



SKRIPSI

**PERBEDAAN TINGKAT DEPRESI PASIEN STROKE
SERANGAN PERTAMA DENGAN SERANGAN BERULANG DI
PUSKESMAS BATUA MAKASSAR**

PENELITIAN NON-EKSPERIMENTAL

**OLEH :
VIANNEY YUSUF
(C.12.14201.104)**

**PROGRAM S1 KEPERAWATAN & NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
MAKASSAR
2016**



SKRIPSI

PERBEDAAN TINGKAT DEPRESI PASIEN STROKE SERANGAN PERTAMA DENGAN SERANGAN BERULANG DI PUSKESMAS BATUA MAKASSAR

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

**OLEH
VIANNEY YUSUF
NIM: C.12.14201.104**

**PROGRAM S1 KEPERAWATAN & NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
MAKASSAR
2016**

HALAMAN PERSETUJUAN

UJI SKRIPSI

**PERBEDAAN TINGKAT DEPRESI PASIEN STROKE SERANGAN
PERTAMA DENGAN SERANGAN BERULANG DI PUSKESMAS
BATUA MAKASSAR**

Diajukan Oleh :

Vianney Yusuf
(C.12.14201.104)

Disetujui Oleh:

Pembimbing

**Bagian Akademik dan
Kemahasiswaan**

(Elmiana B.Linggi,S.Kep.,Ns.,M.Kes.) (Sr.Anita Sampe,JMJ,S.Kep,Ns,MAN)

NIDN: 0925027603

NIDN: 0917107402

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Vianney Yusuf

NIM : C.12.14201.104

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

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, April 2016

Yang menyatakan,

(Vianney Yusuf)

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Vianney Yusuf (C.12.14201.104)

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 ilmu pengetahuan.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, April 2016

Yang menyatakan,

(Vianney Yusuf)

**PENETAPAN PANITIA PENGUJI
SKRIPSI**

**PERBEDAAN TINGKAT DEPRESI PASIEN STROKE SERANGAN
PERTAMA DENGAN SERANGAN BERULANG DI PUSKESMAS
BATUA DAN PUSKESMAS BIRA**

Yang dipersiapkan dan disusun oleh :

VIANNEY YUSUF

C.12.14201.104

Susunan Dewan Penguji

Penguji I

Penguji II

Henny Pongantung, S.Kep.Ns.MSN Fransisca Anita, Ns.,M.Kep,Sp.KMB

NIDN : 0912106501

NIDN: 0913098201

Penguji III

(Elmiana B.Linggi,S.Kep.,Ns.,M.Kes.)

NIDN : 0925027603

Makassar, April 2016

Program S1 Keperawatan dan Ners

Ketua STIK Stella Maris Makassar

Henny Pongantung, S.Kep.Ns.MSN

NIDN : 0912106501

HALAMAN PENGESAHAN

SKRIPSI

**PERBEDAAN TINGKAT DEPRESI PASIEN STROKE SERANGAN PERTAMA DENGAN
SERANGAN BERULANG DI PUSKESMAS BATUA MAKASSAR**

Yang dipersiapkan dan disusun oleh :

Vianney Yusuf
C.12.14201.104

Telah dibimbing dan disetujui oleh:

(Elmiana Bongga Linggi, S.Kep.,Ns.,M.kes.)

(NIDN : 0925027603)

Telah Diuji dan Dipertahankan
Di Hadapan Dewan Penguji Pada Tanggal 19 April 2016
Dan Dinyatakan Telah Memenuhi Syarat Untuk Diterima:

Susunan Dewan Penguji :

Penguji I

Penguji II

Penguji III



Henny Pongantung, S.Kep.Ns.MS
(NIDN. 0912106501)

Fransiska A. Ns. M. Kep. Sp. KMB
(NIDN.0913098201)

Elmiana B. Linggi S. Kep. Ns. M. Kes
(NIDN. 0925027603)

Makassar, April 2016
Program S1 Keperawatan dan Ners
Ketua STIK Stella Maris Makassar

Henny Pongantung, S. Kep. Ns. MSN
(NIDN. 0912106501)

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat dan penyertaanNya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul **“PERBEDAAN TINGKAT DEPRESI PASIEN STROKE SERANGAN PERTAMA DENGAN SERANGAN BERULANG DI PUSKESMAS BATUA MAKASSAR.”**

Penulis menyadari bahwa masih terdapat kekurangan dalam penulisan skripsi ini sebagai wujud ketidak sempurnaan 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 material sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitian ini dengan baik. Oleh Karena itu pada kesempatan ini penulis menghaturkan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Henny Pongantung, S.Kep.,Ns.,MSN selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar yang telah memberikan bimbingan, arahan, masukan, dan dukungan kepada kami dari awal hingga selesainya skripsi ini serta telah memberi kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan selama kurang lebih 4 tahun di STIK Stella Maris Makassar dan juga telah menjadi dosen Penguji I.
2. Sr. Anita Sampe, JMJ, S.Kep.,Ns.,MAN selaku pembimbing akademik S1 B yang telah mendidik, memberikan bimbingan serta pengarahan kepada penulis selama dalam pendidikan.
3. Fransiska Anita E.R.S., S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.KMB. Selaku Ketua Program Studi S1 Keperawatan STIK Stella Maris Makassar dan sebagai dosen penguji II .

4. Elmiana Bongga Linggi, S.Kep.,Ns.,M.Kes. selaku dosen pembimbing yang telah mendidik, memberikan bimbingan serta pengarahan selama penulis menuntut ilmu dan menyusun skripsi ini hingga dapat selesai pada waktunya.
5. Segenap dosen dan staf pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah membimbing, mendidik dan memberi pengarahan selama penulis mengikuti pendidikan.
6. Orang tua bapak Yusuf Pasang dan Ibu Ludia kombong serta adik-adik saya Niko Yusuf, Leo Agung Yusuf dan Patrik Yusuf serta seluruh keluarga besar yang telah memberikan dukungan moril dan materi
7. Teman-teman SI keperawatan angkatan 2012, Khususnya teman-teman SI B yang selalu kompak dan saling mendukung selama mengikuti pendidikan. Terima kasih atas kebersamaannya selama ini.
8. 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 kita semua.

Makassar, April 2016

Vianney Yusuf

ABSTRAK

PERBEDAAN TINGKAT DEPRESI PASIEN STROKE SERANGAN PERTAMA DENGAN SERANGAN BERULANG DI PUSKESMAS BATUA MAKASSAR (dibimbing oleh Elmiana Bongga Linggi)

VIANNEY YUSUF
PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN DAN NERS
XVII+52 halaman+38 daftar pustaka+6 tabel+10 lampiran

Stroke menjadi penyebab utama kecacatan orang dewasa. Seseorang yang pernah terserang stroke mempunyai kecenderungan lebih besar akan mengalami serangan stroke berulang terutama bila factor resiko yang ada tidak ditanggulangi dengan baik. Depresi pasca stroke dipengaruhi oleh derajat kecacatan yang dialami oleh pasien pasca stroke. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perbedaan tingkat depresi pasien stroke serangan pertama dengan serangan berulang. Jenis penelitian ini adalah *observasional analitik* dengan pendekatan *comparative study*. Populasi penelitian adalah pasien stroke serangan pertama dan serangan berulang di puskesmas Batua Makassar. Teknik pengambilan sampel adalah *nonprobability sampling* dengan pendekatan *consecutive sampling*. Jumlah sampel penelitian sebanyak 24 responden tiap kelompok terdiri dari 12 responden dan pengumpulan data dilakukan dengan kuesioner. Uji statistik yang digunakan adalah uji statistik *Mann Whitney* diperoleh nilai $p=0,007$ dan $=0,05$ yang berarti $p < .$ Maka dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan tingkat depresi pasien stroke serangan pertama dengan serangan berulang.

Kata Kunci : Depresi pasca stroke, stroke serangan pertama, stroke serangan berulang.

Kepustakaan : 38 (2004-2015)

ABSTRACT

DIFFERENCES DEPRESSION LEVENT OF STROKE PATIENT WITH FIRST ATTACK AND REPEATED ATTACKS IN HEALTH BATUA MAKASSAR

(Guided By Elmiana Bongga Linggi)

VIANNEY YUSUF

S1 NURSING PROGRAM AND NERS

XVII+52 pages+38 library+6 tables+10 appendix

Stroke is a major cause of adult disability. Someone who had stroke has a greater tendency to be experiencing bouts of recurrent stroke risk factor especially when there is not be solved properly. Post-stroke depression is influenced by the degree of disability experienced by the patient of post stroke. This study aims to determine differences in the level of depression of stroke patients first attack with repeated attacks. This reseach is analytic observational with comparative study. The study population was patients with first and recurrent attack in Batua health center. The sampling technique used was nonprobability sampling with consecutive sampling. Number samples are 24 respondents each group consisted of 12 respondents and data collection have done by questionnaire. The statistical test used was Mann Whitney statistical test obtained by value $p = 0.007$ and $\alpha = 0.05$, which means $p < \alpha$. We can conclude that there are differences in the level of depression of stroke patients first attack with repeated attacks.

Key Word : Post stroke depression, first stroke attack, reccurent stroke attacks

Bibliography: 38 (2004-2015)

DAFTAR ISI

	Hal
HALAMAN SAMPUL.....	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iii
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI SKRIPSI.....	iv
HALAMAN PENGESAHAN SKRIPSI.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
ABSTRAK.....	viii
HALAMAN DAFTAR ISI	ix
HALAMAN DAFTAR TABEL	xiii
HALAMAN DAFTAR GAMBAR	xiv
HALAMAN DAFTAR LAMPIRAN	xv
DAFTAR ARTI LAMBANG,SINGKATAN DAN ISTILAH.....	xvi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Perumusan Masalah.....	5
C. Tujuan Penelitian.....	5
1. Tujuan Umum.....	5
2. Tujuan Khusus.....	5
D. Manfaat Penelitian.....	5
1. Bagi Keluarga	5
2. Bagi Tenaga Kesehatan.....	6
3. Bagi Peneliti.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
A. Tinjauan Umum Tentang Stroke.....	7
1. Defenisi Stroke	7
2. Etiologi.....	7

a. Thrombosis Serebral.....	8
b. Embolisme Serebral	8
c. Hemoragic Serebral	8
3. Klasifikasi Stroke.....	9
a. Stroke Hemoragic	9
b. Stroke Non Hemoragic	10
4. Faktor Resiko Terjadinya Stroke	11
a. Faktor Yang Tidak Dapat Dimodifikasi.....	11
b. Faktor Yang Dapat Dimodifikasi	12
5. Manifestasi Klinis.....	14
a. Kehilangan Motorik.....	15
b. Kehilangan Komunikasi.....	15
c. Gangguan Persepsi	15
d. Kerusakan Fungsi Kognitif dan Efek Psikologik.....	16
e. Disfungsi Kandung Kemih	16
6. Patofisiologi	17
7. Komplikasi	19
a. Hipoksia Serebral	19
b. Aliran Darah Serebral	19
c. Emboli Serebral	19
8. Stroke Berulang	19
B. Tinjauan Umum Tentang Depresi	22
1. Defenisi Depresi	22
2. Gejala Depresi	23
3. Tipe Depresi	24
4. Depresi Pasca Stroke.....	24
5. Factor Resiko Depresi Pasca Stroke.....	25
6. Diagnosis Depresi	25

BAB III KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS	29
A. Kerangka Konseptual	29
B. Hipotesis penelitian	31
C. Definisi Operasional	31
BAB IV METODE PENELITIAN	33
A. Jenis Penelitian	33
B. Tempat dan Waktu Penelitian	33
C. Populasi dan Sampel	34
1. Populasi	34
2. Sampel	34
D. Instrumen Penelitian	35
E. Pengumpulan Data	35
1. Informed Consent	36
2. Anomity	36
3. Confidentially	36
4. Data-Data Yang Dikumpulkan	37
F. Pengolahan dan Penyajian Data	37
1. Editing Data.....	37
2. Koding.....	37
3. Entry Data	37
4. Tabulating.....	38
G. Analisa Data.....	38
1. Analisa Univariat.....	38
2. Analisa Bivariat.....	38
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN.....	39
A. Hasil Penelitian.....	39
1. Pengantar.....	39
2. Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	39

3. Penyajian Karakteristik Data Umum.....	42
4. Penyajian Hasil Yang Diukur.....	43
B. Pembahasan.....	45
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN.....	51
A. Kesimpulan.....	51
B. Saran.....	51

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

	Hal
Tabel 3.1 Defenisi Oprasional Variabel Penelitian.....	16
Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kelompok Umur Di Puskesmas Batua Makassar, Maret 2016.....	40
Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kelompok Jenis Kelamin Di Puskesmas Batua Makassar, Maret 2016.....	40
Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Depresi Pasien Stroke Kelompok Serangan Pertama di Puskesmas Batua Makassar, Maret 2016.....	41
Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Depresi Pasien Stroke Kelompok Serangan Berulang di Puskesmas Batua Makassar, Maret 2016.....	42
Table 5.5 Analisa Perbedaan Tingkat Depresi Pasien Stroke Serangan Pertama dan Serangan Berulang di Puskesmas Batua Makassar, Maret 2016.....	43

DAFTAR GAMBAR

	Hal
Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian.....	28

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Jadwal Kegiatan

Lampiran 2. Lembar persetujuan Responden

Lampiran 3. Instrumen Penelitian / Kuesioner

Lampiran 4. Surat permohonan izin pengambilan data awal dan melakukan penelitian dari STIK Stella Maris Makassar

Lampiran 5. Surat izin penelitian dari Badan Koordinasi Penanaman Modal Daerah

Lampiran 6. Surat izin penelitian dari Badan Kesatuan Bangsa Dan Politik

Lampiran 7. Surat izin penelitian dari Dinas Kesehatan Kota Makassar

Lampiran 8. Surat keterangan telah melakukan penelitian dari Puskesmas Batua Makassar

Lampiran 9. Master Tabel

Lampiran 10. Hasil output SPSS Uji Mann Whitney

.

DAFTAR ARTI LAMBANG,SINGKATAN DAN ISTILAH

WHO	= World Health Organization
Riskesmas	= Riset Kesehatan Dasar
AHA	= American Heart Association
TIK	= Tekanan Intrakranial
HDL	= High Density Lipoprotein
LDL	= Low Density Lipoprotein
BMI	= Body Mass Index
CSS	= Cairan Serebrospinal
ADL	= Activity Daily Living
BDI	= Beck Depression Inventory
<	= Kurang dari
	= Lebih besar atau sama dengan
	= Alfa
%	= Persen

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Fenomena transisi kesehatan kini menjadi tantangan di dunia kesehatan Indonesia. Insiden penyakit tidak menular terus bertambah. Tingginya angka kesakitan dan kematian akibat penyakit tidak menular disebabkan beberapa factor, diantaranya gaya hidup yang salah dan keterlambatan individu dalam mendeteksi dini penyakit tidak menular artinya masyarakat tidak menyadari bahwa dirinya sudah terjangkit penyakit tidak menular. Data Riskesdas Kementerian Kesehatan tahun 2013 menunjukkan angka penyakit tidak menular dengan 1.027.763 kejadian didapatkan kejadian cedera sebanyak 8,5%, diabetes melitus 6,9%, penyakit jantung 1,5%, kanker/ tumor 1,4%, hipertensi 28,5 %, dan stroke 12,1%.

Stroke menjadi salah satu masalah terbesar dalam dunia kesehatan, yang dapat menyerang siapa saja tidak memandang usia maupun status social. *World health Organization (WHO)* mendefinisikan stroke sebagai gejala klinis yang cepat berupa gangguan fungsi serebral dengan gejala- gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih tanpa adanya kausa yang jelas selain yang berasal dari system vaskuler. Stroke menjadi penyebab utama kecacatan orang dewasa. Lebih dari separuh penderita stroke yang tersisa tergantung pada orang lain untuk kegiatan sehari-hari.

Menurut *World health Organization (2010)*, terdapat 15 juta orang yang mengalami stroke setiap tahun dan merupakan penyebab kematian kedua diatas usia 60 tahun dan penyebab kelima pada usia 15-59 tahun. Setiap tahun hampir 6 juta orang meninggal karena stroke dan merupakan penyebab utama kecacatan jangka panjang tanpa membedakan usia, jenis kelamin dan etnis. Pada tahun yang sama stroke menjadi penyebab kematian terbesar keempat di Inggris

setelah kanker, penyakit jantung dan penyakit pernapasan, serta menyebabkan hampir 50.000 kematian. Ada sekitar 152.000 stroke di Inggris setiap tahun dan lebih dari satu setiap lima menit. Stroke menyebabkan sekitar 7% dari kematian pada pria dan 10% kematian pada wanita (*Stroke Association, 2013*).

Stroke tidak hanya terjadi di negara maju tetapi juga terjadi di negara berkembang termasuk Indonesia. Data dari Riset Kesehatan Dasar (Riskesmas) pada tahun 2013 menunjukkan peningkatan jumlah penyakit stroke terbilang tinggi. Prevalensi stroke berdasarkan wawancara menunjukkan kenaikan dari 8,3 per1000 pada tahun 2007 menjadi 12,1 per1000 pada tahun 2013. Penyakit stroke tertinggi di Indonesia terjadi pada kelompok umur 75 tahun dengan prevalensi penderita stroke sebesar 43,1% dan prevalensi orang yang memiliki gejala stroke sebesar 67,0% seiring dengan bertambahnya umur. Penyakit stroke tidak hanya menyerang usia lanjut tetapi sudah dimulai dari usia 15 tahun. Dari 722.329 kejadian didapatkan pada umur 15-24 dengan prevalensi 0,2% , usia 25-34 tahun sebanyak 0,6%, usia 35-44 tahun sebanyak 22,5% dan usia 45-54 tahun sebanyak 10,4% . Prevalensi stroke berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan dimana gejala tertinggi terdapat di Sulawesi Selatan (17,9%), DI Yogyakarta (16,9%), Sulawesi Tengah (16,6%), diikuti Jawa Timur sebesar 16 per mil.

Data dari Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan (2010) berdasarkan hasil survey penyakit tidak menular berbasis rumah sakit menunjukkan bahwa di Sulawesi Selatan, stroke menempati urutan kelima dari penyakit tidak menular terbanyak setelah kecelakaan lalu lintas, hipertensi, asma dan diabetes mellitus, serta menjadi penyebab kematian keempat setelah hipertensi primer, kecelakaan lalu lintas dan hipertensi sekunder. Sedangkan data dari rekam medis rumah sakit khusus daerah Provinsi Sulawesi Selatan (2011) menunjukkan bahwa insiden stroke di Sulawesi Selatan masih cukup tinggi. Jumlah

pasien stroke yang di rawat di unit perawatan stroke pada tahun 2009 sebanyak 832 orang dengan rata-rata 69 pasien perbulan dan pada tahun 2010, terdapat 953 orang yang di rawat dengan rata-rata 79 pasien perbulan (Ardi, 2011).

Pada kasus stroke yang tidak meninggal dapat terjadi beberapa kemungkinan seperti stroke berulang (recurrent stroke), dementia, dan depresi. Stroke berulang merupakan suatu hal yang mengkhawatirkan karena dapat memperburuk keadaan dan meningkatkan biaya perawatan. Seseorang yang pernah terserang stroke mempunyai kecenderungan lebih besar akan mengalami serangan stroke berulang terutama bila factor resiko yang ada tidak ditanggulangi dengan baik (Siswanto, 2004).

Di Amerika Serikat sekitar 795.000 orang mengalami stroke setiap tahun, 610.000 diantaranya merupakan serangan stroke yang pertama dan 185.000 merupakan serangan stroke yang berulang. Rata-rata seseorang mengalami stroke setiap 40 detik dan mengalami kematian setiap 4 menit (AHA, 2010). Data statistic dari stroke Association di Eropa 2013, menunjukkan bahwa dari 100.000 kejadian kemungkinan terjadi stroke berulang adalah 3,1% dalam 30 hari, 11,1% dalam satu tahun, 26,4% dalam lima tahun dan 39,2% dalam waktu 10 tahun.

Menurut Siswanto (2004) dalam penelitiannya di Rs. Dr. Kariadi Semarang mengemukakan bahwa terdapat 4 faktor resiko yang berpengaruh terhadap kejadian stroke berulang yaitu tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg, kadar gula darah sewaktu > 200 mg/dl, kelainan jantung, dan ketidakteraturan berobat.

Menurut Loubinoux (2012) dalam Putri (2014) mengemukakan bahwa stroke adalah penyebab utama disabilitas jangka panjang di Amerika Serikat. Stroke menjadi salah satu penyakit penyebab kematian dan kecacatan yang utama di Indonesia. Angka kecacatan akibat stroke umumnya lebih tinggi dari angka kematian,

perbandingan antara cacat dan mati dari penderita stroke adalah empat berbanding satu (Lumbantobing, 2003 dalam Permatasari 2012).

Menurut Bramastyo (2009) dalam Ratnasari (2012) mengatakan bahwa pada saat terjadi iskemik pada otak, ada beberapa ketidakmampuan melakukan fungsi-fungsi fisik tertentu, seperti menggerakkan anggota tubuh bagian tertentu, sehingga pasien merasa tidak mampu dan merasa tidak berdaya. Menurut sudut pandang psikodinamik, pasien stroke kemungkinan menderita perasaan kehilangan yang nyata, misalnya kemampuan menggerakkan tubuh secara normal seperti sebelumnya. Pasien bereaksi dengan kemarahan terhadap peristiwa kehilangan tersebut, yang kemungkinan diarahkan kepada diri sendiri sehingga menyebabkan penurunan harga diri dan terjadi depresi. Sementara itu secara biologis bahwa pasien stroke mengalami lesi di hemisfer kanan otaknya atau bagian lobus parietal.

Depresi merupakan kelainan mental, umumnya ditandai oleh perasaan sedih, hilang minat terhadap aktivitas dan berkurangnya energy (WHO). Dari sudut pandang neuropsikiatrik, depresi pasca stroke adalah komplikasi yang sering timbul, dan sering dianggap sebagai suatu reaksi yang wajar sehingga sering kurang di perhatikan oleh keluarga dan tenaga medis.

Menurut schub & Caple (2010) dalam Darussalam (2011) mengemukakan depresi pasca stroke merupakan gangguan mood yang dapat terjadi setiap saat setelah serangan stroke tapi biasanya dalam beberapa bulan pertama. Depresi pasca stroke mempengaruhi sekitar 20-50% pasien stroke dalam tahun pertama setelah stroke dan kejadian puncaknya diperkirakan pada 6 bulan pasca stroke.

Dalam penelitian Putri (2014) hasil penelitiannya menunjukkan bahwa terdapat perbedaan depresi yang signifikan secara statistic antara serangan stroke pertama dan berulang ($p= 0,036$). Pasien

stroke berulang akan 2,344 kali lebih beresiko mengalami depresi derajat sedang hingga berat ($OR=2,344$) dengan kekuatan hubungan sedang.

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan oleh peneliti sebelumnya bahwa ada perbedaan depresi antara serangan stroke pertama dan berulang. Maka peneliti tertarik untuk mengetahui lebih lanjut perbedaan tingkat depresi pasien stroke serangan pertama dengan serangan berulang di Puskesmas Batua Makassar.

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas menunjukkan prevalensi stroke yang terjadi selama ini terus meningkat. Berbagai penelitian yang telah dilakukan menunjukkan bahwa stroke dapat mengakibatkan penurunan kualitas hidup serta depresi bagi para penderita stroke baik stroke serangan pertama maupun yang berulang. Depresi pasca stroke adalah komplikasi yang sering timbul, dan sering dianggap sebagai suatu reaksi yang wajar sehingga sering kurang di perhatikan oleh keluarga dan tenaga medis. Dengan demikian dapat dirumuskan pertanyaan penelitian “apakah ada perbedaan tingkat depresi pasien stroke serangan pertama dengan serangan berulang di Puskesmas Batua Makassar ?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui perbedaan tingkat depresi pasien stroke serangan pertama dengan serangan berulang di Puskesmas Batua Makassar

2. Tujuan khusus

a. Mengidentifikasi tingkat depresi pada pasien stroke dengan serangan pertama di Puskesmas Batua Makassar

- b. Mengidentifikasi tingkat depresi pada pasien stroke dengan serangan berulang di Puskesmas Batua Makassar
- c. Membandingkan tingkat depresi pada pasien stroke serangan pertama dengan serangan berulang di Puskesmas Batua Makassar

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi keluarga

Dapat meningkatkan pengetahuan keluarga tentang akibat jika terjadinya stroke berulang serta peningkatan depresi pada pasien stroke serangan pertama dengan serangan berulang.

2. Bagi Tenaga Kesehatan

Dapat memberi masukan dan menambah wawasan ilmu serta menjadi evaluasi dalam meningkatkan pelayanan kesehatan khususnya dalam keperawatan terhadap pasien stroke.

3. Bagi peneliti

Dapat dijadikan pengalaman ilmiah yang berharga bagi dirinya sendiri dalam mengaplikasikannya dan memperluas wawasan ilmu pengetahuan peneliti tentang perbedaan depresi pasien stroke dengan serangan pertama dan berulang.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan umum tentang Stroke

1. Defenisi stroke

Berdasarkan defenisi WHO (*World Health Organization*) stroke adalah gangguan fungsi serebral yang terjadi baik fokal maupun global yang terjadi mendadak dan cepat, berlangsung lebih dari 24 jam atau meninggal disebabkan oleh gangguan pembuluh darah.

Stroke adalah gangguan fungsi otak akibat aliran darah ke otak mengalami gangguan (berkurang) sehingga, mengakibatkan nutrisi dan oksigen yang dibutuhkan otak tidak terpenuhi dengan baik, (Arum, 2015).

Stroke ialah suatu keadaan yang timbul karena terjadi gangguan peredaran darah di otak yang menyebabkan terjadinya kematian jaringan otak sehingga mengakibatkan seseorang menderita kelumpuhan atau kematian, (Batticaca, 2008).

Stroke adalah gangguan fungsional otak akut fokal maupun global akibat terhambatnya aliran darah ke otak karena perdarahan ataupun sumbatan dengan gejala atau tanda sesuai bagian otak yang terkena, yang dapat sembuh sempurna, sembuh dengan cacat, atau kematian, (Junaidi, 2011).

Stroke adalah gangguan neurologik mendadak yang terjadi akibat pembatasan atau terhentinya suplai darah ke otak (Price & Wilson, 2013).

2. Etiologi

Menurut Smeltzer & Bare (2013), ada beberapa kondisi yang dapat menyebabkan stroke antara lain :

a. Thrombosis serebral

Thrombus merupakan bekuan darah dalam pembuluh darah otak atau leher. Thrombus dimulai bersamaan dengan kerusakan endotel pembuluh darah. Aterosklerosis serebral dan pelambatan sirkulasi serebral adalah penyebab utama thrombosis serebral. Aterosklerosis menyebabkan penumpukkan lemak dan membentuk plak di dinding pembuluh darah yang akan menyebabkan obstruksi yang dapat terbentuk di dalam suatu pembuluh darah.

b. Embolisme serebral

Bekuan darah atau material lain yang di bawa ke otak dari bagian tubuh yang lain. Emboli yang terlepas akan ikut dalam sirkulasi dan terjadi sumbatan pada arteri serebral sehingga menyebabkan stroke emboli. Emboli dapat berasal dari tumor, lemak, bakteri, udara, endokarditis bacterial, dan nonbacterial atau keduanya.

c. Hemoragic serebral

Stroke hemoragic disebabkan oleh perdarahan kedalam jaringan otak (hemiragia intraserebrum atau hematoma intraserebrum) atau kedalam ruang subaraknoid, yaitu ruang sempit antara permukaan otak dan lapisan jaringan yang menutupi otak (hemoragia subaraknoid).

3. Klasifikasi stroke

Secara garis besar stroke dibedakan menjadi dua kelompok besar, yaitu stroke perdarahan (hemoragik) dan stroke non perdarahan (iskemik / infark), (Kowalak, 2011).

a. Stroke hemoragic

Merupakan perdarahan serebral atau perdarahan subarachnoid yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah pada area otak tertentu. Biasanya kejadiannya pada saat

melakukan aktifitas atau saat aktif, namun bisa juga terjadi saat istirahat. Kesadaran klien umumnya menurun. Dalam Price & Wilson (2013), perdarahan otak dibedakan menjadi :

1) Perdarahan intraserebral

Merupakan pecahnya pembuluh darah (mikroaneurisma) terutama karena hipertensi mengakibatkan darah masuk ke dalam jaringan otak, membentuk massa yang menekan jaringan otak, dan menimbulkan edema otak. Peningkatan TIK yang terjadi cepat, dapat mengakibatkan kematian mendadak karena herniasi otak. Perdarahan intraserebral yang disebabkan Karena hipertensi sering dijumpai di daerah putamen, thalamus, pons dan serebelum.

2) Perdarahan subaraknoid

Perdarahan ini berasal dari pecahnya aneurisma berry. Aneurisma yang pecah ini berasal dari pembuluh darah sirkulasi willisi dan cabang-cabangnya yang terdapat di luar parenkim otak. Pecahnya arteri dan keluarnya ke ruang subaraknoid menyebabkan TIK meningkat mendadak, meregangkan struktur peka nyeri, dan vasospasme pembuluh darah serebral yang berakibat disfungsi otak global (sakit kepala, penurunan kesadaran) maupun fokal (hemiparese, gangguan hemisensorik, afasia, dan lain-lain), (Mutaqqin, 2008).

3) Perdarahan subdural

Perdarahan subdural adalah perdarahan yang terjadi akibat robeknya vena jembatan (*bridging veins*) yang menghubungkan vena di permukaan otak dan sinus venosus di dalam durameter atau karena robeknya araknoidea.

4) Perdarahan ekstradural (hemoragik epidural)

Merupakan kedaruratan bedah neuro yang memerlukan perawatan segera. Hal ini terjadi akibat perdarahan di antara tulang tengkorak dan selaput otak.

b. Stroke non hemoragic

Pada stroke iskemik aliran darah ke otak terhenti karena aterosklerotik atau bekuan darah yang menyumbat suatu pembuluh darah, melalui proses aterosklerotik. Otak dapat berfungsi dengan baik jika aliran darah yang menuju ke otak lancar dan tidak mengalami hambatan. Namun jika persediaan oksigen dan nutrisi yang dibawa oleh sel-sel darah dan plasma terhalang oleh suatu bekuan darah atau terjadi thrombosis pada dinding arteri yang mensuplai otak maka akan terjadi stroke iskemik yang dapat berakibat kematian jaringan otak. Stroke non hemoragik biasanya terjadi saat setelah beristirahat, baru bangun tidur atau di pagi hari. Tidak terjadi perdarahan namun terjadi iskemik yang menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat timbul edema sekunder.

1) Penggolongan berdasarkan perjalanan klinisnya dikelompokkan sebagai berikut, (Sustrani, 2009) :

- a) Transient ischemic attack: serangan stroke sementara yang berlangsung kurang dari 24 jam.
- b) Reversible ischemic neurologic deficit (RIND) : gejala neurologis akan menghilang antara >24 jam sampai dengan 21 hari.
- c) Progressing stroke atau stroke in evolution : kelainan atau deficit neurologic berlangsung secara bertahap dari yang ringan sampai menjadi berat.

d) Stroke komplit atau completed stroke : kelainan neurologis sudah lengkap menetap dan tidak berkembang lagi.

2) Stroke ischemic berdasarkan penyebabnya

Menurut klasifikasi *the National Institute Of Neurologic Disorders Stroke Part III Trial – NINDS III*, dibagi dalam 4 golongan yaitu :

a) Aterotrombotik : penyumbatan pembuluh darah oleh kerak / plak dinding arteri.

b) Kardioemboli : sumbatan arteri oleh pecahan plak (emboli) dari jantung.

c) Lakuner : sumbatan plak pada pembuluh darah yang berbentuk lubang.

d) Penyebab lain : semua hal yang mengakibatkan tekanan darah turun (hipotensi).

4. Factor resiko terjadinya stroke

Menurut Pinto & Caple (2010) dalam Ardy (2011), factor resiko stroke dapat di bedakan menjadi dua yaitu :

a. Factor yang tidak dapat dimodifikasi

1) Usia

Kemunduran system pembuluh darah meningkat seiring dengan bertambahnya usia, sehingga semakin besar pula resiko terkena stroke. Hal ini berkaitan dengan adanya proses degenerasi (penuaan) yang terjadi secara alamiah dan pada umumnya orang usia lanjut, pembuluh darahnya lebih kaku karena perubahan elastisitas pembuluh darah.

2) Jenis kelamin

Stroke diketahui lebih banyak diderita laki-laki dibandingkan perempuan. Kecuali umur 35 - 44 tahun dan di atas 65 tahun, lebih banyak diderita oleh perempuan. Hal ini

diperkirakan karena pemakaian obat kontrasepsi oral dan usia harapan hidup perempuan lebih tinggi dibandingkan laki-laki.

3) Perbedaan Ras

Orang kulit hitam lebih banyak menderita stroke dari pada orang kulit putih. Hal ini disebabkan oleh pengaruh lingkungan dan gaya hidup. Pada penelitian penyakit arterosklerosis terlihat bahwa penduduk kulit hitam mendapat serangan stroke 38% lebih tinggi dibanding kulit putih (Darussalam, 2011).

4) Riwayat keluarga

Gen berperan besar dalam beberapa faktor risiko stroke, misalnya hipertensi, jantung, diabetes dan kelainan pembuluh darah. Riwayat stroke dalam keluarga, terutama jika dua atau lebih anggota keluarga pernah mengalami stroke pada usia kurang dari 65 tahun, maka akan meningkatkan resiko terkena stroke.

b. Factor resiko yang dapat di modifikasi

1) Hipertensi

Hipertensi merupakan faktor risiko utama terjadinya stroke. Hipertensi meningkatkan risiko terjadinya stroke sebanyak 4 sampai 6 kali. Makin tinggi tekanan darah kemungkinan stroke makin besar karena terjadinya kerusakan pada dinding pembuluh darah sehingga memudahkan terjadinya penyumbatan / perdarahan otak. Sebanyak 70% dari orang yang terserang stroke mempunyai tekanan darah tinggi.

2) Diabetes melitus

Diabetes melitus menyebabkan kadar lemak darah meningkat karena konversi lemak tubuh yang terganggu. Dikatakan menderita diabetes melitus jika kadar gula darah

>200 mg/dl (Sudoyo, 2009). Bagi penderita diabetes melitus peningkatan kadar lemak darah akan meningkatkan risiko penyakit jantung dan stroke iskemik. Diabetes melitus mempercepat terjadinya aterosklerosis baik pada pembuluh darah kecil (mikroangiopati) maupun pembuluh darah besar (makroangiopati) di seluruh pembuluh darah termasuk pembuluh darah otak dan jantung. Kadar glukosa darah yang tinggi pada penderita stroke iskemik akan memperbesar meluasnya area infark (sel mati) karena terbentuknya asam laktat akibat metabolisme glukosa yang dilakukan secara anaerob yang merusak jaringan otak (Junaidi, 2011).

3) Hiperkolesterolemia

Kolesterol merupakan zat di dalam aliran darah di mana semakin tinggi kolesterol maka semakin besar pula kemungkinan dari kolesterol tersebut tertimbun pada dinding pembuluh darah. Hal ini menyebabkan saluran pembuluh darah menjadi lebih sempit sehingga mengganggu suplai darah ke otak. Inilah yang dapat menyebabkan terjadinya *stroke* iskemik. Kolesterol merupakan satu faktor risiko yang sangat besar peranannya pada penyakit jantung dan stroke iskemik. Dikatakan menderita hiperkolesterolemia jika HDL kurang dari 35 mg/dl dan LDL lebih dari 190 mg/dl (Sudoyo, 2009 dalam Junaidi, 2011).

4) Penyakit jantung

Individu dengan penyakit jantung jenis yang mana saja mempunyai risiko lebih dari dua kali terkena stroke dibandingkan dengan orang dengan fungsi jantung normal. Penyakit arteri koroner merupakan indikator kuat keberadaan penyakit vaskular aterosklerotik dan berpotensi

menjadi sumber emboli. Penyakit jantung kongestif berhubungan dengan peningkatan stroke.

5) **Obesitas**

Obesitas didefinisikan dengan body mass index (BMI) dapat menjadi factor resiko stroke. Orang yang berusia <70 tahun dan mengalami overweight (BMI 25-29,9 kg/m²) atau obesitas (BMI ≥ 30 kg/m²) mempunyai resiko lebih tinggi untuk mengalami stroke dibandingkan orang dengan badan normal (Pinto & Caple, 2010 dalam Ardy, 2011).

6) **Merokok**

Orang-orang yang merokok mempunyai kadar fibrinogen darah yang lebih tinggi dibanding orang yang tidak merokok. Peningkatan kadar fibrinogen mempermudah terjadinya penebalan pembuluh darah sehingga pembuluh darah menjadi sempit dan kaku. Karena pembuluh darah yang sempit dan kaku, sehingga dapat menyebabkan gangguan aliran darah ke otak (Arum, 2015).

7) **Alcohol**

Konsumsi alkohol yang berlebihan dapat mengganggu metabolisme tubuh, sehingga terjadi dislipidemia, diabetes melitus, mempengaruhi berat badan dan tekanan darah, dapat merusak sel-sel saraf tepi, saraf otak dan lain-lain. Semua ini mempermudah terjadinya stroke. Konsumsi alcohol berlebihan meningkatkan risiko terkena stroke 2-3 kali.

5. Manifestasi klinis

Manifestasi klinis stroke menurut Smeltzer & Bare (2013) adalah:

a. **Kehilangan motorik**

Stroke adalah penyakit motor neuron atas 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 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 otot yang bertanggung jawab untuk berbicara.
- 2) Disfasia atau afasia (bicara defektif atau kehilangan bicara) yang terutama ekspresif atau reseptif.
- 3) Apraksia (ketidakmampuan melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya), seperti terlihat ketika pasien mengambil sisir dan berusaha untuk menyisir rambutnya.

c. Gangguan persepsi

Gangguan persepsi merupakan ketidakmampuan menginterpretasikan sensasi. Stroke dapat mengakibatkan disfungsi persepsi visual, gangguan dalam hubungan visual spasial, dan kehilangan sensori.

- 1) Disfungsi persepsi visual karena gangguan jaras sensori primer di antara mata dan korteks visual. Hominus heminopsia (kehilangan setengah lapang pandang) dapat terjadi karena stroke dan mungkin sementara atau permanen. Sisi visual yang terkena berkaitan dengan sisi tubuh yang paralisis. Kepala pasien berpaling dari sisi tubuh yang sakit dan cenderung mengabaikan bahwa tempat dan ruang pada sisi tersebut. Hal ini disebut amorfosintesis. Pada keadaan ini, pasien tidak mampu melihat makanan

pada setengah mampan dan hanya setengah ruangan yang terlihat.

- 2) Gangguan hubungan visual spasial (mendapatkan hubungan dua atau lebih objek dalam area spasial) sering terlihat pada pasien dengan hemiplegia kiri. Pasien mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh.
- 3) Kehilangan sensori karena stroke dapat berupa kerusakan sentuhan ringan atau mungkin lebih berat, dengan kehilangan proprioepsi (kemampuan untuk merasakan posisi dan gerakan bagian tubuh) serta kesulitan dalam menginterpretasikan stimuli visual, taktil, dan auditorius.

d. Kerusakan fungsi kognitif dan efek psikologik

Bila kerusakan telah terjadi pada lobus frontal, mempelajari kapasitas, memori, atau intelektual kortikal yang lebih tinggi mungkin rusak. Disfungsi ini dapat ditunjukkan dalam lapang perhatian terbatas, kesulitan dalam pemahaman, lupa, dan 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 katastrofik ini. Masalah psikologik lain juga umum terjadi dan dimanifestasikan oleh labilitas emosional, bermusuhan, frustrasi, dendam, dan kurang kerja sama.

e. Disfungsi kandung kemih

Pasien pasca stroke mungkin mengalami inkontinensia urinarius sementara karena konfusi, ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan, dan ketidakmampuan menggunakan urinal / bedpan karena kerusakan control motorik dan postural. Kadang-kadang setelah stroke, kandung

kemih menjadi atonik, dengan kerusakan sensasi dalam respon terhadap pengisian kandung kemih. Kadang-kadang kontrol sfingter urinarius eksternal hilang atau berkurang. Inkontinensia ani dan urine yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologik luas.

6. 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 sering mengalami iskemik adalah arteri serebral tengah dan arteri karotis interna. Defisit fokal permanen tidak dapat 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 metabolik 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 resiko serius yang terjadi sekitar 7-10 hari setelah perdarahan pertama.

Ruptur ulang mengakibatkan terhentinya aliran darah ke bagian tertentu, menimbulkan iskemik fokal, dan infark jaringan otak. Hal tersebut dapat menimbulkan gegar 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. Disamping itu, terjadi bradikardia, hipertensi sistemik, dan gangguan pernapasan.

Darah merupakan bagian yang merusak dan bila terjadi hemodialisis, darah dapat mengiritasi pembuluh darah, meningen, dan otak. Darah dan vasoaktif yang dilepas mendorong spasme arteri yang berakibat menurunnya perfusi serebral. Spasme serebral atau vasospasme biasa terjadi pada hari ke-4 sampai ke-10 setelah terjadi perdarahan dan menyebabkan kontriksi arteri

otak. Vasospasme merupakan komplikasi yang mengakibatkan terjadinya penurunan fokal neurologis, iskemik otak, dan infark (Batticaca, 2008).

7. Komplikasi

Komplikasi stroke meliputi hipoksia serebral, penurunan aliran darah serebral, dan luas area cedera, (Smeltzer & Bare, 2013).

a. Hipoksia serebral

Diminimalkan dengan memberikan oksigenasi darah adekuat ke otak. Fungsi otak tergantung pada ketersediaan oksigen yang dikirim ke jaringan. Pemberian oksigen suplemen dan mempertahankan hemoglobin dan hematokrit pada tingkat dapat diterima akan membantu dalam mempertahankan oksigenasi jaringan.

b. Aliran darah serebral

Bergantung pada tekanan darah, curah jantung, dan integritas pembuluh darah serebral. Hidrasi adekuat (cairan intravena) harus menjamin penurunan viskositas darah dan memperbaiki aliran darah serebral. Hipertensi atau hipotensi ekstrem perlu dihindari untuk mencegah perubahan pada aliran darah serebral dan potensi meluasnya area cedera.

c. Embolisme serebral

Dapat terjadi setelah infark miokard atau fibrilasi atrium atau berasal dari katub jantung prostetik. Embolisme akan menurunkan aliran darah ke otak dan selanjutnya menurunkan aliran darah serebral. Distritmia dapat mengakibatkan curah jantung tidak konsisten dan menyebabkan embolus serebral.

8. Stroke berulang

Seseorang yang pernah mengalami stroke perlu mewaspadaai datangnya stroke berulang. Sekitar 25% orang yang berhasil

mengatasi stroke yang pertama cenderung mengalami stroke berulang dalam kurun waktu lima tahun. Stroke susulan dapat menyebabkan dampak yang lebih berat dan sering menyebabkan cacat permanen atau kematian. Stroke berulang juga terjadi sesaat setelah terjadi serangan stroke yang pertama. Sekitar 3% pasien stroke seringkali terkena stroke susulan dalam waktu 30 hari.

Dalam penelitian Safitri (2012), didapatkan data bahwa sebagian besar pasien stroke telah mengalami setidaknya 2 kali serangan stroke yaitu sebanyak 47 orang (79,66%). Seperti yang telah dikemukakan oleh Junaidi (2011) bahwa kejadian stroke ulang bergantung pada jenis stroke awal, usia, penyakit terkait, dan faktor resikonya, serta kurun waktu kejadian dari stroke sebelumnya. Dalam 6-12 bulan pasca serangan stroke yang pertama, 1 dari 10 orang bisa terkena serangan stroke yang kedua. Ini berarti bahkan walaupun dengan pengetahuan cukup yang telah dimiliki oleh sebagian besar keluarga responden, kejadian serangan ulang pada stroke tetap tidak terhindari.

Serangan stroke ulang pada umumnya berakibat lebih fatal dibandingkan dengan serangan yang pertama. Menurut penelitian Xu et al (2006) dalam Safitri (2012), serangan stroke ulang pada satu tahun pertama pasca stroke dijumpai sebanyak 11,2% kasus, yang disebabkan oleh kegagalan dalam mengontrol faktor resiko, khususnya pengendalian terhadap hipertensi dan kebiasaan merokok.

Stroke berulang pada penderita stroke dapat disebabkan oleh banyak faktor, diantaranya adalah hipertensi, merokok, obesitas, diabetes mellitus, tidak menjalankan perilaku hidup sehat, tidak melakukan medical check up secara rutin dan mengkonsumsi makanan yang mengandung banyak garam (Pinzon & Asanti, 2010).

Kejadian stroke yang dialami dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien stroke. Ada beberapa masalah yang dapat dialami pasien stroke yang dapat mempengaruhi kualitas hidupnya seperti:

a. Kesulitan mobilitas

Mobilitas merupakan tujuan utama perawatan penderita stroke, karena kelumpuhan dapat menyebabkan ketidakberdayaan. Kelemahan otot merupakan akibat dari lesi korteks, batang otak, medulla spinalis, ujung sel anterior, saraf perifer, penghubung saraf otonom. Perubahan dalam tingkat mobilisasi fisik dapat mengakibatkan instruksi pembatasan gerak dalam bentuk tirah baring, pembatasan gerak fisik.

b. Nyeri

Nyeri merupakan hal yang paling sering dikeluhkan oleh pasien stroke. Beberapa penyebab nyeri pasca stroke adalah nyeri akibat patologi vaskuler, nyeri bahu, thrombosis vena dalam, nyeri akibat spastisitas, nyeri sentral pasca stroke. Beberapa rasa nyeri seperti nyeri akibat spastisitas, dan nyeri sentral pasca stroke membuat pasien kesulitan dalam menggambarkan dan menyebutkan lokasi nyeri.

c. Perawatan diri

Gangguan neuromuscular dapat mempengaruhi aktivitas perawatan diri. Pasien yang mengalami stroke akan mengalami gangguan dalam aktivitas hidup sehari-hari seperti makan, mandi, berpakaian dan lain-lain.

d. Fungsi social

Kembali bekerja adalah hasil yang penting bagi pasien stroke dan merupakan manifestasi reintegrasi kedalam kehidupan social mereka. Pembatasan dalam aktivitas untuk mengisi waktu luang mungkin akibat adanya kegagalan fisik ataupun gangguan kognitif, tetapi dapat pula disebabkan oleh factor psikologis. Berkurangnya aktivitas akibat ketidakberdayaannya

dapat menyebabkan isolasi social bagi pasien, dan dapat berpengaruh buruk terhadap hubungan antara pasien dengan keluarga atau orang disekelilingnya.

e. Masalah psikologis : kecemasan / depresi

Pasien stroke sering mengalami gangguan psikologis, depresi, kecemasan. Perubahan mood pada depresi berupa kesedihan dan kehilangan kemampuan untuk bergembira. Kecemasan sering didapatkan pada orang depresi. Kelainan afektif dapat terlihat dari muka dan sikap yang sedih dan sering menangis. Sedangkan perubahan kognitif yang terjadi adalah kehilangan motivasi, inisiatif. Penderita menjadi merasa tidak berdaya, tidak berguna, tidak dapat berkonsentrasi dan merasa tidak dapat menolong dirinya sendiri.

f. Masalah kognitif

Gangguan kognitif pasca stroke termasuk dalam suatu kelompok gangguan kognitif yang disebut dengan *vascular cognitive impairment* (VCI) yang meliputi gangguan kognitif ringan dan tidak mengganggu aktivitas sehari-hari sampai yang paling berat berupa demensia vaskuler. Gangguan kognitif dapat mengenai satu atau lebih domain kognitif seperti atensi, bahasa, memori, visuospasial dan fungsi eksekutif.

B. Tinjauan Umum Tentang Depresi

1. Defenisi Depresi

Depresi merupakan keadaan mental *mood* atau suasana hati yang menurun ditandai dengan perasaan sedih, putus asa, dan tidak bersemangat. Dalam beberapa hal, pada seseorang yang mengalami kehilangan sering disertai dengan perasaan rendah diri, rasa bersalah, menarik diri dari kontak interpersonal, dan gejala somatik seperti gangguan makan dan tidur (Dorland, 2010).

Depresi merupakan gangguan mental yang ditandai dengan munculnya gejala penurunan *mood*, kehilangan minat terhadap sesuatu, perasaan bersalah, gangguan tidur atau nafsu makan, kehilangan energi, dan penurunan konsentrasi (*World Health Organization, 2010*).

2. Gejala depresi

Gejala-gejala dari gangguan depresi sangat bervariasi, gejala-gejala tersebut adalah:

- a. Merasa sedih & bersalah
- b. Merasa cemas & kosong
- c. Merasa tidak ada harapan
- d. Merasa tidak berguna dan gelisah
- e. Merasa mudah tersinggung
- f. Merasa tidak ada yang peduli

Selain gejala-gejala diatas, gejala-gejala lain yang dikeluhkan adalah:

- a. Hilangnya ketertarikan terhadap sesuatu atau aktivitas yang dijalani
- b. Kekurangan energi dan adanya pikiran untuk bunuh diri
- c. Gangguan berkonsentrasi, mengingat informasi, dan membuat keputusan
- d. Gangguan tidur, tidak dapat tidur atau tidur terlalu sering
- e. Kehilangan nafsu makan atau makan terlalu banyak
- f. Nyeri kepala, sakit kepala, kram perut, dan gangguan pencernaan (*National Institute of Mental Health, 2010* dalam Tasmil 2013).

3. Tipe Depresi

Kategori depresi berdasarkan berat tidaknya gangguan menurut Durand dan Barlow (2003) dalam Mahmudah (2010) yaitu :

a. Depresi mayor

Mengindikasikan keadaan suasana ekstrem yang berlangsung paling tidak selama dua minggu dan meliputi gejala-gejala kognitif (perasaan tidak berharga dan tidak pasti) dan fungsi fisik yang terganggu.

b. Disthimia atau Depresi Minor

Gangguan suasana perasaan yang melibatkan suasana perasaan depresi yang persisten, yang disertai *self-esteem* yang rendah, menarik diri, pesimisme, atau keputusasaan, dan berlangsung selama paling sedikit dua tahun tanpa periode menghilangnya gejala selama lebih dari dua bulan.

4. Depresi pasca stroke

Depresi yang terjadi setelah stroke disebut juga sebagai depresi pasca stroke. Hal ini merupakan konsekuensi yang sering terjadi, dan mempunyai akibat yang negatif pada masa penyembuhan dari fungsi motorik dan kognitif. Prevalensi terjadinya depresi pasca stroke berkisar antara 5% hingga 63%.

Pada beberapa penelitian, depresi pasca stroke sering terjadi pada 3 bulan hingga 6 bulan setelah stroke. Prevalensi depresi dapat menurun sampai 16% pada 12 bulan pertama, 19% pada tahun kedua, dan meningkat sampai 29% pada tahun ketiga.

Tingkat depresi sangat dipengaruhi oleh derajat kecacatan atau ketidakmampuan dari pasien. Perasaan tidak berdaya, tidak bisa bekerja, selalu merasa lemah dan tidak berenergi juga ketergantungan pada orang lain dalam kehidupan sehari-hari paling sering menyebabkan pasien mengalami depresi.

Gejala depresi pasca stroke sering luput dari perhatian para klinisi, padahal penanganan yang lebih awal, tepat dan terpadu akan berhasil lebih efektif. Pasien depresi pasca stroke yang mendapatkan penanganan dengan baik mengalami peningkatan kualitas hidup (Dudung, 2015).

5. Factor resiko depresi pasca stroke

Menurut Casal dalam Susilawati 2013, ada beberapa faktor risiko depresi pasca-stroke antara lain :

- a. Riwayat depresi sebelumnya pada pasien dan keluarga
- b. Gangguan fungsional
- c. Menurunnya mobilitas
- d. Disfungsi bicara dan bahasa, apraksia
- e. Gangguan kognitif
- f. Ketergantungan berat pada fungsi *activity daily living* (ADL)
- g. Dukungan sosial buruk (isolasi sosial)
- h. Lokasi lesi
- i. Jenis kelamin

6. Diagnosis depresi

Beck Depression Inventory (BDI) merupakan salah satu instrumen yang paling sering digunakan untuk mengukur derajat keparahan depresi. *Beck Depression Inventory* dibuat oleh Beck, yang berdasarkan pada gejala-gejala depresi yang ada pada diri individu. Beck dalam Niswatin (2010) membagi gejala depresi menjadi empat bagian utama yaitu:

- a. Emosi
 - 1) Sedih: pada umumnya banyak yang menggunakan istilah sedih untuk menunjukkan kesepian, kebosanan, atau kecewa.

- 2) Perasaan negatif terhadap diri sendiri: Penderita depresi sering mengekspresikan perasaan-perasaan negatifnya melalui sikap-sikap yang negatifnya yaitu dengan menganggap dirinya tidak merasa bahagia, dan menimbulkan perasaan tidak suka terhadap dirinya sendiri.
 - 3) Kurang senang terhadap diri sendiri: hilangnya rasa senang terhadap diri sendiri tersebut disertai dengan rendahnya aktivitas dan sebagai kemajuan depresi.
 - 4) Hilangnya rasa kasih sayang: tidak adanya keterlibatan dengan orang lain secara emosional atau secara aktivitas sering kali menyertai hilangnya rasa bahagia. Hal ini dimanifestasikan dengan suatu kemunduran pada dirinya dalam aktivitas-aktivitas tertentu atau dalam afeksi serta perhatian terhadap orang lain.
 - 5) Menangis: Menangis merupakan suatu gejala yang paling banyak ditemukan pada penderita wanita dibandingkan dengan depresi laki-laki.
 - 6) Hilangnya rasa bahagia: Penderita depresi lebih merasa tidak dapat membuat orang tertawa, tidak senang tertawa, dan tidak dapat merasa bahagia atau gembira meskipun mendengar gurauan, ataupun hal-hal lucu.
- b. Kognisi
- 1) Rendahnya penilaian terhadap diri sendiri: Rendahnya harga diri merupakan salah satu karakteristik utama dari depresi. *Self evaluation* merupakan bagian dari pola penderita, yang menganggap dirinya tidak sempurna dan beberapa hal yang dianggap penting.

- 2) Tidak mempunyai harapan: Harapan yang suram dan sikap pesimis menimbulkan perasaan tidak adanya harapan.
- 3) Mencela dan mengalahkan diri sendiri: Penderita depresi selalu mencela dan mengalahkan diri sendiri
- 4) Ragu-ragu: Kesulitan dalam membuat keputusan, ragu-ragu dalam memilih diantara beberapa alternatif, dan merubah keputusan-keputusan merupakan karakteristik depresi.
- 5) Penyimpangan terhadap dirinya sendiri: Penderita depresi mempunyai gambaran yang salah mengenai fisiknya, dan ini dianggap sebagai ciri-ciri sebagai depresi.

c. Motivasi

- 1) Malas untuk melakukan segala sesuatu: Hilangnya motivasi positif sering ditemukan pada ciri-ciri depresi. Penderita mempunyai problem dalam aktivitas-aktivitasnya untuk melakukan kegiatan sehari-harinya
- 2) Menghindar, melarikan diri dan menarik diri: Mengharap lepas dari pola-pola rutin kehidupan sehari-hari, merupakan manifestasi umum dari depresi.
- 3) Keinginan untuk bunuh diri: Penderita dengan keinginan untuk bunuh diri ini dapat dibagi kedalam dua bentuk keinginan yaitu:
 - a) Bentuk keinginan pasif: saya ingin mati
 - b) Bentuk keinginan aktif: saya ingin bunuh diri.
- 4) Ketergantungan: Kata ketergantungan disini digunakan untuk menunjukkan pada keinginan untuk menerima pertolongan, petunjuk atau bimbingan yang lebih dari

pada hanya pada proses mempercayai satu sama lainnya.

d. Fisik dan vegetatif

- 1) Tidak ada nafsu makan: Sering kali ditandai tidak adanya nafsu makan dianggap sebagai awalnya depresi dan kembalinya nafsu makan dianggap tanda-tanda awalnya dari suatu kehidupan.
- 2) Kesulitan untuk tidur: Kesulitan untuk tidur merupakan salah satu dari sebagian besar dari gejala-gejala depresi, walaupun kesulitan untuk tidur juga dialami oleh banyak orang yang tidak mengalami menderita depresi.
- 3) Hilangnya nafsu seks: Hilangnya nafsu seks ini berkaitan dengan nafsu didalam diri maupun secara heteroseksual. Hilangnya seks ini dikorelasikan dengan dengan hilangnya nafsu makan.
- 4) Kelelahan: Banyak penderita mulai merasa gejala -gejala kelelahan sebagai fenomea fisik, anggota tubuh dirasakan berat atau tubuh kehilangan energi.

Dari keempat gejala diatas, dapat digunakan untuk mengetahui derajat depresi pada seseorang dengan cara responden akan mengisi 21 pertanyaan yang setiap gejala dirangking dalam skala intensitas 4 poin dan nilainya ditambahkan untuk memberi total nilai dari 0-63. Total dari keseluruhan akan menjelaskan derajat keparahan yang akan dijelaskan di bawah ini dengan batasan nilai untuk depresi 0-9 mengindikasikan tidak ada depresi, 10-18 untuk depresi ringan, 19-29 depresi sedang, dan 30-63 mengindikasikan adanya depresi berat.

BAB III

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

A. Kerangka Konseptual

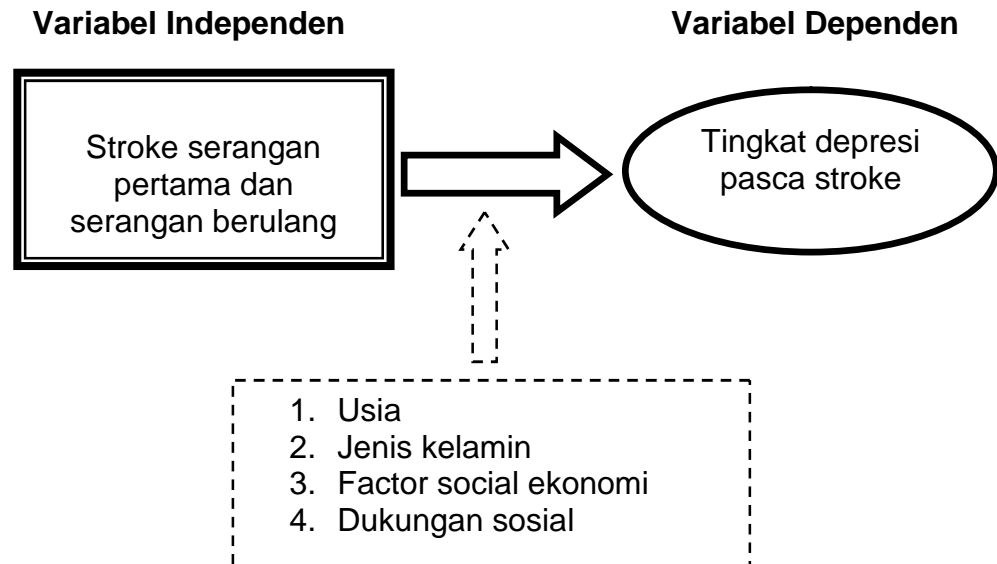
Stroke ialah suatu keadaan yang timbul karena terjadi gangguan peredaran darah di otak yang menyebabkan terjadinya kematian jaringan otak sehingga mengakibatkan seseorang menderita kelumpuhan atau kematian.

Seseorang yang pernah terserang stroke mempunyai kecenderungan lebih besar akan mengalami serangan stroke berulang, terutama bila faktor risiko yang ada tidak ditanggulangi dengan baik. Stroke berulang merupakan stroke yang terjadi lebih dari satu kali dan hal yang mengkhawatirkan pasien stroke karena dapat memperburuk keadaan dan meningkatnya biaya perawatan. Bahaya yang ditimbulkan oleh stroke berulang adalah kecacatan dan bisa mengakibatkan kematian.

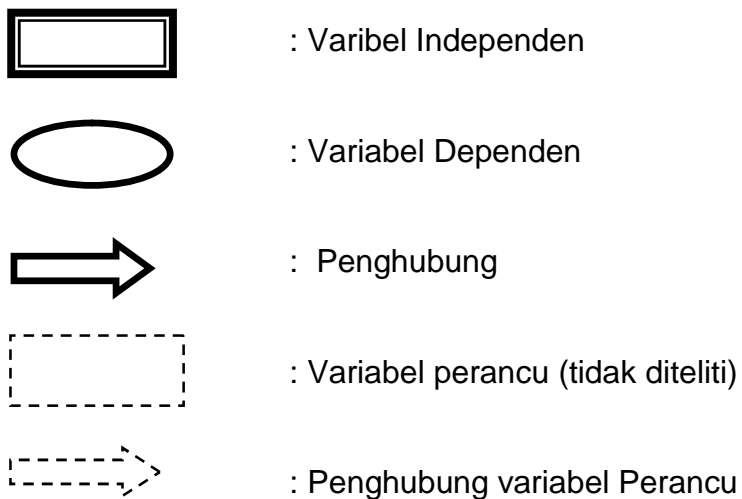
Resiko terjadinya stroke berulang berhubungan dengan etiologi yang mendasarinya. Menurut studi berbasis populasi, pasien stroke dengan aterosklerosis pada arteri besar memiliki resiko paling tinggi untuk terjadinya stroke berulang. Pada aterosklerosis intracranial, semakin tinggi derajat stenosis, semakin tinggi pula resiko terjadinya stroke berulang, (Kang dan kim, 2008 dalam Putri, 2014).

Dalam pengalaman klinis, selain gejala-gejala kelainan saraf, penderita stroke juga mengalami gangguan mental emosional salah satunya adalah depresi. Depresi pasca stroke mempunyai etiologi yang bersifat multifaktorial. Depresi dapat terjadi sebagai akibat langsung dari proses infark otak atau dapat terjadi sebagai reaksi akibat cacat atau ketidakberdayaan yang disebabkan oleh stroke (Suwantara, 2004 dalam Murdiantasari, 2014).

Secara singkat uraian diatas dapat di tampilkan dalam kerangka konsep gambar 3.1 di bawah ini :



Keterangan :



Gambar 3.1
Kerangka konsep penelitian

B. Hipotesis Penelitian

Berdasarkan tinjauan pustaka dan kerangka konseptual, maka hipotesis dalam penelitian ini adalah ada perbedaan tingkat depresi pasien stroke serangan pertama dengan serangan berulang di Puskesmas Batua Makassar

C. Definisi Operasional

Tabel 3.1 Defenisi Operasional

Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Parameter	Cara Ukur	Skala Ukur	Skor
Variabel Independen : Stroke serangan pertama dan serangan berulang	Gangguan aliran darah ke otak yang di sebabkan karena adanya sumbatan atau pecahnya pembuluh darah baik itu yang terjadi untuk pertama kalinya maupun yang sudah berulang.	Kehilangan motorik Kehilangan komunikasi Kerusakan fungsi kognitif Gangguan persepsi Disfungsi kandung kemih	-	-	Stroke serangan pertama jika seseorang mengalami stroke untuk pertama kali. Stroke serangan berulang jika seseorang terkena stroke lebih dari satu kali.

<p>Variabel Dependen: Tingkat depresi pasca stroke</p>	<p>Derajat gangguan suasana hati yang dapat terjadi setelah serangan stroke yang dialami, yang diukur menggunakan <i>Beck Depression Inventory</i></p>	<p>1. Ganggu an Emosi 2. Ganggu an Kognitif 3. Ganggu an Motivasi 4. Ganggua n Fisik dan vegetatif</p>	<p>kuesion er</p>	<p>Ordinal</p>	<p>Tidak ada depresi : jika skor 0 – 9 Depresi ringan : jika skor 10 – 18 Depresi sedang : jika skor 19 – 29 Depresi berat : jika skor 30 - 63</p>
--	--	---	-----------------------	----------------	---

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah *observasional analitik* dengan pendekatan study perbandingan (*comparative study*) yaitu jenis penelitian yang dilakukan dengan membandingkan dua jenis kelompok yang berbeda yaitu untuk melihat perbedaan tingkat depresi pasien stroke serangan pertama dengan serangan berulang di Puskesmas Batua Makassar.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Tempat penelitian

Penelitian mengenai perbedaan tingkat depresi pasien stroke serangan pertama dengan serangan berulang akan dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Batua Makassar.

Pemilihan lokasi penelitian ini dengan pertimbangan bahwa di puskesmas ini cukup banyak pasien stroke yang di butuhkan untuk dijadikan sampel, serta di puskesmas ini belum pernah dilakukan penelitian tentang perbedaan tingkat depresi pasien stroke serangan pertama dengan serangan berulang, selain itu juga menghemat biaya dan waktu penelitian karena tempat penelitian mudah dijangkau oleh peneliti.

2. Waktu penelitian

Penelitian ini akan dilakukan pada tanggal 22 Februari 2016
14 Maret 2016

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien stroke serangan pertama dan serangan berulang di Puskesmas Batua Makassar.

2. Sampel

Sampel penelitian ini adalah semua pasien stroke serangan pertama dan serangan berulang yang ada di wilayah kerja Puskesmas Batua Makassar dengan menggunakan teknik pengambilan sampel yaitu teknik *Nonprobability Sampling jenis Consecutive Sampling*. Dengan menetapkan subjek yang memenuhi kriteria penelitian di masukkan dalam penelitian sampai kurun waktu tertentu, sehingga jumlah sampel yang di perlukan terpenuhi (Sugiyono, 2007). Sesuai dengan rumus sampel peneliti mendapatkan sampel sebanyak 24 orang yang kemudian dibagi kedalam dua kelompok tiap kelompok yaitu sebanyak 12 responden, serta memenuhi kriteria sampel sebagai berikut :

a. Kriteria inklusi

- 1) Pasien stroke serangan pertama dan serangan berulang yang bersedia untuk diteliti.
- 2) Pasien stroke serangan pertama dengan serangan berulang yang sesuai diagnose medis

b. Kriteria eksklusi :

- 1) Pasien stroke yang mengalami afasia wernicke
- 2) Pasien stroke dengan gangguan fungsi kognitif
- 3) Pasien stroke yang memiliki riwayat depresi sebelumnya.

D. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuisisioner berupa daftar pernyataan yang disusun secara tertulis yang digunakan untuk memperoleh data atau informasi mengenai perbedaan tingkat depresi pada pasien stroke serangan pertama dengan serangan berulang di Puskesmas Batua Makassar.

Untuk skala pengukuran depresi digunakan Instrument *Beck Depression Inventory* (BDI), yang terdiri dari 21 item pertanyaan yang telah diuraikan dari 4 gangguan depresi seperti gangguan emosi yang tercantum pada pernyataan nomor 1-6, gangguan kognitif pada pernyataan nomor 7-11, gangguan motivasi pada pernyataan nomor 12-15, dan gangguan fisik dan vegetative pada pernyataan nomor 16-21. Skala ini diisi dengan meminta responden untuk mengikuti petunjuk pada lembar instrumen. Setiap gejala dirangking dalam skala intensitas 4 poin dan nilainya ditambahkan untuk memberi total nilai dari 0-63 yang kemudian akan dikategorikan menjadi 4 derajat depresi yaitu dengan batasan nilai 0-9 mengindikasikan tidak ada depresi, 10-18 untuk depresi ringan, 19-29 depresi sedang, dan 30-63 mengindikasikan adanya depresi berat.

Instrument yang digunakan dalam penelitian ini merupakan kuesioner baku sehingga tidak perlu dilakukan uji instrumen (uji validitas dan reliabilitas).

E. Pengumpulan Data

Dalam penelitian ini, dipandang perlu adanya rekomendasi dari pihak institusi kampus STIK Stella Maris atas pihak lain dengan mengajukan permohonan izin kepada instansi tempat penelitian dalam hal ini Puskesmas Batua Makassar

Setelah mendapat persetujuan, barulah dilakukan penelitian dengan etika penelitian sebagai berikut:

1. *Informed consent*

Mendapatkan *informed consent* dari subjek merupakan suatu hal yang sangat penting dalam melakukan penelitian yang beretika. *Informing* adalah penyampaian ide dan isi penting dari peneliti kepada calon subjek. *Consent* adalah persetujuan dari calon subjek untuk berperan serta dalam penelitian sebagai subjek, yang diperoleh setelah memahami semua informasi penting, (Hamid, 2007). *Informed consent* diberikan oleh peneliti kepada responden sebelum penelitian dilakukan. Didalamnya terdapat lembar persetujuan menjadi responden serta memuat tujuan dari penelitian yaitu untuk mengetahui perbedaan tingkat depresi pasien stroke serangan pertama dengan serangan berulang sehingga responden dapat memahami maksud diadakannya penelitian ini. Apabila responden bersedia, maka responden harus menandatangani lembar persetujuan menjadi responden. Apabila responden tidak bersedia, maka peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati hak-hak responden.

2. *Anomity (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 data tertentu akan dilaporkan sebagai hasil penelitian. Data yang telah dikumpulkan disimpan dalam disk dan hanya bisa diakses oleh peneliti dan pembimbing (Hidayat, 2009).

4. Data- data yang dikumpulkan

Data primer adalah data yang diperoleh melalui hasil dari kuesioner. Responden akan mengisi kuesioner yang berbentuk pertanyaan tertutup yang diberikan kepada responden yang memenuhi kriteria penelitian.

F. Pengolahan dan Penyajian Data

Setelah data dikumpulkan, data tersebut kemudian diolah dengan prosedur pengolahan data. Adapun langkah-langkah pengolahan data menurut Hidayat (2009) meliputi :

1. Pemeriksaan data (*editing*)

Editing adalah upaya untuk memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh atau dikumpulkan. *Editing* dapat dilakukan pada tahap pengumpulan data atau setelah data terkumpul dengan memeriksa kelengkapan data, kesinambungan data dan memeriksa keseragaman data. *Editing* dilakukan dengan memeriksa setiap lembaran kuesioner satu demi satu sehingga dapat dipastikan data benar atau tidak.

2. Pemberian kode (*koding*)

Koding merupakan usaha untuk mengklasifikasikan jawaban yang ada menurut jenisnya. Dilakukan dengan memberi tanda pada masing-masing jawaban dengan kode berupa angka. Selanjutnya kode tersebut dimasukkan kedalam tabel kerja untuk mempermudah dalam pembacaan.

3. *Entry data*

Dilakukan dengan memasukkan data ke dalam komputer dengan menggunakan aplikasi computer.

4. Menyusun data (*tabulating*)

Dilakukan dengan mengelompokkan data sesuai dengan kelompok dari variabel yang diteliti yaitu stroke serangan pertama dan stroke serangan berulang.

G. Analisis Data

Data yang terkumpul akan dianalisis secara analitik dan interpretasi dengan menggunakan metode statistik yaitu dengan metode komputer program SPSS Versi 21 *Windows*.

Analisis dalam penelitian ini menggunakan metode sebagai berikut:

1. Analisis Univariat

Dilakukan terhadap variabel penelitian untuk melihat distribusi frekuensi dan persentase tingkat depresi pada dua kelompok yang berbeda yaitu stroke serangan pertama dengan stroke serangan berulang.

2. Analisis Bivariat

Analisa ini digunakan untuk membandingkan data pada variabel yang diteliti menurut data dari dua kelompok yang berbeda, yang disajikan dengan teknik analisis menggunakan metode statistik uji Mann Whitney, dengan tingkat kemaknaan 5% ($\alpha = 0,05$).

Intrepretasinya dengan menggunakan nilai p:

- a. Apabila $P \geq \alpha$, maka H_0 diterima atau H_a ditolak, artinya tidak ada perbedaan tingkat depresi pasien stroke serangan pertama dengan serangan berulang.
- b. Apabila $P < \alpha$ maka H_a diterima atau H_0 ditolak, artinya ada perbedaan tingkat depresi pasien stroke serangan pertama dengan serangan berulang.

BAB V

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Pengantar

Penelitian ini dilakukan di puskesmas Batua Makassar yang telah dilaksanakan pada tanggal 22 Februari 2016 14 Maret 2016. Pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik *Consecutive Sampling*, dengan jumlah sampel sebanyak 24 responden, terdiri dari 2 kelompok yang berbeda yaitu kelompok stroke serangan pertama dengan 12 responden dan kelompok stroke serangan berulang dengan 12 responden. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner sebagai alat ukur. Sedangkan pengolahan data dilakukan dengan menggunakan *computer program SPSS for windows versi 21*. Untuk melihat perbedaan tingkat depresi pasien stroke, dianalisis dengan menggunakan uji statistik *Mann Whitney*.

2. Gambaran Lokasi Penelitian

Puskesmas Batua terletak di Kelurahan Batua Kecamatan Manggala. Puskesmas ini menerapkan sistem manajemen mutu yang berstandar Internasional setelah meraih sertifikat ISO 9001 : 2008. Puskesmas Batua berlokasi di Jl. Abdullah Daeng Sirua No 338. Luas Wilayah kerja Puskesmas Batua adalah 1017,01 km berpenduduk 51.654 jiwa yang terdiri dari laki-laki 24.157 jiwa dan 26.864 jiwa perempuan, serta jumlah Kepala keluarga sebanyak 20.832 KK

Wilayah kerja Batua meliputi 3 kelurahan yaitu Kelurahan Batua, Kelurahan Borong, Kelurahan Tello baru. Puskesmas Batua memiliki 30 posyandu balita yang terdapat di

Kelurahan Batua : 11 Posyandu, Kelurahan Borong : 12 Posyandu, Kelurahan Tello Baru : 7 Posyandu, 9 posyandu lansia yang terdapat di Kelurahan Batua : 4 Posyandu, Kelurahan Borong : 2 Posyandu, Kelurahan Tello Baru : 3 Posyandu , 1 poskesdes dan 2 posbindu. Luas tanah Puskesmas Batua adalah 4500 M², terbagi atas ruang rawat jalan dengan luas bangunan 147 M² dan ruang rawat inap dengan luas bangunan 422 M².

Untuk meningkatkan kinerja Puskesmas Batua, telah ditetapkan Visi dan Misi untuk mendukung Rencana Strategis Depkes.

a. Visi

Menjadi Puskesmas dengan pelayanan terbaik yang sehat, nyaman dan mandiri untuk semua

b. Misi

- 1) Profesionalisme sumber daya manusia
- 2) Penyediaan sarana prasarana sesuai standar puskesmas
- 3) Penggunaan sistem informasi manajemen berbasis informasi teknologi
- 4) Penajaman program pelayanan kesehatan dasar berupa upaya promotif, preventif tanpa mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitatif
- 5) Pengembangan program inovasi unggulan
- 6) Peningkatan upaya kemandirian masyarakat
- 7) Pererat kemitraan lintas sentor

c. Tujuan

Meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat serta memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu bagi masyarakat diwilayah kerja Puskesmas Batua.

d. Strategi

- 1) Meningkatkan pelayanan kesehatan (kuratif dan rehabilitatif) di Puskesmas induk
- 2) Meningkatkan pelayanan promotif dan preventif.
- 3) Meningkatkan pelayanan kesehatan (kuratif dan rehabilitatif) di Puskesmas Pembantu dan Puskesmas Keliling.
- 4) Memperkuat jaringan komunikasi dan koordinasi dengan *stake holder*
- 5) Memperkuat jaringan peran serta masyarakat di bidang kesehatan

e. Motto Puskesmas Batua "SEGAR"

- 1) Senyum : merupakan modal dalam member pelayanan
- 2) Efektif : dengan pelayanan tepat guna, berdaya guna, berhasil guna
- 3) Gerakan : upaya cepat tindakan dalam pemberian layanan kesehatan masyarakat
- 4) Amal : merupakan bentuk kerelaan hati petugas dalam member pelayanan
- 5) Ramah : adalah sikap yang tertanam dalam jiwa petugas kesehatan

3. Penyajian Karakteristik Data Umum

a. Berdasarkan kelompok umur

Tabel 5.1

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kelompok Umur
Di Puskesmas Batua Makassar
2016

Kelompok Usia (Tahun)	Frekuensi	Persentase (%)
45-51	5	20,8
52-58	3	12,5
59-65	7	29,2
66-72	5	20,8
>73	4	16,7
Total	24	100

Sumber: data primer 2016

Berdasarkan tabel diatas menunjukkan dari 24 responden, diperoleh kelompok usia terbanyak terdapat pada usia 59-65 tahun yaitu 7 responden (29,2%) dan kelompok usia paling sedikit terdapat pada usia 52-58 tahun yaitu 3 responden (12,5%).

b. Berdasarkan kelompok Jenis Kelamin

Tabel 5.2

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kelompok
Jenis Kelamin Di Puskesmas Batua Makassar
2016

Jenis Kelamin	Frekuensi	Persentase (%)
Laki-Laki	13	54,2
Perempuan	11	45,8
Total	24	100

Sumber : data primer 2016

Berdasarkan tabel diatas menunjukkan data jumlah responden tertinggi yaitu pada kelompok yang berjenis kelamin laki-laki 13 responden (54,2%), dan jumlah terendah berada pada responden berjenis kelamin perempuan yaitu 11 responden (45,8%).

4. Penyajian hasil yang diukur

a) Analisis Univariat

1) Depresi pasien stroke serangan pertama

Table 5.3

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Depresi Pasien Stroke Kelompok Serangan Pertama di Puskesmas Batua Makassar 2016

Tingkat Depresi	Frekuensi	Persentase (%)
Tidak ada depresi	4	33,3
Depresi Ringan	5	41,7
Depresi Sedang	3	25,0
Depresi Berat	0	0,0
Total	12	100

Sumber: Data Primer 2016

Tabel diatas menunjukkan bahwa depresi yang dialami pasien stroke serangan pertama dengan jumlah tertinggi mengalami depresi ringan yaitu 5 responden (41,7%), dan jumlah terendah mengalami depresi sedang yaitu 3 responden (25,0%).

2) Depresi pasien stroke serangan berulang

Table 5.4

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Depresi Pasien Stroke Kelompok Serangan Berulang di Puskesmas Batua Makassar 2016

Tingkat Depresi	Frekuensi	Persentase (%)
Tidak ada depresi	0	0,0
Depresi Ringan	3	25,0
Depresi Sedang	8	66,7
Depresi Berat	1	8,3
Total	12	100

Sumber: data primer 2016

Tabel diatas menunjukkan bahwa tingkat depresi yang dialami pasien stroke serangan berulang dengan jumlah tertinggi mengalami depresi sedang yaitu 8 responden (66,7 %), dan jumlah terendah mengalami depresi berat yaitu 1 responden (8,3%).

b) Analisis Data Bivariat

Tabel 5.5

Analisa Perbedaan Tingkat Depresi Pasien Stroke Serangan Pertama dan Serangan Berulang di Puskesmas Batua Makassar 2016

Serangan Stroke	Frekuensi	Rerata Ranging Tingkat Depresi	P
Serangan Pertama	12	8,88	0.007
Serangan Berulang	12	16,13	
Total	24		

Sumber: data primer 2016

Berdasarkan tabel diatas menunjukkan bahwa nilai rerata tingkat depresi pada kelompok stroke serangan berulang yaitu 16,13 dan pada kelompok stroke serangan pertama yaitu 8,88. Selain itu dengan menggunakan uji *Mann Whitney* didapatkan nilai $p = 0,007$ yang berarti bahwa terdapat perbedaan yang signifikan antara tingkat depresi pasien stroke serangan pertama dengan pasien stroke serangan berulang di puskesmas Batua Makassar.

B. Pembahasan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan oleh peneliti pada pasien stroke serangan pertama dan serangan berulang di wilayah kerja puskesmas Batua Makassar yang dianalisis dengan menggunakan uji statistic *Mann Whitney*, didapatkan nilai $P = 0,007$ hal ini menunjukkan bahwa nilai $P < \alpha$, maka dapat disimpulkan bahwa hipotesis alternatif (H_a)

diterima dan hipotesis nol (H_0) ditolak. Dengan demikian berarti terdapat perbedaan tingkat depresi pasien stroke serangan pertama dan serangan berulang. Dapat pula dilihat dari nilai rata-rata depresi, stroke serangan berulang memiliki nilai rata-rata lebih tinggi yaitu 16,13 dibandingkan dengan stroke serangan pertama yaitu 8,88.

Hal ini menunjukkan bahwa tingkat depresi pada pasien stroke serangan berulang lebih tinggi dibandingkan stroke serangan pertama. Pasien stroke dengan serangan berulang cenderung mengalami depresi ringan hingga berat dengan perbandingan tertinggi yaitu depresi sedang dengan 66,7%, depresi ringan 25,0% dan depresi berat 8,3%. Dan pada pasien stroke serangan pertama cenderung tidak mengalami depresi hingga mengalami depresi sedang, dengan perbandingan tertinggi yaitu depresi ringan 41,7%, tidak ada depresi 33,3% dan depresi sedang 25,0%.

Pada penderita pasca stroke seringkali mengalami perubahan dalam kepribadian, perilaku dan emosi sehingga sangat berpengaruh terhadap psikologi pasien. Gejala depresi dapat berkembang setiap saat pasca stroke yang ditimbulkan sebagai akibat lesi pada susunan saraf pusat otak dan bisa juga karena akibat dari gangguan penyesuaian karena ketidakmampuan fisik dan kognitif pasca stroke (Hawari 2006 dalam Darusalam 2011).

Disfungsi kognitif terutama yang bersifat progresif, akan memperburuk prognosis dan *outcome* pada pasien stroke. Insidensi defisit kognitif meningkat tiga kali lipat setelah stroke (Danovska *et al.*, 2012 dalam Larasati, 2014). Kerusakan sel-sel otak pasca stroke menyebabkan kecacatan fungsi kognitif, sensorik, maupun motorik sehingga menghambat kemampuan fungsional mulai dari aktivitas bergerak, mengurus diri, kegiatan

sehari-hari, berkomunikasi dengan orang sekitar secara normal (Harsono, 2008 dalam Ratnasari, 2010).

Fungsi fisik dan peranan fisik yang rendah menggambarkan bahwa pasien masih mengalami keterbatasan dan kesulitan saat menjalani aktivitas fisik mereka. Derajat ketidakmampuan yang dialami oleh pasien pasca stroke dapat menyebabkan depresi pasca stroke akibat ketergantungan dalam melakukan sesuatu. Setelah mengalami serangan stroke berulang, pasien memiliki kecenderungan untuk lebih mengalami ketidakmampuan dan kecacatan fisik dibandingkan orang dengan serangan stroke pertama (Kong and Yang, 2006 dalam Yani, 2010). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Putri (2014) yang membuktikan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan antara derajat depresi pasien stroke serangan pertama dengan serangan berulang. Pasien stroke berulang lebih beresiko mengalami depresi derajat sedang hingga berat.

Ketidakmampuan fisik (*physical disability*) bersama-sama dengan gejala depresi dapat menyebabkan aktivitas penderita stroke menjadi sangat terbatas pada tahun pertama, namun dukungan sosial dapat mengurangi dampak dari ketidakmampuan fisik serta depresi tersebut. Ketidakmampuan fisik yang menyebabkan hilangnya peran hidup yang dimiliki penderita sebelum sakit dapat menyebabkan gangguan persepsi akan arti diri (*personal worth*) yang bersangkutan dan dengan sendirinya mengurangi kualitas hidupnya (Suwantara, 2004). Kualitas hidup terkait kesehatan diartikan sebagai komponen kebahagiaan dan kepuasan terhadap kehidupan yang mencakup dimensi fisik, fungsional, psikologis, dan social. Pasien stroke dengan depresi sedang-berat berisiko sepuluh kali memiliki kualitas hidup terkait kesehatan buruk

dibandingkan pasien stroke dengan depresi ringan atau tidak mengalami depresi (Lestari, 2015).

Dari seluruh kondisi kronis, stroke dianggap sebagai kelainan yang paling menyebabkan ketidak-berdayaan (*disabling*). Stroke serangan berulang berakibat lebih fatal dibandingkan dengan stroke serangan pertama. Disabilitas yang parah pasca stroke dapat menurunkan kualitas hidup yang bisa menimbulkan gejala klinis depresi. Perasaan tidak berdaya merupakan bentuk reaksi depresi dimana seseorang merasa tidak mampu menemukan jalan keluar atau penyelesaian masalah yang dihadapinya, sehingga mereka akan berhenti berusaha dan kemudian menyerah.

Komplikasi neuropsikologis (seperti gangguan emosional, perilaku, dan kognitif) tidak saja dapat memberi dampak negatif pada fungsi social penderita stroke dan kualitas hidup mereka secara keseluruhan, tetapi juga mempunyai pengaruh terhadap penyembuhan fungsi motorik mereka. Selain itu, beratnya depresi pasca-stroke sangat erat hubungannya dengan tingkat gangguan aktivitas hidup sehari-hari (Ratnasari, 2010).

Depresi lebih sering di temukan pada stroke berulang. Mekanisme yang mempengaruhi kejadian depresi adalah stroke menghasilkan disfungsi subkortikal (Khan et al, 2012 dalam Putri, 2014). Depresi tergantung pada derajat keparahan stroke. Depresi pasca stroke yang lebih parah akan muncul pada stroke berulang karena stroke serangan berulang biasanya lebih parah daripada stroke serangan pertama (Kang & Kim, 2008 dalam Putri,2014).

Efek depresi pasca-stroke memberi pengaruh terhadap kesembuhan penderita terutama yang menyangkut aktivitas hidup sehari-hari dan kualitas hidupnya. Ternyata depresi

merupakan penyulit bagi penderita untuk mengatasi ketidakberdayaan fisiknya. Depresi pasca-stroke menyebabkan dampak negatif terhadap pulihnya aktivitas sehari-hari penderita stroke, sebaliknya penanganan yang efektif terhadap gejala depresi menunjukkan perbaikan yang nyata pada aktivitas hidup penderita. (Suwantara, 2004).

Rehabilitasi pada stroke dapat dilakukan oleh multidisiplin antara lain oleh perawat, dokter, *social worker*, *speech therapy*, dan bekerja sama dengan keluarga. Perawat sebagai pemberi pelayanan keperawatan yang memenuhi kebutuhan biologi, psikologi, sosio, dan spiritual harus mampu mengelola depresi pada pasien pasca stroke. Peranan perawat diharapkan mampu mengurangi kegagalan fungsi pasca stroke serta dapat meningkatkan peran keluarga untuk ikut mendukung pasien sesuai dengan kemampuannya (Hariyati, 2004).

Status sehat dan sakit para anggota keluarga saling mempengaruhi satu sama lain. Keluarga memainkan suatu peran yang bersifat mendukung selama masa penyembuhan dan pemulihan pasien pasca stroke. Sumber dukungan yang paling sering dan umum adalah diperoleh dari pasangan hidup, anggota keluarga, teman dekat, dan sanak saudara yang akrab dan memiliki hubungan yang harmonis. Apabila dukungan semacam ini tidak ada, maka keberhasilan penyembuhan dan pemulihan (rehabilitasi) akan sangat berkurang. Dukungan keluarga berperan sangat penting untuk menjaga dan memaksimalkan pemulihan fisik dan kognitif (Wurtiningsih, 2012).

Menurut asumsi peneliti, tingkat depresi yang dialami pasien stroke baik itu serangan pertama kali maupun yang berulang itu berbeda. Dimana tingkat depresi pasien stoke serangan berulang lebih tinggi dibandingkan stroke serangan

pertama. Berbagai factor dapat menyebabkan depresi pasca stroke, seperti lesi pada otak yang berfungsi mengatur perasaan (suasana hati). Lesi/kerusakan otak yang terjadi berulang kali akan memperburuk keadaan pasien seperti derajat kecacatan yang dialami lebih parah dari pada sebelumnya. Biasanya pasien mengalami kesulitan dalam melakukan gerakan akibat lumpuhnya sebagian atau seluruh tubuh. Keadaan ini menyebabkan ketidakmampuan pasien dalam melakukan sesuatu yang biasanya dilakukan sebelum mengalami stroke, sehingga menyebabkan pasien merasa tidak berguna lagi karena banyaknya keterbatasan yang dialami pasien akibat penyakitnya. Adanya peningkatan resiko ketidakmampuan tersebut juga menunjukkan adanya peningkatan resiko penurunan kualitas hidup pada pasien serangan stroke.

Perasaan takut terjadinya serangan stroke ulangan, dan bahkan perasaan tidak nyaman oleh pandangan orang lain terhadap cacat dirinya dapat menyebabkan penderita stroke membatasi diri untuk tidak keluar dari lingkungannya. Keadaan ini selanjutnya dapat mendorong penderita ke dalam gejala depresi yang berdampak pada motivasi dan rasa percaya dirinya. Dalam mengatasi stroke berulang, hal-hal yang perlu diperhatikan adalah mengetahui faktor risiko dan melakukan upaya-upaya, baik dalam memodifikasi gaya hidup, menjalani terapi yang diperlukan dan yang tidak kalah penting adalah melakukan pemeriksaan yang dapat memberikan informasi optimal faktor risiko yang dimiliki seseorang untuk terjadinya stroke ataupun stroke berulang.

BAB VI

PENUTUP

A. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil pengumpulan dan pengolahan data penelitian digunakan terhadap 24 responden pada tanggal 22 Februari 2016 – 14 Maret 2016 di Puskesmas Batua Makassar , maka dapat disimpulkan bahwa :

1. Tingkat depresi yang dialami pasien stroke serangan pertama dengan jumlah terbanyak mengalami depresi ringan.
2. Tingkat depresi yang dialami pasien stroke serangan berulang dengan jumlah terbanyak mengalami depresi sedang.
3. Terdapat perbedaan yang signifikan antara tingkat depresi pasien stroke serangan pertama dengan tingkat depresi pasien stroke serangan berulang di puskesmas Batua Makassar.

B. SARAN

1. Bagi keluarga
Diharapkan kepada keluarga untuk terus meningkatkan pengetahuannya tentang akibat jika terjadinya stroke berulang serta selalu memberikan dukungan dan motivasi kepada anggota keluarganya untuk mencegah peningkatan depresi pada pasien stroke serangan pertama dengan serangan berulang
2. Bagi Tenaga Kesehatan
Diharapkan dapat tenaga kesehatan lebih memperhatikan dan memberikan pelayanan yang diperlukan oleh pasien pasca stroke, tidak hanya memperhatikan kebutuhan fisik saja tetapi juga kebutuhan psiko sehingga mencegah terjadinya depresi pasca stroke yang dapat memperburuk keadaan pasien.

3. Bagi Perawat Komunitas

Diharapkan perawat komunitas dapat lebih memperhatikan dan meningkatkan pelayanan yang lebih baik dalam hal pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarga untuk meminimalkan kejadian depresi pasca stroke.

4. Bagi peneliti

Untuk peneliti selanjutnya yang berminat meneliti tentang perbedaan tingkat depresi pasien stroke serangan pertama dan serangan berulang agar dapat menambahkan teori-teori baru yang mendukung. Perlu juga menambahkan jumlah sampel yang cukup banyak sehingga hasil penelitian juga akan semakin baik.

Daftar Pustaka

- American Heart Association. 2013. *American Stroke Association-Stroke Risk Factors*. Association,. *Stroke Statistics*. <http://www.strokeassociation.org/>. diakses tanggal 13 November 2015
- Ardi, Muhammad. 2011. *Analisis hubungan ketidakmampuan fisik dan kognitif dengan keputusan pada pasien stroke di Makassar*. Tesis Fakultas Ilmu Keperawatan UI. lib.ui.ac.id/file?file=digital/20281864T%20Muhammad%20Ardi.pdf. diakses tanggal 13 November 2015
- Arum, S.P., 2015. *Stroke ,kenali, cegah, & obati*. Yogyakarta: Notebook
- Batticaca, F.B., 2008. *Asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan system persarafan*. Jakarta: Salemba Medika
- Darussalam, M., 2011. *Analisi factor-faktor yang berhubungan dengan depresi dan hopelessness pada pasien stroke di Blitar*. Tesis Fakultas Ilmu Keperawatan UI. lib.ui.ac.id/file?file=digital/20281857pdf. Diakses tanggal 13 November 2015
- Dorland, W.A.N., 2010. *Kamus Kedokteran Dorland*. Jakarta: EGC
- Dudung, J., 2015. *Prevalensi depresi pada pasien stroke yang di rawat inap di Irina F RSUP Prof.Dr.R.D.Kandou Manado Periode November- Desember 2012*. *Jurnal e-Clinic (eCI)*, Volume 3, Nomor 1, Januari-April 2015. Skripsi Fakultas Kedokteran Universitas Sam RatulangiManado.<http://download.portalgaruda.org/article.php?article>. Diakses tanggal 11 November 2015
- Hidayat, Alimul. (2009). *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisa Data*. Jakarta : Salemba Medika

Hamid, A.Y.S., 2007. *Buku ajar riset keperawatan : konsep,etika &instrumentasi*. Edisi 2. Jakarta : EGC

Hariyati, T.S., 2004. Pengaruh manajemen stres terhadap kesiapan pasien stroke dan keluarga dalam merencanakan perilaku adaptif pasca perawatan di Rumah sakit. jki.ui.ac.id/index.php/jki/article/download/141/pdf_115. Diakses tanggal 20 April 2016

Junaidi, Iskandar . 2011. *Stroke: Waspadai ancaman stroke*. Yogyakarta : Penerbit ANDI

Kowalak, J.P., Welsh, W., Mayer, B., 2011. *Buku ajar patofisiologi*. Jakarta : EGC

Larasati, E., 2014. Perbedaan gangguan fungsi kognitif pada pasien stroke infark pertama dan berulang di RSUP Dr.Sarjito tahun 2014. Skripsi Fakultas kedokteran UGM. <http://etd.repository.ugm.ac.id/downloadfile/79807/potongan/S1-2015-311629-chapter1.pdf>. diakses tanggal 8 April 2016

Lestari, N.N.W., 2015. Hubungan Derajat Depresi dengan Kualitas Hidup Terkait Kesehatan pada Pasien Pasca Stroke di RSUD Dr Moewardi. Skripsi fakultas kedokteran Sebelas Maret. <http://digilib.uns.ac.id/dokumen/detail/51558>. Diakses tanggal 6 April 2015

Lingga, L., 2013. *All about stroke: hidup sebelum dan pasca stroke* . Jakarta : PT. Alex Media Komputindo

Mahmudah, H., 2010. *Hubungan Emotional Quotient (EQ) dengan derajat depresi pada siswi kelas XI Madrasah Aliyah pondok pesantren Islam Al-Mukmin Ngruki Sukoharjo*. Skripsi fakultas kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta. <http://core.ac.uk/download/pdf/12351321.pdf>. diakses tanggal 19 November 2015

- Murdantasari, Intani. 2014. *Perbedaan kejadian depresi pada pasien stroke iskemik lesi hemisfer kiri dan hemisfer kanan di RSUD Kabupaten Kudus*. Universitas Muhammadiyah Surakarta. http://eprints.ums.ac.id/29460/13/NASKAH_PUBLIKASI.pdf. Diakses tanggal 13 November 2015
- Mutaqqin, A., 2008. *Asuhan keperawatan klien dengan gangguan system persarafan*. Jakarta : Salemba Medika
- Niswatin. 2010. *Perbedaan kecenderungan depresi ditinjau dari tipe kepribadian pada mahasiswa institute agama Islam Negeri Sunan Ampel Surabaya*. Skripsi UIN Sunan Ampel Surabaya. <http://digilib.uinsby.ac.id/8620/>. Diakses tanggal 16 November 2015
- Nursalam. (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Notoatmodjo, S., 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Permatasari, D.P., 2012. *Validitas skor stroke siriraj dibandingkan ct-scan kepala pada diagnosis jenis patologi stroke di RSUD Dr. Moewardi*. Skripsi Fakultas kedokteran Univ. Muhammadiyah Surakarta. http://eprints.ums.ac.id/22642/21/naskah_publicasi.pdf. diakses tanggal 30 januari 2016
- Pinzon, Rizaldy dan Asanti, Laksmi. 2010. *AWAS STROKE! Pengertian, Gejala, Tindakan, Perawatan, dan Pencegahan*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Price, S.A., & Wilson, L.M., 2013. *Patofisiologi : Konsep klinis proses-proses penyakit edisi 6*. Jakarta : EGC
- Putri, R.A.,2014. *Perbedaan derajat depresi antara pasien stroke serangan pertama dan berulang di RSUD Dr.Moewardi Surakarta*. Skripsi Fakultas Kedokteran Univ. Sebelas Maret Surakarta. <http://eprints.uns.ac.id/19853/>. Diakses tanggal 9 November 2015

Rahmi, Upik. 2011. *Pengaruh discharge planning terstruktur terhadap kualitas hidup pasien stroke iskemik di RSUD Al-Ihsan dan RS Al-Islam Bandung*. Tesis Fakultas Ilmu Keperawatan UI. lib.ui.ac.id/file?file=digital/20282707-T%20Upik%20Rahmi.pdf. diakses tanggal 30 Januari 2016

Ratnasary, Pepy. 2012. *Hubungan antara tingkat ketergantungan activity daly living dengan depresi pada pasien stroke di RSUD Tugurejo Semarang*. Skripsi STIKES Telogorejo Semarang. <http://www.e-jurnal.com/2013/10/hubungan-antara-tingkat-ketergantungan.html>. diakses tanggal 11 November 2015

Ratnasari, D., 2010. Perbedaan skor fungsi kognitif stroke iskemik pertama dengan iskemik berulang dengan lesi hemisfer kiri. Skripsi fakultas Kedokteran Univ. Sebelas Maret Surakarta. <https://core.ac.uk/download/pdf/16508416.pdf>. Diakses tanggal 6 Maret 2016

Riset Kesehatan Dasar. 2013. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan, Republik Indonesia. www.depkes.go.id/resources/download/.../Hasil%20Riske%20sdas%202013.pdf. Diakses tanggal 11 November 2015

Safitri, N.,Fadilla., 2012. *Resiko stroke berulang dan hubungannya dengan pengetahuan dan sikap keluarga*. Skripsi Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Padjadjaran. <http://jurnal.unpad.ac.id/ejournal/article/viewFile/679/725>. diakses tanggal 13 November 2015

Susilawati,Ayu. 2013. *Depresi Pasca-Stroke: Diagnosis dan Tatalaksana*. Fakultas Kedokteran Universitas Udayana. http://www.kalbemed.com/Portals/6/08_223Depresi%20Pasca-Stroke%20Diagnosis%20dan%20Tatalaksana.pdf. Diakses tanggal 16 November 2015

Siswanto, Y., 2005. *Beberapa factor resiko mempengaruhi kejadian stroke berulang (studi kasus di RS.DR. Kariadi Semarang)*. Tesis Universitas Diponegoro Semarang.

<http://core.ac.uk/download/pdf/11714648.pdf>. Diakses tanggal 13 November 2015

Smeltzer, S. C., & Bare, G.B., 2013. *Buku ajar keperawatan medikal bedah Brunner & Suddarth ed. 8 volume 3*. Jakarta :EGC.

Sustrani, L., Alam, S., Hadibroto, I., 2009. *Stroke* . Jakarta: PT.gramedia pustaka utama.

Suwantara, J.R., 2004. Depresi pasca-stroke : epidemiologi, rehabilitasi dan psikoterapi. Fakultas Psikologi Universitas Indonesia.www.univmed.org/wp-content/uploads/2011/02/JEANET.pdf . diakses tanggal 8 April 2016

Tasmil, A.M., 2013. Gambaran tingkat sindrom depresi berdasarkan jenis kelamin pada mahasiswa FK USU semester ganjil tahun akademik 2012/2013. Universitas Sumatera Utara. repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/35367/4/Chapter%2011.pdf. Diakses tanggal 20 November 2015

Wurtiningsih, B., 2012. Dukungan keluarga pada pasien stroke di ruang saraf RSUP Dr. Kariadi Semarang. medicahospitalia.rskariadi.co.id/index.php/mh/article/viewFile/42/34. Diakses tanggal 20 April 2016

Yani, F.I.A., 2010. Perbedaan skor kualitas hidup terkait kesehatan antara pasien stroke iskemik serangan pertama dan berulang. Skripsi fakultas kedokteran univ. Sebelas Maret Surakarta. <https://core.ac.uk/download/pdf/12352316.pdf> . diakses tanggal 8 April 2016

Kuisisioner Beck Depression Inventory (BDI)

A. Identitas Responden

Nama :
Umur :
Jenis Kelamin :

B. Petunjuk Pengisian

Kuisisioner ini terdiri dari 21 kelompok pernyataan. Silakan membaca masing-masing kelompok pernyataan dengan seksama, dan pilih satu pernyataan yang terbaik pada masing-masing kelompok yang menggambarkan dengan baik bagaimana perasaan anda. Lingkari huruf abjad di depan pernyataan yang telah anda pilih.

1	A. Saya tidak merasa sedih B. Saya merasa sedih C. Saya sedih dan murung sepanjang waktu dan tidak biasa menghilangkan perasaan itu D. Saya demikian sedih atau tidak bahagia sehingga saya tidak tahan lagi rasanya
2	A. Saya tidak lebih banyak menangis dibandingkan biasanya B. Sekarang saya lebih banyak menangis dari pada sebelumnya C. Sekarang saya menangis sepanjang waktu D. Biasanya saya mampu menangis, namun kini saya tidak dapat lagi menangis walaupun saya menginginkannya
3	A. Saya tidak lebih terganggu oleh berbagai hal dibandingkan biasanya B. Saya sedikit lebih pemarah dari pada biasanya akhir-akhir ini

	<p>C. Saya agak jengkel atau terganggu di sebagian besar waktu saya</p> <p>D. Saya merasa jengkel sepanjang waktu sekarang</p>
4	<p>A. Saya tidak terlalu berkecil hati mengenai masa depan</p> <p>B. Saya merasa kecil hati mengenai masa depan</p> <p>C. Saya merasa bahwa tidak ada satupun yang dapat saya harapkan</p> <p>D. Saya merasa bahwa masa depan saya tanpa harapan dan bahwa semuanya tidak akan dapat membaik</p>
5	<p>A. Saya mendapat banyak kepuasan dari hal-hal yang biasa saya lakukan</p> <p>B. Saya tidak dapat lagi mendapat kepuasan dari hal-hal yang biasa saya Lakukan</p> <p>C. Saya tidak mendapat kepuasan dari apapun lagi</p> <p>D. Saya merasa tidak puas atau bosan dengan segalanya</p>
6	<p>A. Saya tidak terlalu merasa bersalah</p> <p>B. Saya merasa bersalah di sebagian waktu saya</p> <p>C. Saya agak merasa bersalah di sebagian besar waktu</p> <p>D. Saya merasa bersalah sepanjang waktu</p>
7	<p>A. Saya tidak menganggap diri saya sebagai orang yang gagal</p> <p>B. Saya merasa bahwa saya telah gagal lebih daripada kebanyakan orang</p> <p>C. Saat saya mengingat masa lalu, maka yang teringat oleh saya hanyalah Kegagalan</p> <p>D. Saya merasa bahwa saya adalah seorang yang gagal total</p>
8	<p>A. Saya tidak merasa kecewa terhadap diri saya sendiri</p> <p>B. Saya kecewa dengan diri saya sendiri</p> <p>C. Saya muak terhadap diri saya sendiri</p> <p>D. Saya membenci diri saya sendiri</p>

9	<p>A. Saya tidak merasa lebih buruk dari pada orang lain</p> <p>B. Saya mencela diri saya karena kelemahan dan kesalahan saya</p> <p>C. Saya menyalahkan diri saya sepanjang waktu karena kesalahan-kesalahan saya</p> <p>D. Saya menyalahkan diri saya untuk semua hal buruk yang terjadi</p>
10	<p>A. Saya tidak merasa seolah saya sedang dihukum</p> <p>B. Saya merasa mungkin saya sedang dihukum</p> <p>C. Saya pikir saya akan dihukum</p> <p>D. Saya merasa bahwa saya sedang dihukum</p>
11	<p>A. Saya tidak merasa bahwa keadaan saya tampak lebih buruk dari biasanya</p> <p>B. Saya khawatir saya tampak lebih tua atau tidak menarik</p> <p>C. Saya merasa bahwa ada perubahan-perubahan yang menetap dalam penampilan saya sehingga membuat saya tampak tidak menarik</p> <p>D. Saya yakin bahwa saya terlihat jelek</p>
12	<p>A. Saya tidak punya sedikitpun pikiran untuk bunuh diri</p> <p>B. Saya mempunyai pikiran-pikiran untuk bunuh diri, namun saya tidak akan melakukannya</p> <p>C. Saya ingin bunuh diri</p> <p>D. Saya akan bunuh diri jika saya punya kesempatan</p>
13	<p>A. Saya tidak kehilangan minat saya terhadap orang lain</p> <p>B. Saya agak kurang berminat terhadap orang lain dibanding biasanya</p> <p>C. Saya kehilangan hampir seluruh minat saya pada orang lain</p> <p>D. Saya telah kehilangan seluruh minat saya pada orang lain</p>

14	<p>A. Saya mengambil keputusan-keputusan hampir sama baiknya dengan yang biasa saya lakukan</p> <p>B. Saya menunda mengambil keputusan-keputusan begitu sering dari yang biasa saya lakukan</p> <p>C. Saya mengalami kesulitan lebih besar dalam mengambil keputusan- keputusan daripada sebelumnya</p> <p>D. Saya sama sekali tidak dapat mengambil keputusan-keputusan lagi</p>
15	<p>A. Saya dapat bekerja sama baiknya dengan waktu-waktu sebelumnya</p> <p>B. Saya membutuhkan suatu usaha ekstra untuk mulai melakukan sesuatu</p> <p>C. Saya harus memaksa diri sekuat tenaga untuk mulai melakukan sesuatu</p> <p>D. Saya tidak mampu mengerjakan apa pun lagi</p>
16	<p>A. Saya dapat tidur seperti biasanya</p> <p>B. Tidur saya tidak senyenyak biasanya</p> <p>C. Saya bangun 1-2 jam lebih awal dari biasanya dan merasa sukar sekali untuk bisa tidur kembali</p> <p>D. Saya bangun beberapa jam lebih awal dari biasanya dan tidak dapat tidur kembali</p>
17	<p>A. Saya tidak merasa lebih lelah dari biasanya</p> <p>B. Saya merasa lebih mudah lelah dari biasanya</p> <p>C. Saya merasa lelah setelah melakukan apa saja</p> <p>D. Saya terlalu lelah untuk melakukan apapun</p>
18	<p>A. Nafsu makan saya tidak lebih buruk dari biasanya</p> <p>B. Nafsu makan saya tidak sebaik biasanya</p> <p>C. Nafsu makan saya kini jauh lebih buruk</p> <p>D. Saya tak memiliki nafsu makan lagi</p>
19	<p>A. Berat badan saya tidak turun banyak atau bahkan tetap akhir-</p>

	<p>akhir ini</p> <p>B. Berat badan saya turun lebih dari 2,5 kg</p> <p>C. Berat badan saya turun lebih dari 5 kg</p> <p>D. Berat badan saya turun lebih dari 7.5 kg</p>
20	<p>A. Saya tidak lebih khawatir mengenai kesehatan saya dari pada biasanya</p> <p>B. Saya khawatir mengenai masalah-masalah fisik seperti rasa sakit dan tidak enak badan, atau perut mual atau sembelit</p> <p>C. Saya sangat cemas mengenai masalah-masalah fisik dan sukar untuk memikirkan banyak hal lainnya</p> <p>D. Saya begitu cemas mengenai masalah-masalah fisik saya sehingga tidak dapat berfikir tentang hal lainnya</p>
21	<p>A. Saya tidak melihat adanya perubahan dalam minat saya terhadap seks</p> <p>B. Saya kurang berminat di bidang seks dibandingkan biasanya</p> <p>C. Kini saya sangat kurang berminat terhadap seks</p> <p>D. Saya telah kehilangan minat terhadap seks sama sekali</p>

Keterangan :

- A = Skor 0
- B = Skor 1
- C = Skor 2
- D = Skor 3

LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN

Judul Penelitian : **“Perbedaan tingkat depresi pasien stroke serangan pertama dengan serangan berulang di Puskesmas Batua Makassar”**

Peneliti : Vianney Yusuf

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama (inisial) :

Umur :

Jenis Kelamin :

Menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan dari peneliti tentang tujuan dari penelitian, bersedia secara sukarela dan tanpa paksaan dari siapapun untuk berperan serta dalam penelitian yang berjudul **“Perbedaan tingkat depresi pasien stroke serangan pertama dengan serangan berulang di Puskesmas Batua Makassar”**, yang dilaksanakan oleh Vianney Yusuf, dengan mengisi 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 keperawatan.

Makassar, Februari 2016

(Tanda tangan responden)

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth
Ibu/Bapak Calon Responden
Di –
Tempat

Dengan hormat,
Yang bertanda tangan dibawah ini:
Nama : Vianney Yusuf
Alamat : Jl. Sermani 6 no. 7

Adalah mahasiswa program studi SI Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Makassar yang akan mengadakan penelitian tentang **“Perbedaan tingkat depresi pasien stroke serangan pertama dengan serangan berulang di Puskesmas Batua Makassar”**.

Kami sangat mengharapkan partisipasi Bapak/Ibu dalam penelitian ini demi kelancaran pelaksanaan penelitian. Kami menjamin kerahasiaan dan segala bentuk informasi yang Bapak/Ibu berikan dan apabila ada hal-hal yang masih ingin ditanyakan, kami memberikan kesempatan yang sebesar-besarnya untuk meminta penjelasan dari peneliti.

Demikian penyampaian dari kami, atas perhatian dan kerja sama kami mengucapkan terima kasih.

Peneliti

Vianney Yusuf

Lampiran 9

MASTER TABEL

PERBEDAAN TINGKAT DEPRESI PASIEN STROKE SERANGAN PERTAMA DAN SERANGAN BERULANG DI PUSKESMAS BATUA MAKASSAR 2016

NO	INISIAL	USIA	KO	JK	KO	SERANGAN	KO	DEPRESI																					TOTAL	Keterangan	KO
								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21			
1	M	48	1	P	2	PERTAMA	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	8	TIDAK ADA DEPRESI	1			
2	S	45	1	L	1	PERTAMA	1	2	1	2	1	1	2	2	1	0	0	0	0	0	1	2	1	1	0	1	0	0	18	DEPRESI RINGAN	2
3	A	51	1	L	1	PERTAMA	1	1	1	1	2	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	2	1	2	0	19	DEPRESI SEDANG	3
4	N	69	4	P	2	PERTAMA	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	2	1	1	1	0	0	1	3	14	DEPRESI RINGAN	2
5	SR	73	5	L	1	PERTAMA	1	0	1	2	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	2	3	19	DEPRESI SEDANG	3
6	H	60	3	L	1	PERTAMA	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	6	TIDAK ADA DEPRESI	1
7	A	71	4	P	2	PERTAMA	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	2	1	0	0	0	3	11	DEPRESI RINGAN	2
8	B	62	3	L	1	PERTAMA	1	2	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	2	3	18	DEPRESI RINGAN	2
9	N	71	4	L	1	PERTAMA	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	2	1	1	0	1	11	DEPRESI RINGAN	2
10	T	50	1	L	1	PERTAMA	1	1	0	2	1	1	0	1	2	2	0	1	0	1	1	1	1	2	0	1	1	0	19	DEPRESI SEDANG	3
11	Hn	69	4	P	2	PERTAMA	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	7	TIDAK ADA DEPRESI	1
12	U	57	2	L	1	PERTAMA	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	6	TIDAK ADA DEPRESI	1
13	Md	55	2	L	1	BERULANG	2	2	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	2	1	0	17	DEPRESI RINGAN	2	
14	D	50	1	L	1	BERULANG	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1	0	0	0	1	1	2	2	2	1	2	1	3	26	DEPRESI SEDANG	3
15	Tr	61	3	L	1	BERULANG	2	1	1	1	0	1	2	1	1	1	0	0	0	1	1	1	2	2	1	1	1	3	22	DEPRESI SEDANG	3
16	Ns	65	3	P	2	BERULANG	2	1	0	1	1	2	1	0	1	1	0	2	0	1	1	2	2	2	1	1	1	1	22	DEPRESI SEDANG	3
17	Hn	60	3	P	2	BERULANG	2	0	0	1	1	2	1	0	0	1	1	2	1	1	2	2	1	1	1	1	2	23	DEPRESI SEDANG	3	
18	E	76	5	P	2	BERULANG	2	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	2	2	1	1	1	1	3	20	DEPRESI SEDANG	3
19	HS	76	5	L	1	BERULANG	2	1	0	1	2	1	1	2	1	1	0	0	0	1	0	1	2	2	2	2	2	3	25	DEPRESI SEDANG	3
20	L	62	3	P	2	BERULANG	2	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	2	1	2	1	1	1	1	1	0	20	DEPRESI SEDANG	3	
21	Y	58	2	P	2	BERULANG	2	2	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	2	1	1	1	1	2	0	18	DEPRESI RINGAN	2
22	K	62	3	P	2	BERULANG	2	1	1	1	0	1	0	2	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	2	1	3	19	DEPRESI SEDANG	3
23	Mn	68	4	P	2	BERULANG	2	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	2	1	3	16	DEPRESI RINGAN	2
24	Du	78	5	L	1	BERULANG	2	1	0	1	2	2	1	2	2	1	0	2	0	1	1	1	2	2	2	2	3	3	31	DEPRESI BERAT	4

Lampiran 10

Statistics

pertama

N	Valid	12
	Missing	0

pertama

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak ada depresi	4	33.3	33.3
	depresi ringan	5	41.7	75.0
	depresi sedang	3	25.0	100.0
	Total	12	100.0	100.0

Statistics

berulang

N	Valid	12
	Missing	0

berulang

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	depresi ringan	3	25.0	25.0
	depresi sedang	8	66.7	91.7
	depresi berat	1	8.3	100.0
	Total	12	100.0	100.0

Mann-Whitney Test

Ranks

	stroke	N	Mean Rank	Sum of Ranks
	serangan pertama	12	8.88	106.50
depresi	serangan berulang	12	16.13	193.50
	Total	24		

Test Statistics^a

	depresi
Mann-Whitney U	28.500
Wilcoxon W	106.500
Z	-2.703
Asymp. Sig. (2-tailed)	.007
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.010 ^b

a. Grouping Variable: stroke

b. Not corrected for ties.

Lampiran 10

Hasil output SPSS

Frequencies

Statistics

JK

N	Valid	24
	Missing	0

JK

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	13	54.2	54.2	54.2
	Perempuan	11	45.8	45.8	100.0
	Total	24	100.0	100.0	

Statistics

usia

N	Valid	24
	Missing	0

usia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	45-51	5	20.8	20.8	20.8
	52-58	3	12.5	12.5	33.3
	59-65	7	29.2	29.2	62.5
	66-72	5	20.8	20.8	83.3
	>73	4	16.7	16.7	100.0
	Total	24	100.0	100.0	



**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 Email : stiksm_mks@yahoo.co.id

Nomor : 868/STIK-SM/S-1.486XII/2015.

Perihal : Izin Pengambilan Data Awal.

Kepada Yth.
Kepala Dinas Kesehatan Kota Makassar

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 **Puskesmas Batua Raya**

Kepada mahasiswa yang tersebut dibawah ini:

N a m a : Vianney Yusuf

N I M : C1214201104

Judul Penelitian : **“Perbedaan Depresi Pasien Stroke Serangan Pertama Dengan Serangan Berulang.**

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



Makassar, 01 Desember, 2015

Ketua STIK Stella Maris,

[Signature]
Idahy Pongantung, SKep.Ns,MSN

NIDN: 0912106501



1 2 0 1 6 1 9 1 4 2 0 7 1 0

PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI SELATAN
BADAN KOORDINASI PENANAMAN MODAL DAERAH
UNIT PELAKSANA TEKNIS - PELAYANAN PERIZINAN TERPADU
(UPT - P2T)

Nomor : 698/S.01.P/P2T/02/2016
Lampiran : -
Perihal : Izin Penelitian

Kepada Yth.
Walikota Makassar

di-
Tempat

Berdasarkan surat Wakil Ketua I Bid. Akademik STIK Stella Maris Makassar Nomor : 090/STIK-SM/S-156/II/2016 tanggal 11 Februari 2016 perihal tersebut diatas, mahasiswa/peneliti dibawah ini:

Nama : **VIANNEY YUSUF**
Nomor Pokok : C1214201104
Program Studi : Keperawatan
Pekerjaan/Lembaga : Mahasiswa(S1)
Alamat : Jl. Malpa No. 19 Makassar

Bermaksud untuk melakukan penelitian di daerah/kantor saudara dalam rangka penyusunan Skripsi, dengan judul :

" PERBEDAAN TINGKAT DEPRESI PASIEN STROKE SERANGAN PERTAMA DENGAN SERANGAN BERULANG DI PUSKESMAS KASSI-KASSI MAKASSAR DAN PUSKESMAS BATUA RAYA MAKASSAR "


Yang akan dilaksanakan dari : Tgl. 22 Februari s/d 22 Maret 2016

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, pada prinsipnya kami *menyetujui* kegiatan dimaksud dengan ketentuan yang tertera di belakang surat izin penelitian.

Demikian Surat Keterangan ini diberikan agar dipergunakan sebagaimana mestinya.

Diterbitkan di Makassar
Pada tanggal : 15 Februari 2016

A.n. GUBERNUR SULAWESI SELATAN
KEPALA BADAN KOORDINASI PENANAMAN MODAL DAERAH
PROVINSI SULAWESI SELATAN
Selaku Administrator Pelayanan Perizinan Terpadu



A. M. YAMIN, SE., MS.
Pangkat : Pembina Utama Madya
Nip : 19610513 199002 1 002

Tembusan Yth

1. Wakil Ketua I Bid. Akademik STIK Stella Maris Makassar di Makassar,
2. Peringkat,

SIMP BKPM D 15-02-2016





PEMERINTAH KOTA MAKASSAR
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

Jalan Ahmad Yani No 2 Makassar 90111
Telp +62411 – 3615867 Fax +62411 – 3615867

Email : Kesbang@makassar.go.id Home page : <http://www.makassar.go.id>



Makassar, 15 Februari 2016

Kepada

Yth. KEPALA DINAS KESEHATAN
KOTA MAKASSAR

Di -

MAKASSAR

Nomor : 070 / 471 -II/BKBP/II/2016
Sifat :
Perihal : Izin Penelitian

Dengan Hormat,

Menunjuk Surat dari Kepala Badan Koordinasi Penanaman Modal Daerah Provinsi Sulawesi Selatan Nomor : 698/S.01.P/P2T/02/2016, Tanggal 15 Februari 2016, Perihal tersebut di atas, maka bersama ini disampaikan kepada Bapak bahwa :

Nama : VIANNEY YUSUF
NIM / Jurusan : C1414201104/ Keperawatan
Pekerjaan : Mahasiswa (S1)
Alamat : Jl. Maipa no.19, Makassar
Judul : **"PERBEDAAN TINGKAT DEPRESI PASIEN STROKE SERANGAN PERTAMA DENGAN SERANGAN BERULANG PUSKESMAS KASSI-KASSI MAKASSAR DAN PUSKESMAS BATUA RAYA MAKASSAR"**

Bermaksud mengadakan *Penelitian* pada Instansi / Wilayah Bapak, dalam rangka *Penyusunan Skripsi* sesuai dengan judul di atas, yang akan dilaksanakan mulai tanggal **22 Februari s/d 22 Maret 2016**.

Sehubungan dengan hal tersebut, pada prinsipnya kami dapat menyetujui dan harap diberikan bantuan dan fasilitas seperlunya.

Demikian disampaikan kepada Bapak untuk dimaklumi dan selanjutnya yang bersangkutan melaporkan hasilnya kepada Walikota Makassar Cq. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik.

A.n.WALIKOTA MAKASSAR
KEPALA BADAN KESBANG DAN POLITIK
Ub. KABID. HUBUNGAN ANTAR LEMBAGA


Drs. AKHMAD NAMSU, MM.

Pangkat : Penata

NIP : 196705242006041004

Tembusan :

1. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Prop. Sul – Sel. di Makassar;
2. Kepala Unit Pelaksana Teknis P2T Badan Koordinasi Penanaman Modal Daerah Prop. Sul Sel di Makassar;
3. Wakil Ketua I Bid. Akademik STIK Stella maris Makassar di Makassar;
4. Mahasiswa yang bersangkutan;
5. Arsip



PEMERINTAH KOTA MAKASSAR

DINAS KESEHATAN



Jl. Toduh Bersinar No. 1 Telp. (0411) 881549 Fax (0411) 887710 Makassar 90221
email: diobeskatmakassar@india.co.id home page: diobeskatmakassar.net

Nomor : 440/323 /PSDK/II/2016
Lamp. :
Hal : Izin Penelitian

Kepada Yth.

1. Kepala Puskesmas Batua
2. Kepala Puskesmas Kassi-Kassi

Di
Makassar

Sehubungan dengan surat dari Badan Kesatuan Bangsa dan Kesatuan Politik No. 070/471-III/BKBP/II/2016, tanggal 15 Februari 2016, perihal tersebut di atas, maka bersama ini disampaikan kepada saudara bahwa :

Nama : **VIANNEY YUSUF**
NIP : C1414201104 / KEPERAWATAN
Instansi : MAHASISWA (S1)
Judul : **"PERBEDAAN TINGKAT DEFRESI PASIEN STROKE SERANGAN PERTAMA DENGAN SERANGAN BERULANG PUSKESMAS KASSI-KASSI DAN PUSKESMAS BATUA MAKASSAR"**

Akan melaksanakan penelitian di wilayah kerja saudara dalam rangka "Penyusunan Skripsi" sesuai dengan judul di atas, yang akan dilaksanakan mulai tanggal **22 Februari s/d 22 Maret 2016**. Oleh karena itu, mohon kiranya dapat diberikan bantuan seperlunya.

Demikian disampaikan atas kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Makassar, 16 Februari 2016.

Kepala Dinas Kesehatan
Kota Makassar



Dr. Hj. A. NAISVAH T. AZIKIN, M.Kes
Pang. Ak. P. S. Pembina Utama Muda
NIP.19601014 198903 2 001

Tembusan:
1. Yang Bersangkutan
2. Arsip



DINAS KESEHATAN KOTA MAKASSAR
PUSKESMAS BATUA

Jl. Abdullah Dg. Sirua No. 338 Makassar



SURAT KETERANGAN

NO: 011/PKM/BTA/III/2016

Yang bertanda tangan di bawah ini, Kordinator Penelitian Puskesmas Batua Kota Makassar dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : **VIANNEY YUSUF**
NIM : C1214201104
Fakultas/Jurusan : S1 KEPERAWATAN
Institusi : STIK STELLA MARIS MAKASSAR

Telah melaksanakan penelitian di Puskesmas Batua Kota Makassar pada tanggal 22 Pebruari s/d 14 Maret 2016 dengan judul :

" PERBEDAAN TINGKAT DEPRESI PASIEN STROKE SERANGAN PERTAMA DAN SERANGAN BERULANG DI PUSKESMAS BATUA MAKASSAR "

Demikian surat keterangan ini diberikan untuk digunakan seperlunya.

Makassar, 14 Maret 2016

Koord. Penelitian Puskesmas Batua,

Ramluddin, SKM, S.Kep.M.Kes

NIP. 196704051988031017

