejala klinis depresi adalah sebagai berikut :

- a. Afek disforik, yaitu perasaan murung, sedih, gairah hidup menurun, tidak semangat, merasa tidak berdaya
- b. Perasaan bersalah, berdosa, penyesalan
- c. Nafsu makan menurun
- d. Berat badan menurun
- e. Konsentrasi dan daya ingat menurun
- f. Gangguan tidur: insomnia (sukar/tidak dapat tidur) atau sebaliknya hipersomnia (terlalu banyak tidur). Gangguan ini seringkali disertai dengan mimpi-mimpi yang tidak menyenangkan, misalnya mimpi orang yang telah meninggal
- g. Agitasi atau retardasi psikomotor (gaduh gelisah atau lemah tak berdaya)
- h. Hilangnya rasa senang, semangat dan minat, tidak suka lagi melakukan hobi, kreatifitas menurun, produktivitas juga menurun
- i. Gangguan seksual (libido menurun)
- j. Pikiran-pikiran tentang kematian, bunuh diri

Gejala depresi dapat pula diderita oleh orang yang mengalami stresor psikososial yang berkaitan dengan hilangnya kedudukan/jabatan/kekuasaan. Sekumpulan gejala-gejala mental dalam istilah umum disebut *post power syndrome* (sindrom pasca kuasa) dan gejala depresi dapat pula dialami oleh orang yang mengalami stroke, disebut sebagai *depresi pasca stroke*.

## 5. Depresi Pasca Stroke

Di dalam pengalaman klinis sering dijumpai bahwa pada pasien-pasien stroke selain gejala-gejala kelainan saraf (misalnya kelumpuhan alat gerak ataupun otot-otot muka dan lain sebagainya), juga ditemukan gangguan mental-emosional misalnya depresi, apati, euforia bahkan sampai pada mania. Gejala

akibat lesi (kerusakan) pada susunan saraf pusat otak dan bisa juga akibat dari gangguan penyesuaian (*adjustment disorder*) karena hendaya (*impairment*) fisik dan kognitif pasca stroke. *Kaplan dan Sadock* (2000) menyebutkan bahwa prevalensi depresi pada pasien stroke mencapai 40% - 60% dalam 6 bulan pertama sesudah terjadinya stroke.

Gejala depresi pada penderita stroke, dapat ditegakkan dengan kriteria sebagai berikut:

- a. Peningkatan aktivitas (di tempat kerja, dalam hubungan sosial atau seksual), atau ketidak-tenangan pikiran
- b. Lebih banyak berbicara dari lazimnya atau adanya dorongan untuk berbicara terus-menerus
- c. Gagasan melompat-lompat (*flight of ideas*) atau penghayatan subyektif bahwa pikirannya sedang berlomba
- d. Rasa harga diri yang melambung (*grandiosity*), yang dapat setaraf dengan waham (keyakinan yang tidak rasional namun diyakini kebenarannya)
- e. Berkurangnya kebutuhan tidur
- f. Mudah teralih perhatian, yaitu perhatiannya terlalu cepat tertarik pada stimulus luar yang tidak penting atau yang tidak berarti
- g. Keterlibatan berlebih dalam aktivitas-aktivitas yang mengandung kemungkinan resiko tinggi dengan akibat yang merugikan apabila tidak diperhitungkan secara bijaksana. Misalnya, berbelanja berlebihan, tingkah laku seksual secara terbuka, pananaman modal secara bodoh, mengemudi kendaraan ("ngebut") secara tidak bertanggung jawab dan tanpa perhitungan.

## 6. Alat Ukur Derajat Depresi

Untuk mengetahui sejauh-mana derajat depresi seseorang apakah ringan, sedang, berat, atau berat sekali, orang menggunakan alat ukur (instrument) yang dikenal dengan nama **Hamilton Rating Scale for Depression (HRS-D)**. Masing-masing kelompok gejala diberi penilaian angka (*skore*) antara 0 – 4, yang artinya adalah :

Nilai 0 = tidak ada gejala (keluhan)

1 = gejala ringan

2 = gejala sedang

3 = gejala berat

4 = gejala berat sekali

Masing-masing nilai angka (*skore*) dari ke 17 kelompok gejala tersebut dijumlahkan dan dari hasil penjumlahan itu dapat diketahui derajat depresi seseorang, yaitu :

Total Nilai (*skore*) kurang dari 17 = tidak ada depresi

18 – 24 = depresi ringan

25 – 34 = depresi sedang

35 – 51 = depresi berat

52 – 68 = depresi berat sekali

Adapun hal-hal yang dinilai dalam alat ukur HRS-D ini adalah sebagai berikut :

Tabel 2.1

No	Gejala Depresi	Skala
1.	<b>Apakah anda sering merasa (sedih, putus asa, tak berdaya, tak berguna)?</b>	
	a. Tidak pernah	0
	b. Ya, saya dapat merasakannya jika ditanya	1
	c. Ya, saya secara spontan dapat menyatakan rasa tersebut	2
	d. Tanpa harus saya katakan, ekspresi, suara, dan semua tingkah laku saya sudah menunjukkan perasaan tersebut. Saya cenderung mudah menangis/marah.	3
e. Saya selalu merasakan perasaan ini dengan jelas melalui kata-kata dan saya sering mengekspresikannya. Misalnya dengan cara menangis, marah dan lain-lain.	4	
2.	<b>Apakah anda selalu merasa bersalah?</b>	
	a. Tidak pernah	0
	b. Ya. Saya sering menjadi penyebab dari masalah atau penderitaan orang lain.	1
	c. Rasa bersalah sering timbul berulang-ulang dalam diri saya dan saya sering mengingat-ingat kesalahan masa lalu.	2
	d. Saya merasa bersalah telah membuat orang lain sengsara, rasa ini menyiksa saya dan saya rasa inilah hukuman bagi saya.	3
e. Saya sering dikejar-kejar, dituduh bahkan sepertinya saya merasa akan dipenjara. Entah itu nyata atau hanya ada didalam pikiran saya.	4	
3.	<b>Apakah anda pernah berkeinginan untuk bunuh diri?</b>	
	a. Sama sekali tidak	0
	b. Saya hanya merasa bahwa hidup ini tak ada gunanya.	1
	c. Saya selalu berharap lebih baik saya mati saja.	2
	d. Saya sering punya ide untuk mati tau bunuh diri.	3
e. Saya pernah benar-benar mencoba bunuh diri.	4	
4.	<b>Apakah anda pernah mengalami kesulitan tidur?</b>	
	a. Tidak	0
	b. Kadang-kadang setelah saya lebih dari ½ jam membaringkan badan baru saya dapat tidur.	1
c. Setiap malam saya selalu sulit tidur	2	

<b>5.</b>	<b>Apakah anda sering bangun tengah malam secara tiba-tiba?</b>	
	a. Tidak	0
	b. Ya. Saya sering gelisah dan bangun malam-malam.	1
	c. Saya hampir tidak tidur sepanjang malam.	2
<b>6.</b>	<b>Apakah anda sering ada keluhan terbangun sangat awal?</b>	
	a. Tidur saya wajar, tidak ada keluhan masalah bangun pagi	0
	b. Ya. Saya sering bangun pada waktu fajar tetapi tertidur lagi	1
	c. Kalau saya bangun fajar, maka saya tidak dapat tidur lagi	2
<b>7.</b>	<b>Bagaimana dengan kebiasaan kerja dan kegiatan anda?</b>	
	a. Baik-baik saja, semua lancar	0
	b. Kadang saya merasa tidak mampu, letih dan lemah terutama didalam melakukan aktivitas kerja dan hobi saya.	1
	c. Saya tidak mempunyai gairah untuk melakukan aktivitas baik kerja maupun hobi.	2
	d. Saya merasa aktivitas dan produktivitas saya baik ditempat kerja maupun di rumah berkurang.	3
	e. Saya saat ini tidak dapat beraktivitas karena sakit yang saya alami.	4
<b>8.</b>	<b>Apakah anda termasuk pribadi yang lincah, energik dan pintar bicara?</b>	
	a. Saya cukup bagus dalam berbicara, berpikir dan bertingkah laku	0
	b. Saya memiliki masalah di dalam berbicara	1
	c. Saya lambat/ tertalu cepat berbicara	2
	d. Saya tidak mudah diajak berbicara dan berinteraksi	3
	e. Saya tidak dapat berkata-kata dan melakukan apapun	4
<b>9.</b>	<b>Apakah anda sering merasa gelisah?</b>	
	a. Tidak	0
	b. Sedikit	1
	c. Saya sering memainkan tangan, rambut, benda-benda untuk mengurangi rasa gelisah	2
	d. Saya selalu bergerak untuk mengurangi rasa gelisah	3

	e. Saya sering meremas tangan, menggigit kuku, menjambak rambut sendiri, menggigit bibir.	4
<b>10.</b>	<b>Apakah anda sering mengalami bibir kering, berdebar-debar, sakit kepala, mual, berkeringat dan sering buang air kecil?</b>	
	a. Tidak	0
	b. Ya, saat saya merasa tegang atau tersinggung	1
	c. Ya, karena saya sering khawatir dengan masalah-masalah sepele sekalipun	2
	d. Sikap nyata penuh pengertian yang tampak pada muka atau saat berbicara.	3
	e. Ekspresi takut tanya bertanya	4
<b>11.</b>	<b>Apakah anda sering merasa terancam, takut, cemas, dan lain sebagainya?</b>	
	a. Tidak	0
	b. Kadang-kadang	1
	c. Saya sering cemas dan takut	2
	d. Hampir setiap hari	3
<b>12.</b>	<b>Apakah anda mengalami gangguan sistem pencernaan?</b>	
	a. Tidak	0
	b. Saya sering malas makan tetapi tidak harus disuruh oleh teman saya atau orang lain	1
	c. Saya harus disuru orang lain untuk makan, bahkan saya perlu obat pelancar untuk buang air besar	2
<b>13.</b>	<b>Apakah anda sering ,merasa sakit kepala, punggung pegal dan sering lelah?</b>	
	a. Tidak	0
	b. Ya. Punggung, kepala dan otot saya sering sakit. Saya juga merasa lemas	1
	c. Jelas sekali gejalanya	2
<b>14</b>	<b>Apakah anda mengalami gangguan siklus seksual?</b>	
	<b>Jika anda pria :</b>	
	a. Tidak ada	0
	b. Saya mengalami ejakulasi dini	1
	c. Mengalami disfungsi seksual	2
	<b>Jika anda wanita :</b>	
	a. Tidak ada	0
	b. Menstruasi saya tidak teratur	1
	c. Mengalami menstruasi hampir tidak berhenti atau tidak mengalami menstruasi sama sekali.	2

<b>15.</b>	<b>Apakah anda sering merasa bahwa di dalam tubuh anda ada penyakit, kelainan dan lain sebagainya?</b>	
	a. Tidak	0
	b. Saya sering dapat merasakannya tetapi saya jarang mengeluhkannya	1
	c. Saya sering takut akan kesehatan saya	2
	d. Saya sering merasa sakit dan minta tolong orang lain	3
	e. Saya sering merasa sakit, tetapi setelah diperiksa dokter saya dinyatakan sehat.	4
<b>16.</b>	<b>Apakah berat badan anda menurun?</b>	
	a. Tidak	0
	b. Mungkin iya karena saya sekarang sakit	1
	c. Jelas berkurang	2
<b>17.</b>	<b>Apakah anda sadar akan kondisi kejiwaan anda?</b>	
	a. Ya. Saya tahu apakah saya sehat atau stress	0
	b. Saya tahu bahwa saat ini saya depresi, perlu istirahat dan saya berpikir terlalu berat.	1
	c. Sepertinya saya sehat-sehat saja, tetapi memang kata teman-teman dan keluarga saya stress.	2
<b>JUMLAH TOTAL :</b>		

Perlu diketahui bahwa alat ukur HRS-D ini bukan dimaksudkan untuk menegakkan diagnosa gangguan depresi. Diagnosa gangguan depresi ditegakkan dari pemeriksaan klinis oleh dokter (psikiater), sedangkan untuk mengukur derajat berat ringannya gangguan depresi itu digunakan alat ukur HRS-D.

## **B. Tinjauan Umum Tentang Durasi Tidur**

### **1. Pengertian**

Tidur merupakan keadaan yang berulang-ulang, perubahan status kesadaran yang terjadi selama periode tertentu. Tidur adalah status perubahan kesadaran ketika persepsi dan reaksi individu terhadap lingkungan menurun. Tidur juga dapat diartikan sebagai proses fisiologis yang bersiklus bergantian dengan periode

yang lebih lama dari keterjagaan. Tidur dikarakteristikan dengan aktivitas fisik yang minimal, tingkat kesadaran yang bervariasi, perubahan proses fisiologis tubuh, dan penurunan respon terhadap stimulus eksternal. Hampir sepertiga dari waktu kita, kita gunakan untuk tidur. Hal tersebut didasarkan pada keyakinan bahwa tidur dapat memulihkan atau mengistirahatkan fisik setelah seharian beraktivitas, mengurangi stress dan kecemasan, serta dapat meningkatkan kemampuan dan konsentrasi saat hendak melakukan aktivitas sehari-hari (Mubarak & Chayatin, 2008).

## 2. Fisiologi Tidur

Aktivitas tidur diatur dan dikontrol oleh dua system pada batang otak, yaitu *Reticular Activating System* (RAS) dan *Bulbar Synchronizing Region* (BSR). RAS di bagian atas batang otak diyakini memiliki sel-sel khusus yang dapat mempertahankan kewaspadaan dan kesadaran, memberi stimulus visual, pendengaran, nyeri, dan sensori raba, serta emosi dalam berpikir. Pada saat sadar, RAS melepaskan katekolamin, sedangkan pada saat tidur terjadi pelepasan serum serotonin dari BSR (Tarwoto, wartonal, 2013).

### a. Irama Sirkadian

Orang yang mengalami irama siklus sebagai bagian dari kehidupan mereka yang setiap hari. Irama yang paling dikenal adalah siklus 24-jam, siang-malam yang dikenal dengan *irama diurnal atau sirkadian* (berasal dari bahasa latin: *circa*, “tentang” dan *dies*, “hari”). Irama sirkadian mempengaruhi pola fungsi biologis utama dan fungsi perilaku. Fluktuasi dan prakiraan suhu tubuh, denyut jantung, tekanan darah, sekresi hormon, kemampuan sensorik, dan suasana hati tergantung padapemeliharaan siklus sirkadian 24 jam. Irama sirkadian termasuk siklus tidur-bangun harian,

dipengaruhi oleh cahaya dan suhu serta juga faktor-faktor eksternal seperti aktivitas social dan rutinitas pekerjaan. Semua orang mempunyai jam yang sinkron dengan siklus tidur mereka. Beberapa orang dapat tertidur pada pukul 8 malam, sementara yang lain tidur pada tengah malam atau dini hari.

b. Pengaturan Tidur

Tidur melibatkan suatu urutan keadaan fisiologis yang dipertahankan oleh integrasi tinggi aktivitas system saraf pusat yang berhubungan dengan perubahan dalam system saraf peripheral, endokrin, kardiovaskuler, pernapasan dan muscular (Robinson, 1993). Tiap rangkaian diidentifikasi dengan respon fisik tertentu dan pola aktivitas otak. Peralatan seperti elektroensefalogram (EEG) yang mengukur aktivitas listrik dalam korteks serebral, elektromiogram (EMG) yang mengukur tonus otot dan elektrookulogram (EOG) yang mengukur gerakan mata, memberikan informasi struktur aspek fisiologis tidur. Kontrol dan pengaturan tidur tergantung pada hubungan antara dua mekanisme serebral yang mengaktifasi secara intermiten dan menekan pusat otak tertinggi untuk mengontrol tidur dan terjaga. Sebuah mekanisme menyebabkan terjaga dan yang lainnya menyebabkan tertidur.

System aktivasi reticular (SAR) berlokasi pada batang otak teratas. SAR dipercayai terdiri dari sel khusus yang mempertahankan kewaspadaan dan terjaga. SAR menerima stimulus sensori visual, auditori, nyeri, dan taktil. Aktivitas korteks serebral (mis. Proses emosi atau pikiran) juga menstimulasi SAR. Saat terbangun merupakan hasil dari neuron dalam SAR yang mengeluarkan katekolamin seperti norepinefrin (Sleep Research Society, 1993)

Tidur dapat dihasilkan dari pengeluaran serotonin dari sel tertentu dalam system tidur *raphe* pada pons dan otak depan bagian tengah. Daerah otak juga disebut daerah sinkronisasi bulbar (bulbar synchronizing region, BSR).

Ketika orang mencoba tertidur, mereka akan menutup mata dan berada dalam posisi relaks. Stimulus ke SAR menurun. Jika ruangan gelap dan tenang, maka aktivasi SAT lainnya menurun. Pada beberapa bagian, BSR mengambil alih yang menyebabkan tidur.

c. Tahapan Tidur

Berdasarkan penelitian yang dilakukan dengan bantuan alat elektroensefalogram (EEG), elektrokulogram (EOG), dan elektromiogram (EMG), diketahui ada dua tahapan tidur, yaitu tidur *nonrapid eye movement* (NREM) dan tidur *rapid eye movement* (REM).

1) Tahap 1: NREM

- a) Tahap meliputi tingkat paling dangkal
- b) Tahap berakhir beberapa menit
- c) Pengurangan aktivitas fisiologis dimulai dengan penurunan secara bertahap tanda-tanda vital dan metabolisme
- d) Seseorang dengan mudah terbangun oleh stimulus sensori seperti suara
- e) Ketika terbangun, seseorang merasa seperti telah melamun

2) Tahap 2: NREM

- a) Tahap 2 merupakan periode tidur bersuara
- b) Kemajuan relaksasi
- c) Untuk terbangun masih relative mudah
- d) Tahap berakhir 10 hingga 20 menit
- e) Kelajuan fungsi tubuh masih lamban

3) Tahap 3: NREM

- a) Tahap 3 meliputi tahap awal dari tidur yang dalam
- b) Orang yang tidur sulit dibangunkan dan jarang bergerak
- c) Otot-otot dalam keadaan santai penuh
- d) Tanda-tanda vital menurun tetapi tetap teratur
- e) Tahap berakhir 15 hingga 30 menit

4) Tahap 4: NREM

- a) Tahap 4 merupakan tahap tidur terdalam
- b) Sangat sulit untuk membangunkan orang yang tidur
- c) Jika terjadi kurang tidur, maka orang yang tidur akan menghabiskan porsi malam yang seimbang pada tahap ini
- d) Tanda-tanda vital turun secara bermakna di banding selama jam terjaga
- e) Tahap berakhir kurang lebih 15 hingga 30 menit
- f) Tidur sambil berjalan dan enuresis dapat terjadi

5) Tidur REM

- a) Mimpi yang penuh warna dan tampak hidup dapat terjadi pada REM. Mimpi yang kurang hidup dapat terjadi pada tahap yang lain
- b) Tahap ini biasanya dimulai sekitar 90 menit setelah mulai tidur
- c) Hal ini dicirikan dengan respons otonom dari pergerakan mata yang cepat, fluktuasi jantung dan kecepatan respirasi dan peningkatan atau fluktuasi tekanan darah
- d) Terjadi tonus otot skelet penurunan
- e) Peningkatan sekresi lambung
- f) Sangat sulit sekali membangunkan orang yang tidur

g) Durasi dari tidur REM meningkat pada tiap siklus dan rata-rata 20 menit

d. Siklus tidur

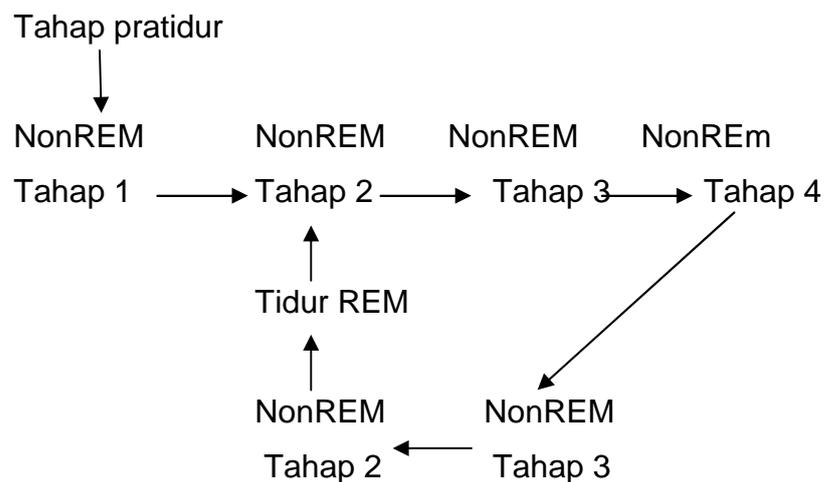
Ketika seseorang tertidur, biasanya melewati 4 sampai 6 siklus tidur penuh, tiap siklus tidur terdiri 4 tahap dari tidur NREM dan satu periode dari tidur REM. Pola siklus biasanya berkembang dari tahap 1 menuju tahap 4 NREM, diikuti kebalikan tahap 4 ke-3, lalu ke-2, diakhiri dengan periode dari tidur REM. Seseorang biasanya mencapai tidur REM sekitar 90 menit ke siklus tidur. Dengan tiap-tiap siklus yang berhasil, tahap 3 dan 4 memendek, dan memperpanjang periode REM. Tidur REM dapat berakhir sampai 60 menit selama akhir siklus tidur. Tidak semua orang mengalami kemajuan yang konsisten menuju ke tahap tidur yang biasa. Jumlah waktu yang digunakan tiap tahap bervariasi. Perubahan tahap cenderung menemani pergerakan tubuh dan perpindahan untuk tidur yang dangkal cenderung secara tiba-tiba. Jumlah siklus tidur tergantung pada jumlah total waktu yang klien gunakan untuk tidur.

### 3. Fungsi Tidur

Menurut teori, tidur adalah waktu perbaikan dan persiapan untuk periode terjaga berikutnya. Selama tidur NREM, fungsi biologis menurun. Laju denyut jantung normal pada orang dewasa sehat sepanjang hari rata-rata 70 hingga 80 denyut per menit atau lebih rendah jika individu berada pada kondisi fisik yang sempurna. Akan tetapi selama tidur laju denyut jantung turun sampai 60 denyut per menit atau lebih rendah. Hal ini berarti bahwa denyut jantung 10 hingga 20 kali lebih sedikit dalam setiap menit selama tidur atau 60 hingga 120 kali lebih

sedikit dalam setiap jam. Secara jelas, tidur yang nyenyak bermanfaat dalam memelihara fungsi jantung.

Selama tidur gelombang rendah yang dalam (NREM tahap 4), tubuh melepaskan hormon pertumbuhan manusia untuk memperbaiki dan memperbaharui sel epitel dan khusus seperti sel otak (Horne, 1983). Akan tetapi Horne (1983) juga berpendapat bahwa peran hormon pertumbuhan yang umum sebagai suatu promotor sintesis protein adalah terbatas dikarenakan pelepasannya tidak berhubungan dengan kadar glukosa darah dan asam amino.



Gambar 2.1 Tahap-tahap siklus tidur orang dewasa

Teori lain tentang kegunaan tidur adalah tubuh menyimpan energi selama tidur. Otot skelet berelaksasi secara progresif, dan tidak adanya kontraksi otot menyimpan energy kimia untuk proses seluler. Penurunan metabolic basal lebih jauh menyimpan persediaan energy tubuh (Potter & Perry, 2012)

#### 4. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Tidur

##### a. Penyakit

Penyakit dapat menyebabkan nyeri atau distress fisik yang dapat menyebabkan gangguan tidur. Individu yang sakit membutuhkan waktu tidur yang lebih banyak daripada yang biasanya. Disamping itu, siklus bangun-tidur selama sakit juga dapat mengalami gangguan.

##### b. Lingkungan

Faktor lingkungan dapat membantu sekaligus menghambat proses tidur. Tidak adanya stimulus tertentu atau adanya stimulus yang asing dapat menghambat upaya tidur. Sebagai contoh, temperatur yang tidak nyaman atau ventilasi yang buruk dapat mempengaruhi tidur seseorang. Akan tetapi, seiring waktu individu biasa beradaptasi dan tidak lagi terpengaruh dengan kondisi tersebut.

##### c. Kelelahan

Kondisi tubuh yang lelah dapat mempengaruhi pola tidur seseorang. Semakin lelah seseorang, semakin pendek siklus tidur REM yang dilaluinya. Setelah beristirahat biasanya siklus REM akan kembali memanjang

##### d. Gaya Hidup

Individu yang sering berganti jam kerja harus mengatur aktivitasnya agar bias tidur pada waktu yang tepat.

##### e. Stress Emosional

Ansietas dan depresi sering kali mengganggu tidur seseorang. Kondisi ansietas dapat meningkatkan kadar norepinefrin darah melalui stimulus system saraf simpatis. Kondisi ini menyebabkan berkurangnya siklus tidur NREM tahap IV dan tidur REM serta seringnya terjaga saat tidur

f. Stimultan dan Alkohol

Kafein yang terkandung dalam beberapa minuman dapat merangsang SSP sehingga dapat mengganggu pola tidur. Sedangkan konsumsi alcohol telah hilang, individu seringkali mengalami mimpi buruk.

g. Diet

Penurunan berat badan dikaitkan dengan penurunan waktu tidur dan seringnya terjaga di malam hari. Sebaliknya, penambahan berat badan dikaitkan dengan peningkatan total tidur dan sedikitnya periode terjaga di malam hari.

h. Merokok

Nikotin yang terkandung dalam rokok memiliki efek stimulasi pada tubuh. Akibatnya, perokok seringkali kesulitan untuk tidur dan mudah terbangun di malam hari.

i. Medikasi

Obat-obat tertentu dapat mempengaruhi kualitas tidur seseorang. Hipnotik dapat mengganggu tahap III dan IV tidur NREM, betabloker dapat menyebabkan insomnia dan mimpi buruk, sedangkan narkotik (misalnya: meperidin hidroklorida dan morfin) diketahui dapat menekan tidur REM dan menyebabkan seringnya terjaga di malam hari

j. Motivasi

Keinginan untuk tetap terjaga terkadang dapat menutupi perasaan lelah seseorang. Sebaliknya, perasaan bosan atau tidak adanya motivasi untuk terjaga sering kali dapat mendatangkan kantuk.

## 5. Durasi Tidur

Data survei Nasional Kesehatan pada tahun 2006-2011 melaporkan adanya asosiasi antara durasi tidur dengan prevalensi stroke. Dari 154.599 peserta berusia 18 tahun atau lebih tua masing-masing 29.2%, 61.8%, dan 9.0% yang dilaporkan durasi tidurnya 6, 7-8 dan 9 jam/hari. *The National Institutes of Health* merekomendasikan 7-8 jam/hari untuk orang dewasa yang sehat. Oleh karena itu, durasi tidur telah dikategorikan sebagai durasi tidur pendek ( 6 jam/hari), direkomendasikan/relatif (7-8 jam/hari) atau panjang ( 9 jam/hari).

Durasi tidur berdasarkan usia:

a. Bayi dengan berat badan lahir rendah

Biasanya tidur 14-18 jam/hari, penapasan teratur, mudah berespons terhadap stimulus. Minggu pertama kelahiran; 50% dari siklus tidur adalah tidur REM; siklus tidur berlangsung selama 45-60 menit.

b. Bayi

Biasanya tidur 12-14 jam/hari. Pada usia 1 tahun 20%-30% dari siklus tidur adalah tidur REM; bayi mungkin akan tidur sepanjang malam.

c. Usia 1-3 tahun

Biasanya tidur 10-12 jam/hari. Sekitar 25% dari siklus tidur adalah tidur REM; anak tidur pada siang dan malam hari.

d. Pra-sekolah (3-6 tahun)

Tidur sekitar 11 jam/hari; 20% dari siklus tidur adalah tidur REM.

e. Usia sekolah

Tidur sekitar 10 jam/hari pada malam hari; 18,5% dari siklus tidur adalah tidur REM

- f. Dewasa muda  
Tidur sekitar 7-8 jam/hari; 20%-25% dari siklus tidur adalah tidur REM
- g. Dewasa menengah  
Tidur sekitar 7-8 jam/hari; 20% dari siklus tidur adalah tidur REM. Individu mungkin mengalami insomnia dan sulit intuk tidur
- h. Dewasa tua (>60 tahun)  
Tidur sekitar 6 jam/hari; 20%-25% adalah tidur REM. Individu dapat mengalami insomnia dan sering terjaga sewaktu tidur. Tahap IV NREM menurun, bahkan terkadang tidak ada.

## 6. Gangguan Tidur

Gangguan tidur adalah kondisi yang jika tidak diobati, secara umum akan menyebabkan gangguan tidur malam yang mengakibatkan munculnya salah satu dari ketiga masalah berikut:

### a. Insomnia

Insomnia adalah gejala yang dialami oleh klien yang mengalami kesulitan kronis untuk tidur, sering terbangun dari tidur, dan tidur singkat atau tidur nonrestoratif. Penderita insomnia mengeluh rasa kantuk yang berlebihan pada siang hari dan kuantitas dan kualitas tidurnya tidak cukup. Namun, seringkali klien tidur lebih banyak dari yang disadarinya. Insomnia dapat menandakan adanya gangguan fisik atau psikologis.

### b. Parasomnia

Parasomnia adalah masalah tidur yang lebih banyak terjadi pada anak-anak dari pada orang dewasa. Parasomnia yang terjadi pada anak-anak meliputi somnambulisme (berjalan dalam tidur), terjaga malam, mimpi buruk, enuresis nokturnal (ngompol) dan menggertakan gigi (bruksisme).

c. Hipersomnia

Hipersomnia adalah kebalikan dari insomnia, yaitu tidur yang berlebihan terutama pada siang hari. Gangguan ini dapat disebabkan oleh kondisi medis tertentu, seperti kerusakan sistem saraf, gangguan pada hati atau ginjal, atau karena gangguan metabolisme (misalnya: hipertiroidisme). Pada kondisi tertentu, hipersomnia dapat digunakan sebagai mekanisme koping untuk menghindari tanggung jawab pada siang hari.

d. Apnea Tidur

Apnea tidur adalah gangguan yang dicirikan dengan kurangnya aliran udara melalui hidung dan mulut selama periode 10 detik atau lebih pada saat tidur. Ada tiga jenis apnea tidur: apnea sentral, obstruktif, dan campuran yang mempunyai komponen apnea sentral dan obstruktif.

e. Narkolepsi

Narkolepsi adalah disfungsi mekanisme yang mengatur keadaan bangun dan tidur. EDS adalah keluhan utama paling sering yang berkaitan dengan gangguan ini. Di siang hari seseorang dapat merasakan kantuk berlebihan yang datang secara mendadak dan jatuh tertidur. Tidur REM dapat terjadi dalam 15 menit sewaktu tertidur

f. Deprivasi Tidur

Deprivasi tidur adalah masalah yang dihadapi banyak klien sebagai akibat disomnia. Penyebabnya dapat mencakup penyakit (misalnya: demam, sulit bernafas, atau nyeri), stress emosional, obat-obatan, gangguan lingkungan, dan keanekaragaman waktu tidur yang terkait dengan waktu kerja.

## C. Tinjauan Umum Tentang Stroke

### 1. Pengertian

Stroke adalah suatu keadaan yang timbul karena terjadi gangguan peredaran darah di otak yang menyebabkan terjadinya kematian jaringan otak sehingga mengakibatkan seseorang menderita kelumpuhan atau kematian. Stroke merupakan deficit neurologis yang mempunyai serangan mendadak dan berlangsung 24 jam sebagai akibat dari *cardiovascular disease* (Batticaca, 2012).

### 2. Etiologi

- a. Trombosis (bekuan darah dalam pembuluh darah otak atau leher)
- b. Embolisme serebral (bekuan darah atau material lain yang dibawa ke otak dari bagian tubuh yang lain)
- c. Iskemia (penurunan aliran darah ke area otak)
- d. Hemoragi serebral (pecahnya pembuluh darah serebral dengan perdarahan ke dalam jaringan otak atau ruang sekitar otak).

Hemoragi dapat terjadi di luar dura mater (hemoragi ekstradural atau epidural), dibawah dura mater (hemoragi subdural), di ruang subarachnoid (hemoragi subarachnoid), atau di dalam substansi otak (hemoragi intraserebral)

### 3. Patofisiologi

Setiap kondisi yang menyebabkan perubahan perfusi darah pada otak akan menyebabkan keadaan hipoksia. Hipoksia yang berlangsung lama dapat menyebabkan iskemik otak. Iskemik yang terjadi dalam waktu yang singkat kurang dari 10-15 menit dapat menyebabkan defisit sementara dan bukan defisit permanen. Sedangkan iskemik yang terjadi dalam waktu lama dapat

menyebabkan sel mati permanen dan mengakibatkan infark pada otak.

Setiap defisit fokal permanen akan bergantung pada daerah otak mana yang terkena. Daerah otak yang terkena akan menggambarkan pembuluh darah otak yang terkena. Pembuluh darah yang paling sering mengalami iskemik adalah arteri serebral tengah dan arteri karotis interna. Defisit fokal permanen dapat tidak diketahui jika klien pertama kali mengalami iskemik otak total yang dapat teratasi.

Jika aliran darah ke tiap bagian otak terhambat karena trombus atau emboli, maka mulai terjadi kekurangan suplai oksigen ke jaringan otak. Kekurangan oksigen dalam satu menit dapat menunjukkan gejala yang dapat pulih seperti kehilangan kesadaran. Sedangkan kekurangan oksigen dalam waktu yang lebih lama menyebabkan nekrosis mikroskopik neuron-neuron. Area yang mengalami nekrosis disebut infark.

Gangguan peredaran darah otak akan menimbulkan gangguan pada metabolisme sel-sel neuron, di mana sel-sel neuron tidak mampu menyimpan glikogen sehingga kebutuhan metabolisme tergantung dari glukosa dan oksigen yang terdapat pada arteri-arteri yang menuju otak.

Perdarahan intrakranial termasuk perdarahan ke dalam ruang subarakhnoid atau ke dalam jaringan otak sendiri. Hipertensi mengakibatkan timbulnya penebalan dan degeneratif pembuluh darah yang dapat menyebabkan rupturnya arteri serebral sehingga perdarahan menyebar dengan cepat dan menimbulkan perubahan setempat serta iritasi pada pembuluh darah otak.

Perdarahan biasanya berhenti karena pembentukan trombus oleh fibrin trombosit dan oleh tekanan jaringan. Setelah 3 minggu, darah mulai direabsorpsi. Ruptur ulangan merupakan

risiko serius yang terjadi sekitar akibat 7-10 hari setelah perdarahan pertama.

Ruptur ulangan mengakibatkan terhentinya aliran darah ke bagian tertentu, menimbulkan iskemik lokal, dan infark jaringan otak. Hal tersebut dapat menimbulkan geger otak dan kehilangan kesadaran, peningkatan tekanan cairan serebrospinal (CSS), dan menyebabkan gesekan otak (otak terbelah sepanjang serabut). Perdarahan mengisi ventrikel atau hematoma yang merusak jaringan otak.

Perubahan sirkulasi CSS, obstruksi vena, adanya edema dapat meningkatkan tekanan intrakranial yang membahayakan jiwa dengan cepat. Peningkatan tekanan intrakranial yang tidak diobati mengakibatkan herniasi unkus atau serebellum. Di samping itu, terjadi bradikardi, hipertensi sistemik, dan gangguan hipertensi.

Darah merupakan bagian yang merusak dan bila terjadi hemodialisa, darah dapat mengiritasi pembuluh darah, meningen, dan otak. Darah dan vasoaktif yang dilepas mendorong spasme arteri yang berakibat menurunnya perfusi serebral. Spasme serebri atau vasospasme biasa terjadi pada hari ke-4 sampai ke-10 setelah terjadinya perdarahan dan menyebabkan konstruksi arteri otak. Vasospasme merupakan komplikasi yang mengakibatkan terjadinya penurunan fokal neurologis, iskemik otak, dan infark.

#### **4. Faktor Resiko**

- a. Hipertensi atau tekanan darah tinggi
- b. Hipotensi atau tekanan darah rendah
- c. Penyakit kardiovaskuler
- d. Obesitas atau kegemukan
- e. Peningkatan hematokrit meningkatkan resiko infark serebral

- f. Kontrasepsi oral (khususnya disertai hipertensi, merokok, dan kadar estrogen tinggi)
- g. Kolesterol darah tinggi
- h. Riwayat penyakit jantung
- i. Riwayat penyakit diabetes mellitus
- j. Merokok
- k. Penyalahgunaan obat (khususnya kokain)

## 5. Klasifikasi

- a. Stroke iskemik (infark atau kematian jaringan)
 

Serangan sering terjadi pada usia 50 tahun atau lebih dan terjadi pada malam hingga pagi hari.

  - 1) Thrombosis pada pembuluh darah otak (*thrombosis of cerebral vessels*)
  - 2) Emboli pada pembuluh darah otak (*embolism of cerebral vessels*)
- b. Stroke hemoragik (perdarahan)
 

Serangan sering terjadi pada usia 20-60 tahun dan biasanya timbul setelah aktivitas fisik atau karena psikologis (mental)

  - 1) Perdarahan intraserebral (*parenchymatous hemorrhage*)
 

Gejalanya:

    - a) Tidak jelas, kecuali nyeri kepala hebat karena hipertensi
    - b) Serangan terjadi pada siang hari, saat beraktivitas, dan emosi atau marah
    - c) Mual atau muntah pada permulaan serangan hemiparesis atau hemiplegia terjadi sejak awal serangan
    - d) Kesadaran menurun dengan cepat dan menjadi koma (65% terjadi kurang dari  $\frac{1}{2}$  jam – 2 jam; < 2% terjadi setelah 2 jam – 19 hari).

2) Perdarahan subaraknoid (subarachnoid hemorrhage)

Gejalanya:

- a) Nyeri kepala hebat dan mendadak
- b) Kesadaran sering terganggu dan sangat bervariasi
- c) Ada gejala atau tanda meningeal
- d) Papiledema terjadi bila ada perdarahan subarachnoid karena pecahnya aneurisma pada arteri komunikans anterior atau arteri karotis interna.

## 6. Manifestasi Klinis

Stroke menyebabkan berbagai defisit neurologik, bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya tidak adekuat, dan jumlah aliran darah kolateral yaitu sekunder atau aksesori (Smeltzer & Bare, 2013).

### a. Kehilangan motorik

Stroke merupakan penyakit motor neuron dan mengakibatkan kehilangan kontrol volunter terhadap gerakan motorik. Disfungsi motorik paling umum adalah hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. Hemiparesis, atau kelemahan pada salah satu sisi tubuh, adalah tanda yang lain.

### b. Kehilangan komunikasi

Fungsi otak lain yang dipengaruhi oleh stroke adalah bahasa dan komunikasi. Stroke adalah penyebab afasia paling umum. Disfungsi bahasa dan komunikasi dapat dimanifestasikan oleh hal berikut :

- 1) Disartria (kesulitan berbicara), ditunjukkan dengan bicara yang sulit dimengerti yang disebabkan oleh paralisis otak yang bertanggung jawab untuk menghasilkan bicara.

- 2) Disfagia atau afasia (bicara defektif atau kehilangan bicara), yang terutama ekspresif atau represif.
  - 3) Apraksia (ketidakmampuan untuk melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya), seperti terlihat ketika pasien mengambil sisir dan berusaha menyisir rambutnya.
- c. Gangguan persepsi
- Persepsi adalah ketidakmampuan untuk menginterpretasikan sensasi. Stroke dapat mengakibatkan disfungsi persepsi visual, gangguan dalam hubungan visual-spasial dan kehilangan sensori.
- d. Homonimus Hemianopsia (kehilangan setengah lapang pandang)
- Dapat terjadi karena stroke dan mungkin sementara atau permanen. Sisi visual yang terkena berkaitan dengan sisi tubuh yang paralisis.
- e. Amorfosintesis
- Kepala pasien berpaling dari sisi tubuh yang sakit dan cenderung mengabaikan bahwa tempat dan ruang pada sisi tersebut
- f. Kerusakan Fungsi Kognitif dan Efek Psikologis
- Bila kerusakan telah terjadi pada lobus frontal, mempelajari kapasitas, memori, atau fungsi intelektual kortikal yang lebih tinggi mungkin rusak. Disfungsi ini ditunjukkan dalam lapang perhatian yang terbatas, kesulitan dalam pemahaman, lupa, kurang motivasi, yang menyebabkan pasien ini menghadapi masalah frustrasi dalam program rehabilitasi mereka. Depresi umum terjadi dan mungkin diperberat oleh respon alamiah pasien terhadap penyakit ini.
- g. Disfungsi Kandung Kemih
- Setelah stroke pasien mungkin mengalami inkontinensia urinarius sementara karena konfusi, ketidakmampuan

mengkomunikasikan kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk menggunakan urinal karena kerusakan control motorik dan postural.

## 7. Pemeriksaan Diagnostik

- a. Angiografi serebral. Membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik misalnya pertahanan atau sumbatan arteri.
- b. Scan Tomografi Komputer (*ComputerTomography scan – CT-scan*). Mengetahui adanya tekanan normal dan adanya trombosis, emboli serebral, dan tekanan intrakranial (TIK).
- c. *Magnetic Resonance Imaging* (MRI). Menunjukkan daerah infark, perdarahan, malformasi arteriovena (MAV).
- d. *Ultrasonografi doppler* (USG doppler). Mengidentifikasi penyakit arteriovena (masalah sistem arteri karotis [aliran darah atau timbulnya plak]) dan arteriosklerosis.
- e. Elektroensefalogram (*electroencephalogram – EEG*). Mengidentifikasi masalah pada gelombang otak dan memperlihatkan daerah lesi yang spesifik
- f. Sinar tengkorak. Menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pial daerah yang berlawanan dari massa yang meluas, klasifikasi karotis interna terdapat pada trombosis serebral, klasifikasi parsial dinding aneurisma pada perdarahan subarakhoid.
- g. Pemeriksaan laboratorium:
  - 1) Darah rutin
  - 2) Gula darah
  - 3) Urine rutin
  - 4) Cairan serebrospinal
  - 5) Analisa gas darah (AGD)
  - 6) Biokimia darah
  - 7) Elektrolit

## **8. Komplikasi**

a. Hipoksia serebral

Diminimalkan dengan member oksigenasi darah adekuat ke otak

b. Aliran darah serebral

Bergantung pada tekanan, curah jantung, dan integritas pembuluh darah serebral

c. Embolisme serebral

Dapat terjadi setelah infark miokard atau fibrilasi atrium atau dapat berasal dari katup jantung prostetik

d. Gangguan otak yang berat

e. Kematian bila tidak dapat mengontrol respon pernapasan atau kardiovaskuler

## **9. Penatalaksanaan Medis**

Tindakan medis terhadap pasien stroke meliputi diuretik untuk menurunkan edema serebral, yang mencapai tingkat maksimum 3 sampai 5 hari setelah infark serebral. Antikoagulan dapat diresepkan untuk mencegah terjadinya atau memberatnya trombosis atau embolisasi dari tempat lain dalam sistem kardiovaskular. Medikasi antitrombotik dapat diresepkan karena trombotik memainkan peran sangat penting dalam pembentukan trombus dan embolisasi.

## **BAB III**

### **KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS**

#### **A. Kerangka Konseptual**

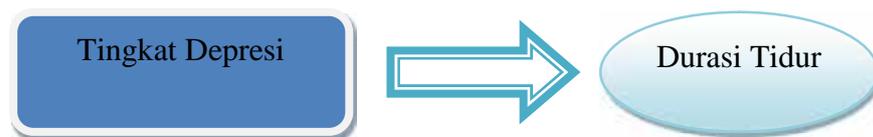
Depresi merupakan kesedihan dan kekhawatiran dalam waktu yang cukup lama disertai oleh perasaan tidak berharga. Jadi, depresi lebih didominasi oleh perasaan-perasaan yang tidak menyenangkan dan intensitasnya cukup kuat serta berlangsung lama (Saam, 2013).

Di dalam pengalaman klinis sering dijumpai bahwa pada pasien-pasien stroke selain gejala-gejala kelainan saraf (misalnya kelumpuhan alat gerak ataupun otot-otot muka dan lain sebagainya), juga ditemukan gangguan mental-emosional misalnya depresi, apati, euforia bahkan sampai pada mania. Gejala akibat lesi (kerusakan) pada susunan saraf pusat otak dan bisa juga akibat dari gangguan penyesuaian (*adjustment disorder*) karena hendaya (*impairment*) fisik dan kognitif pasca stroke. Kaplan dan Sadock (2000) menyebutkan bahwa prevalensi depresi pada pasien stroke mencapai 40% - 60% dalam 6 bulan pertama sesudah terjadinya stroke.

Durasi tidur adalah lama waktu yang diperlukan oleh seseorang untuk tidur mulai dari pertama tidur sampai terbangun. Durasi tidur dihitung dari waktu seseorang tidur sampai terbangun di pagi hari tanpa menyebutkan terbangun. Tidur adalah status perubahan kesadaran ketika persepsi dan reaksi individu terhadap lingkungan menurun. Tidur dikarakteristikan dengan aktivitas fisik yang minimal, tingkat kesadaran yang bervariasi, perubahan proses fisiologis tubuh, dan penurunan respon terhadap stimulus eksternal. Hampir sepertiga dari waktu kita, kita gunakan untuk tidur. Hal tersebut didasarkan pada keyakinan bahwa tidur dapat memulihkan atau mengistirahatkan fisik setelah seharian beraktivitas, mengurangi stress dan kecemasan,

serta dapat meningkatkan kemampuan dan konsentrasi saat hendak melakukan aktivitas sehari-hari (Mubarak & Chayatin, 2008).

Pada penelitian ini hubungan tingkat depresi dengan durasi tidur pada pasien stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar, dijabarkan dalam kerangka teori seperti pada gambar 3.1 sebagai berikut:



Gambar 3.1

Keterangan :



: Variabel independen



: Penghubung kedua variabel



: Variabel dependen

## B. Hipotesis

Berdasarkan teori yang ada di tinjauan pustaka dan kerangka konseptual di atas, maka hipotesis dalam penelitian ini adalah Hipotesis kerja ( $H_a$ ): Ada hubungan tingkat depresi dengan durasi tidur pada pasien stroke.

### C. Definisi Operasional

Tabel 3.1

No	Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Cara Ukur	Skala Ukur	Skor
1.	Independent :Tingkat Depresi	Derajat kesedihan dan kekwatiran yang dialami oleh pasien yang ditentukan oleh jumlah skor yang diperoleh dari kuesioner berdasarkan teori Halminton Despressio n Rating Scale (H-DRS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gejala emosional</li> <li>- Gejala kognitif</li> <li>- Gejala motivasi</li> <li>- Gejala fisik</li> </ul>	Kuesioner	Ordinal	<p>Tidak ada depresi: jika skore &lt;17</p> <p>Depersi ringan: jika skore 18-24</p> <p>Depresi sedang: jika skore 25-34</p> <p>Depresi berat: jika skore 35-51</p>

						Depresi berat sekali: jika skore 52-68
2.	Dependen: Durasi tidur	lama waktu yang diperlukan oleh seseorang untuk tidur per hari	- Jam tidur - Jam bangun	Kuesioner	Ordinal	Durasi tidur pendek: jika 6 jam  Durasi tidur relatif: jika 7-8 jam  Durasi tidur panjang : jika 9 jam

## **BAB IV**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Jenis Penelitian**

Jenis penelitian ini termasuk penelitian *Non-Eksperimental* bersifat deskriptif analitik dengan pendekatan studi potong lintang (*cross sectional*) yaitu desain penelitian analitik yang bertujuan untuk mengetahui hubungan antara variabel dimana variabel independen dan variabel dependen diidentifikasi pada satu satuan waktu. Pada penelitian ini yang ingin diketahui oleh peneliti adalah hubungan antara tingkat depresi dengan durasi tidur pada pasien stroke.

#### **B. Tempat Dan Waktu Penelitian**

Tempat dilakukan penelitian adalah Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Berdasarkan hasil pengamatan peneliti, Rumah Sakit ini tepat untuk dijadikan tempat penelitian karena jumlah pasien stroke cukup banyak, lokasi yang terjangkau dan di rumah sakit tersebut kurang mendapat perhatian mengenai tingkat depresi dan durasi tidur. Waktu penelitian dilaksanakan pada bulan Februari-Maret 2016.

#### **C. Populasi dan Sampel**

##### **1. Populasi**

Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien stroke baik laki-laki maupun perempuan yang dirawat di Rumah Sakit Stella Maris Makassar pada tahun 2016.

##### **2. Sampel**

Pada penelitian ini sampel diambil dari pasien stroke yang dirawat di Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Teknik penggunaan sampel adalah *nonprobability sampling* dengan

pendekatan *consecutive sampling* yaitu cara pengambilan sampel ini dilakukan dengan memilih sampel yang memenuhi kriteria peneliti yaitu semua pasien stroke yang memenuhi kriteria inklusi, penelitian ini dilakukan dalam kurun waktu tertentu sehingga jumlah sampel yang diperlukan terpenuhi.

Adapun kriteria pengambilan sampel adalah sebagai berikut :

a. Kriteria inklusi:

- 1) Pasien stroke dengan kesadaran *compos mentis*
- 2) Pasien stroke yang mampu berkomunikasi
- 3) Pasien stroke yang bisa membaca
- 4) Usia >17 tahun
- 5) Pasien stroke yang bersedia menjadi responden dan mau diteliti

b. Kriteria eksklusi:

- 1) Pasien stroke yang mengalami penurunan kesadaran
- 2) Pasien stroke yang mengalami afasia motorik, sensorik, maupun global
- 3) Pasien stroke yang tidak bersedia menjadi responden dan tidak mau diteliti

#### **D. Instrumen Penelitian**

Pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan kuesioner. Penggunaan kuesioner pada penelitian ini untuk mengetahui tingkat depresi dengan durasi tidur pada pasien stroke. Kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini terdiri dari 3 bagian yaitu data demografi responden (bagian A), kuesioner tingkat depresi (bagian B) dan kuesioner durasi tidur (bagian C).

Data demografi bagian A untuk mengetahui karakteristik responden meliputi nama (inisial), umur, jenis kelamin, pendidikan, dan alamat. Kuesioner bagian B adalah kuesioner untuk mengukur tingkat depresi yaitu berisi 17 pertanyaan tertutup dengan bentuk

*checklist*, yang dimodifikasikan dari kuesioner *Hamilton Rating Scale for Depression* (HRS-D). Dari setiap pertanyaan terdapat jawaban yang telah disediakan. Setiap jawaban akan diberi skor 0, 1, 2, 3, 4. Skor total 0-68, pengkategorian skor yaitu <17 (tidak ada depresi), 18-24 (depresi ringan), 25-34 (depresi sedang), 35-51 (depresi berat), dan 52-68 (depresi berat sekali)

Sedangkan kuesioner bagian C adalah kuesioner untuk mengukur durasi tidur yaitu berisi 1 pertanyaan tertutup dengan bentuk *checklist*. Dari jawaban responden maka akan ditentukan durasi tidurnya.

Semua variable dalam penelitian ini menggunakan tipe skala pengukuran berupa skala ordinal.

## **E. Pengumpulan Data**

Dalam penelitian ini, data dikumpulkan melalui beberapa prosedur, sebelum melakukan penelitian peneliti meminta persetujuan dari RS. Stella Maris untuk memperoleh izin melakukan penelitian. Setelah mendapat persetujuan barulah dilakukan penelitian dengan etika penelitian sebagai berikut:

### *1. Informed consent*

Lembaran pengakuan ini diberikan kepada responden yang akan diteliti yang memenuhi criteria inklusi, disertai jadwal penelitian dan manfaat penelitian. Bila subjek menolak, maka peneliti tidak akan memaksakan dan tetap menghormati hak-hak klien.

### *2. Anonymity (tanpa nama)*

Untuk menjaga kerahasiaan, peneliti tidak akan mencantumkan nama responden tetapi lembaran tersebut diberikan inisial atau kode.

### 3. *Confidentially*

Kerahasiaan informasi responden dijamin oleh peneliti dan hanya kelompok tertentu akan dilaporkan sebagai hasil penelitian. Data yang telah dikumpulkan disimpan dalam dan hanya bias diakses oleh peneliti dan pembimbing.

## **F. Pengolahan dan Penyajian Data**

Dalam proses pengolahan data terdapat langkah-langkah sebagai berikut:

### **1. Editing**

Proses *editing* dilakukan setelah data terkumpul dengan memeriksa kelengkapan data, memeriksa kesinambungan data, dan memeriksa keseragaman data.

### **2. Coding**

Dilakukan untuk memudahkan pengolahan data yaitu memberikan symbol dari setiap kuesioner yang telah diisi oleh responden.

### **3. Entry Data**

Dilakukan dengan memasukkan data ke dalam computer menggunakan aplikasi computer dalam bentuk master data.

### **4. Tabulasi**

Data diolah dalam bentuk table yaitu distribusi hubungan antara variable independen dan dependen. Penyajian data yang digunakan adalah dalam bentuk tabel di mana data di masukan ke dalam program spss untuk dilakukan pengolahan data.

## G. Analisa Data

Setelah dilakukan *editing, coding, entry data, dan tabulasi*, maka selanjutnya dilakukan analisis dengan cara:

### 1. Analisis univariat

Analisis ini dilakukan pada masing-masing variabel yang diteliti. Tingkat depresi (variable independen) dan durasi tidur pada pasien stroke (variable dependen) dengan tujuan mengetahui presentasi dari tiap-tiap variabel yang diteliti.

### 2. Analisis bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk melihat hubungan antara dua variable yaitu variable independen dan variable dependen. Sesuai dengan tujuan penelitian maka analisa bivariat ini meliputi tingkat depresi dengan durasi tidur oleh pasien Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

Uji statistik yang digunakan dalam analisis bivariat adalah uji *Chi Square* dengan tingkat kemaknaan  $=0,05$  dengan system komputerisasi *Windows SPSS Versi 21*.

Interpretasi:

- a. Apabila  $value <$ ,  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima, artinya ada hubungan yang bermakna (signifikat) antara variable independen tingkat depresi dengan variable dependen durasi tidur.
- b. Apabila  $value >$ ,  $H_a$  ditolak dan  $H_0$  diterima, artinya tidak ada hubungan antara variable independen tingkat depresi dengan variable dependen durasi tidur.

## **BAB V**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Hasil**

##### **1. Pengantar**

Penelitian ini dilaksanakan di RS. Stella Maris Makassar mulai tanggal 29 Februari 2016 sampai 14 Maret 2016. Pengambilan sampel yaitu teknik *consecutive sampling*, dengan jumlah sampel sebanyak 32 orang. Pengumpulan data dengan menggunakan kuesioner sebagai alat ukur. Sedangkan pengolahan data menggunakan komputer program *spss for windows versi 21*. Kemudian selanjutnya data dianalisis dengan menggunakan uji statistik *Chi-Square* dengan tingkat kemaknaan 5% ( $\alpha = 0.05$ ).

##### **2. Gambaran Lokasi Penelitian**

Rumah sakit ini didirikan pada tanggal 8 Desember 1938, diresmikan pada tanggal 22 Desember 1938 dan kegiatan dimulai pada tanggal 7 Januari 1940. Rumah sakit ini berada di jalan Somba Opu No. 273, Kelurahan Losari, Kecamatan Ujung Pandang, Kota Makassar, Provinsi Sulawesi Selatan.

Terbentuknya Rumah Sakit Stella Maris bermula dari nilai kasih yang tulus dan membuahkan cita-cita luhur yang membuat keprihatinan dan kepedulian akan penderitaan orang-orang kecil yang kurang mampu. Oleh karena itu, sekelompok suster JMJ Komunitas Rajawali mewujudkan kasih dan cita-cita tersebut ke dalam suatu rencana untuk membangun sebuah Rumah Sakit Katolik yang berpedoman pada nilai-nilai injil. Visi dan misi Rumah Sakit Stella Maris Makassar sebagai berikut :

a. Visi

Menjadi Rumah Sakit terbaik di Sulawesi Selatan, khususnya di bidang Keperawatan dengan semangat Cinta Kasih Kristus kepada sesama.

b. Misi

Senantiasa siap sedia memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas sesuai dengan perkembangan teknologi dan kebutuhan masyarakat, termasuk bagi mereka yang berkekurangan dan dilandasi dengan semangat Cinta Kasih Kristus kepada sesama.

Secara geografis, letak atau batas-batas wilayah Rumah Sakit Stella Maris Makassar adalah sebagai berikut: sebelah utara berbatasan dengan Jl. Penghibur (pantai losari), sebelah timur berbatasan dengan Jl. Maipa, sebelah selatan berbatasan dengan rumah penduduk (Lamadukelleng), sebelah barat berbatasan dengan Jl. Datumuseng.

## 1. Karakteristik Responden

Data yang menyangkut karakteristik responden akan diuraikan sebagai berikut:

### a. Distribusi Frekuensi Berdasarkan Umur Responden

Tabel 5.1

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kelompok Umur Di RS. Stella Maris Makassar, Februari-Maret 2016 (n=32)

Umur (Tahun)	Frekuensi	Persentase (%)
42-49	7	21,9
50-56	7	21,9
57-63	4	12,5
64-70	9	28,1
71-77	1	3,1
78-84	4	12,5
Total	32	100

Sumber: Data Primer 2016

Dari penelitian yang telah dilaksanakan, diperoleh data jumlah responden terbanyak berada pada kelompok umur 64-70 tahun yaitu 9 (28,1%) responden dan sebagian jumlah responden berada pada kelompok umur 71-77 tahun yaitu 1 (3,1%) responden.

### b. Distribusi Frekuensi Berdasarkan Jenis Kelamin

Tabel 5.2

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Di RS. Stella Maris Makassar, Maret-April 2016 (n=32)

Jenis Kelamin	Frekuensi	Persentase (%)
Laki-laki	12	37,5
Perempuan	20	62,5
Total	32	100

Sumber: Data Primer 2016

Data diatas menyatakan hasil penelitian pada 32 responden, dimana sebagian besar responden dengan jenis kelamin Perempuan yaitu 20 (62,5%) responden dan jumlah responden yang berjenis kelamin Laki-laki yaitu 12 (37,5%).

c. Berdasarkan Tingkat Pendidikan

Tabel 5.3

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan Di RS. Stella Maris Makassar, Maret-April 2016 (n=32)

<b>Tingkat Pendidikan</b>	<b>Frekuensi</b>	<b>Persentase (%)</b>
SD	3	9,4
SMP	2	5,3
SMA	20	62,5
D3	1	3,1
S1	5	15,6
S3	1	3,1
Total	32	100

Sumber: Data Primer 2016

Didapatkan hasil distribusi tingkat pendidikan, bahwa jumlah responden terbanyak berada pada tingkat pendidikan SMA yaitu sebanyak 20 (62,5%) responden dan sebagian responden berada pada tingkat pendidikan D3 dan S3 yaitu 1 (3,1%).

## 2. Hasil Analisa Variabel Yang Diteliti

### a. Analisa Univariat

#### 1) Tingkat Depresi

Tabel 5.4

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Depresi  
Di RS. Stella Maris Makassar,  
Maret-April 2016 (n=32)

<b>Tingkat Depresi</b>	<b>Frekuensi</b>	<b>Persentase (%)</b>
Tidak Ada Depresi	5	15,6
Depresi Ringan	7	21,9
Depresi Sedang	9	28,1
Depresi Berat	11	34,4
Total	32	100

Sumber: Data Primer 2016

Berdasarkan penelitian didapatkan bahwa dari 32 responden diperoleh data dengan tingkat depresi berat 11 responden (34,4%) dan tingkat depresi sedang 9 responden (28,1%).

#### 2) Durasi Tidur

Tabel 5.5

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Durasi Tidur  
Di RS. Stella Maris Makassar,  
Maret-April 2016 (n=32)

<b>Durasi Tidur</b>	<b>Frekuensi</b>	<b>Persentase (%)</b>
Durasi Tidur Relatif	9	28,1
Durasi Tidur Pendek	15	46,9
Durasi Tidur Panjang	8	25,0
Total	32	100

Sumber: Data Primer 2016

Dari hasil penelitian, menunjukkan bahwa dari 32 responden, sebagian besar responden mempunyai durasi tidur pendek. Berdasarkan data yang diperoleh, ada 15 responden (46,9%) mempunyai durasi tidur pendek dan 9 responden (28,1%) mempunyai durasi tidur relatif.

## b. Analisa Bivariat

Tabel 5.6

Analisis Hubungan Tingkat Depresi dan Durasi Tidur Pada Pasien Stroke Di RS. Stella Maris Makassar, Maret-April 2016 (n=32)

Tingkat Depresi		Durasi Tidur								
		Relatif		Pendek		Panjang		Total		
		f	%	f	%	f	%	n	%	
Tingkat Depresi	Depresi Ringan	9	28,1	0	0,0	3	9,4	12	37,5	0,000
	Depresi Berat	0	0,0	15	46,9	5	15,6	20	62,5	
	Total	9	28,1	15	46,9	8	25,0	32	100	

Dalam penelitian ini analisa bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan tingkat depresi dan durasi tidur pada pasien stroke di RS. Stella Maris Makassar.

Berdasarkan hasil penelitian hubungan tingkat depresi pada pasien stroke di RS. Stella Maris Makassar dari 32 responden didapatkan data tingkat depresi kategori depresi ringan dengan durasi tidur relatif 9 responden (28,1%) dan tingkat depresi kategori depresi ringan dengan durasi tidur panjang 3 responden (9,4%). Sementara itu data lain menunjukkan tingkat depresi kategori depresi berat dengan durasi tidur pendek 15 responden (46,9%) serta tingkat depresi kategori depresi berat dengan durasi tidur panjang 5 responden (15,6%).

Dari hasil statistik dengan menggunakan uji statistik *Chi-Square* dengan *uji alternative Kolmogorov-Smirnov Z* diperoleh nilai  $p=0,000$  dimana nilai  $p=0,05$ . Hal ini menunjukkan bahwa nilai  $p < 0,05$ , maka hipotesis alternative ( $H_a$ ) diterima atau Hipotesis nol ( $H_0$ ) ditolak, dengan demikian berarti bahwa ada hubungan tingkat depresi dengan durasi tidur pada pasien stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

## B. Pembahasan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Stella Maris Makassar diperoleh data yaitu 9 (28,1%) responden menunjukkan tingkat depresi dengan kategori ringan memiliki durasi tidur relatif. Menurut Andri & Susanto (2008) bahwa saat ini, gangguan depresi pada pasien stroke kurang dipahami sehingga banyak kasus depresi pada pasien stroke tidak dikenali dan pada akhirnya tidak mendapat penanganan. Depresi pada pasien stroke dapat terjadi sebagai akibat langsung dari proses infark otak atau dapat terjadi sebagai reaksi akibat cacat atau ketidakberdayaan yang disebabkan oleh stroke. Hal ini didukung oleh Mayasari (2013) yang mengemukakan bahwa depresi ringan tidak memiliki gejala yang berat dan hanya sedikit mengalami kesulitan tidur, pekerjaan, dan kegiatan sosial. Seseorang dengan tingkat depresi ringan diharapkan lebih mampu untuk mengontrol segala aktifitasnya karena gejala yang dialami hanya sedikit kesulitan dalam pekerjaan dan aktivitasnya termasuk kebutuhan tidur. *National Institutes Of Health* merekomendasikan orang dewasa harus tidur 7-8 jam per hari untuk mendapatkan kesehatan yang optimal, hal serupa dikemukakan A. Alimul (2013), kebutuhan tidur manusia bergantung pada tingkat perkembangan dan berdasarkan usia dimana usia >18 tahun dengan tingkat perkembangan masa dewasa mempunyai jumlah kebutuhan tidur atau durasi tidur 7-8 jam. Untuk dapat berfungsi secara normal, maka setiap orang memerlukan istirahat dan tidur yang cukup karena pada kondisi istirahat dan tidur, tubuh melakukan proses pemulihan untuk mengembalikan stamina tubuh hingga berada dalam kondisi yang optimal (Asmadi, 2008). Menurut asumsi peneliti responden yang memiliki tingkat depresi ringan memiliki durasi tidur relatif hal ini karena depresi ringan tidak menunjukkan gejala yang berat sehingga responden mampu mengontrol perasaan, perilaku dan aktivitas dirinya termasuk kebutuhan tidur. Dengan tingkat depresi yang ringan dapat

memberikan kenyamanan bagi responden sehingga tidak mempengaruhi kebutuhan tidur responden.

Sedangkan dari hasil penelitian ini pula didapatkan 3 (9,4%) responden menunjukkan tingkat depresi dengan kategori ringan memiliki durasi tidur panjang. Dihubungkan dengan teori Hawari (2013), menyatakan bahwa salah satu gejala klinis depresi yaitu gangguan tidur dimana terlalu banyak tidur atau hipersomnia dan insomnia sukar atau tidak dapat tidur. Peneliti berasumsi bahwa responden dengan tingkat depresi ringan juga dapat mengganggu kebutuhan tidur sehingga akan mengakibatkan tidur yang berlebihan atau *oversleeping* hal ini dikarenakan pasien tidak memiliki pekerjaan ataupun aktivitas yang banyak sehingga waktu yang dimiliki digunakan untuk tidur. pasien yang kurang melakukan aktivitas akan mudah mengantuk hal ini mengakibatkan BSR (*Bulbar Synchronizing Region*) pada batang otak akan melepaskan serotonin sehingga akan mudah tertidur selain karena aktivitas yang kurang juga di dukung dengan lingkungan sekitar ruangan yang aman dan nyaman sehingga pasien mendapat stimulus yang baik dari lingkungan sekitar yang membuat pasien merasa nyaman dan mudah untuk tertidur.

Hasil penelitian diperoleh data yaitu 15 (46,9%) responden menunjukkan tingkat depresi dengan kategori depresi berat memiliki durasi tidur pendek. Menurut Saam & Wahyuni (2013), depresi merupakan kesedihan dan kekhawatiran dalam waktu yang cukup lama disertai oleh perasaan tidak berharga. Jadi, depresi lebih di dominasikan oleh perasaan-perasaan yang tidak menyenangkan dan intensitasnya cukup kuat serta berlangsung lama. Dalam penelitian Jeffking., dkk (2012) menyebutkan bahwa depresi merupakan masalah kesehatan yang umum dijumpai dalam masyarakat. Pada depresi terdapat retardasi psikomotor, lesu, tidak bertenaga, gangguan tidur, nafsu makan berkurang, dan gairah seksual berkurang. Depresi merupakan gangguan emosi yang paling sering

dikaitkan dengan stroke karena 54% dari 100 penderita stroke mengalami depresi.

Menurut Suwantara (2004) mengatakan bahwa depresi berat menunjukkan sikap yang kurang peka terhadap rehabilitasi dan pengobatan hal ini secara langsung akan menimbulkan masalah bagi responden itu sendiri karena intensitas yang cukup kuat serta berlangsung lama akan mempengaruhi durasi tidur responden. Pernyataan di atas diperkuat dengan penelitian Mayasari (2013) yang menyatakan bahwa depresi juga mengganggu fisiologi tidur, dengan induksi rapid eye movement (REM) tidur dan secara keseluruhan peningkatan kepadatan REM. Pada gambaran otak dengan menggunakan magnetic resonance imaging (MRI) menunjukkan perbedaan pada orang depresi dengan orang tanpa depresi. Bagian otak yang bertanggung jawab untuk mengatur suasana hati, pikiran, tidur, nafsu makan, tingkah laku memperlihatkan fungsi yang abnormal. Neurotransmitter sel otak yang digunakan untuk komunikasi terlihat tidak seimbang. Peneliti berasumsi bahwa sebagian besar responden dengan tingkat depresi berat menunjukkan presentasi yang lebih besar karena depresi berat akan mempengaruhi aktivitas otak sehingga menstimulasi RAS (*Reticular Activating System*) untuk pelepasan katekolamin yang mengakibatkan responden selalu terjaga.

Hasil penelitian ini pula menunjukkan tingkat depresi dengan kategori berat memiliki durasi tidur panjang sebanyak 5 (15,6%) responden. Menurut Mayasari (2013), mengemukakan bahwa penyebab depresi terdiri dari faktor genetik, biologikal, dan psikologikal dan salah satu gejala depresi berat yaitu tidak bisa tidur atau tidur yang berlebihan. Menurut asumsi peneliti, tingkat depresi berat mempengaruhi durasi tidur responden yang dapat mengurangi durasi tidur dan juga dapat meningkatkan durasi tidur.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan peneliti, diketahui bahwa setiap orang kadang-kadang mengalami perasaan sedih, tapi

perasaan sedih ini bisa berlangsung lama atau berlangsung cepat. Banyak orang menggunakan kata depresi untuk menjelaskan perasaan tapi depresi lebih dari sekedar perasaan sedih. Beberapa orang yang mengalami depresi tidak mengalami rasa sedih tapi mengalami perasaan hampa, kekosongan, dan apatis. Orang yang mengalami depresi biasanya karena suatu kejadian atau keadaan. Depresi merupakan masalah serius karena saat seseorang terkena depresi maka akan mengganggu durasi tidur atau fisiologi tidur yang normal.

Dalam melakukan penelitian ini, peneliti menyadari bahwa masih banyak keterbatasan-keterbatasan yang didapatkan yaitu: Kurangnya teori dan penelitian yang langsung menjelaskan mengenai tingkat depresi dengan durasi tidur pada pasien stroke secara bersamaan yang ada penelitian tentang tingkat depresi pada pasien stroke dan durasi tidur pada pasien stroke serta adanya keterbatasan penelitian dengan menggunakan kuesioner yaitu terkadang jawaban yang diberikan oleh responden tidak menunjukkan keadaan sesungguhnya dan tingkat depresi responden pada rawat inap berbeda dengan tingkat depresi responden pada rawat jalan (Fisioterapi).

## **BAB VI**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Kesimpulan**

Dari hasil penelitian yang dilakukan terhadap 32 responden pada tanggal 29 Februari sampai 14 maret 2016, maka dapat disimpulkan bahwa:

1. Tingkat depresi pada pasien stroke di RS. Stella Maris Makassar adalah tingkat depresi berat.
2. Durasi tidur pada pasien stroke di RS. Stella Maris Makassar adalah durasi tidur pendek.
3. Ada hubungan antara tingkat depresi dengan durasi tidur pada pasien stroke di RS. Stella Maris Makassar.

#### **B. Saran**

Berdasarkan kesimpulan dari hasil penelitian tersebut di atas, maka peneliti dapat memberikan saran-saran sebagai berikut:

##### **1. Bagi Pasien**

Dapat menerima keadaan dan menyesuaikan diri dengan kondisi saat ini, memiliki motivasi dan kepercayaan diri yang tinggi bahwa potensi untuk sembuh itu selalu ada dan jika perlu berkonsultasi dengan dokter ataupun psikiater untuk penanganan lebih lanjut tentang depresi dan masalah durasi tidur yang dialami.

##### **2. Bagi Peneliti Selanjutnya**

Peneliti selanjutnya dapat menggunakan instrumen yang dapat menggambarkan tingkat depresi pasien stroke serta mengkaji lebih lanjut masalah apa yang menyebabkan tingkat depresi dan durasi tidur dan meneliti pada stressor yang sama.

### **3. Bagi Perawat**

Agar perawat dapat mengenal tanda dan gejala depresi pada pasien stroke serta memperhatikan faktor eksternal yang mempengaruhi kebutuhan tidur pasien seperti membatasi jumlah pengunjung.

## DAFTAR PUSTAKA

- Arum, S. P. (2015). *Stroke, Kenali, Cegah & Obati*. (Bewe, Ed.) Yogyakarta: Notebook.
- Asmadi. (2008). *Teknik Prosedural Keperawatan Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien*. Depok: Salemba Medika.
- Barbara, K., Glenora, E., Audrey, B., & Snyder, J. S. (2011). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses, & Praktik* (7 ed., Vol. 2). Jakarta: EGC.
- Batticca, B. F. (2012). *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Chen, J. C., Brunner, R. L., Ren, H., Smoller, S. W., Larson, J. C., Levine, D. W., et al. (2008). *Sleep Duration and Risk of Ischemic Stroke in Postmenopausal Women*. *American Stroke Association* , 3185-3192. <http://stroke.ahajournals.org>. Diakses Tanggal 11 November 2015
- Dahlan, M. S. (2011). *Statistik Untuk Kedokteran dan Kesehatan. Deskriptif, Bivariat dan Multivariat Dilengkapi Aplikasi dengan Menggunakan SPSS*. Jakarta: Salemba Medika.
- Darmawansari. (2013). *Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Depresi Pada Pasien Stroke Di Rumah Sakt Umum Daerah Labuang Baji Makassar Tahun 2013* . <http://repository.unhas.ac.id>. Diakses Tanggal 6 April 2016.
- Dharma, K. K. (2011). *Metodologi Penelitian Keperawatan : Paduan Melaksanakan dan Menerapkan Hasil Penelitian*. Jakarta: Trans Info Media.
- Dudung, J., Kaunang, T. M., & Dundu, A. E. (2012). *Prevalensi Depresi Pada Pasien Stroke Yang Di Rawat Inap Di Iriana F RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado Periode November – Desember 2012*. *e-Clinic (eCI)* , 573-578. <http://download.portalgaruda.org>. Diakses Tanggal 11 Desember 2015

- Fang, J., Wheaton, A. G., & Ayala, C. (2014). *Sleep duration and history of stroke among adults from the USA*. *American Stroke Association*. 531 - 537. <http://stroke.ahajournals>. Diakses Tanggal 5 November 2015
- Hawari, D. (2013). *Manajemen Stres, Cemas dan Depresi*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Hidayat, A. A. (2013). *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia : Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Lumbantobing. (2007). *Stroke Bencana Peredaran Darah di Otak*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Mambrasar, M., Tumboimbela, M. J., & Kembuan, M. A. (2013). *Profil Kualitas Tidur Pada Pasien Stroke Akut Di Bagian Neurologi RSUP Prof. DR. R. D. Kandou Manado Periode November 2013-Desember 2013*. *Jurnal e-Clinic* . <http://download.portalgaruda.org>. Diakses Tanggal 6 April 2016.
- Mayasari, T. W. (2013). *Gambaran Umum Depresi*. vol 2, 1938-1957. <http://download.portalgaruda.org>. Diakses Tanggal 6 April 2016.
- Mubarak, I. W., & Chayatin, N. (2008). *Buku Ajar Kebutuhan Dasar Manusia Teori & Aplikasi dalam Praktik*. Jakarta: EGC.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2012). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik* (4 ed., Vol. 2). Jakarta: EGC.
- Riskesdas, 2. (2013). *Riset Kesehatan Dasar*. Retrieved from <http://www.depkes.go.id>. Diakses Tanggal 11 November 2015
- Saam, S., & Wahyuni, S. (2013). *Psikologi Keperawatan*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
- Saryono. (2010). *Kumpulan Instrumen Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Smeltzer, C. S., & Bare, G. B. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah Brunner & Suddarth* (8 ed., Vol. 3). Jakarta: EGC.

Soekidjo, N. (2010). *Metologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Suyanto. (2011). *Metodologi dan Aplikasi Penelitian Keperawatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.



## LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama (inisial) :

Umur :

Alamat :

Menyatakan bahwa saya telah mendapat persetujuan dari peneliti tentang tujuan penelitian, bersedia secara sukarela dan tanpa paksaan dari siapapun untuk berperan serta dalam penelitian yang berjudul **“Hubungan Tingkat Depresi Dengan Durasi Tidur Pada Pasien Stroke Di Rumah Sakit Stella Maris Makassar”** yang akan dilaksanakan oleh Agustina dan Glorya Riana Latuperissa, dengan mengisi lembar kuesioner yang diberikan.

Saya mengerti bahwa penelitian ini tidak membahayakan fisik maupun jiwa saya, dan jawaban yang saya berikan terjamin kerahasiaannya serta berguna untuk pengembangan ilmu pengetahuan.

Makassar, 2016

Tanda tangan responden

### **PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

Kepada Yth.

Bapak / Ibu calon responden

Di - Tempat

Dengan hormat,

Kami yang bertanda tangan di bawah ini adalah mahasiswa program Studi S1 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar.

1. Nama : Agustina  
N.I.M : C.12.14201.001
2. Nama : Glorya Riana Latuperissa  
N.I.M : C.12.14201.020

Akan mengadakan penelitian dengan judul “Hubungan Tingkat Depresi Dengan Durasi Tidur Pada Pasien Stroke Di RS. Stella Maris Makassar”.

Penelitian ini tidak akan menimbulkan pengaruh negative pada Bapak/Ibu responden, kerahasiaan semua informasi yang diberikan akan dijaga dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. Jika Bapak/Ibu tidak bersedia menjadi responden maka Bapak/Ibu diperbolehkan mengundurkan diri untuk tidak berpartisipasi dalam penelitian ini.

Apabila Bapak/Ibu menyetujui, maka kami mohon kesedian untuk menandatangani lembar persetujuan dan melakukan kegiatan yang sudah diatur sebelumnya oleh peneliti.

Atas perhatian dan kesediaan Bapak/Ibu sebagai responden kami ucapkan banyak terima kasih.

Makassar, Januari 2015

Peneliti

**KUESIONER PENELITIAN HUBUNGAN TINGKAT DEPRESI DENGAN  
DURASI TIDUR PADA PASIEN STROKE DI RS. STELLA MARIS  
MAKASSAR**

**A. DATA DEMOGRAFI**

Nama (inisial) :  
 Umur : tahun  
 Jenis Kelamin :  
 Pendidikan :  
 Alamat :

**B. KUESIONER TINGKAT DEPRESI**

**Petunjuk Pengisian:**

Bacalah beberapa pertanyaan di bawah ini, lalu pilihlah jawaban yang telah dipersiapkan dengan memberikan tanda *checklist* ( ) pada kolom yang tersedia sesuai dengan keadaan yang sebenarnya.

No	Gejala Depresi	Chec klist
<b>1.</b>	<b>Apakah anda sering merasa (sedih, putus asa, tak berdaya, tak berguna)?</b>	
	a. Tidak pernah	
	b. Ya, saya dapat merasakannya jika ditanya	
	c. Ya, saya secara spontan dapat menyatakan rasa tersebut	
	d. Tanpa harus saya katakan, ekspresi, suara, dan semua tingkah laku saya sudah menunjukkan perasaan tersebut. Saya cenderung mudah menangis/marah.	
	e. Saya selalu merasakan perasaan ini dengan jelas melalui kata-kata dan saya sering mengekspresikannya. Misalnya dengan cara menangis, marah dan lain-lain.	
<b>2.</b>	<b>Apakah anda selalu merasa bersalah?</b>	
	a. Tidak pernah	
	b. Ya. Saya sering menjadi penyebab dari masalah atau penderitaan orang lain.	

	c. Rasa bersalah sering timbul berulang-ulang dalam diri saya dan saya sering mengingat-ingat kesalahan masa lalu.	
	d. Saya merasa bersalah telah membuat orang lain sengsara, rasa ini menyiksa saya dan saya rasa inilah hukuman bagi saya.	
	e. Saya sering dikejar-kejar, dituduh bahkan sepertinya saya merasa akan dipenjara. Entah itu nyata atau hanya ada didalam pikiran saya.	
<b>3.</b>	<b>Apakah anda pernah berkeinginan untuk bunuh diri?</b>	
	a. Sama sekali tidak	
	b. Saya hanya merasa bahwa hidup ini tak ada gunanya.	
	c. Saya selalu berharap lebih baik saya mati saja.	
	d. Saya sering punya ide untuk mati tau bunuh diri.	
	e. Saya pernah benar-benar mencoba bunuh diri.	
<b>4.</b>	<b>Apakah anda pernah mengalami kesulitan tidur?</b>	
	a. Tidak	
	b. Kadang-kadang setelah saya lebih dari ½ jam membaringkan badan baru saya dapat tidur.	
	c. Setiap malam saya selalu sulit tidur	
<b>5.</b>	<b>Apakah anda sering bangun tengah malam secara tiba-tiba?</b>	
	a. Tidak	
	b. Ya. Saya sering gelisah dan bangun malam-malam.	
	c. Saya hampir tidak tidur sepanjang malam.	
<b>6.</b>	<b>Apakah anda sering ada keluhan terbangun sangat awal?</b>	
	a. Tidur saya wajar, tidak ada keluhan masalah bangun pagi	
	b. Ya. Saya sering bangun pada waktu fajar tetapi tertidur lagi	
	c. Kalau saya bangun fajar, maka saya tidak dapat tidur lagi	
<b>7.</b>	<b>Bagaimana dengan kebiasaan kerja dan kegiatan anda?</b>	
	a. Baik-baik saja, semua lancar	
	b. Kadang saya merasa tidak mampu, letih dan lemah terutama didalam melakukan aktivitas kerja dan hobi saya.	
	c. Saya tidak mempunyai gairah untuk melakukan aktivitas baik kerja maupun hobi.	

	d. Saya merasa aktivitas dan produktivitas saya baik ditempat kerja maupun di rumah berkurang.	
	e. Saya saat ini tidak dapat beraktivitas karena sakit yang saya alami.	
<b>8.</b>	<b>Apakah anda termasuk pribadi yang lincah, energik dan pintar bicara?</b>	
	a. Saya cukup bagus dalam berbicara, berpikir dan bertingkah laku	
	b. Saya memiliki masalah di dalam berbicara	
	c. Saya lambat/ tertalu cepat berbicara	
	d. Saya tidak mudah diajak berbicara dan berinteraksi	
	e. Saya tidak dapat berkata-kata dan melakukan apapun	
<b>9.</b>	<b>Apakah anda sering merasa gelisah?</b>	
	a. Tidak	
	b. Sedikit	
	c. Saya sering memainkan tangan, rambut, benda-benda untuk mengurangi rasa gelisah	
	d. Saya selalu bergerak untuk mengurangi rasa gelisah	
	e. Saya sering meremas tangan, menggigit kuku, menjambak rambut sendiri, menggigit bibir.	
<b>10.</b>	<b>Apakah anda sering mengalami bibir kering, berdebar-debar, sakit kepala, mual, berkeringat dan sering buang air kecil?</b>	
	a. Tidak	
	b. Ya, saat saya merasa tegang atau tersinggung	
	c. Ya, karena saya sering khawatir dengan masalah-masalah sepele sekalipun	
	d. Sikap nyata penuh pengertian yang tampak pada muka atau saat berbicara.	
	e. Ekspresi takut tanya bertanya	
<b>11.</b>	<b>Apakah anda sering merasa terancam, takut, cemas, dan lain sebagainya?</b>	
	a. Tidak	
	b. Kadang-kadang	
	c. Saya sering cemas dan takut	
	d. Hampir setiap hari	
<b>12.</b>	<b>Apakah anda mengalami gangguan sistem pencernaan?</b>	
	a. Tidak	
	b. Saya sering malas makan tetapi tidak harus disuruh oleh teman saya atau orang lain	

	c. Saya harus disuru orang lain untuk makan, bahkan saya perlu obat pelancar untuk buang air besar	
<b>13.</b>	<b>Apakah anda sering ,merasa sakit kepala, punggung pegal dan sering lelah?</b>	
	a. Tidak	
	b. Ya. Punggung, kepala dan otot saya sering sakit. Saya juga merasa lemas	
	c. Jelas sekali gejalanya	
<b>14</b>	<b>Apakah anda mengalami gangguan siklus seksual?</b>	
	<b>Jika anda pria :</b>	
	a. Tidak ada	
	b. Saya mengalami ejakulasi dini	
	c. Mengalami disfungsi seksual	
	<b>Jika anda wanita :</b>	
	a. Tidak ada	
	b. Menstruasi saya tidak teratur	
	c. Mengalami menstruasi hampir tidak berhenti atau tidak mengalami menstruasi sama sekali.	
<b>15.</b>	<b>Apakah anda sering merasa bahwa di dalam tubuh anda ada penyakit, kelainan dan lain sebagainya?</b>	
	a. Tidak	
	b. Saya sering dapat merasakannya tetapi saya jarang mengeluhkannya	
	c. Saya sering takut akan kesehatan saya	
	d. Saya sering merasa sakit dan minta tolong orang lain	
	e. Saya sering merasa sakit, tetapi setelah diperiksa dokter saya dinyatakan sehat.	
<b>16.</b>	<b>Apakah berat badan anda menurun?</b>	
	a. Tidak	
	b. Mungkin iya karena saya sekarang sakit	
	c. Jelas berkurang	
<b>17.</b>	<b>Apakah anda sadar akan kondisi kejiwaan anda?</b>	
	a. Ya. Saya tahu apakah saya sehat atau stress	
	b. Saya tahu bahwa saat ini saya depresi, perlu istirahat dan saya berpikir terlalu berat.	
	c. Sepertinya saya sehat-sehat saja, tetapi memang kata teman-teman dan keluarga saya stress.	
<b>JUMLAH TOTAL :</b>		

### C. KUESIONER DURASI TIDUR

#### Petunjuk Pengisian:

Bacalah pertanyaan di bawah ini, lalu pilihlah jawaban yang telah disiapkan dengan memberikan tanda *checklist* ( ) pada kolom yang tersedia sesuai dengan keadaan yang sebenarnya.

No.	Pertanyaan	Checklist
1.	<b>Rata-rata, berapa jam anda tidur dalam 24 jam?</b>	
	a. 6 jam/hari	
	b. 7-8 jam/hari	
	c. 9 jam/hari	



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
STELLA MARIS**

**TERAKREDITASI BAN-PT**

**PROGRAM D-III, S-1 KEPERAWATAN DAN NERS**

**Jl. Maipa No. 19 Telp. (0411) – 854808 Fax (0411) – 870642 MAKASSAR**

**Website : [www.stikstellamaris.ac.id](http://www.stikstellamaris.ac.id) Email : [stiksm\\_mks@yahoo.co.id](mailto:stiksm_mks@yahoo.co.id)**

Nomor : 010/STIK-SM/S-1.006/1/2016.

Perihal : Izin Pengambilan Data Awal.

Kepada Yth.  
Direktur RS Stella Maris

Di –  
Makassar

Dengan hormat,

Dalam rangka Tugas Akhir Mahasiswa Program Sarjana Keperawatan dan Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar Tahun Akademik 2015 / 2016, maka dengan ini kami mohon bantuannya kiranya berkenan memberi izin melaksanakan pengambilan data awal di RS Stella Maris

Kepada mahasiswa yang tersebut dibawah ini:

N a m a : Agustina  
N I M : C1214201020

Judul Penelitian : **Hubungan Tingkat Depresi Dengan Durasi Tidur Pada Pasien Stroke Rs Stella Maris Makassar”**

Demikian permohonan kami, atas perhatian dan kerjasama yang baik diucapkan terima kasih.

Makassar, 13 Januari , 2016  
Ketua STIK Stella Maris,  
  
Henny Pongantung, SKep.Ns,MSN  
NIDN: 0912106501





SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
**STELLA MARIS**

TERAKREDITASI BAN-PT

PROGRAM D-III, S-1 KEPERAWATAN DAN NERS

Jl. Maipa No. 19 Telp. (0411) – 854808 Fax (0411) – 870642 MAKASSAR

Website : [www.stikstellamaris.ac.id](http://www.stikstellamaris.ac.id) Email : [stiksm\\_mks@yahoo.co.id](mailto:stiksm_mks@yahoo.co.id)

Nomor : 071/STIK-SM/S-1-37/11/2016.

Perihal : Izin Penelitian.

Kepada Yth.  
Direktur RS Stella Maris

Di –  
Makassar

Dengan hormat,

Dalam rangka Tugas Akhir Mahasiswa Program Sarjana Keperawatan dan Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar Tahun Akademik 2015 / 2016, maka dengan ini kami mohon bantuannya kiranya berkenan memberi izin melaksanakan **Penelitian di RS Stella Maris**

Kepada mahasiswa yang tersebut dibawah ini:

1. Nama : Glorya Riana Latuperisa  
NIM : C12142011020
2. Nama : Agustina  
NIM : C12142011001

Judul Penelitian : **Hubungan Tingkat Depresi dengan Durasi Tidur pada pasien Stroke di RS Stella maris Makassar”**

Demikian permohonan kami, atas perhatian dan kerjasama yang baik diucapkan terima kasih.

Makassar, 11 Februari , 2016  
Wakil Ketua I Bidang Akademik  
STIK Stella Maris,

  
Sr. Anita Sampe.JMI, SKep.Ns.MAN  
NIDN: 0917107402



RS. Stella Maris

Jl. Somba Opu No. 273  
Makassar 90111 - Indonesia

Tel +62 411 854341  
+62 411 871391  
+62 411 873346

Fax +62 411 859545

## SURAT KETERANGAN

Nomor : 695A.DIR.SM.DIKL.KET.EX.III.2016

Yang bertanda tangan dibawah menerangkan bahwa :

- a. N a m a : Agustina  
Tempat / Tanggal Lahir : Tana Toraja, 17 Agustus 1994  
N I M : C. 12 14201 001  
Asal Pendidikan : Program Sarjana Keperawatan  
STIK Stella Maris Makassar
- b. N a m a : Glorya Riana Latuperissa  
Tempat / Tanggal Lahir : Wamena, 26 Maret 1994  
N I M : C. 12 14201 020  
Asal Pendidikan : Program Sarjana Keperawatan  
STIK Stella Maris Makassar

Telah melaksanakan penelitian di ruang perawatan Sta. Bernadeth I, Sta. Bernadeth II, Sta. Bernadeth IIIA, Sta. Bernadeth IIIB, ICU / ICCU dan Unit Fisioterapi RS. Stella Maris dalam rangka penyusunan Skripsi yang dimulai tanggal 29 Februari 2016 sampai dengan 15 Maret 2016 dengan judul :

***“ Hubungan Tingkat Depresi dengan Durasi Tidur Pada Pasien Stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar ”***

Demikian surat keterangan ini diberikan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Makassar, 16 Maret 2016

Hormat kami,  
Direktur,



RS. Stella Maris

**dr. Thomas Soharto, M. Kes**

cc. Arsip

**HUBUNGAN TINGKAT DEPRESI DENGAN DURASI TIDUR  
PADA PASIEN STROKE DI RS.STELLA MARIS  
MAKASSAR**

**LAMPIRAN 8**

NO	IN	UMUR	KD	PEND	KD	JK	KD	TINGKAT DEPRESI																	TTL	SKOR	KD	DURASI TIDUR	SKOR	KD
								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17						
1	L	81	6	SMA	3	P	2	1	1	2	1	2	1	3	1	1	1	0	2	1	0	3	2	1	23	DEPRESI RINGAN	2	7-8 JAM	DURASI TIDUR RELATIF	1
2	K	54	2	SD	1	P	2	2	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	9	TIDAK ADA DEPRESI	1	7-8 JAM	DURASI TIDUR RELATIF	1
3	M	65	4	SMP	2	P	2	4	4	2	1	1	2	4	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1	33	DEPRESI SEDANG	3	6 JAM	DURASI TIDUR PENDEK	2
4	M	57	3	S1	5	P	2	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	4	TIDAK ADA DEPRESI	1	7-8 JAM	DURASI TIDUR RELATIF	1
5	H	57	3	SMA	3	P	2	4	4	2	2	2	3	4	3	4	4	3	2	3	1	3	2	2	48	DEPRESI BERAT	4	6 JAM	DURASI TIDUR PENDEK	2
6	H	67	4	SMA	3	P	2	3	4	1	1	1	1	4	3	2	1	1	1	2	2	3	2	2	34	DEPRESI SEDANG	3	9 JAM	DURASI TIDUR PANJANG	3
7	S	46	1	SMA	3	P	2	4	3	2	2	2	1	4	3	4	4	3	2	2	1	3	2	1	43	DEPRESI BERAT	4	6 JAM	DURASI TIDUR PENDEK	2
8	Y	54	2	SMA	3	P	2	3	3	1	1	1	1	4	2	3	1	1	1	1	1	1	2	1	28	DEPRESI SEDANG	3	6 JAM	DURASI TIDUR PENDEK	2
9	A	51	2	SMP	2	P	2	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	2	1	0	1	2	2	1	12	TIDAK ADA DEPRESI	1	9 JAM	DURASI TIDUR PANJANG	3
10	O	66	4	SMA	3	P	2	4	4	2	2	2	2	4	3	4	4	3	1	1	2	4	1	1	44	DEPRESI BERAT	4	6 JAM	DURASI TIDUR PENDEK	2
11	M	49	1	SMA	3	P	2	2	1	1	1	2	1	4	0	3	0	1	0	2	0	1	2	0	21	DEPRESI RINGAN	2	7-8 JAM	DURASI TIDUR RELATIF	1
12	M	69	4	SMA	3	P	2	4	4	1	2	1	1	4	2	4	4	2	2	2	2	4	1	1	41	DEPRESI BERAT	4	6 JAM	DURASI TIDUR PENDEK	2
13	E	44	1	D3	4	P	2	1	1	0	2	1	1	4	4	3	3	2	1	1	0	2	1	0	27	DEPRESI SEDANG	3	6 JAM	DURASI TIDUR PENDEK	2
14	A	64	4	SMA	3	P	2	2	3	0	1	1	0	1	1	3	2	2	0	1	0	2	1	1	21	DEPRESI RINGAN	2	9 JAM	DURASI TIDUR PANJANG	3
15	N	58	3	SMA	3	P	2	1	2	0	2	1	2	0	0	3	2	2	0	0	1	2	1	1	20	DEPRESI RINGAN	2	7-8 JAM	DURASI TIDUR RELATIF	1
16	K	56	2	SD	1	P	2	4	2	1	2	1	2	3	2	3	1	2	1	0	0	1	1	1	27	DEPRESI SEDANG	3	6 JAM	DURASI TIDUR PENDEK	2
17	P	43	1	SMA	3	P	2	1	3	0	0	0	0	3	1	1	2	3	2	1	1	2	1	1	22	DEPRESI RINGAN	2	9 JAM	DURASI TIDUR PANJANG	3
18	R	48	1	S1	5	L	1	4	4	2	2	2	2	4	3	3	3	3	2	2	0	4	2	2	44	DEPRESI BERAT	4	9 JAM	DURASI TIDUR PANJANG	3
19	J	54	2	S1	5	L	1	2	2	1	1	1	1	3	2	3	4	1	1	1	0	2	2	1	28	DEPRESI SEDANG	3	9 JAM	DURASI TIDUR PANJANG	3
20	M	84	6	S3	7	L	1	3	3	1	2	1	1	4	1	3	2	3	1	2	2	2	2	2	35	DEPRESI BERAT	4	9 JAM	DURASI TIDUR PANJANG	3
21	K	70	4	SMA	3	L	1	3	4	2	2	1	1	4	2	3	2	2	1	1	0	1	1	1	31	DEPRESI SEDANG	3	6 JAM	DURASI TIDUR PENDEK	2
22	O	78	6	SMA	3	L	1	4	3	1	2	1	2	4	2	3	4	3	2	1	0	3	2	2	39	DEPRESI BERAT	4	6 JAM	DURASI TIDUR PENDEK	2
23	Z	43	1	SMA	3	L	1	2	0	0	1	1	0	4	0	1	2	0	0	2	0	3	2	0	18	DEPRESI RINGAN	2	7-8 JAM	DURASI TIDUR RELATIF	1
24	M	64	4	SD	1	L	1	1	0	0	2	1	2	3	0	3	0	0	0	1	0	2	1	1	17	TIDAK ADA DEPRESI	1	7-8 JAM	DURASI TIDUR RELATIF	1
25	W	52	2	SMA	3	L	1	1	0	0	2	0	0	3	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	12	TIDAK ADA DEPRESI	1	7-8 JAM	DURASI TIDUR RELATIF	1
26	A	77	5	SMA	3	L	1	4	2	1	2	1	0	4	0	3	1	2	2	1	0	2	0	2	27	DEPRESI SEDANG	3	6 JAM	DURASI TIDUR PENDEK	2
27	S	55	2	SMA	3	P	2	3	2	1	2	2	2	3	3	4	4	4	2	2	1	4	2	2	43	DEPRESI BERAT	4	6 JAM	DURASI TIDUR PENDEK	2
28	E	68	4	SMA	3	L	1	4	3	2	2	1	2	4	3	4	3	4	2	2	1	2	2	2	43	DEPRESI BERAT	4	6 JAM	DURASI TIDUR PENDEK	2
29	H	60	3	SMA	3	P	2	4	3	3	2	2	2	3	3	2	2	2	1	1	2	2	2	1	37	DEPRESI BERAT	4	9 JAM	DURASI TIDUR PANJANG	3
30	H	65	4	SMA	3	P	2	2	0	2	2	2	0	2	1	1	2	1	1	2	2	1	2	0	23	DEPRESI RINGAN	2	7-8 JAM	DURASI TIDUR RELATIF	1
31	P	78	6	S1	5	L	1	2	3	1	2	1	1	4	3	3	2	2	1	1	0	1	1	1	29	DEPRESI SEDANG	3	6 JAM	DURASI TIDUR PENDEK	2
32	J	42	1	S1	5	L	1	4	4	3	2	2	2	4	4	4	4	3	2	2	2	4	2	2	50	DEPRESI BERAT	4	6 JAM	DURASI TIDUR PENDEK	2







## Frequencies

### Statistics

TingkatDepresi2

N	Valid	32
	Missing	0
Mean		1.63
Median		2.00
Mode		2
Range		1
Minimum		1
Maximum		2

### TingkatDepresi2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Depresi Ringan	12	37.5	37.5	37.5
Valid Depresi Berat	20	62.5	62.5	100.0
Total	32	100.0	100.0	

## Frequencies

### Statistics

DurasiTidur

N	Valid	32
	Missing	0
Mean		1.97
Median		2.00
Mode		2
Range		2
Minimum		1
Maximum		3

### DurasiTidur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Durasi Tidur Relatif	9	28.1	28.1	28.1
	Durasi Tidur Pendek	15	46.9	46.9	75.0
	Durasi Tidur Panjang	8	25.0	25.0	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

## Crosstabs

### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
TingkatDepresi * DurasiTidur	32	100.0%	0	0.0%	32	100.0%

TingkatDepresi \* DurasiTidur Crosstabulation

			DurasiTidur			Total
			Durasi Tidur Relatif	Durasi Tidur Pendek	Durasi Tidur Panjang	
TingkatDepresi	Tidak Ada Depresi	Count	4	0	1	5
		Expected Count	1.4	2.3	1.3	5.0
		% within TingkatDepresi	80.0%	0.0%	20.0%	100.0%
		% within DurasiTidur	44.4%	0.0%	12.5%	15.6%
		% of Total	12.5%	0.0%	3.1%	15.6%
	Depresi Ringan	Count	5	0	2	7
		Expected Count	2.0	3.3	1.8	7.0
		% within TingkatDepresi	71.4%	0.0%	28.6%	100.0%
		% within DurasiTidur	55.6%	0.0%	25.0%	21.9%
		% of Total	15.6%	0.0%	6.3%	21.9%
	Depresi Sedang	Count	0	7	2	9
		Expected Count	2.5	4.2	2.3	9.0
		% within TingkatDepresi	0.0%	77.8%	22.2%	100.0%
		% within DurasiTidur	0.0%	46.7%	25.0%	28.1%
		% of Total	0.0%	21.9%	6.3%	28.1%
	Depresi Berat	Count	0	8	3	11
		Expected Count	3.1	5.2	2.8	11.0
		% within TingkatDepresi	0.0%	72.7%	27.3%	100.0%
		% within DurasiTidur	0.0%	53.3%	37.5%	34.4%
		% of Total	0.0%	25.0%	9.4%	34.4%
Total	Count	9	15	8	32	
	Expected Count	9.0	15.0	8.0	32.0	
	% within TingkatDepresi	28.1%	46.9%	25.0%	100.0%	
	% within DurasiTidur	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	28.1%	46.9%	25.0%	100.0%	

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	24.239 <sup>a</sup>	6	.000
Likelihood Ratio	31.939	6	.000
Linear-by-Linear Association	6.913	1	.009
N of Valid Cases	32		

a. 11 cells (91.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.25.

### Crosstabs

#### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
TingkatDepresi2 * DurasiTidur	32	100.0%	0	0.0%	32	100.0%

**TingkatDepresi2 \* DurasiTidur Crosstabulation**

			DurasiTidur			Total
			Durasi Tidur Relatif	Durasi Tidur Pendek	Durasi Tidur Panjang	
TingkatDepresi2	Depresi Ringan	Count	9	0	3	12
		Expected Count	3.4	5.6	3.0	12.0
		% within TingkatDepresi2	75.0%	0.0%	25.0%	100.0%
		% within DurasiTidur	100.0%	0.0%	37.5%	37.5%
		% of Total	28.1%	0.0%	9.4%	37.5%
	Depresi Berat	Count	0	15	5	20
		Expected Count	5.6	9.4	5.0	20.0
		% within TingkatDepresi2	0.0%	75.0%	25.0%	100.0%
		% within DurasiTidur	0.0%	100.0%	62.5%	62.5%
		% of Total	0.0%	46.9%	15.6%	62.5%
Total	Count	9	15	8	32	
	Expected Count	9.0	15.0	8.0	32.0	
	% within TingkatDepresi2	28.1%	46.9%	25.0%	100.0%	
	% within DurasiTidur	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	28.1%	46.9%	25.0%	100.0%	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	24.000 <sup>a</sup>	2	.000
Likelihood Ratio	31.755	2	.000
Linear-by-Linear Association	7.707	1	.006
N of Valid Cases	32		

a. 2 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.00.

## NPar Tests

### Two-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

#### Frequencies

TingkatDepresi2		N
	Depresi Ringan	12
DurasiTidur	Depresi Berat	20
	Total	32

#### Test Statistics<sup>a</sup>

		DurasiTidur
	Absolute	.750
Most Extreme Differences	Positive	.000
	Negative	-.750
Kolmogorov-Smirnov Z		2.054
Asymp. Sig. (2-tailed)		.000

a. Grouping Variable: TingkatDepresi2