HUBUNGAN ANTARA KEMAMPUAN FUNGSIONAL DAN TINGKAT DEPRESI PADA PASIEN STROKE ISKEMIK

PROPOSAL SKRIPSI

Disusun Untuk Memenuhi Sebaagian Persyaratan

Mencapai Derajat Sarjana Kedokteran

Nasrullah Wahid Pencalang

030002200118

UNIVERSITAS TRISAKTI

FAKULTAS KEDOKTERAN

JAKARTA

JUNI, 2025

Bidang Ilmu : Klinik

PROPOSAL SKRIPSI

HUBUNGAN ANTARA KEMAMPUAN FUNGSIONAL DAN TINGKAT DEPRESI PADA PASIEN STROKE ISKEMIK

Disusun Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan

Mencapai Drajat Sarjana Kedokteran

(Nasrullah Wahid Pencalang, 030002200118)

PROGRAM PENDIDIKAN SARJANA KEDOKTERAN
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS TRISAKTI
JAKARTA, JUNI, 2025

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI iii
DAFTAR TABEL v
DAFTAR GAMBAR vi
DAFTAR LAMPIRAN vii
DAFTAR ARTI SINGKATAN viii
BAB I 1
PENDAHULUAN 1
1.1 Latar belakang 1
1.2 Rumusan masalah 2
1.3 Tujuan 3
1.3.1 Tujuan umum 3
1.3.2 Tujuan khusus 3
1.4 Hipotesis 3
1.5 Manfaat 3
BAB II 4
TINJAUAN, RINGKASAN PUSTAKA, KERANGKA TEORI 4
2.1 Tinjauan Pustaka 4
2.1.1 Stroke 4
2.1.1 Definisi stroke 4
2.1.1.1 Epidemiologi stroke 4
2.1.1.2 Klasifikasi 4
2.1.1.4 Definisi stroke iskemik 5
2.1.1.5 Prevalensi stroke iskemik 5
2.1.2 Depresi 5
2.1.2.1 Definisi Depresi 5
2.1.2.2 Epidemiologi depresi 5
2.1.2.3 Etiologi depresi 5
2.1.2.4 Alat ukur untuk depresi 6
2.1.2.4.1 Beck Depression Inventory (BDI) 6
2.1.2.4.2 Hamilton Depression Rating Scale 6
2.1.3 Depresi pada pasien stroke 6
2.1.3.1 Definisi depresi pada pasien stroke 6
2.1.3.2 Prevalensi depresi pada pasien stroke 7

2.1.3.3 Faktor yang mempengaruhi depresi pada pasien stroke 7
2.1.3.4 Patofisiologi depresi pasca stroke 8
2.1.4 Penjelasan kemampuan fungsional 11
2.1.4.1 Definisi 11
2.1.4.2 Alat ukur kemampuan fungsional 12
2.1.5 Studi yang melihat hubungan kemampuan fungsional dan depresi pada pasien stroke 13
2.2 Ringkasan pustaka 14
2.3 Kerangka teori 16
BAB III 17
KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL 17
3.1 Kerangka Konsep 17
3.2. Definisi operasional 18
BAB IV 19
METODE 19
4.1 Desain 19
4.2 Lokasi dan waktu 19
4.3 Populasi dan subjek 19
4.3.1 Populasi 19
4.3.1.2 Populasi target 19
4.3.1.2 Populasi terjangkau 19
4.3.1.3 Subjek 19
4.3.1.3.1 Kriteria pemilihan subjek 19
4.3.1.3.2 Perhitungan jumlah subjek 20
4.4 Bahan dan instrumen 22
4.5 Analisis statistik 23
4.5.1 Analisis univariat 24
4.5.2 Analisis bivariat 24
4.6 Alur kerja penelitian 25
4.7 Etika penelitian 25
4.8 Penjadwalan penelitian 26
DAFTAR PUSTAKA 27
Lampiran 30

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Ringkasan pustaka 14
Tabel 2. Definisi operasional 18
Tabel 3. Penjadwalan pelaksanaan penelitian 26

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Patofisiologi depresi pasca stroke.[23] 10
Gambar 2. Kerangka teori 16
Gambar 3. Kerangka konsep 17
Gambar 4. Alur kerja penelitian 25

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Tabel Distribusi karakteristik subjek studi 30
Lampiran 2. Tabel Hubungan kemampuan fungsional dengan tingkat depresi 31
Lampiran 3. Kuisioner BDI-II..... 32
Lampiran 4. Kuisioner Indeks Barthel 35
Lampiran 5. Informed Consent 37
Lampiran 6. Formulir Persetujuan 38
Lampiran 7. Formulir Kriteria Eksklusi..... 39
Lampiran 8. Formulir Instrumen Abbreviated Mental Test ……40

DAFTAR ARTI SINGKATAN

ADL: *Activities of Daily Living*

AMT: *Abbreviated Mental Test*

APT: *Automated Phone Task*

BDI: *Beck Depression Inventory*

BDI-II: *Beck Depression Inventory-II*

BI: *Barthel Index*

DA: *Dopamine*

HAM-D: *Hamilton Depression Rating Scale*

IL-1β: *Interleukin-1 beta*

IADL: *Instrumental Activities of Daily Living*

MCI: *Mild Cognitive Impairment*

NE: Norepinefrin

PSD: *Post-Stroke Depression*

RISKESDAS: Riset Kesehatan Dasar

RSSN: Rumah Sakit Stroke Nasional

TNF-α: *Tumor Necrosis Factor alpha*

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Stroke iskemik adalah salah satu penyumbang utama difabilitas dan kematian di seluruh dunia. Stroke juga adalah penyebab dari hilangnya kemampuan fungsional, mobilitas, komplikasi psiko-sosial, dan juga penurunan kualitas hidup, yang pada akhirnya akan memicu perasaan tidak berdaya dan juga depresi.[1,2]

Depresi merupakan salah satu penyakit yang cukup umum yang dapat secara serius membatasi fungsi psikososial dan juga menurunkan kualitas hidup. Penyakit ini ditandai dengan gejala kesedihan terus menerus, kehilangan minat, dan masalah emosional dan fisik yang dapat mempengaruhi perilaku, perasaan, dan kesejahteraan hidup yang menderitanya.[3]

Tingkat depresi pada pasien stroke dipengaruhi beberapa faktor risiko yaitu pendidikan, usia, penyakit penyerta (afasia, demensia vaskuler, dan masalah jantung), lama menderita, dukungan keluarga, fungsi kognitif, dan kemampuan fungsional. Penelitian yang dilakukan pada pasien pasca-stroke di Poliklinik Saraf RSUD Koja menunjukkan bahwa ada 10,3% mengalami depresi ringan, 41,4% mengalami depresi sedang, dan mayoritas pasien, yaitu ada 43,7% yang mengalami depresi berat. Prevalensi secara global depresi pasca-stroke ada di antara 9-60%, sementara di Indonesia sendiri ada sekitar 30-40% pasien stroke yang mengalami depresi.[2–4]

Kemampuan fungsional dapat didefinisikan sebagai kemampuan fisik untuk menjalankan tugas sehari hari yang dibagi menjadi 5 domain. Domain ini mencakup kemampuan untuk membangun dan juga memelihara hubungan, memenuhi kebutuhan dasar dan bergerak, belajar, tumbuh, membuat keputusan, dan berkontribusi di Masyarakat.[5]

Sebuah penelitian yang dilakukan di RSUD Jombang oleh Vika dkk., tahun 2017 menemukan bahwa sebagian besar pasien stroke dengan ketergantungan berat kepada orang lain mengalami depresi sedang. Hasil analisis statistik menunjukkan bahwa ada korelasi yang kuat antara status fungsional dan tingkat depresi pada pasien stroke. Ada juga penelitian yang dilakukan pada pasien stroke di ruang rawat jalan Rumah Sakit Stroke Nasional (RSSN) Bukit Tinggi pada tahun 2014 oleh Hayulita dkk., yang menyimpulkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara kemampuan fungsional dengan kejadian depresi pada pasien paska stroke. Hasil penelitian menunjukkan bahwa presentase depresi lebih tinggi pada pasien paska stroke yang memiliki gangguan kemampuan fungsional apabila dibandingkan dengan pasien stroke yang tidak memiliki gangguan dari kemampuan fungsional. Berbeda dengan hasil di atas, penelitian oleh Harris dkk., tahun 2009-2011 menemukan bahwa di antara penderita stroke yang memiliki ras Afrika-Amerika, hanya 15,4% yang telah menunjukkan depresi pasca-stroke, dan juga tidak ada hubungan yang signifikan antara depresi dan status fungsional pada pasien stroke setelah menyesuaikan dengan karakteristik dari pasien.[3,6,7]

Hubungan dari kemampuan fungsional dan juga tingkat depresi pada pasien stroke masih belum konsisten sehingga diperlukan penelitian lebih lanjut untuk bisa memahami hubungan antara kemampuan fungsional dan tingkat depresi pada pasien stroke iskemik.

1.2 Rumusan masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, rumusan masalah dalam penelitian ini adalah:

Apakah terdapat hubungan antara kemampuan fungsional dan tingkat depresi pada pasien stroke iskemik di RSUD Koja?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan umum

Untuk menurunkan angka kejadian depresi pada pasien stroke dengan menentukan hubungan antara kemampuan fungsional dan tingkat depresi pada pasien stroke iskemik di RSUD Koja

1.3.2 Tujuan khusus

1. Menentukan kemampuan fungsional pada pasien stroke iskemik di RSUD Koja
2. Menentukan tingkat depresi yang dialami oleh pasien stroke iskemik di RSUD Koja
3. Menilai hubungan antara kemampuan fungsional dan tingkat depresi pada pasien stroke iskemik di RSUD Koja

1.4 Hipotesis

Kemampuan fungsional berhubungan dengan tingkat depresi pada pasien stroke di RSUD Koja

1.5 Manfaat

1. Ilmu pengetahuan: Hasil penelitian ini diharapkan menambah wawasan dalam bidang kedokteran, khususnya mengenai hubungan antara kemampuan fungsional dan tingkat depresi pada pasien stroke iskemik.

2. Profesi/institusi: Membantu dokter, perawat, dan terapis dalam memahami dampak penurunan kemampuan fungsional terhadap kondisi psikologis pasien stroke iskemik.

3. Masyarakat: Memberikan pemahaman kepada masyarakat mengenai dampak stroke iskemik tidak hanya pada fisik tetapi juga pada kondisi psikologis pasien

BAB II

TINJAUAN, RINGKASAN PUSTAKA, KERANGKA TEORI

2.1 Tinjauan Pustaka

2.1.1 Stroke

2.1.1 Definisi stroke

Stroke adalah kondisi medis kritis yang ditandai dengan defisit neurologis fokal mendadak karena cedera vaskular, baik melalui perdarahan atau infark.[8]

2.1.1.1 Epidemiologi stroke

Kejadian stroke di wilayah Asia menunjukkan variasi yang cukup besar, misalnya di Malaysia tercatat 67 kasus per 100.000 penduduk, sedangkan di Taiwan mencapai 330 kasus per 100.000 penduduk. Data dari Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) Kementerian Kesehatan tahun 2013 menunjukkan bahwa prevalensi stroke di Indonesia mengalami peningkatan, dari 8,3% pada tahun 2007 menjadi 12,1% pada tahun 2013. Prevalensi stroke juga berbeda antarprovinsi, dengan tiga provinsi tertinggi secara berurutan yaitu Sulawesi Selatan (17,9%), Daerah Istimewa Yogyakarta (16,9%), dan Sulawesi Tengah (16,6%).[9]

2.1.1.2 Klasifikasi

Stroke diklasifikasikan menjadi 2 jenis yaitu, iskemik dan hemoragik

1. Stroke iskemik: Ini terjadi ketika ada penyumbatan di satu atau lebih arteri yang memasok darah ke otak, yang menyebabkan berkurangnya aliran darah dan kekurangan oksigen ke jaringan otak. Ini menyumbang sekitar 87% dari semua stroke.[10]
2. Stroke hemoragik: Jenis stroke ini disebabkan oleh perdarahan di dalam atau di sekitar otak, yang mengganggu fungsi otak normal. Ini lebih jarang daripada stroke iskemik tetapi seringkali lebih parah[11]

2.1.1.3 Definisi stroke iskemik

Iskemik stroke terjadi akibat penyumbatan atau penyempitan pembuluh darah yang membawa darah ke otak, sehingga mengurangi aliran darah ke area tertentu. Kurangnya suplai darah menyebabkan berkurangnya oksigen dan nutrisi ke sel otak, yang dapat berujung pada kerusakan atau kematian sel. Penyumbatan ini umumnya disebabkan oleh trombus atau material lain yang menghalangi aliran darah di arteri.[12]

2.1.1.4 Prevalensi stroke iskemik

Pada tahun 2019, terdapat sekitar 77,2 juta kasus stroke iskemik di seluruh dunia, yang mencakup sekitar 76% dari total kasus stroke. Saat ini, jumlah penderita diperkirakan mencapai 110 juta secara global, dengan lebih dari 60% di antaranya berusia di bawah 70 tahun.[13]

2.1.2 Depresi

2.1.2.1 Definisi Depresi

Depresi mayor merupakan penyakit yang cukup umum dimana secara serius bisa membatasi fungsi psikososial dan juga dapat menurunkan kualitas hidup untuk yang menderitanya. Penyakit ini ditandai dengan gejala kesedihan terus menerus, kehilangan minat, dan masalah emosional dan fisik, yang mempengaruhi pikiran perilaku, perasaan, dan kesejahteraan hidup yang menderitanya.[14,15]

2.1.2.2 Epidemiologi depresi

Riskedas melaporkan pada tahun 2018 prevalensi depresi di Indonesia sebesar 6,2%. Prevalensi juga dilaporkan semakin meningkat seiring dengan usia. Prevalensi tertinggi dilaporkan ada di kelompok usia 75 tahun keatas, yaitu sebesar 8,9%. Pada kelompok usia 65-74 tahun, prevalensi dilaporkan sebesar 8,0%. Pada kelompok usia 55-64 tahun dilaporkan prevalensinya diangka 6,5%. [16]

2.1.2.3 Etiologi depresi

Etiologi dari depresi sendiri melibatkan beberapa faktor yaitu faktor genetic, stressor lingkungan, peradangan saraf, dan disregulasi sumbu HPA. Gen kunci, trauma

pada masa kanak-kanak, dan juga sitokin inflamasi berkontribusi pada perkembangannya, mempengaruhi pada struktur otak, kimia, dan fungsi, yang menyebabkan gangguan depresi.[17]

2.1.2.4 Alat ukur untuk depresi

2.1.2.4.1 Beck Depression Inventory (BDI)

Beck Depression Inventory (BDI) adalah alat yang banyak digunakan untuk menilai keparahan depresi, dengan berbagai penelitian memvalidasi efektivitasnya di berbagai populasi dan konteks. BDI-II, versi yang diperbarui, telah menunjukkan sifat psikometrik yang kuat, termasuk keandalan dan validitas dalam pengaturan budaya yang beragam, seperti Indonesia dan di antara mahasiswa sarjana di Spanyol, Portugal, dan Brasil.[18,19]

2.1.2.4.2 Hamilton Depression Rating Scale

Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D) adalah instrument penilaian yang paling umum digunakan oleh profesional kesehatan untuk mengukur tingkat keparahan gejala depresi pada orang dewasa. Dijalankan selama 20-30 menit, dengan 17 item, dan total skir yang menunjukkan tingkat keparahan (rigan, sedang, berat).[20]

2.1.3 Depresi pada pasien stroke

2.1.3.1 Definisi depresi pada pasien stroke

Depresi pasca-stroke adalah komplikasi yang sering terjadi pada pasien yang telah mengalami stroke, ditandai oleh perubahan suasana hati seperti perasaan sedih, kehilangan minat atau kesenangan, serta gejala fisik dan kognitif yang dapat menghambat proses pemulihan. Kondisi ini dapat muncul dalam beberapa bulan pertama setelah stroke dan mempengaruhi kualitas hidup pasien secara signifikan.[21]

2.1.3.2 Prevalensi depresi pada pasien stroke

Di Indonesia, sekitar 30-40% pasien stroke mengalami depresi. Secara global, stroke adalah masalah kesehatan yang signifikan, dengan tingkat prevalensi depresi yang serupa diamati di antara pasien stroke, berdampak pada pemulihan dan kualitas hidup secara keseluruhan.[22]

Prevalensi depresi pasca-stroke berkisar antara 9-60% pada pasien stroke. Secara global, depresi mempengaruhi sekitar 322 juta orang, setara dengan 4,4% dari total populasi, dengan risiko yang lebih tinggi pada individu dengan kondisi kronis seperti stroke.[4]

Penelitian dilakukan pada pasien pasca-stroke yang menjalani perawatan di Poliklinik Saraf RSUD Koja. Dengan pengambilan sampel dilakukan secara acak (random sampling) dengan total 87 responden. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 4 responden (4,6%) tidak mengalami depresi atau berada dalam kategori normal, sementara 9 responden (10,3%) mengalami depresi ringan. Selain itu, 36 responden (41,4%) mengalami depresi sedang, dan mayoritas pasien, yaitu 38 responden (43,7%), mengalami depresi berat.[2]

2.1.3.3 Faktor yang mempengaruhi depresi pada pasien stroke

Berikut merupakan faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat depresi pada pasien stroke:[3]

- Usia

  Lansia dengan usia lebih dari 50 tahun lebih memungkinkan untuk memiliki keterbatasan fisik, isolasi sosial, dan penyakit penyerta. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Hayulita dkk. Di RSSN Bukittinggi menunjukkan hubungan yang signifikan antara usia dengan depresi pasca stroke p=0,003.

- Dukungan keluarga

  Kurangnya dukungan keluarga berkorelasi dengan meningkatnya risiko depresi pada pasien stroke. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Hayulita dkk.

Di RSSN Bukittinggi menunjukkan hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan depresi pasca stroke p=0,001.

- Lama menderita stroke

  Pasien yang mengalami stroke 6 bulan atau lebih, memungkinkan mengalami ketidakberdayaan kronis yang dapat memicu depresi. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Hayulita dkk. Di RSSN Bukittinggi menunjukkan hubungan yang signifikan antara lama menderita stroke dengan depresi pasca stroke p=0,016.

- Fungsi kognitif

  Gangguan kognitif pasca stroke seperti memori, konsentrasi, atau Bahasa berkontribusi terhadap perasaan frustasi dan depresi. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Hayulita dkk. Di RSSN Bukittinggi menunjukkan hubungan yang signifikan antara fungsi kognitif dengan depresi pasca stroke p=0,005.

- Kemampuan fungsional (daily activity)

  Ketidakmampuan menjalankan aktivitas dasar seperti makan, mandi, berpakaian mempengaruhi harga diri dan meningkatkan risiko depresi. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Hayulita dkk. Di RSSN Bukittinggi menunjukkan hubungan yang signifikan antara kemampuan fungsional dengan depresi pasca stroke.

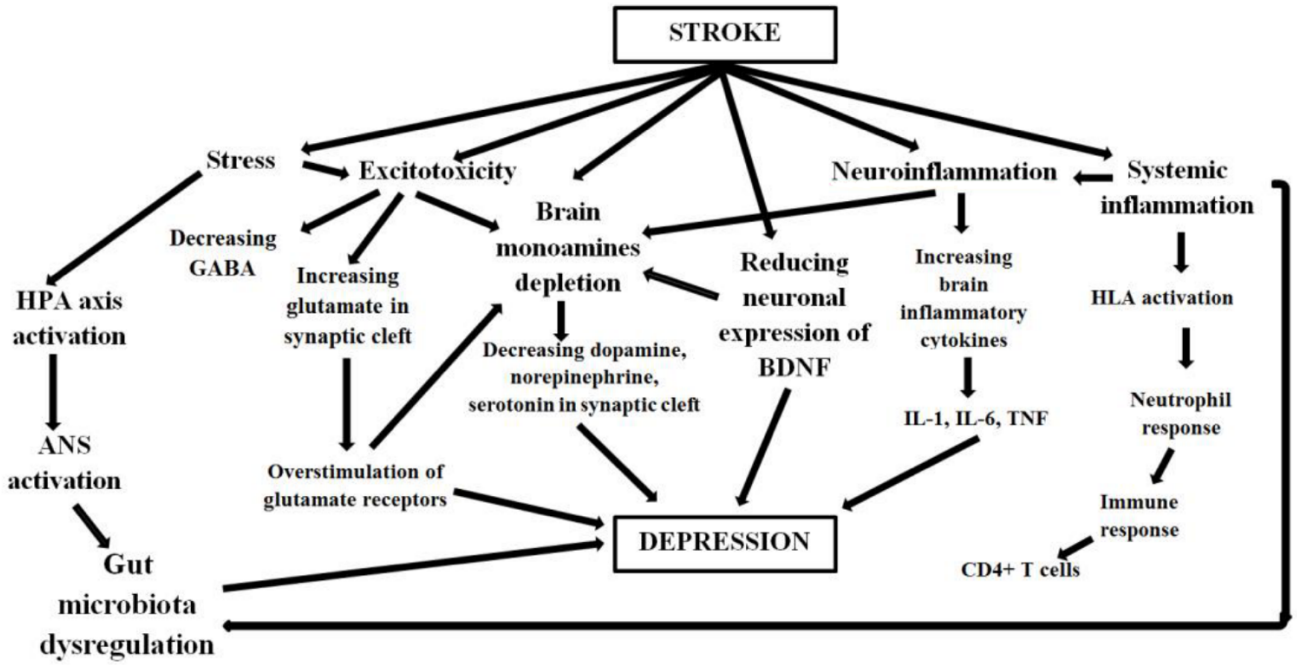
2.1.3.4 Patofisiologi depresi pasca stroke

Patofisiologi depresi pasca stroke melibatkan berbagai mekanisme neurobiologis yang cukup kompleks dan saling berinteraksi. Salah satu mekanisme utamanya adalah disfungsi dari system monoamine, dimana stroke dapat menyebabkan kerusakan iskemik pada jalur saraf yang akan membawa neurotransmitter seperti serotonin (5-HT), norepinefrin (NE), dan dopamine (DA). Kerusakan ini menganggu distribusi dari neurotransmitter ke area otak seperti ganglia basalis dan lobus frontal

yang berperan dalam regulasi mood, sehingga dapat menurunkan kemampuan tubuh dalam hal mengatur emosi secara normal.[23]

Sistem glutamatergis juga berperan penting dalam patofisiologi depresi pasca stroke. Stroke dapat memicu pelepasan glutamat berlebihan, yang menyebabkan eksitotoksisitas yaitu kondisi dimana stimulasi berlebih pada neuron menyebabkan lonjakan kalsium intraseluler, kerusakan mitokondria, dan akhirnya terjadi kematian sel saraf. Kadar glutamat yang tinggi dalam cairan otak berpengaruh dengan peningkatan volume infark dan keparahan gejala depresi.[23]

Neuroinflamasi merupakan salah satu komponen kunci dalam patofisiologi depresi pasca stroke. Aktivasi dari mikroglia dan astrosit memicu pelepasan sitokin proinflamasi seperti IL-1β dan TNF-α. Sitokin ini yang dapat mengganggu produksi dari neurotransmitter dan memperparah gejala depresi. Selain itu, respon dari inflamasi yang melibatkan peningkatan rasio neutrophil-limfosit telah dikaitkan dengan peningkatan resiko depresi pasca stroke.[23]



Gambar 1. Patofisiologi depresi pasca stroke.[23]

2.1.4 Penjelasan kemampuan fungsional

2.1.4.1 Definisi

Kemampuan fungsional didefinisikan sebagai atribut untuk melakukan aktivitas yang berarti, mencakup lima domain. Domain ini mencakup:

1. Kemampuan untuk memenuhi kebutuhan dasar

   Yaitu kemampuan seseorang untuk mengakses dan memenuhi kebutuhan hidup pokok secara mandiri.

2. Kemampuan untuk belajar, tumbuh, dan membuat Keputusan

   Kemampuan untuk memperoleh informasi, mengembangkan diri secara mental atau spiritual, dan membuat Keputusan yang penting dalam kehidupan sehari-hari.

3. Kemampuan untuk bergerak

   Kemampuan untuk berpindah tempat secara aman dan mandiri di lingkungan sekitarnya

4. Kemampuan untuk membangun dan mempertahankan hubungan

   Kemampuan untuk menjalin, mempertahankan, dan mendapatkan dukungan dari relasi sosial yang bermakna

5. Kemampuan untuk berkontribusi

   Kemampuan untuk memberikan manfaat kepada keluarga, komunitas, atau Masyarakat melalui tindakan, pengalaman, atau pengetahuan.

Konsep ini begitu penting untunk memantau penuaan yang sehat dan dapat di validasi melalui data empiris, yang menunjukkan signifikansinya dalam memprediksi kesejahteraan di antara orang dewasa.[5]

2.1.4.2 Alat ukur kemampuan fungsional

Barthel Index (BI) adalah alat klinis yang banyak digunakan yang dirancang untuk menilai tingkat kemandirian individu dalam melakukan aktivitas dasar kehidupan sehari-hari atau biasa disebut *Activity Daily Lving* (ADL). Hal ini sangat relevan dalam pengaturan rehabilitasi untuk pasien dengan gangguan neuromuskuler dan muskuloskeletal, serta di antara orang dewasa yang lebih tua dan mereka yang pulih dari stroke.[24] Indeks mengevaluasi sepuluh kegiatan spesifik, termasuk memberi makan, mandi, perawatan, dan mobilitas, memberikan skor yang mencerminkan tingkat bantuan yang dibutuhkan oleh individu.[24]

Harvard Automated Phone Task (APT) adalah alat ukur berbasis kinerja (*performance-based)* yang dikembangkan untuk menilai kemampuan *Instrumental Activities of Daily Living* (IADL) secara objektif pada lansia, khususnya mereka yang berada dalam tahap normal kognitif maupun *Mild Cognitive Impairment (MCI)*. IADL sendiri mencakup aktivitas harian kompleks seperti mengelola obat, keuangan, komunikasi, dan tugas rumah tangga, yang penting untuk kehidupan mandiri. Dalam Harvard APT, peserta diminta menyelesaikan tugas-tugas simulasi melalui sistem telepon otomatis *(Interactive Voice Response System),* seperti mengisi ulang resep atau memilih dokter utama. Tes ini dinilai berdasarkan waktu penyelesaian, tingkat keberhasilan, dan jumlah kesalahan. APT terbukti sensitif dalam mendeteksi perubahan dini fungsi eksekutif dan kecepatan pemrosesan, sehingga memiliki potensi sebagai alat skrining fungsional pada lansia yang berisiko mengalami penurunan kognitif atau demensia.[25]

2.1.5 Studi yang melihat hubungan kemampuan fungsional dan depresi pada pasien stroke

Penelitian yang dilakukan di ruang rawat jalan Rumah Sakit Stroke Nasional (RSSN) Bukittinggi Tahun 2014. Yang menyimpulkan bahwa terdapat hubungan bermakna antara kemampuan fungsional dengan kejadian depresi pada pasien paska stroke. Hasil menunjukkan bahwa presentase depresi lebih tinggi pada pasien paska stroke memiliki gangguan fungsional (74.2%) dibandingkan dengan pasien paska stroke tidak memiliki gangguan kemampuan fungsional (42.9%). Hasil uji statistic *Chi-Square* diperoleh nilai dari *Continuity Correction* p=0.047.[3]

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Vika dkk. menunjukkan bahwa mayoritas responden (58,3%) mengalami ketergantungan berat, sementara hampir setengahnya (37,5%) memiliki tingkat depresi sedang. Uji statistik menggunakan Kendall Tau mengungkapkan adanya hubungan antara status fungsional dan tingkat depresi pada pasien stroke di Ruang Flamboyan RSUD Jombang. Nilai korelasi sebesar 0,611 menunjukkan bahwa hubungan dalam penelitian ini tergolong kuat. Dengan hasil uji statistic *kendall tau* didapatkan P≤0,05.[6]

Dari 458 penyintas stroke keturunan Afrika-Amerika, 48,5% adalah perempuan, 84% mengalami stroke iskemik, dan usia rata-rata adalah 60,8 ± 13,6 tahun, dengan hanya 15,4% (n=71) yang terdokumentasi mengalami depresi pasca-stroke (PSD). Disfagia, defisit kognitif, dan skor Motor Functional Independence Measure (FIM) yang lebih rendah saat masuk rumah sakit juga lebih umum pada kelompok dengan depresi. Namun, setelah disesuaikan dengan karakteristik pasien, tidak ditemukan hubungan yang signifikan antara depresi dan status fungsional dengan p=0,914.[7]

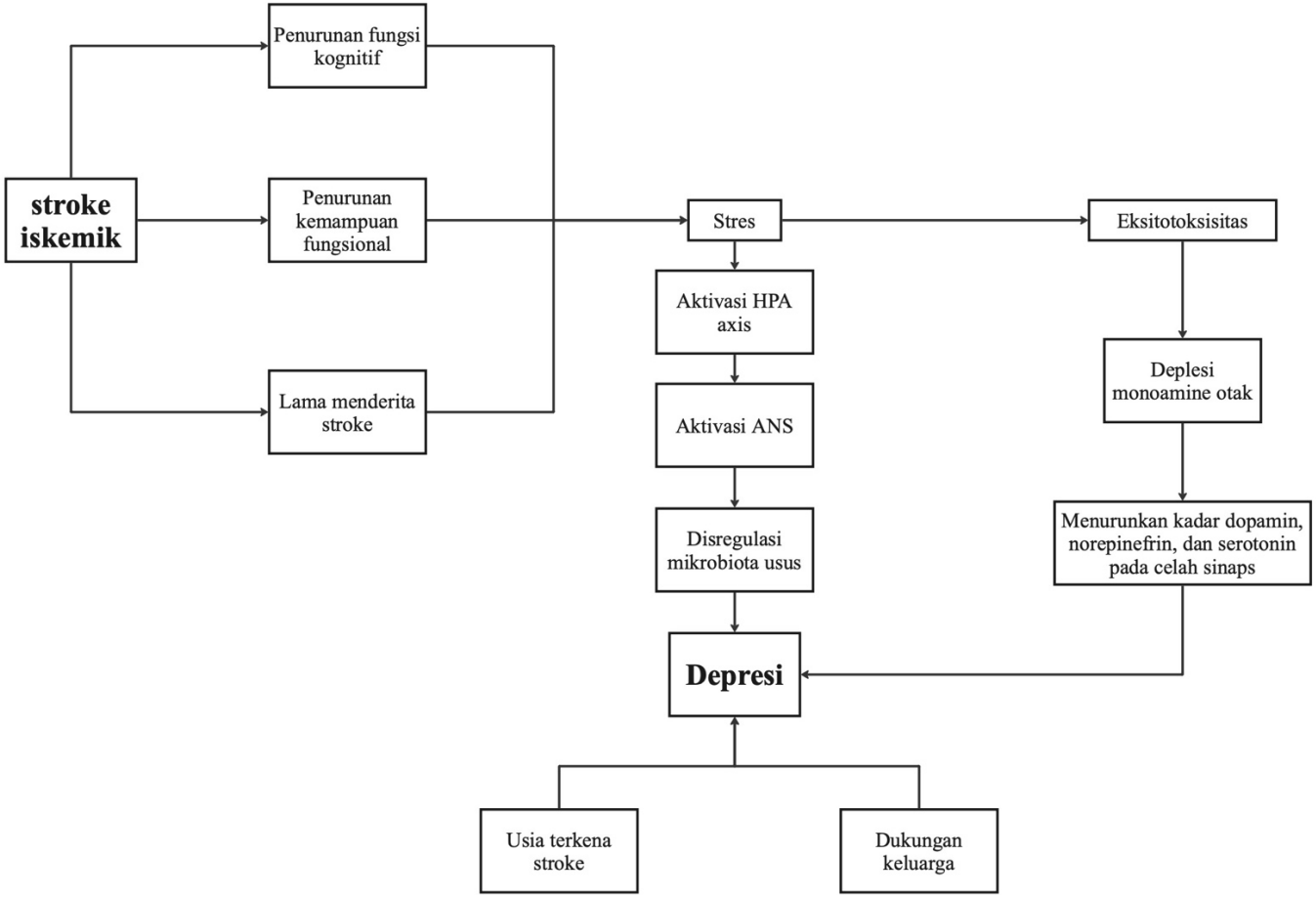
2.2 Ringkasan pustaka

Tabel 1. Ringkasan pustaka

Peneliti	Lokasi& waktu	Desain	Subjek	Variabel yang diteliti	Lama	Hasil
Hayulita *et al*[3]	Rumah Sakit Stroke Nasional (RSSN) Bukittinggi Tahun 2014	Potong silang	52 orang pasien paska stroke	Kemampuan fungsional Tingkat depresi	25 hari	Hasil penelitian yang dilakukan di RSSN Bukittinggi tahun 2014 menyimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat depresi dengan kemampuan fungsional dengan nilai (p=0.047)

Vika *et al*[6]	4-25 april 2017 di Ruang Flamboyan RSUD Jombang	Potong silang	48 orang pasien stroke infark	Status fungsional Tingkat depresi	21hari	Uji statistik menggunakan Kendall Tau mengungkapkan adanya hubungan antara status fungsional dan tingkat depresi pada pasien stroke di Ruang Flamboyan RSUD Jombang. (p= 0,05.)
Harris *et al*[7]	Tiga fasilitas rehabilitasi rawat inap di Amerika Serikat dari tahun 2009–2011.	cohort	458 penyintas stroke Afrika-Amerika.	Depresi dan status fungsional	2tahun	tidak ditemukan hubungan yang signifikan antara depresi dan status fungsional. (p=0,914)

2.3 Kerangka teori



Gambar 2. Kerangka teori

BAB III

KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1 Kerangka Konsep



Gambar 3. Kerangka konsep

3.1.1 Variabel penelitian

3.1.1.1 Variabel bebas

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah kemampuan fungsional.

3.1.1.2 Variabel tergantung

variabel tergantung dalam penelitian ini adalah tingkat depresi.

3.2. Definisi operasional

Tabel 2. Definisi operasional

Variabel	Definisi	Alat ukur	Cara mengukur	Hasil	Skala	Referensi
Tingkat depresi pada pasien stroke iskemik	Depresi pasca stroke adalah komplikasi yang sering terjadi pada pasien yang telah mengalami stroke, ditandai oleh perubahan suasana hati seperti perasaan sedih, kehilangan minat atau kesenangan, serta gejala fisik dan kognitif	Kuesioner *Beck Depression Inventory-II*	wawancara	skor 0-13: depresi minimal skor 14-19 : depresi ringan skor 20-28 : depresi sedang skor 29-63 : depresi berat.	Ordinal	Sorayah [26]
Kemampuan fungsional	Tugas yang harus dilakukan untuk memungkinkan kehidupan mandiri	Kuesioner Indeks Barthel	wawancara	0-20: Total dependen 21-60: Dependen berat 61-90: Dependen ringan 91-100: Independen	Ordinal	Pongantung[27]

BAB IV

METODE

4.1 Desain

Pada penelitian ini desain yang digunakan adalah *cross sectional*. Data yang digunakan di penelitian ini adalah data primer. Penelitian ini bertujuan mencari hubungan antara kemampuan fungsional dan tingkat depresi pada pasien stroke iskemik.

4.2 Lokasi dan waktu

Penelitian ini akan dilakukan di poliklinik saraf dan juga rawat inap pada Rumah Sakit Umum Daerah Koja dan akan dilaksanakan pada September 2025

4.3 Populasi dan subjek

4.3.1 Populasi

4.3.1.2 Populasi target

Seluruh pasien stroke dewasa yang berobat di RSUD Koja

4.3.1.2 Populasi terjangkau

Pasien stroke iskemik yang melakukan rawat jalan di RSUD Koja

4.3.1.3 Subjek

4.3.1.3.1 Kriteria pemilihan subjek

Sampel penelitian adalah subjek yang memenuhi kriteria inklusi dan kriteria eksklusi.

Kriteria inklusi:

1. Pasien yang didiagnosis stroke iskemik usia dewasa 18-59 tahun
2. Pasien yang didiagnosis stroke iskemik yang melakukan rawat jalan setelah 6 bulan Pasca stroke

3. Pasien yang didiagnosis stroke iskemik dengan fungsi kognitif yang masih baik (berdasarkan skor kuesioner AMT)

Kriteria eksklusi :

1. Pasien stroke iskemik dengan gangguan kesadaran
2. Pasien stroke iskemik dengan riwayat depresi sebelum stroke
3. Pasien stroke iskemik dengan riwayat bipolar
4. Pasien stroke iskemik yang ada disabilitas sebelum stroke

4.3.1.3.2 Perhitungan jumlah subjek

Besar sampel yang dipakai dalam studi ini telah sesuai dengan perhitungan berdasarkan rumus yang ditetapkan yaitu rumus populasi infinit dan populasi finit.

Rumus populasi Infinit:

$$n_0 = \frac{(Za^2) \times p \times q}{d^2}$$

$$n_0 = \frac{(1{,}96^2) \times 0{,}3 \times 0{,}7}{0{,}05^2}$$

$$n_0 = 322{,}6$$

Keterangan :

$n!$: Besar sampel optimal yang dibutuhkan

$Z"$: Pada tingkat kemaknaan 95%, besarnya kesalahan adalah 1,96

p : Prevalensi pasien depresi paska stroke di Indonesia → 30%→p=0,3.[22]

q : Prevalensi pasien yang tidak depresi paska stroke(1-p) → 0,7

d : Tingkat kepercayaan/ketepatan pengukuran yang ditetapkan adalah 0,05

Rumus populasi finit :

$$n = \frac{n_0}{1 + (n_0 \ / \ N)}$$

$$n = \frac{322{,}6}{1 + (322{,}6/210)}$$

$$n = 127{,}5 = 128$$

Keterangan :

n : Besar sampel yang ditentukan untuk populasi finit → 128

n_0 : Besar sampel dari populasi yang infinit → 322,6

N : jumlah pasien stroke iskemik di RS Koja bulan januari 2025 → 210

Berdasarkan perhitungan dengan rumus di atas, diperoleh sampel finit sebanyak 170 orang, kemudian ditambahkan dengan jumlah sampel *drop out* sebesar 15% menjadi :

$$128 \times \frac{15}{100} = 19{,}1 = 19$$

Besar sampel yang dibutuhkan pada penelitian ini bila hasilnya dibulatkan yaitu sebanyak 128 orang + 19 orang menjadi **147 orang**. Pemilihan sampel menggunakan *consecutive non random sampling.*

4.4 Bahan dan instrumen

1. Barthel Index (BI)

Barthel indeks merupakan alat ukur dalam bentuk *quitionaire* untuk mengukur kemampuan fungsional dengan menggunakan skala ordinal. Kuesioner ini bertujuan untuk menilai status fungsional pasien dan menentukan tingkat ketergantungan pasien. Kuisioner ini berisikan 10 item aktivitas sehari hari diantaranya yaitu *feeding, transfer, personal hygiene, water closet, bowel control,* mandi sendiri, berjalan atau menggunakan kursi roda, naik turun tangga, *dressing,* dan *bowel control*. Versi Indonesianya sudah tervalidasi oleh Pongantung dkk., pada tahun 2020 yang dimana menunjukkan validitas konstruk yang baik dan dapat digunakan untuk menilai kemampuan fungsional pada pasien pasca stroke. Dengan rata-rata Cohen's kappa=0,670 yang menunjukkan penilaian antar perawat cukup konsisten dan *content validity index* – CVI = 0,99 yang menunjukkan setiap item mendapat penilaian tinggi dari pakar terkait relevansi dan kejelasannya.[27]

Interpretasi:

0-20: Total dependen

21-60: Dependen berat

61-90: Dependen ringan

91-100: Independen

2. Beck Depression Inventory-II (BDI-II)

Beck Depression Inventory-II (BDI-II) merupakan alat ukur dalam bentuk *quitionaire* untuk mengukur tingkatan depresi dalam skala ordinal yang terdiri dari 21 item yang mewakili berbagai macam gejala depresi seperti kesedihan, pesimisme, perasan bersalah, kehilangan minat, pikiran bunuh diri, gangguan tidur, kelelahan, dan perubahan nafsu makan. Telah dilakukan uji validitas oleh Sorayah yang menyimpulkan bahwa versi Indonesia dari kuesioner BDI-II dapat

digunakan untuk mengukur tingkat depresi dengan skor RMSEA=0,037 yang berarti seluruh item mengukur satu faktor utama yaitu depresi.[26]

interpretasi:

0-13: Minimal

14-19: Ringan

20-28: Sedang

29-63: Berat

3. Abbreviated Mental Test (AMT)

Abbreviated Mental Test (AMT) adalah alat skrining kognitif singkat sebanyak 10 item yang dikembangkan oleh Hodkinson pada tahun 1972 untuk mendeteksi gangguan kognitif dan demensia pada lansia, dengan pertanyaan mencakup orientasi waktu/tempat, memori jangka pendek, serta atensi singkat (misal: usia, tahun, menyebutkan lokasi saat ini, menghitung mundur) . Pada versi Bahasa Indonesia, penelitian oleh Swatan & Haryono (2022) di Banyuwangi melaporkan bahwa AMT memiliki sensitivitas 47,4% dan spesifisitas 100% dibandingkan MMSE, dengan waktu penyelesaian rata-rata hanya ~123 detik—jauh lebih cepat daripada MMSE (~320 detik).[28]

Interpretasi Skor AMT:

0–3: Gangguan kognitif berat

4–7: Gangguan kognitif ringan hingga sedang

8–10: Fungsi kognitif normal

4.5 Analisis statistik

Dalam proses analisis data dilakukan perhitungan untuk menjawab rumusan masalah dan mendapatkan hasil atas hipotesis yang telah dibuat oleh peneliti.

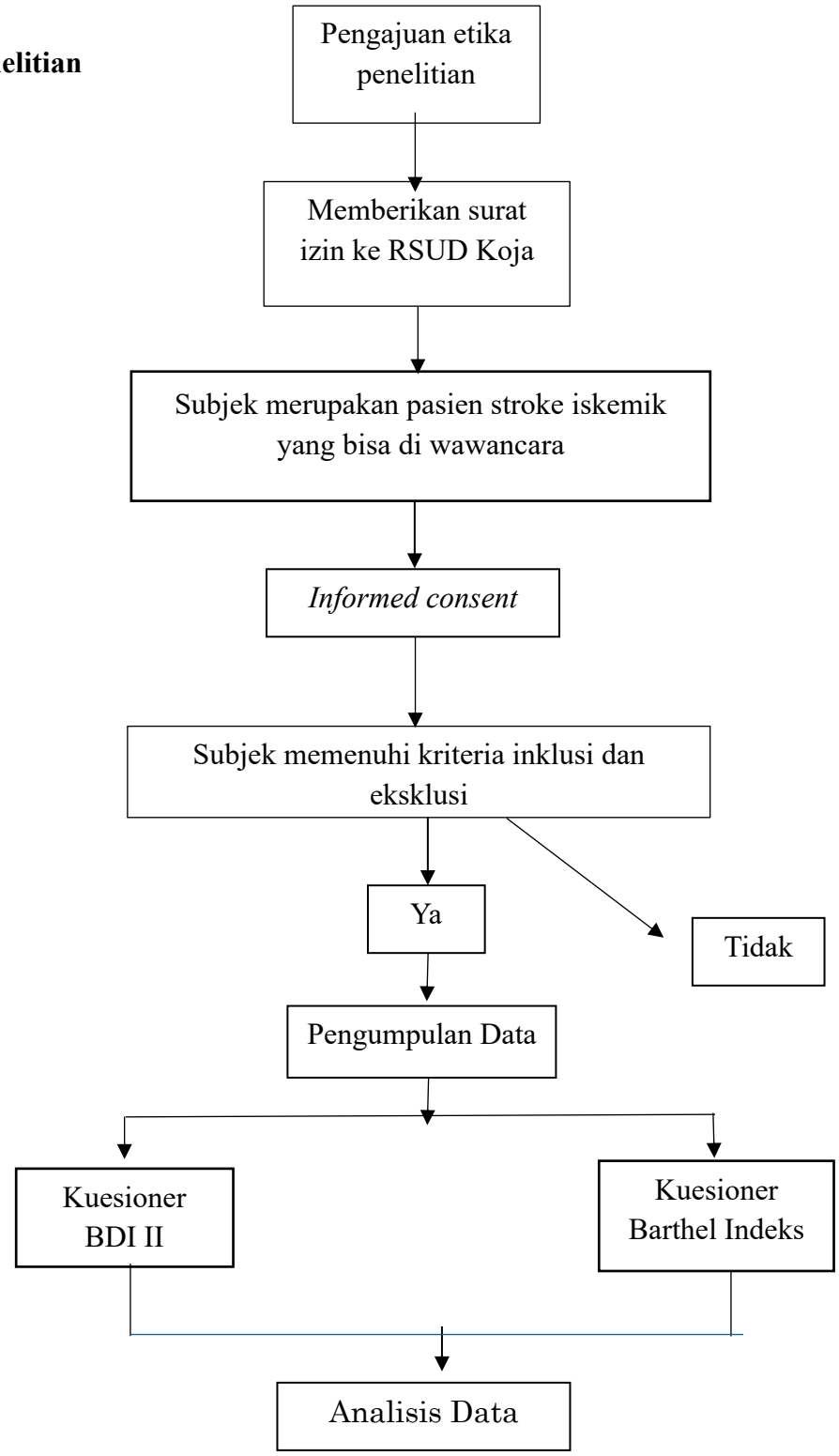
4.5.1 Analisis univariat

Analisis univariat digunakan untuk menggambarkan karakteristik seperti persentase dan distribusi frekuensi dari setiap variabel yang diteliti. Dalam penelitian ini, analisis univariat dilakukan pada kemampuan fungsional dengan skala kategorik yang berhubungan sebagai variabel bebas dan tingkat depresi sebagai variabel tergantung.

4.5.2 Analisis bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk identifikasi ada atau tidaknya hubungan antara kemampuan fungsional sebagai variabel bebas dan tingkat depresi sebagai variabel tergantung.Tingkat signifikansi diuji menggunakan *p-value* dengan tingkat kepercayaan 95%, di mana *p-value* < 0,05 menunjukkan adanya hubungan antara kedua variabel. Analisis data dilakukan menggunakan uji *Chi-Square.*

4.6 Alur kerja penelitian



Gambar 4. Alur kerja penelitian

4.7 Etika penelitian

Penelitian ini akan dilakukan setelah lolos kaji etik Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti

4.8 Penjadwalan penelitian

Tabel 3. Penjadwalan pelaksanaan penelitian

Kegiatan	Waktu penelitian (bulan) dalam 2025										
	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Pemilihan judul											
Penyusunan dan penyelesaian BAB I											
Penyusunan dan penyelesaian BAB II											
Penyusunan dan penyelesaian BAB III											
Penyusunan dan penyelesaian BAB IV											
Persiapan ujian proposal											
Pengajuan kaji etik											
Pengambilan data											
Analisis data											
Penyusunan dan penyelesaian BAB V											
Penyusunan dan penyelesaian BAB VI											
Penyusunan dan penyelesaian BAB VII											
Persiapan ujian skripsi											

DAFTAR PUSTAKA

1. Chohan S, Venkatesh P, How C. Long-term complications of stroke and secondary prevention: an overview for primary care physicians. Singapore Med J [Internet]. 2019;60(12):616–20. Available from: http://www.smj.org.sg/article/long-term-complications-stroke-and-secondary-prevention-overview-primary-care-physicians

2. Asmila L, Septiawantary R. Depresi Pada Pasien Paska Stroke. Indonesian Journal of Nursing Sciences and Practices. 2021;2.

3. Hayulita S, Ratna Sari D. Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Depresi Pada Pasien Paska Stroke Di Ruang Rawat Jalan Rumah Sakit Stroke Nasional (RSSN) Bukittinggi Tahun 2014. Bukittinggi; 2014.

4. Harahap EY, Septianingrum Y, Wijayanti L, Sholeha U, Hasina SN. Depresi Pasca Stroke (PSD): A Systematic Review. Jurnal Keperawatan [Internet]. 2023;15(2):859–66. Available from: https://journal2.stikeskendal.ac.id/index.php/keperawatan/article/view/1026

5. Nishio M, Haseda M, Inoue K, Saito M, Kondo N. Measuring functional ability in Healthy Ageing: testing its validity using Japanese nationwide longitudinal data. Age Ageing [Internet]. 2024;53(1). Available from: https://academic.oup.com/ageing/article/doi/10.1093/ageing/afad224/7517657

6. Vika WN, Syarifah AS, Ratnawati M. HUBUNGAN STATUS FUNGSIONAL DENGAN TINGKAT DEPRESI PADA PASIEN STROKE DI RUANG FLAMBOYAN RSUD JOMBANG. Jurnal Ilmiah Kebidanan (Scientific Journal of Midwifery) [Internet]. 2018;4(1):52–9. Available from: https://journal.stikespemkabjombang.ac.id/index.php/jikeb/article/view/156

7. Harris GM, Collins-Mcneil J, Yang Q, Nguyen VQC, Hirsch MA, Guerrier T, et al. Depression and functional status among African American stroke survivors in inpatient rehabilitation Work Performed At: Duke and Winston Salem State Universities Schools of Nursing and Carolinas Rehabilitation HHS Public Access. J Stroke Cerebrovasc Dis. 2017;26(1):116–24.

8. Muhammad Arbyanka Diontama, TA Larasati, Anisa Nuraisa Jausal. Article Review : Peran Hipertensi terhadap Patomekanisme Stroke Iskemik dan Hemoragik. Termometer: Jurnal Ilmiah Ilmu Kesehatan dan Kedokteran [Internet]. 2025 Jan;3(1):183–91. Available from: https://ejurnal.politeknikpratama.ac.id/index.php/Termometer/article/view/4752

9. rasyid al. Buku Ajar Neurologi. 2nd ed. aninditha tiara, wiratman winnugroho, editors. jakarta: DEPARTEMEN NEUROLOGI Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia Rumah Sak:it Cipto Mangunkusumo; 2017.

10. Laurent D, Small CN, Goutnik M, Hoh B. Ischemic Stroke. Acute Care Neurosurgery by Case Management: Pearls and Pitfalls [Internet]. 2025 Feb 21 [cited 2025 Jun 9];159–72. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499997/

11. Hilkens NA, Casolla B, Leung TW, de Leeuw FE. Stroke. The Lancet [Internet]. 2024 [cited 2025 Jun 9];403(10446):2820–36. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673624006421

12. Karki A, Manandhar L. Understanding Ischemic Stroke: Symptoms, Risks, and the Importance of Timely Intervention. The American Journal of Patient Health Info [Internet]. 2024;1(2). Available from: https://ajphi.org/ajphi/article/view/61

13. Golubnitschaja O, Potuznik P, Polivka J, Pesta M, Kaverina O, Pieper CC, et al. Ischemic stroke of unclear aetiology: a case-by-case analysis and call for a multi-professional predictive, preventive and personalised approach. EPMA Journal [Internet]. 2022;13(4):535–45. Available from: https://link.springer.com/10.1007/s13167-022-00307-z

14. Malhi GS, Mann JJ. Depression. The Lancet [Internet]. 2018;392(10161):2299–312. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673618319482

15. Manimala S, Gautam S, Reddy G. An Overview on Depression. Research & Reviews: Journal of Pharmacology and Toxicological Studies e-ISSN RRJPTS. 4:2016.

16. Laporan Riskesdas 2018 Nasional. 2019 [cited 2025 Jun 2]; Available from: https://repository.badankebijakan.kemkes.go.id/id/eprint/3514/1/Laporan%20Riskesdas%202018%20Nasional.pdf

17. Kandemir Ü. Etiopathogenesis of depression and experimental depression models used in preclinical studies. European Journal of Life Sciences [Internet]. 2023;2(2):78–90. Available from: https://dergipark.org.tr/tr/pub/ejls/issue/79597/1327521

18. Ariani TA, Anna A, Rahayu HT, Aini N, Windarwati HD, Hernawaty T, et al. Psychometric testing of the indonesian version of beck depression inventory-ii among Indonesian floods survivors. Jurnal Ners [Internet]. 2023;18(3):264–73. Available from: https://e-journal.unair.ac.id/JNERS/article/view/47313

19. do Nascimento R, Fajardo-Bullon F, Santos E, Landeira-Fernandez J, Anunciação L. Psychometric Properties and Cross-Cultural Invariance of the Beck Depression Inventory-II and Beck Anxiety Inventory among a Representative Sample of Spanish, Portuguese, and Brazilian Undergraduate Students. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2023;20(11):6009. Available from: https://www.mdpi.com/1660-4601/20/11/6009

20. Hamilton M. A RATING SCALE FOR DEPRESSION. J Neurol Neurosurg Psychiatry [Internet]. 1960 [cited 2025 Jun 12];23(1):56–62. Available from: https://jnnp.bmj.com/lookup/doi/10.1136/jnnp.23.1.56

21. susilawati ayu, ratep n, kusuma putera. Depresi Pasca stroke: Diagnosis dan Tatalaksana. 2014;41.

22. Mu'awiyah Aulia AM, Rachman ME, Khaerina I, Bakhtiar A, Alim Jaya M, Muchsin AH. Gambaran Tingkat Depresi Pasien Stroke Iskemik RS Ibnu Sina YW-UMI Makassar. 2024;8.

23. Frank D, Gruenbaum BF, Zlotnik A, Semyonov M, Frenkel A, Boyko M. Pathophysiology and Current Drug Treatments for Post-Stroke Depression: A Review. Int J Mol Sci [Internet]. 2022;23(23):15114. Available from: https://www.mdpi.com/1422-0067/23/23/15114

24. Barthel, Mahoney. A Compendium of Tests, Scales and Questionnaires [Internet]. 2020. Available from: http://taylorandfrancis.com

25. Marshall GA, Aghjayan SL, Dekhtyar M, Locascio JJ, Jethwani K, Amariglio RE, et al. Measuring instrumental activities of daily living in non-demented elderly: a comparison of the new performance-based Harvard Automated Phone Task with other functional assessments. [cited 2025 Jul 7]; Available from: https://doi.org/10.1186/s13195-018-0464-x

26. Sorayah. Uji Validitas Konstruk Beck Depression Inventory-II (BDI-II). 2014.

27. Pongantung H, Lorica J, Solon M. Lecturer at Faculty of Nursing, STIK Stella Maris Makassar, Indonesia, 2 Lecturer at School of Nursing and Allied Health Sciences [Internet]. Vol. 11. 2020. Available from: https://www.researchgate.net/publication/345705861

28. Swatan JP, Haryono Y. Are Abbreviated Mental Test (AMT) and Ascertain Dementia 8 Indonesia (AD8-INA) Questionnaires More Superior than Mini-Mental State Examination (MMSE) as Dementia Screening Instrument among Elderly in Rural Areas? AKSONA [Internet]. 2022;2(1):6–10. Available from: https://e-journal.unair.ac.id/aksona/article/view/35333

Lampiran:
Dummy table

Lampiran 1. Tabel Distribusi karakteristik subjek studi

Tabel 1. Distribusi karakteristik subjek studi (n= …)

Variabel	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Umur (tahun)		
18-59 tahun		
Jenis kelamin		
Laki-laki		
Perempuan		
Kemampuan fungsional		
Total dependen (0-20)		
Dependen berat (21-60)		
Dependen ringan (61-90)		
Independen (91-100)		
Tingkat depresi		
Minimal (0-13)		
Ringan (14-19)		
Sedang (20-28)		
Berat (29-63)		

Lampiran 2. Tabel Hubungan kemampuan fungsional dengan tingkat depresi

Tabel 2. Hubungan kemampuan fungsional dengan tingkat depresi (n = ..)

Variabel	Tingkat depresi				Nilai p
	Minimal n(%)	Ringan n(%)	Sedang n(%)	Berat n(%)	
Kemampuan fungsional					
Total dependen					
Dependen berat					
Dependen ringan					
Independen					

Analisis data menggunakan uji …. Batas kemaknaan statistik yang digunakan p<0,05

Lampiran 3. Kuisioner BDI-II

Kuisioner BDI-II

INVENTARIS DEPRESI BECK
Pengkajian Tingkat Depresi

Nama Klien : **Jenis Kelamin : P**

Usia :

Skor	Uraian	Nilai
A. Kesedihan		
3	Saya sangat sedih/tidak bahagia dimana saya tak dapat menghadapinya	0
2	Saya galau/sedih sepanjang waktu dan saya tidak dapat keluar darinya	
1	Saya merasa sedih atau galau	
0	Saya tidak merasa sedih	
B. Pesimisme		
3	Saya merasa bahwa masa depan adalah sia – sia dan sesuatu tidak dapat membaik	0
2	Saya merasa tidak mempunyai apa – apa untuk memandang ke depan	
1	Saya merasa berkecil hati mengenai masa depan	
0	Saya tidak begitu pesimis atau kecil hati tentang masa depan	
C. Rasa kegagalan		
3	Saya benar – benar gagal sebagai orang tua (suami/istri)	0
2	Bila melihat kehidupan ke belakang semua yang dapat saya lihat hanya kegagalan	
1	Saya merasa telah gagal melebihi orang pada umumnya	
0	Saya tidak merasa gagal	
D. Ketidakpuasan		
3	Saya tidak puas dengan segalanya	0
2	Saya tidak lagi mendapatkan kepuasan dari apapun	
1	Saya tidak menyukai cara yang saya gunakan	
0	Saya tidak merasa tidak puas	
E. Rasa bersalah		
3	Saya merasa seolah – olah sangat buruk atau tidak berharga	0
2	Saya merasa sangat bersalah	
1	Saya merasa buruk/tak berharga sebagai bagian dari waktu yang baik	
0	Saya tidak merasa benar – benar bersalah	
F. TIdak menyukai diri sendiri		
3	Saya benci diri saya sendiri	0
2	Saya muak dengan diri saya sendiri	

1	Saya tidak suka dengan diri saya sendiri	
0	Saya tidak merasa kecewa dengan diri sendiri	

G. Membahayakan diri sendiri		
3	Saya akan membunuh diri saya sendiri jika saya mempunyai kesempatan	0
2	Saya mempunyai rencana pasti tentang tujuan bunuh diri	
1	Saya merasa lebih baik mati	
0	Saya tidak mempunyai pikiran – pikiran mengenai membahayakan diri sendiri	
H. Menarik diri dari social		
3	Saya telah kehilangan semua minat saya pada orang lain dan tidak perduli pada mereka	0
2	Saya telah kehilangan semua minat saya pada orang lain dan mempunyai sedikit perasaan pada mereka	
1	Saya kurang berminat pada orang lain dari pada sebelumnya	
0	Saya tidak kehilangan minat pada orang lain	
I. Keragu – raguan		
3	Saya tidak dapat membuat keputusan sama sekali	0
2	Saya mempunyai banyak kesulitan dalam membuat keputusan	
1	Saya berusaha mengambl keputusan	
0	Saya membuat keputusan yang baik	
J. Perubahan gambaran diri		
3	Saya merasa bahwa saya jelek atau tampak menjijikan	0
2	Saya merasa bahwa ada perubahan permanent dalam penampilan saya dan in membuat saya tidak tertarik	
1	Saya kuatir bahwa saya tampak tua atau tidak menarik	
0	Saya merasa bahwa saya tampak lebih buruk dari pada sebelumnya	
K. Kesulian kerja		
3	Saya tidak melakukan pekerjaan sama sekali	1
2	Saya telah mendorong diri saya sendiri dengan keras untuk melakukan sesuatu	
1	Saya memerlukan upaya tambahan untuk memulai melakukan sesuatu	
0	Saya dapat bekerja kira – kira sebaik sebelumnya	
L. Keletihan		
3	Saya sangat lelah untuk melakukan sesuatu	1
2	Saya merasa lelah untuk melakukan sesuatu	
1	Saya merasa lelah dari yang biasanya	
0	Saya tida merasa lebih lelah dari biasanya.	
M. Anoreksia		
3	Saya tidak mempunyai napsu makan sama sekali	0

2	Napsu makan saya sangat memburuk sekarang	
1	Napsu makan saya tidak sebaik sebellumnya	
0	Napsu makan saya tidak buruk dari yang biasanya.	
		2

Keterangan :

Penilaian :

0- 6 = Depresi tidak ada atau minimal
7-13 = Depresi ringan
14-21 = Depresi sedang
22-39 = Depresi berat

Lampiran 4. Kuisioner Indeks Barthel

Form Indeks Barthel

Variabel : Kemampuan Fungsional

Merupakan variabel yang digunakan untuk mengukur status fungsional pada pasien yang mengalami gangguan sistem saraf

Prosedur tes:
Pasien dinilai menggunakan Barthel Index pada awal treatment, selama masa rehabilitasi, dan pada masa akhir rehabilitasi

Aktivitas	Elemen Penilaian	Skor
Makan	0 = Tidak Mampu	
	5 = Memerlukan bantuan seperti, mengoleskan mentega, atau memerlukan bentuk diet khusus	
	10= Mandiri/ tanpa bantuan	
Mandi	0= Tergantung	
	5= Mandiri	
Kerapian/ Penampilan	0= Memerlukan bantuan untuk menata penampilan diri	
	5= Mandiri (mampu menyikat gigi, mengelap wajah, menata rambut, bercukur)	
Berpakaian	0 = Tergantung/ tidak mampu	
	5= Mandiri (Mampu mengancingkan baju,menutup resleting)	
Buang Air besar	0= inkontinesia	
	5= Kadang mengalami kesulitan	
	10= Mandiri	
Buang air kecil	0= Inkontinesia, harus dipasang kateter, tidak mampu mengontrol BAK secara mandiri	
	5= Kadang mengalami kesehatan	
	10= Mandiri	
Penggunaan Kamar mandi/ Toilet	0= Tergantung	
	5= Perlu dibantu tapi tidak tergantung penuh	
	10= Mandiri	
Berpindah tempat (dari tempat tidur ke tempat duduk atau sebaliknya)	0 = tidak mampu, mengalami gangguan keseimbangan	
	5= memerlukan bantuan (perlu satu atau dua orang) untuk bisa duduk	
	10= Memerlukan sedikit bantuan (hanya diarahkan secara verbal)	
	15= Mandiri	
Mobilitas (berjalan pada permukaan yang rata)	0 = tidak mampu atau berjalan kurang dari 50 meter	
	5 = hanya bisa bergerak dengan kursi roda, lebih dari 50 meter	
	10 = berjalan dengan bantuan lebih dari 50 meter	
	15 = Mandiri (meski menggunakan alat bantu)	

Menaiki/ menuruni tangga	0 = Tidak mampu	
	5 = Memerlukan bantuan	
	10 = Mandiri	

Kriteria Hasil:

- 0 – 20 = Ketergantungan penuh
- 21 – 61 = Ketergantungan berat (sangat tergantung)
- 62 – 90 = Ketergantungan moderat
- 91 – 99 = Ketergantungan ringan
- 100 = Mandiri

Lampiran 5. Informed Consent

INFORMED CONSENT

Penjelasan mengenai penelitian

Penelitian mengenai kemampuan fungsional dan tingkat depresi pada pasien stroke di RSUD Koja dapat memberikan pengetahuan apakah berkurangnya kemampuan fungsional dapat mempengaruhi tingkat depresi

Hasil penelitian ini diharapkan menambah wawasan dalam bidang kedokteran, khususnya mengenai hubungan antara kemampuan fungsional dan tingkat depresi pada pasien stroke iskemik

Oleh karena itu kami mengharapkan bapak/ibu/saudara untuk ikut serta dalam penelitian ini. Bila bersedia maka peneliti akan melakukan wawancara dan jika memenuhi persyaratan maka akan dilakukan pengisian kuesioner Barthel Index yang terdiri dari 10 pertanyaan dan kuesioner BDI-II yang terdiri dari 13 pertanyaan. Semua hasil pemeriksaan akan dirahasiakan.

Bila ada pertanyaan, bapak/ibu/saudara dapat menghubungi peneliti di nomor telepon 081298920868

Bapak/ibu/saudara bebas untuk menolak ikut dalam penelitian ini. Bila bapak/ibu/saudara bersedia ikut dalam penelitian ini kami mohon untuk membubuhkan tanda tangan pada formulir persetujuan di bawah ini.

Jakarta, ……. 20….

(Nasrullah Wahid Pencalang)

Lampiran 6. Formulir Persetujuan

FORMULIR PERSETUJUAN

Semua penjelasan di atas telah disampaikan kepada saya dan telah saya pahami. Dengan menandatangani formulir ini saya SETUJU untuk ikut dalam penelitian ini.

Nama peserta penelitian :

Tanda tangan :

Tanggal :

Lampiran 7. Formulir Kriteria Eksklusi

FORMULIR KRITERIA EKSKLUSI

1. Apakah anda memiliki Riwayat depresi sebelum stroke? (YA/TIDAK)
2. Apakah anda memiliki Riwayat gangguan bipolar?
    - Apakah suasana hati sedang naik turun?(YA/TIDAK)
    - Apakah pernah merasa sangat senang atau penuh energi yang berlebihan? (YA/TIDAK)
    - Apakah anda merasa sedih berlebihan sehingga ingin melukai diri? (YA/TIDAK)
    - Apakah anda terdapat gangguan tidur belakangan ini? (YA/TIDAK)
3. Apakah anda memiliki riwayat disabilitas sebelum stroke? (YA/TIDAK)

Lampiran 8. Formulir Instrumen Abbreviated Mental Test (AMT)

INSTRUMEN ABBREVIATED MENTAL TEST (AMT)

Tanggal :
Nama :
Umur/Jenis Kelamin : tahun /

NO	PERTANYAAN	SALAH = 0	BENAR = 1
A	Berapakah umur Anda?		
B	Jam berapa sekarang?		
C	Di mana alamat rumah Anda?		
D	Tahun berapa sekarang?		
E	Saat ini kita sedang berada di mana?		
F	Mampukah pasien mengenali dokter atau perawat?		
G	Tahun berapa Indonesia merdeka?		
H	Siapa nama presiden RI sekarang?		
I	Tahun berapa Anda lahir?		
J	Menghitung mundur dari 20 sampai 1		
TOTAL SKOR			
Perasaan hati (afek): pilih yang sesuai dengan kondisi pasien 1. Baik 2. Labil 3. Depresi 4. Gelisah 5. Cemas			

Cara Pelaksanaan:

a. Minta pasien untuk menjawab pertanyaan tersebut, beri tanda centang (V) pada nilai nol (0) jika salah dan satu (1) jika benar
b. Jumlahkan skor total A sampai J, item K tidak dijumlahkan, hanya sebagai keterangan.
c. Interpretasi :
   - Skor 8-10 menunjukkan normal,
   - skor 4-7 gangguan ingatan sedang dan
   - skor 0-3 gangguan ingatan berat