HUBUNGAN REFLUX SYMPTOM INDEX DAN TINGKAT STRESS PADA PASIEN LARYNGOPHARINGEAL REFLUX

PROPOSAL SKRIPSI

UNIVERSITAS TRISAKTI

Disusun Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan
Mencapai Derajat Sarjana Kedokteran

Hijr Ismail Yusriadi, 030002300203

PROGRAM STUDI KEDOKTERAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS TRISAKTI

JAKARTA, JUNI 2026

Bidang Ilmu : Klinik

PROPOSAL SKRIPSI

HUBUNGAN REFLUX SYMPTOM INDEX DAN TINGKAT STRESS PADA PASIEN LARYNGOPHARINGEAL REFLUX

UNIVERSITAS TRISAKTI

Disusun Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan
Mencapai Derajat Sarjana Kedokteran

Hijr Ismail Yusriadi
NIM 030002300203

PROGRAM STUDI KEDOKTERAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS TRISAKTI

JAKARTA, Bulan dan Tahun

PERSETUJUAN
PEMBIMBING

Judul:

HUBUNGAN REFLUX SYMPTOM INDEX DAN TINGKAT STRESS PADA PASIEN LARYNGOPHARINGEAL REFLUX

Hijr Ismail Yusriadi

030002300146

Telah disetujui untuk diuji di hadapan

Tim Penguji Proposal Skripsi

Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti

Pada Hari ..... , Tanggal ..... 20....

Pembimbing

dr. Magdalena Wartono, MKK

PENGESAHAN PROPOSAL SKRIPSI

Judul:

HUBUNGAN REFLUX SYMPTOM INDEX DAN TINGKAT STRESS PADA PASIEN LARYNGOPHARINGEAL REFLUX

Hijr Ismail Yusriadi

030002300146

Telah diuji dan disahkan di hadapan **Dewan Penguji Proposal Skripsi**

Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti

Pada Hari, Tanggal

Ketua Penguji

Nama : ……

NIK :

Anggota Penguji I

Nama : ……

NIK :

Anggota Penguji II

Nama : ……

NIK :

Jakarta, ……..…20……

Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti

Dr.dr. Yenny, Sp.FK

NIK: 2613/USAKTI

PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama	: Hijr Ismail Yusriadi
NIM	: 030002300146
Program Studi	: Kedokteran
Alamat Korespondensi	: Jl. Mesjid 2 No.16, Kebon Baru, Jakarta Selatan
Telepon / mobile	: 08118547272
E-mail	: 030002300203@std.trisakti.ac.id
Judul skripsi	: Hubungan Reflux Symptom Index dan Tingkat Stress pada Pasien Laryngopharingeal Reflux

Dengan ini menyatakan bahwa skripsi yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya ilmiah saya sendiri. Skripsi ini belum pernah diajukan sebagai suatu karya ilmiah untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi, dan sepanjang pengetahuan saya tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan skripsi ini merupakan hasil karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut sesuai dengan SK Permendiknas No.17 tahun 2010 tentang pencegahan dan penanggulangan plagiat di perguruan tinggi.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya, agar dapat dimanfaatkan sebagaimana mestinya.

Jakarta, 18 Juni 2026



Hijr Ismail Yusriadi

NIM 030002300203

DAFTAR ISI

HALAMAN

HALAMAN JUDUL i
PERSETUJUAN PEMBIMBING ii
PENGESAHAN PROPOSAL SKRIPSI iii
PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI iv
DAFTAR ISI v
DAFTAR TABEL vii
DAFTAR GAMBAR viii
DAFTAR LAMPIRAN ix
DAFTAR SINGKATAN x

BAB I PENDAHULUAN 1
1.1 Latar belakang 1
1.2 Perumusan 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 TINJAUAN, RINGKASAN PUSTAKA, KERANGKA TEORI 5
2.1 Tinjauan Pustaka 5
2.1.1 Pasien Laryngopharyngeal Reflux 5
2.1.1.1 Definisi 5
2.1.1.2 Epidemiologi 5
2.1.1.3 Faktor risiko 6
2.1.1.4 Patofisiologi 6
2.1.1.5 Diagnosis 7
2.1.1.6 Tatalaksana 8
2.1.2 Tingkat Stress 9
2.1.2.1 Definisi 9
2.1.2.2 Epidemiologi 9
2.1.2.3 Faktor risiko 10
2.1.2.4 Patofisiologi 11
2.1.2.5 Diagnosis 12
2.1.2. Tatalaksana 13
2.1.3 Reflux Symptom Index (RSI) 14
2.1.3.1 Definisi 14
2.1.3.2 Cara Pengukuran 14
2.1.3.3 Hubungan antara Reflux symptom index dan Tingkat stress. . 14
2.2 Ringkasan pustaka 17
2.3 Kerangka teori 19

BAB III KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL 20
3.1 Variabel Penelitian 20
3.1.1 Variabel bebas 20
3.1.2 Variabel tergantung 20
3.2 Definisi operasional 21

BAB IV METODE 22
4.1 Desain 22
4.2 Lokasi dan waktu 22
4.3 Populasi dan Subjek 22
4.3.1 Populasi 22
4.3.1.1 Populasi target 22
4.3.1.2 Populasi terjangkau 22
4.3.2 Subjek 22
4.3.2.1 Kriteria pemilihan subjek 22
4.3.2.1.1 Kriteria Inklusi 22
4.3.2.1.2 Kriteria Ekslusi 23
4.3.2.1.3 Perhitungan jumlah subjek 23
4.4 Bahan dan instrumen 24
4.5 Analisis 26
4.6 Alur kerja penelitian 27
4.7 Etika penelitian 28
4.8 Penjadwalan penelitian 29

DAFTAR PUSTAKA 30
LAMPIRAN 33

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Tabel ringkasan 17
Tabel 2. Definisi operasional 21
Tabel 3. Penjadwalan pelaksanaan penelitian 29

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Kerangka teori 19
Gambar 2. Kerangka konsep 20
Gambar 3. Alur kerja 28

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Dummy table 33
Lampiran 2. Informed consent 35
Lampiran 3. Kuesioner 36

DAFTAR SINGKATAN

LPR	: Laryngopharyngeal Reflux
RSI	: Reflux Symptom Index
RFS	: Relux Finding Score
GERD	: Gastroesophageal Reflux
PSS-10	: Perceived Stress Scale – 10
HADS	: Hospital Anxiety and Depression Scale
HAM-A	: Hamilton Anxiety Rating Scale
HAM-D	: Hamilton Depression Rating Scale
IES-R	: Impact of Event Scale-Revised
ISI	: Insomnia Severity Index
VHI-10	: Voice Handicap Index-10
MMPI	: Minnesota Multiphasic Personality Inventory
SCL-90-R	: Symptom Checklist-90 Revised
PSQI	: Pittsburgh Sleep Quality Index
PSQI-I	: Pittsburgh Sleep Quality Index versi Indonesia
BDI-II	: Beck Depression Inventory-II
CBT	: Cognitive Behavioral Therapy
THT	: Telinga Hidung Tenggorokan
RSUP	: Rumah Sakit Umum Pusat
RSBA	: Rumah Sakit Budhi Asih
PTSD	: Post Trauma Stress Disease
SKI	: Standar Kedokteran Indonesia
PHK	: Pemutusan Hubungan Kerja

BAB I
PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Laryngopharyngeal Reflux (LPR) merupakan suatu kondisi yang terjadi akibat aliran balik isi lambung hingga mencapai area laringofaring. Penegakan diagnosis LPR memerlukan anamnesis yang teliti namun sering kali diagnosis penyakit ini menjadi tantangan karena manifestasi klinisnya tidak spesifik dan dapat menyerupai berbagai gangguan laring lainnya. Akibatnya, kondisi sering tidak dikenali atau terlewatkan dalam praktik klinis.(1) *Reflux Symptom Index* (RSI) merupakan alat ukur yang dapat digunakan untuk membantu dokter dalam menilai tingkat keparahan gejala pada pasien LPR, baik pada saat evaluasi awal maupun selama pemantauan setelah terapi. Data epidemiologi menunjukkan bahwa LPR merupakan kondisi yang cukup sering ditemukan. Survei terhadap dokter spesialis THT di Asia Barat dan Asia Timur melaporkan bahwa sekitar 70% pasien yang dievaluasi didiagnosis mengalami LPR. Di negara-negara Barat, prevalensi diagnosis LPR dilaporkan berkisar antara 10–30%, sedangkan di Indonesia pada tahun 2018, sekitar 20–30% pasien dengan keluhan laring terdiagnosis LPR.(2)

Stres merupakan respons psikologis dan fisiologis yang muncul ketika individu menghadapi tuntutan, tekanan, atau tantangan yang dirasakan melebihi kapasitas adaptasi yang dimilikinya. Dalam perspektif yang lebih luas, stres dipahami sebagai hasil interaksi yang kompleks antara faktor lingkungan, kondisi psikologis individu, dan berbagai respons biologis tubuh.(3) Kesehatan mental merupakan salah satu aspek kesehatan yang saat ini menjadi perhatian dunia karena pengaruhnya yang besar terhadap kesejahteraan, kualitas hidup, dan kesehatan fisik seseorang. Data menunjukkan bahwa sekitar 75% orang dewasa di Amerika Serikat mengalami stres berat, dengan kecenderungan peningkatan angka kejadian dari tahun ke tahun. Di Indonesia, diperkirakan terdapat sekitar 1,33 juta penduduk yang mengalami gangguan kesehatan mental atau stres, yang mencakup sekitar 14% dari

total populasi. Dari jumlah tersebut, sekitar 1–3% mengalami stres akut atau stres berat.[4]

Sejumlah penelitian yang dilakukan dalam lima tahun terakhir menunjukkan adanya hubungan antara *Reflux Symptom Index* (RSI) dan tingkat stres pada pasien *Laryngopharyngeal Reflux* (LPR). Salah satu penelitian di Italia yang mengukur derajat keparahan LPR dengan menggunakan RSI dan tingkat stres menunjukkan bahwa pasien LPR memiliki tingkat stres psikologis yang lebih tinggi dibandingkan individu sehat.[5] Akan tetapi, ada penelitian di King Saud University, Riyadh, Arab Saudi, dengan kolaborasi peneliti dari Ain Shams University dan Al-Menoufiya University, Mesir. yang menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan antara kelompok dengan hasil LPR positif dan negatif terhadap berbagai gangguan psikologis yang dinilai. Peneliti tersebut menyimpulkan bahwa gangguan psikologis tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan kejadian LPR, serta latar belakang psikologis pasien tidak memengaruhi persepsi mereka terhadap gejala refluks yang dialami.[6]

Meskipun ada beberapa penelitian sebelumnya sudah pernah membahas keterkaitan gangguan refluks dengan faktor psikologis, sebagian besar masih berfokus pada *gastroesophageal reflux disease* (GERD) secara umum dan belum membahas secara khusus serta mengevaluasi LPR dengan menggunakan instrumen RSI sebagai ukuran terstandar. Selain itu, kajian mengenai pengaruh faktor psikologis pada pasien LPR di populasi Indonesia masih terbatas. Maka dari itu, penelitian ini diharapkan dapat memberikan data empiris baru mengenai peran stres terhadap derajat gejala LPR, serta menjadi dasar pengembangan pendekatan tata laksana yang lebih komprehensif dan holistik dengan mempertimbangkan aspek psikologis selain terapi farmakologis.

1.2 Perumusan masalah

Apakah terdapat hubungan antara Reflux Symptom Index dengan Tingkat Stress pada *Pasien Laryngopharyngeal Reflux*

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan umum

Untuk meningkatkan kualitas hidup pasien *Laryngopharyngeal Reflux* dengan menentukan Hubungan *Reflux Symptom Index* dan Tingkat Stress pada pasien *Laryngopharyngeal Reflux*

1.3.2 Tujuan khusus

1. Untuk menentukan distribusi nilai *Reflux Symptom Index* pada pasien *Laryngopharyngeal Reflux* di RSUD Budhi Asih
2. Untuk menentukan Tingkat Stress pada pasien *Laryngopharyngeal Reflux* di RSUD Budhi Asih
3. Untuk menentukan hubungan *Reflux Symptom Index* dengan Tingkat Stress pada Pasien *Laryngopharyngeal Reflux* di RSUD Budhi Asih

1.4 Hipotesis

Reflux symptom index berhubungan dengan Tingkat Stress pada Pasien *Laryngopharyngeal Reflux*

1.5 Manfaat

1. Bagi pengembangan ilmu pengetahuan

Penelitan ini diharapkan dapat menambahkan bukti ilmiah mengenai hubungan antara *Reflux Symptom Index* (RSI) dan tingkat stres pada pasien *Laryngopharingeal Reflux* (LPR) serta menjadi referensi bagi penelitian selanjutnya yang membahas faktor psikologis pada pasien LPR

2. Bagi profesi/institusi (untuk diri sendiri manfaatnya apa)

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi bagi tenaga medis di bidang Telinga Hidung Tenggorokan (THT), mengenai pentingnya mempertiimbangkan aspek psikologis dalam evaluasi dan penatalaksanaan pasien LPR. Selain itu, hasil penelitian ini dapat menjadi bbahan referensi ilmiah bagi Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti

3. Bagi masyarakat (manfaat untuk masyarakat)

Penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan masyarakat mengenai hubungan antara stres dan gejala LPR sehingga masyarakat lebih menyadari pentingnya pengelolaan stres sebagai salah satu upaya untuk menjaga kesehatan dan meningkatkan kualitas hidup

BAB II
TINJAUAN, RINGKASAN PUSTAKA, KERANGKA TEORI

2.1 Tinjauan Pustaka

2.1.1 Pasien Laryngopharyngeal Reflux

2.1.1.1 Definisi

Laryngopharyngeal Reflux (LPR) merupakan salah satu bentuk gangguan refluks yang terjadi ketika isi lambung mengalir secara *retrograd* hingga mencapai area laringofaring, sehingga termasuk dalam manifestasi *refluks ekstraesofageal*. Kondisi ini tidak memiliki gejala yang spesifik dan manifestasi klinis yang muncul dapat sangat beragam antar pasien. Oleh karena itu, gejala LPR sering kali sulit dibedakan dan kerap disalah artikan sebagai kelainan atau gangguan laring lainnya.(7) Kegagalan dalam mengenali dan mendiagnosis gejala LPR secara tepat dapat menyebabkan gejala berlangsung lebih lama serta menghambat proses pemulihan pasien. Sebaliknya, jika penegakan diagnosis LPR yang berlebihan (*overdiagnosis*) juga dapat menyebabkan peningkatan biaya pelayanan kesehatan dan berpotensi menyebabkan penyakit lain yang mendasari keluhan pasien tidak teridentifikasi secara tepat.(8)

2.1.1.2 Epidemiologi

Kejadian refluks lebih sering ditemukan di negara-negara Barat dengan prevalensi berkisar antara 10–15%, dan paling banyak terjadi pada kelompok usia di atas 40 tahun, yaitu sekitar 35% kasus. Tingginya angka kejadian tersebut diduga berkaitan dengan berbagai faktor, seperti pola konsumsi masyarakat Barat, tingkat aktivitas fisik atau olahraga, faktor genetik, serta kebiasaan berobat. Sementara itu, prevalensi LPR diperkirakan mencapai sekitar 10% dari seluruh pasien yang berkunjung ke praktik dokter spesialis Telinga Hidung Tenggorok (THT). Selain itu, sekitar 50% pasien yang datang dengan keluhan suara serak diketahui menderita LPR.(1) Prevalensi *Laryngopharyngeal Reflux* (LPR) di Indonesia tergolong cukup tinggi. Diperkirakan sekitar 10% dari seluruh pasien yang berkunjung ke poliklinik Telinga Hidung Tenggorok (THT) mengalami LPR. Selain itu, data dari RSUP Dr. M. Djamil Padang menunjukkan bahwa LPR ditemukan pada sekitar 18% pasien

baru yang datang berobat. Berdasarkan karakteristik penderita, sebagian besar kasus ditemukan pada perempuan, dengan proporsi sekitar 59–70%, sedangkan kelompok usia yang paling banyak terdampak berada pada rentang 36–60 tahun.[9]

2.1.1.3 Faktor risiko

1. Pola makan tidak teratur

Pola makan yang tidak teratur merupakan salah satu faktor yang berkontribusi terhadap terjadinya laryngopharyngeal reflux (LPR). Ketidakteraturan jadwal makan diketahui dapat meningkatkan sekresi asam lambung serta frekuensi episode refluks setelah makan, sehingga berpotensi memperberat gejala LPR.

2. Jenis kelamin perempuan

Perempuan dilaporkan memiliki risiko yang lebih tinggi mengalami LPR dibandingkan laki-laki. Kondisi ini diduga berkaitan dengan pengaruh hormon, terutama estrogen, serta sensitivitas mukosa laring yang lebih tinggi, sehingga meningkatkan kerentanan terhadap terjadinya LPR.

3. Usia 36–60 tahun

Kelompok usia 36–60 tahun merupakan kelompok dengan kejadian LPR yang paling banyak dilaporkan. Insidensi LPR diketahui meningkat setelah usia 40 tahun. Peningkatan risiko tersebut diperkirakan berhubungan dengan penurunan tonus sfingter esofagus bagian bawah akibat proses penuaan, gangguan pembersihan esofagus (impaired esophageal clearance), serta akumulasi paparan refluks lambung yang berlangsung secara kronis.

4. Stres

Stres kronis merupakan salah satu faktor yang diduga berperan dalam terjadinya LPR. Kondisi ini dapat meningkatkan sensitivitas esofagus dan frekuensi episode refluks, sehingga berpotensi memperberat gejala LPR..[9]

2.1.1.4 Patofisiologi

Reflux gastroesofageal merupakan fenomena yang masih dapat dijumpai pada individu normal, dengan frekuensi kejadian mencapai sekitar 50 kali dalam 24 jam. akan tetapi, peningkatan frekuensi refluks yang melampaui nilai normal, yaitu lebih dari 5% selama periode pengamatan, dapat menyebabkan terjadinya

kerusakan pada jaringan esofagus.[10] Berbagai sruktur berperan sebagai system pertahanan terhadap terjadinya LPR, di antaranya sfingter esofagus atas (*upper esophageal sphincter*), sfingter esofagus bawah (*lower esophageal sphincter*), aktivitas peristaltik esofagus yang berfungsi membersihkan reflux, serta faktor pertahanan epitel seperti saliva yang membantu menetralkan dan membersihkan paparan asam. Ketika salah satu fungsi atau beberapa komponen pertahanan tersebut terganggu, reflux dapat terjadi dan dapat menyebabkan kerusakan pada epitel mukosa bersilia, memicu respons inflamasi, serta menghambat mekanisme pembersihan mukosiliar. Gangguan fungsi silia dan terjadinya penumpukan mukus (*mucus stasis*) selanjutnya menimbulkan berbagai manifestasi klinis yang khas pada LPR, seperti keinginan untuk terus-menerus membersihkan teggorokan (*throat clearing*), suara serak (*hoarness*), sensasi adanya lendir yang mengalir atau menetes pada bagian belakang tenggorokan (*postnasal drip*), serta batuk kronis yang berkaitan dengan sindrom batuk saliuran napas atas (*chronic upper airway cough syndrome).*[11] Paparan cairan lambung pada jaringan laring, bahkan hanya dalam tiga episode refluks, dapat menimbulkan inflamasi serta kerusakan pada laring. Kondisi ini terjadi karena laring memiliki mekanisme perlindungan intrinsik dan ekstrinsik yang lebih terbatas dibandingkan esofagus, sehingga jaringan laring lebih rentan terhadap efek merusak dari paparan isi lambung. Faktor psikologis, terutama stres, dapat memengaruhi aktivitas sistem saraf otonom. Kondisi ini dapat meningkatkan stimulasi saraf vagus yang selanjutnya memicu pelepasan asetilkolin. Asetilkolin kemudian merangsang aktivitas sel parietal melalui mediator histamin, sehingga meningkatkan sekresi asam lambung.[10]

2.1.1.5 Diagnosis

Terdapat beberapa cara untuk mendiagnosis *Laryngopharyngeal Reflux* (LPR) salah satunya adalah Reflux Symptom Index (RSI). Nilai RSI >13 dikategorikan sebagai abnormal dan mengindikasikan kemungkinan adanya LPR. Pada pasien yang datang dengan keluhan utama berupa suara serak, pemeriksaan analisis akustik suara dapat dimanfaatkan sebagai metode objektif untuk menilai derajat keparahan gejala sekaligus memantau perkembangan penyakit. Selain itu, laringoskopi merupakan pemeriksaan penting dalam evaluasi LPR. Temuan

laringoskopi yang sering dijumpai meliputi eritema, edema, dan penebalan pada bagian posterior laring (posterior laryngitis), granuloma kontak, serta pseudosulcus. Walaupun tidak terdapat satu pun temuan yang bersifat patognomonik, kombinasi dari berbagai gambaran tersebut sangat mendukung diagnosis LPR. Untuk meningkatkan objektivitas interpretasi hasil laringoskopi, Belafsky dkk. mengembangkan Reflux Finding Score (RFS) yang terdiri atas delapan parameter dengan rentang skor 0–26. Skor RFS ≥7 menunjukkan probabilitas sekitar 95% bahwa pasien mengalami LPR.

Penegakan diagnosis LPR juga dapat dilakukan melalui penilaian respons terhadap terapi empiris, pemeriksaan endoskopi, serta multichannel intraluminal impedance (MII) yang dikombinasikan dengan pemantauan pH, yang hingga saat ini merupakan metode paling akurat untuk mendeteksi episode refluks. Pemeriksaan endoskopi, seperti laringoskopi dan esophagogastroduodenoscopy (EGD), bermanfaat untuk mengidentifikasi kelainan mukosa, esofagitis, maupun Barrett esophagus, meskipun sensitivitas EGD dalam mendeteksi LPR lebih rendah dibandingkan pada gastroesophageal reflux disease (GERD). Selain itu, pemberian terapi empiris menggunakan Proton Pump Inhibitor (PPI) selama minimal tiga bulan juga sering digunakan sebagai pendekatan awal dalam evaluasi sekaligus penatalaksanaan pasien yang dicurigai mengalami LPR.[8]

2.1.1.6 Tatalaksana

Penatalaksanaan laryngopharyngeal reflux (LPR) mencakup modifikasi pola makan dan gaya hidup, terapi farmakologis, serta tindakan pembedahan pada kasus-kasus tertentu. Terapi farmakologis yang digunakan meliputi empat kelompok obat, yaitu Proton Pump Inhibitor (PPI), Histamine-2 Receptor Antagonist (H2RA), agen prokinetik, dan sitoprotektan mukosa. Di antara keempat golongan tersebut, PPI merupakan terapi lini utama yang paling sering digunakan dalam tata laksana LPR.

Selain sebagai terapi, uji PPI (PPI test) juga dapat dimanfaatkan sebagai pendekatan diagnostik, terutama di fasilitas pelayanan kesehatan primer, untuk menilai apakah gejala saluran cerna bagian atas berkaitan dengan refluks asam lambung. Pemeriksaan ini dilakukan dengan pemberian PPI dosis ganda selama 1–2 minggu. Apabila gejala membaik selama pengobatan dan kembali muncul setelah

terapi dihentikan, maka hasil uji tersebut dianggap mendukung diagnosis refluks. Uji PPI dinyatakan positif apabila terjadi perbaikan gejala klinis lebih dari 50%.[2]

2.1.2 Tingkat Stress

2.1.2.1 Definisi

Stres merupakan respons fisik dan emosional yang muncul ketika seseorang menghadapi perubahan atau tuntutan dari lingkungan yang mengharuskannya melakukan proses penyesuaian diri. Selain itu, stres merupakan bagian alami dari kehidupan yang dapat dialami oleh setiap individu. Namun, apabila berlangsung secara terus-menerus atau dalam jangka waktu yang lama, stres dapat memberikan dampak negatif dan berpotensi mengganggu kesehatan.[12] Stres dapat diklasifikasikan menjadi dua jenis, yaitu stres akut dan stres kronis. Stres akut merupakan respons terhadap tekanan yang berlangsung dalam waktu relatif singkat, sedangkan stres kronis terjadi secara berkepanjangan akibat paparan stresor yang terus-menerus dalam jangka waktu lama. Apabila terjadi secara berlebihan, stres dapat menimbulkan berbagai dampak negatif terhadap kesehatan fisik maupun mental. Selain berkaitan dengan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan, stres juga melibatkan serangkaian perubahan biologis yang kompleks, termasuk aktivasi sistem saraf otonom dan respons sistem endokrin sebagai bagian dari mekanisme adaptasi tubuh terhadap stresor.[3]

2.1.2.2 Epidemiologi

Prevalensi stres di berbagai negara di dunia masih tergolong tinggi. Di Amerika Serikat, sekitar 75% orang dewasa dilaporkan mengalami stress berat, dan jumlah tersebut menunjukkan kecenderungan meningkat dalam satu tahun terakhir. Sementara itu, di Indonesia diperkirakan terdapat sekitar 1,33 juta penduduk yang mengalami gangguan kesehatan mental yang berkaitan dengan stres. Jumlah tersebut setara dengan sekitar 14% dari total populasi, dengan prevalensi stres akut atau stres berat berkisar antara 1–3%.

Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2016, sekitar 1,33 juta penduduk di DKI Jakarta dilaporkan mengalami stres. Dari jumlah tersebut, sekitar 1–3% mengalami stres akut, sedangkan 7–10% lainnya mengalami stres berat. Selain itu, di Provinsi Jawa Tengah tercatat sekitar 704.000 penduduk

mengalami gangguan terkait stres. Dari jumlah tersebut, sekitar 96.000 orang mengalami gangguan kejiwaan berat yang memerlukan perhatian khusus dalam penanganan kesehatan mental.[4]

2.1.2.3 Faktor risiko

Pada umumnya, stres akan berkurang secara bertahap apabila kondisi yang menjadi pemicunya telah membaik atau ketika individu mampu menyesuaikan diri dengan situasi yang dihadapi. Namun, terdapat beberapa faktor yang dapat meningkatkan kerentanan seseorang terhadap stres, antara lain:

1. Gangguan tidur, kualitas tidur yang buruk dapat berhubungan dengan kejadian stress psikologis yang lebih tinggi
2. Asupan nutrisi tidak cukup atau tidak sesuai dengan kebutuhan, akan mempengaruhi fungsi otak dan mood yang akan mengakibatkan terjadinya peningkatan sensitivitas stress
3. Pengalaman traumatis di masa lalu, yang dapat meningkatkan kerentanan seseorang terhadap respons stres di kemudian hari.
4. Riwayat gangguan kesehatan mental, yang dapat memengaruhi kemampuan individu dalam mengelola stres secara efektif.
5. Pola pikir negatif terhadap diri sendiri, lingkungan, maupun permasalahan yang dihadapi, yang dapat memperburuk persepsi terhadap situasi yang menimbulkan tekanan.
6. Kondisi keluarga yang tidak harmonis, yang berpotensi menjadi sumber tekanan emosional yang berkepanjangan.
7. Penyakit kronis atau penyakit yang berlangsung dalam jangka waktu lama, yang dapat menimbulkan beban fisik maupun psikologis bagi penderitanya.
8. Kesenjangan atau kesulitan ekonomi, yang dapat menjadi faktor pemicu stres akibat ketidakpastian dalam memenuhi kebutuhan hidup.
9. Beban pekerjaan yang berlebihan, baik dari segi tuntutan, tanggung jawab, maupun tekanan dalam lingkungan kerja.
10. Peristiwa kehidupan yang tidak menyenangkan, seperti perceraian, kehilangan pekerjaan (Pemutusan Hubungan Kerja/PHK), atau kejadian merugikan lainnya yang dapat menimbulkan tekanan psikologis yang signifikan.[12]

11. Perilaku sedentari yang melibatkan penggunaan layar, seperti menonton televisi, komputer, serta menggunakan perangkat elektronik lainnya, termasuk tablet, berpotensi menjadi salah satu faktor resiko stress. Aktivitas tersebut dapat memicu munculnya rasa ketergantungan, kelelahan kognitif atau *brain burnout*, serta gangguan pola tidur. Kondisi-kondisi tersebut selanjutnya dapat berkontribusi terhadap peningkatan tingkat stres psikologis pada individu.[13]

2.1.2.4 Patofisiologi

Stres merupakan respons umum dan nonspesifik tubuh terhadap berbagai faktor yang mengganggu atau mengancam kemampuan tubuh dalam mempertahankan *homeostasis*. Ketika tubuh terpapar stresor, hipotalamus akan teraktivasi dan selanjutnya merangsang sistem saraf simpatis serta sistem korteks adrenal. Aktivasi sistem saraf simpatis memicu berbagai respons fisiologis pada organ dan otot polos, seperti peningkatan aliran darah menuju jantung, peningkatan ventilasi paru, serta redistribusi aliran darah dari organ yang aktivitasnya tidak diprioritaskan pada kondisi stres. Proses ini menyebabkan terjadinya vasokonstriksi pada beberapa organ, seperti saluran cerna dan saluran kemih, serta memunculkan respons *fight or flight* sebagai mekanisme adaptasi terhadap ancaman.[4]

Selain itu, stimulasi sistem saraf simpatis juga meningkatkan sekresi hormon epinefrin dari medula adrenal. Hormon epinefrin berfungsi memperkuat efek respons simpatis dan dapat bekerja pada berbagai jaringan yang tidak secara langsung dipersarafi oleh sistem saraf simpatis. Salah satu fungsinya adalah memobilisasi cadangan energi melalui peningkatan pemecahan lemak dan karbohidrat agar dapat digunakan oleh tubuh saat menghadapi stres. Di samping epinefrin, respons hormonal utama lainnya yang turut berperan adalah aktivasi aksis *Corticotropin-Releasing Hormone–Adrenocorticotropic Hormone–Cortisol* (CRH–ACTH–kortisol). Aktivasi aksis ini menyebabkan peningkatan produksi hormon kortisol yang berfungsi membantu tubuh beradaptasi terhadap stres melalui berbagai efek metabolik. Kortisol berperan dalam meningkatkan pemecahan cadangan lemak dan protein, sekaligus meningkatkan penyimpanan karbohidrat serta ketersediaan glukosa dalam sirkulasi darah. Peningkatan kadar glukosa, asam amino, dan asam lemak tersebut menyediakan sumber energi yang dapat

dimanfaatkan sesuai kebutuhan tubuh, termasuk untuk mempertahankan suplai nutrisi ke otak dan menyediakan bahan baku yang diperlukan dalam proses perbaikan sel serta jaringan yang mengalami kerusakan.[4] Berbagai penelitian telah mengkaji hubungan antara sistem saraf pusat dan saluran pencernaan (*brain-gut axis*), yang menunjukkan bahwa distres psikologis, termasuk stres yang dirasakan, kecemasan, depresi, dan gangguan tidur, dapat berkontribusi sebagai faktor yang memicu terjadinya *Laryngopharyngeal Reflux* (LPR). Selain itu, peningkatan tingkat stres dan kecemasan diketahui berkaitan dengan terjadinya disfungsi sistem saraf otonom serta gangguan motilitas gastroesofageal, yang berpotensi berperan dalam proses terjadinya LPR.[5]

2.1.2.5 Diagnosis

Penilaian stres dapat dilakukan melalui wawancara klinis, observasi, maupun instrumen psikologis tervalidasi, seperti *Perceived Stress Scale* (PSS-10), *Depression Anxiety Stress Scales* (DASS), *Kessler Psychological Distress Scale* (K10), dan instrumen lainnya. Salah satu instrumen yang paling banyak digunakan adalah PSS-10. PSS-10 merupakan instrumen penilaian yang banyak digunakan dalam penelitian maupun praktik klinis untuk mengukur persepsi individu terhadap stres. Instrumen ini mengevaluasi sejauh mana seseorang memandang peristiwa dan kondisi yang dialaminya selama 1 bulan terakhir sebagai sesuatu yang tidak dapat diprediksi, sulit dikendalikan, dan memberikan beban yang berlebihan. selain itu, PSS juga menilai persepsi individu mengenai kemampuan dirinya dalam menghadapi tuntutan atau tekanan dari lingkungan, terutama ketika tuntutan tersebut dirasa melebihi kemampuan adaptasi yang dimiliki.[14] PSS-10 merupakan kuesioner *self-report* yang dimana terdapat 10 pertanyaan. Skor PSS-10 diperoleh dengan melakukan *reverse scoring* pada empat pertanyaan yang bersifat positif, yaitu nomor 4, 5, 7, dan 8, dengan ketentuan skor 0 menjadi 4, 1 menjadi 3, 2 tetap 2, 3 menjadi 1, dan 4 menjadi 0. Setelah proses tersebut, skor dari seluruh butir pertanyaan dijumlahkan untuk memperoleh skor total. Responden diminta untuk memilih jawaban yang paling menggambarkan frekuensi perasaan atau pikiran yang dialami selama satu bulan terakhir. Setiap pilihan jawaban diberikan skor sebagai berikut: tidak pernah (0), hampir tidak pernah (1), kadang-kadang (2),

cukup sering (3), dan sangat sering (4). Skor total yang diperoleh kemudian diklasifikasikan berdasarkan tingkat stres, yaitu stres ringan (skor 1–14), stres sedang (skor 15–26), dan stres berat (skor >26).[15]

2.1.2.6 Tatalaksana

Manajemen stres bertujuan untuk membantu individu menjalankan aktivitas sehari-hari secara optimal tanpa hambatan yang disebabkan oleh stres, bukan sebagai metode untuk menyembuhkan stres itu sendiri. Sementara itu, penanganan stres dapat dilakukan melalui beberapa langkah. Langkah pertama adalah mengidentifikasi penyebab stres, karena mengetahui faktor-faktor yang memicu stres merupakan dasar penting dalam proses penyelesaiannya. Faktor pemicu tersebut dapat berupa konflik dalam keluarga, permasalahan pekerjaan, maupun kesulitan finansial. Setelah penyebab stres berhasil dikenali, langkah berikutnya adalah menentukan solusi yang sesuai untuk mengatasi permasalahan tersebut. Upaya pemecahan masalah sebaiknya dimulai dari tindakan yang paling mudah dilakukan dan dilanjutkan dengan penyusunan rencana tindak lanjut yang sistematis. Sebagai contoh, apabila stres dipicu oleh kurangnya waktu tidur, individu dapat memperbaiki kualitas dan pola tidur yang dimiliki. Selain itu, teknik relaksasi maupun meditasi juga dapat diterapkan untuk membantu menenangkan pikiran dan mengurangi ketegangan psikologis. Apabila individu mengalami kesulitan dalam mengidentifikasi penyebab maupun menentukan solusi terhadap stres yang dialami, maka konsultasi dengan tenaga profesional menjadi pilihan yang dianjurkan. Bantuan dapat diperoleh dari tenaga kesehatan, seperti dokter atau psikiater, yang dapat memberikan penanganan sesuai kebutuhan. Penanganan tersebut dapat berupa pemberian terapi farmakologis apabila diperlukan maupun intervensi psikologis, seperti terapi perilaku kognitif (*Cognitive Behavioral Therapy* atau CBT), yang bertujuan membantu individu mengubah pola pikir dan perilaku yang berkontribusi terhadap munculnya stress.[12] *Cognitive Behavioral Therapy* (CBT) merupakan salah satu pendekatan psikoterapi yang berfokus pada identifikasi serta modifikasi pola pikir yang tidak rasional, maladaptif, atau mengganggu, yang dapat memberikan dampak negatif terhadap emosi dan perilaku individu. Dalam kondisi stres, sebagian individu cenderung mengembangkan pola

pikir pesimis dan memiliki keyakinan bahwa dirinya tidak mampu mengatasi permasalahan yang dihadapi. Melalui CBT, individu dibantu untuk membentuk pola pikir yang lebih realistis, seimbang, dan adaptif sehingga kemampuan dalam menghadapi, mengelola, serta merespons stres secara efektif dapat meningkat.[16]

2.1.3 Reflux Symptom Index (RSI)

2.1.3.1 Definisi

Reflux Symptom Index (RSI) merupakan alat ukur yang banyak digunakan untuk menilai derajat keparahan gejala pada pasien *Laryngopharyngeal Reflux* (LPR) serta memantau efektivitas terapi.[2] Instrumen ini dapat diselesaikan dalam waktu singkat dan memiliki tingkat validitas yang baik. Pada umumnya, pemberian terapi akan diikuti oleh penurunan skor RSI yang menandakan adanya perbaikan gejala subjektif pasien. Sebaliknya, perubahan pada *Reflux Finding Score* (RFS) cenderung terjadi lebih lambat karena perbaikan temuan laring membutuhkan waktu yang lebih panjang dibandingkan perbaikan gejala yang dirasakan pasien.[17]

2.1.3.2 Cara Pengukuran

Reflux Symptom Indeks (RSI) adalah kuesioner sederhana yang terdiri dari 9 pertanyaan terkait gejala LPRD selama 1 Bulan terakhir.[18] RSI merupakan instrumen yang memiliki validitas yang baik dalam menilai gejala pada pasien *Laryngopharyngeal Reflux* (LPR). Pengisian kuesioner ini relatif mudah dan dapat diselesaikan dalam waktu yang singkat. Setiap item dalam RSI dinilai menggunakan skala 0 hingga 5, di mana skor 0 menunjukkan tidak adanya masalah, sedangkan skor 5 menunjukkan masalah yang sangat berat. Total skor RSI berkisar antara 0 hingga 45. Skor RSI lebih dari samadengan 13 dikategorikan sebagai abnormal dan mengindikasikan adanya gejala refluks yang bermakna, sedangkan skor kurang dari 13 dianggap berada dalam batas normal.[17]

2.1.3.3 Hubungan antara Reflux symptom index dan Tingkat stress.

Beberapa penelitian menunjukkan adanya hubungan antara *Reflux Symptom Index* (RSI) dan tingkat stres pada pasien *Laryngopharyngeal Reflux* (LPR). Salah satu penelitian menggunakan desain *cross-sectional* dengan kelompok kontrol untuk mengevaluasi hubungan antara LPR dan distres psikologis. Penelitian tersebut merupakan studi prospektif terkontrol yang dilaksanakan pada satu pusat

penelitian (*single-center study*). Subjek penelitian yang telah terdiagnosis LPR direkrut secara prospektif dari Divisi Foniatri dan Audiologi Rumah Sakit Universitas "Luigi Vanvitelli", Napoli, Italia, selama periode April 2022 hingga Desember 2023. Jumlah sampel penelitian sebanyak 74 responden yang terdiri atas 45 pasien LPR sebagai kelompok studi (*Study Group*/SG) dan 29 individu sehat sebagai kelompok kontrol (*Control Group*/CG). Variabel yang dianalisis meliputi parameter LPR yang diukur menggunakan RSI, *Reflux Finding Score* (RFS), dan pemantauan impedansi-pH 24 jam. Selain itu, aspek psikologis yang dievaluasi mencakup kecemasan, depresi, dampak peristiwa traumatis, insomnia, dan tingkat stres yang diukur menggunakan *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HAM-A), *Hamilton Depression Rating Scale* (HAM-D), *Impact of Event Scale-Revised* (IES-R), *Insomnia Severity Index* (ISI), serta *Perceived Stress Scale-10* (PSS-10). Hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien LPR memiliki tingkat distres psikologis yang secara signifikan lebih tinggi dibandingkan kelompok kontrol sehat, kecuali pada parameter insomnia yang diukur menggunakan ISI. Rerata skor kecemasan berdasarkan HAM-A ditemukan lebih tinggi pada kelompok LPR dibandingkan kelompok kontrol (9,53 ± 5,8 vs 6,79 ± 6,5; p = 0,025), dan temuan serupa juga diperoleh pada penilaian menggunakan HADS (p = 0,029). Selain itu, skor depresi berdasarkan HAM-D juga lebih tinggi pada kelompok LPR dibandingkan kelompok kontrol (6,89 ± 4,1 vs 4,86 ± 5,1; p = 0,010), meskipun rerata skor tersebut masih berada di bawah batas depresi ringan. Tingkat stres yang diukur menggunakan PSS-10 menunjukkan kategori stres ringan hingga sedang dengan nilai yang lebih tinggi pada kelompok LPR dibandingkan kelompok kontrol (21,62 ± 8,1 vs 13,90 ± 5,5), dan perbedaan tersebut sangat bermakna secara statistik (p = 0,000). Analisis lebih lanjut menunjukkan adanya korelasi positif antara skor RSI dengan skor HAM-D, HADS, dan HAM-A. Berdasarkan hasil tersebut, peneliti menyimpulkan bahwa tingkat distres psikologis pada pasien LPR lebih tinggi dibandingkan individu sehat. Oleh karena itu, aspek psikologis perlu mendapatkan perhatian dalam penatalaksanaan pasien LPR karena berpotensi memengaruhi kondisi klinis dan kualitas hidup pasien.[5]

Meskipun beberapa penelitian menunjukkan adanya hubungan antara faktor psikologis dan LPR, terdapat pula penelitian yang memperoleh hasil yang berbeda. Salah satu penelitian menggunakan desain *cross-sectional* untuk mengevaluasi hubungan antara gangguan psikologis dan LPR. Penelitian tersebut melibatkan pasien dengan gejala yang mengarah pada LPR yang menjalani pemeriksaan di fasilitas pelayanan kesehatan pada tahun 2015. Jumlah sampel yang diteliti sebanyak 42 pasien. Variabel yang dianalisis meliputi profil psikologis yang diukur menggunakan berbagai instrumen, antara lain *Social Readjustment Rating Scale*, *Symptom Checklist-90 Revised* (SCL-90-R), *Manifest Anxiety Scale of Taylor*, *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI), dan *Zung Self-Rating Depression Scale*. Sementara itu, diagnosis dan parameter LPR dinilai melalui pemantauan pH orofaring selama 24 jam, serta evaluasi gejala menggunakan RSI dan *Voice Handicap Index-10* (VHI-10). Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan yang bermakna dalam gangguan psikologis yang dinilai antara kelompok pasien dengan LPR positif dan LPR negatif. Selain itu, tidak ditemukan perbedaan signifikan pada skor RSI, VHI-10, maupun hasil pemantauan pH antara kelompok yang memiliki gangguan psikologis dan kelompok yang tidak memiliki gangguan psikologis. Analisis korelasi antara berbagai parameter psikologis dengan ukuran keparahan LPR juga menunjukkan hasil yang tidak signifikan secara statistik ($p > 0,05$). Berdasarkan temuan tersebut, peneliti menyimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara gangguan psikologis dan LPR. Selain itu, latar belakang psikologis pasien tidak terbukti memengaruhi persepsi mereka terhadap gejala atau masalah refluks yang dialami.[6]

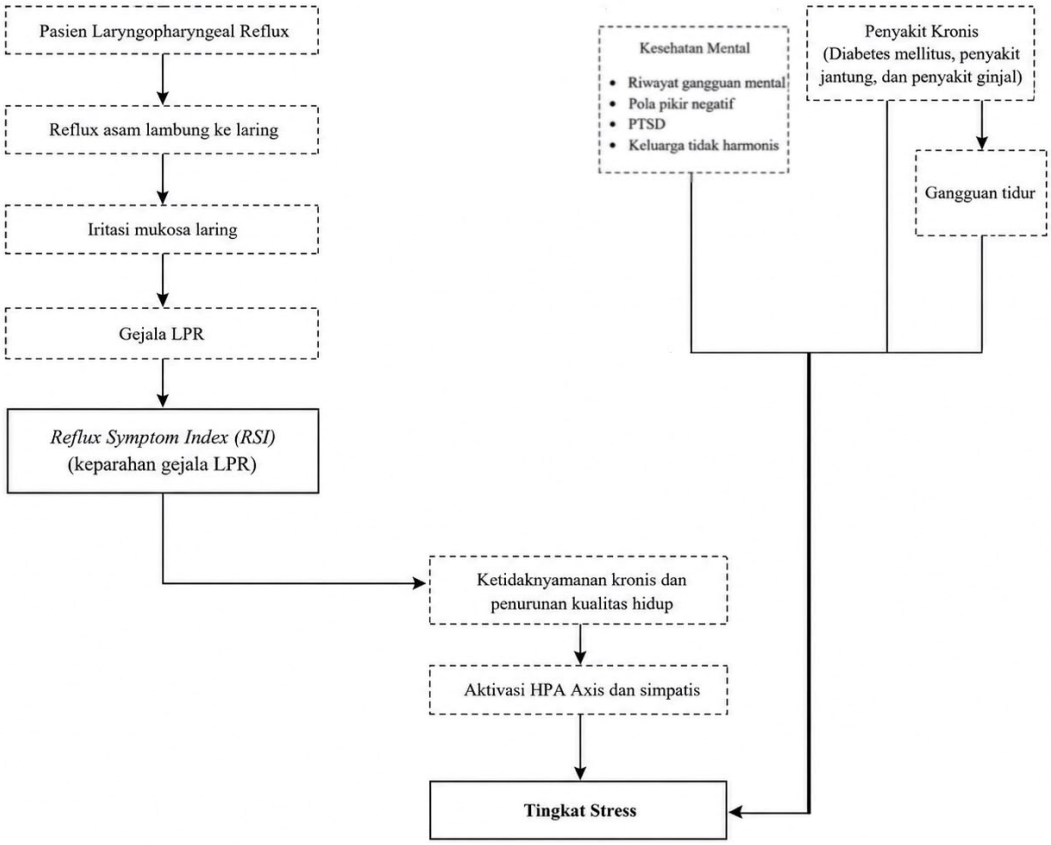
2.2 Ringkasan pustaka

Tabel 1. Tabel ringkasan

Peneliti	Lokasi & waktu	Desain	Subjek	Variabel yang diteliti	Lama	Hasil
Maria Rosaria Barillari et al.	Divisi Foniatri dan Audiologi, Rumah Sakit Universitas Luigi Vanvitelli di Naples, Italia, pada April 2022 hingga Desember 2023.	Potong silang	74 partisipan yang terdiri dari 45 pasien dengan LPR sebagai kelompok studi dan 29 relawan sehat sebagai kelompok kontrol.	*Reflux Symptom Index* (RSI), *Reflux Finding Score* (RFS), dan pemantauan impedansi-pH 24 jam, serta distress psikologis diukur dengan *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HAM-A), *Hamilton Depression Rating Scale* (HAM-D), *Impact of Event Scale-Revised* (IES-R), *Insomnia Severity Index* (ISI), dan *Perceived Stress Scale-10* (PSS-10).	1 Tahun 8 Bulan	Terdapat perbedaan bermakna tingkat distress psikologis antara pasien LPR dan kelompok kontrol sehat, kecuali pada skor insomnia (ISI). Skor kecemasan HAM-A lebih tinggi pada kelompok LPR dibanding kontrol ($p = 0,025$) dan hasil serupa pada HADS ($p = 0,029$). Skor depresi HAM-D juga lebih tinggi pada kelompok LPR ($p = 0,010$). Skor persepsi stres PSS-10 secara signifikan lebih tinggi pada kelompok LPR dibanding kontrol ($p = 0,000$). Selain itu, skor RSI berkorelasi positif dengan skor HAM-D, HADS, dan HAM-A. Terdapat korelasi positif yang signifikan antara skor RSI dan depresi ($r = 0,42$; $p = 0,010$), kecemasan ($r = 0,37$; $p = 0,025$), HADS ($r = 0,37$; $p = 0,029$), IES-R ($r = 0,51$; $p = 0,002$), serta perceived stress ($r = 0,58$; $p < 0,001$). Korelasi dengan insomnia tidak signifikan ($r = 0,30$; $p = 0,071$), yang menunjukkan bahwa semakin berat gejala LPR maka semakin tinggi tingkat distress psikologis pasien.[5]
Mesallam dkk.	Pusat Layanan kesehatan yang	Potong silang	Sebanyak 42 Pasien dengan gejala yang mengarah pada LPR yang menjalani	Profil psikologis dinilai menggunakan *Social Readjustment Rating Scale*, *Symptom Checklist-90 Revised*	Tidak disebutkan secara spesifik dalam artikel;	Tidak ditemukan perbedaan yang signifikan antara kelompok LPR positif dan negatif terhadap gangguan psikologis yang dinilai. Selain itu, tidak terdapat perbedaan

	berafiliasi dengan King Saud University di Riyadh serta kolaborasi dengan Institusi di Cairo 2015	pemeriksaan klinis dan psikologis.	(SCL-90-R), *Manifest Anxiety Scale of Taylor*, *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI), dan *Zung Self-Rating Depression Scale*. Parameter LPR dinilai menggunakan pemantauan pH orofaring 24 jam, *Reflux Symptom Index* (RSI), dan *Voice Handicap Index-10* (VHI-10).	penelitian dipublikasikan pada tahun 2015.	signifikan antara kelompok dengan dan tanpa gangguan psikologis terhadap skor RSI, VHI-10, maupun hasil pemeriksaan pH. Analisis korelasi antara parameter profil psikologis dan parameter LPR juga tidak menunjukkan hubungan yang bermakna ($p > 0,05$). Penelitian ini menyimpulkan bahwa Tidak ditemukan hubungan yang signifikan antara profil psikologis dan LPR, serta latar belakang psikologis pasien tidak memengaruhi persepsi pasien terhadap masalah refluks yang dialami. Korelasi antara parameter psikologis dengan Ryan Score berkisar dari $r = -0,25$ hingga $r = 0,13$ (seluruh $p > 0,05$), sedangkan korelasi dengan RSI berkisar dari $r = -0,02$ hingga $r = 0,30$ (seluruh $p > 0,05$).[6]

2.3 Kerangka teori



Gambar 1. Kerangka teori

: Tidak Diteliti

: Diteliti

BAB III
KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL



Gambar 2. Kerangka konsep

3.1 Variabel Penelitian

3.1.1 Variabel bebas

Variabel yang memengaruhi variabel tergantung pada penelitian ini adalah Kuisioner dari *Reflux Symptoms Index* (RSI)

3.1.2 Variabel tergantung

Variabel yang dipicu oleh variabel bebas pada penelitian ini adalah Tingkat stress

3.2 Definisi operasional

Tabel 2. Definisi operasional

Variabel	Definisi	Alat ukur	Cara mengukur	Hasil	Skala	Referensi
Reflux Symptom Index	RSI merupakan skor penilaian yang digunakan pada pasien LPR untuk mengukur tingkat keparahan gejala yang dialami. Selain itu, RSI juga berfungsi sebagai alat evaluasi untuk menilai respons pasien terhadap terapi yang diberikan.	Kuisioner *Reflux symptom index*	Wawancara	Bila skor RSI $\geq$ 13 : tidak normal Bila skor RSI < 13 : normal.	Nominal	Belafsky,C.P.(2002).[19]
Tingkat stress	*Perceived Stress Scale-10* merupakan instrumen *self-report questionnaire* yang terdiri atas 10 pertanyaan dan digunakan untuk mengukur tingkat stres yang dirasakan oleh individu. Instrumen ini mengevaluasi persepsi responden terhadap berbagai situasi yang dialami dalam beberapa bulan terakhir, sehingga dapat memberikan gambaran mengenai tingkat stres yang dirasakan selama periode tersebut.	Kuisoner *Perceived Stress Scale – 10*	Wawancara	1. Stres ringan : total skor 1-14) 2. Stres sedang : total skor 15-26 3. Stres berat : total skor >26)	Ordinal	Handayani,S.(2020).[15]

BAB IV
METODE

4.1 Desain

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian observasional analitik dengan pendekatan *cross-sectional* yang menggunakan data primer. Data primer diperoleh secara langsung dari responden melalui pengisian kuisioner

Reflux Symtoms Index (RSI) dan *Perceived stress scale* (PSS-10) pada pasien *Laryngopharyngeal Reflux* yang dilakukan pada waktu bersamaan.

4.2 Lokasi dan waktu

Penelitian ini dilakukan pada seluruh pasien *Laryngopharyngeal Reflux* (LPR) di Rumah Sakit Budhi Asih (RSBA) selama periode Agustus-Desember 2026.

4.3 Populasi dan Subjek

4.3.1 Populasi

4.3.1.1 Populasi target

Populasi target dalam penelitian ini adalah pasien dewasa yang berobat di Poli THT Rumah Sakit Budhi Asih (RSBA).

4.3.1.2 Populasi terjangkau

Populasi terjangkau dalam penelitian ini adalah Pasien Dewasa dengan diagnosis *Laryngopharyngeal Reflux* (LPR) yang berobat di Poli THT Rumah Sakit Budhi Asih (RSBA).

4.3.2 Subjek

Subjek penelitian dipilih dari populasi terjangkau sesuai dengan kriteria inklusi dan ekslusi yang telah ditentukan.

4.3.2.1 Kriteria pemilihan subjek

4.3.2.1.1 Kriteria Inklusi

1. Pasien dewasa yang berusia 18-59 tahun yang didiagnosis *Laryngopharyngeal Reflux*.
2. Pasien *Laryngopharyngeal Reflux* yang dapat dihubungi.

3. Pasien *Laryngopharingeal Reflux* yang bersedia menjadi responden dan menandatangani informed consent.

4.3.2.1.2 Kriteria Ekslusi

1. Pasien dengan penyakit kronis berat (Kanker, Diabetes Melitus, Penyakit Gagal Jantung, dan Gagal Ginjal)
2. Pasien dengan gangguan tidur berdasarkan hasil kuesioner *Pittsburgh Sleep Quality Indeks* (PSQI)
3. Pasien dengan gangguan kesehatan mental (Riwayat gangguan mental, Pola pikir negatif, PTSD, Keluarga tidak harmonis)

4.3.2.1.3 Perhitungan jumlah subjek

Penentuan besar sampel minimal dalam penelitian ini menggunakan rumus populasi infinit dengan pengukuran prevalensi dari sumber referensi yang digunakan dalam penelitian. Rumus populasi infinit adalah sebagai berikut:

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

$$n_0 = \frac{1,96^2 \times 0,1 \times 0,9}{0,05^2}$$

$$n_0 = \frac{3,8416 \times 0,09}{0,0025}$$

$$n_0 = 138,2976 \approx 138$$

Keterangan :

Z α2: Tingkat kemaknaan 95% = 1,96

p: Prevalensi *Laryngopharyngeal Reflux* (p=10%).[1]

q: Prevalensi yang tidak menderita peristiwa yang diteliti (1-p)

d: Kesalahan absolut yang dapat diterima, 5%

Populasi finit:

$$\mathbf{n} = \frac{\mathbf{n_0}}{\mathbf{1} + \left(\frac{\mathbf{n_0}}{\mathbf{N}}\right)}$$

$$\boldsymbol{n} = \frac{\mathbf{138}}{\mathbf{1} + \left(\frac{\mathbf{138}}{\mathbf{80}}\right)}$$

$$\boldsymbol{n} = \frac{\mathbf{138}}{\mathbf{1 + 1,725}}$$

$$\boldsymbol{n} = \frac{\mathbf{138}}{\mathbf{2,725}}$$

$$\boldsymbol{n} = \mathbf{50,642} \approx 51$$

Keterangan:

n : Besar sampel yang dibutuhkan untuk populasi finit.

n0 : Besar sampel dari populasi infinit.

N : Besar sampel populasi finit

Berdasarkan rumus perhitungan finit, didapatkan jumlah sampel 51 Kemudian ditambahkan dengan jumlah sampel drop out sebesar 15% adalah:

$$51 \times \frac{15}{100} = 7{,}65 \approx 8$$

Besar sampel yang dibutuhkan dari hasil perhitungan ditambah dengan sampel drop out adalah 51 + 8 orang menjadi 59 orang.

4.4 Bahan dan instrumen

Reflux Symptom Index merupakan skor penilaian pada pasien *Laryngopharyngeal Reflux* yang dapat digunakan untuk menilai tingkat keparahan gejala LPR serta juga digunakan sebagai alat ukur untuk mengevaluasi pengobatan. Pengisian RSI pada umumnya tidak memakan waktu lama dan dianggap memiliki validitas yang baik. Berdasarkan penelitian validasi oleh Sugihartono et al.,

instrumen ini memiliki validitas konstruk yang baik dengan nilai korelasi item-total berkisar antara 0,513 hingga 0,785 (r tabel = 0,213; p<0,01). Selain itu, instrumen ini memiliki reliabilitas yang baik dengan nilai *Cronbach's alpha* sebesar 0,81. RSI merupakan kuesioner sederhana yang terdiri dari sembilan pertanyaan mengenai gejala LPRD selama 1 bulan terakhir. Pasien diminta untuk memberi skor dari nol hingga lima tergantung pada tingkat keparahan gejala. Skala untuk setiap item individu berkisar dari 0 (tidak ada masalah) hingga 5 (masalah parah), dengan skor total maksimum 45. RSI $\geq$ 13 akan dianggap tidak normal, dan RSI < 13 akan dianggap normal.

Perceived stress scale (PSS-10) merupakan *self-report questionnaire* yang terdiri dari 10 pertanyaan dan dapat mengevaluasi tingkat stres beberapa bulan yang lalu dalam kehidupan subjek penelitian. Validitas kuisioner PSS-10 Berdasarkan penelitian Hakim dkk, seluruh item PSS-10 versi Bahasa Indonesia memiliki validitas konstruk yang baik dengan nilai factor loading (r) berkisar 0,350–0,745 pada kelompok mahasiswa dan 0,574–0,837 pada kelompok karyawan, dengan seluruh item menunjukkan signifikansi statistik (p < 0,001). Skor PSS-10 diperoleh dengan *reversing responses* (sebagai contoh, 0=4, 1=3, 2=2, 3=1, 4=0) terhadap empat soal yang bersifat positif (pertanyaan 4, 5, 7 & 8) kemudian menjumlahkan skor jawaban masing-masing pertanyaan. Pertanyaan yang terdapat pada PSS-10 ini akan menanyakan tentang perasaan dan pikiran responden dalam satu bulan terakhir ini.

Responden diminta untuk mengindikasikan seberapa sering mereka mengalami perasaan atau pikiran tertentu dengan membulatkan jawaban pada setiap pertanyaaan dalam kuesioner PSS-10. Pilihan jawaban menggunakan skala *Likert* dengan rentang skor 0-4, yaitu tidak pernah (skor 0), hampir tidak pernah (skor 1), kadang-kadang (skor 2), cukup sering (skor 3), dan sangat sering (skor 4). Seluruh skor dari setiap pertanyaan kemudian dijumlahkan untuk mendapatkan skor total Tingkat stress. Berdasarkan skor total tersebut, Tingkat stress dikategorikan menjadi stress ringan dengan skor 1-14, stress sedang dengan skor 15-26, dan stress berat dengan skor lebih dari 26. Semakin tinggi skor yang diperoleh menunjukkan Tingkat stress yang semakin tinggi.

Kuisioner *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI) digunakan untuk menilai kualitas tidur dan gangguan tidur yang dilaporkan sendiri oleh responden selama satu bulan terakhir. PSQI versi asli memiliki konsistensi internal yang memadai serta reliabilitas uji ulang (*test–retest reliability*) yang baik. Selain itu, instrumen ini konsisten dan mudah digunakan oleh pasien maupun tenaga kesehatan dalam menginterpretasikan indikator kualitas tidur. Kuesioner *Pittsburgh Sleep Quality Index* versi Indonesia (PSQI-I) telah diuji validitas dan reliabilitasnya oleh Setyowati dan Chung. Hasil uji validitas konstruk menunjukkan adanya korelasi positif yang signifikan antara skor total PSQI-I dan skor total *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II) dengan nilai r = 0,219 dan p < 0,05. Selain itu, instrumen ini memiliki reliabilitas yang baik dengan nilai *Cronbach's alpha* sebesar 0,72. Hasil tersebut menunjukkan bahwa PSQI-I merupakan instrumen yang valid dan reliabel untuk menilai kualitas tidur. Instrumen ini terdiri atas 19 butir pertanyaan yang mencakup tujuh komponen, yaitu: (1) kualitas tidur subjektif, (2) latensi tidur, (3) durasi tidur, (4) efisiensi tidur, (5) gangguan tidur, (6) penggunaan obat tidur, dan (7) disfungsi aktivitas pada siang hari. Setiap komponen diberi skor antara 0 hingga 3, sehingga skor total berkisar antara 0 hingga 21. Skor yang lebih rendah (< 5) menunjukkan kualitas tidur yang baik.

4.5 Analisis

Analisis Univariat

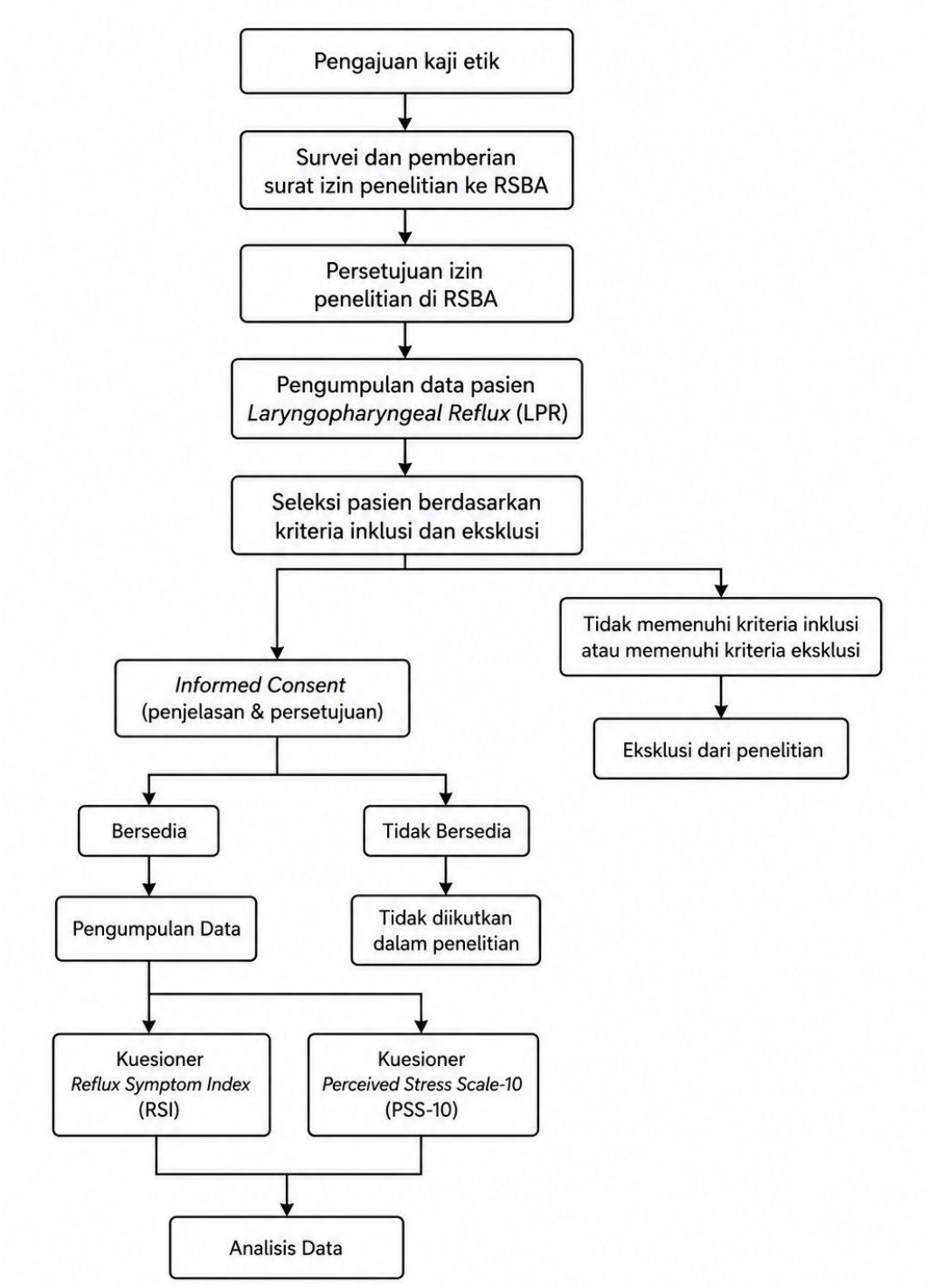
Analisis univariat dilakukan untuk menggambarkan distribusi masing-masing variabel dalam penelitian. Variabel yang dianalisis meliputi karakteristik responden seperti usia dan jenis kelamin, skor *Reflux Symptom Index* (RSI) sebagai alat ukur gejala *Laryngopharyngeal Reflux*, serta skor *Perceived Stress Scale-10* (PSS-10) untuk menilai Tingkat stress responden. Analisis ini bertujuan untuk mengetahui Gambaran umum data penelitian. Hasil analisis univariat disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dan persentase.

Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan antara dua variabel penelitian, yaitu antara skor *Reflux Symptom Index* (RSI) dan Tingkat stres pada

pasien dengan *Laryngopharyngeal Reflux*. Uji statistik yang digunakan adalah uji *Chi-Square* dengan nilai kemaknaan atau nilai p<0,05.

4.6 Alur kerja penelitian



Gambar 3. Alur kerja

4.7 Etika penelitian

Penelitian ini akan dilakukan setelah lolos kaji etik Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti. Penelitian ini manggunakan data primer berupa kuesioner. Kerahasiaan identitas pasien akan dijaga dengan tidak mencantumkan nama, Alamat, maupun informasi pribadi lainnya. Data yang diperolah hanya akan digunakan untuk kepentingan penelitian.

4.8 Penjadwalan penelitian

Tabel 3. Penjadwalan pelaksanaan penelitian

Kegiatan	WAKTU											
	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Juni	Juli	Agu	Sep	Okt	Nov	Des
Pemilihan judul												
Penyusunan dan penyelesaian BAB I **(Pendahuluan)**												
Penyusunan dan penyelesaian BAB II (**Tinjauan Pustaka)**												
Penyusunan dan penyelesaian BAB III **(Kerangka konsep & definisi operasional)**												
Penyusunan dan penyelesaian BAB IV **(Metode)**												
Konsultasi												
Penyerahan Proposal												
Persiapan Ujian												
Ujian Proposal												
Pengerjaan Sampel												
Analisis data												
Penyusunan Skripsi												

References

1. Widiantari I A, Sucipta W. Karakteristik penderita laryngopharyngeal reflux yang didiagnosis berdasarkan reflux symptom index dan reflux finding score di poliklinik tht-kl rsup sanglah Tahun 2015-2017. 2019; doi: 10.15562/Medicina
2. Monica F, Asyari A, Miro S, dkk. Peran reflux symptom index dalam diagnostik terapi pasien laryngopharyngeal reflux sebelum dan sesudah diberikan lansoprazole di poliklinik tht-kl rsup dr. m. djamil padang. Vol. 3, Jurnal Otorinolaringologi Kepala dan Leher Indonesia. 2024.
3. Nursadrina C, Rahmayanti K, Sofia M, dkk. Pengaruh stres terhadap kesehatan mental dan fisik : tinjauan psikologi klinis the impact of stress on mental and physical health: a clinical psychology review. Vol. 11, Journal of Healthcare Technology and Medicine. 2025.
4. Mengetahui tingkat dan faktor-faktor penyebab stres pada mahasiswa fk unhas angkatan 2019 pada saat masa pandemi covid-19. 2016;
5. Barillari MR, Giordano GM, Costa G, et al. Laryngopharyngeal reflux and psychological distress: a vicious cycle worth investigating. European Archives of Oto-Rhino-Laryngology. 2025;282(6):3103–13. doi: 10.1007/s00405-025-09313-z
6. Mesallam TA, Shoeib RM, Farahat M, et al. Studying the psychological profile of patients with laryngopharyngeal reflux. Folia Phoniatr Logop. 2015;67(2):51–6. doi: 10.1159/000431322
7. Made N, Mahadewi P, Yuliyani EA. Laryngopharyngeal reflux disease. Jurnal Kedokteran Unram. 2021;2021(3).
8. Ford CN. Evaluation and management of laryngopharyngeal reflux [Internet]. 2005 [cited 2026 Jun 4]. Available from: www.jama.com
9. Zulkarnain AJ, Rizky Dwiyanto M, Djamin R, et al. Profil pasien laryngopharyngeal reflux di poliklinik tht-bkl rsup wahidin sudirohusodo. 2025;
10. Sudirohusodo PDW, Pirade YB. Karya akhir pengaruh pemberian terapi tambahan n-asetilsistein terhadap perbaikan klinis penderita

refluks laryngofaring berdasarkan reflux symptom index (rsi) dan reflux finding score (rfs) di rumah sakit umum. 2022.

11. Barham WT, Alvarez-Amado A V, Dillman KM, et al. Laryngopharyngeal reflux pathophysiology, clinical presentation, and management: a narrative review. Cureus. 2024; doi: 10.7759/cureus.67305

12. Kemenkes. Apa itu stres: gejala, penyebab, pencegahan dan pengobatan. Kemenkes [Internet]. 2024 [cited 2026 Jun 3]; Available from: https://ayosehat.kemkes.go.id/apa-itu-stres

13. Teychenne M, Stephens LD, Costigan SA, et al. The association between sedentary behaviour and indicators of stress: A systematic review. Vol. 19, BMC Public Health. BioMed Central Ltd.; 2019. doi: 10.1186/s12889-019-7717-x

14. Nielsen MG, Ørnbøl E, Vestergaard M, et al. The construct validity of the perceived stress scale. J Psychosom Res. 2016;84:22–30. doi: 10.1016/J.JPSYCHORES.2016.03.009

15. Handayani S, Akper D, Satria G, dkk. Pengukuran tingkat stres dengan perceived stress scale-10 : studi cross sectional pada remaja putri di baturetno. Jurnal Keperawatan GSH. 2020;9.

16. Nakao M, Shirotsuki K, Sugaya N. Cognitive–behavioral therapy for management of mental health and stress-related disorders: Recent advances in techniques and technologies. Biopsychosoc Med. 2021;15(1):16. doi: 10.1186/s13030-021-00219-w

17. Campagnolo AM, Priston J, Thoen RH, et al. Laryngopharyngeal reflux: diagnosis, treatment, and latest research. Vol. 18, International Archives of Otorhinolaryngology. Fundacao Otorrinolaringologia; 2014. p. 184–91. doi: 10.1055/s-0033-1352504

18. Mallikarjunappa AM, Deshpande GA. Comparison of reflux symptom index (rsi) with reflux finding score (rfs) and its effectiveness in diagnosis of laryngopharyngeal reflux disease (lprd). Indian Journal of Otolaryngology and Head and Neck Surgery. 2022;74:1809–13. doi: 10.1007/s12070-020-01814-z

19. Belafsky PC, Postma GN, Koufman JA. Validity and reliability of the reflux symptom index (rsi). Journal of Voice. 2002;16(2):274–7. doi: 10.1016/S0892-1997(02)00097-8

20. Kuesioner kualitas tidur pittsurgh sleep quality index (psqi) [Internet]. [cited 2026 Jun 16]. Available from:

https://ejurnalmalahayati.ac.id/index.php/holistik/article/downloadSuppFile/9949/2205

21. Rofid Adha M, Asyari A, Usman E, dkk. Analisis skor reflux symptom index (rsi) pada pasien laryngopharyngeal reflux dengan pemberian lansoprazol dan ranitidin di rsup dr m djamil padang. Vol. 3, Jurnal Otorinolaringologi Kepala dan Leher Indonesia. 2024.

22. Riski NR, Safwandi S, Anshari SF. Penerapan perceived stress scale dalam psychological self-assessment untuk mengukur tingkat stres menggunakan metode k-nearest neighbors. Rabit : Jurnal Teknologi dan Sistem Informasi Univrab. 2025;10(2):1127–36. doi: 10.36341/rabit.v10i2.6479

LAMPIRAN

Lampiran 1. *Dummy table*

A. Dummy Table Univariat

Variabel	Jumlah (n)	Persentase (%)
Usia		
18-39 tahun		
40-59 tahun		
Jenis kelamin		
Laki-laki		
Perempuan		
Reflux Symptom Index **(RSI)**		
RSI > 13		
RSI ≤ 13		
Perceived Stress Scale – 10 **(PSS-10)**		
Ringan 1-14		
Sedang 15-26		
Berat >26		

B. Dummy Table Bivariat

Variabel	Tingkat stres						p-value
	Ringan		Sedang		berat		
	N	%	N	%	N	%	
***Reflux Symptom Indeks* (RSI)**							
RSI ≥ 13							
RSI < 13							

Lampiran 2. *Informed consent*

INFORMED CONSENT

Saya Hijr Ismail Yusriadi, mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti. Saat ini saya sedang mengumpulkan data mengenai Hubungan Reflux Symptom Index (RSI) dan Tingkat Stress pada Pasien Lryngopharingeal Reflux (LPR). Pengumpulan data ini adalah salah satu bahan untuk penyusunan tugas akhir (skripsi). Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi tambahan mengenai hubungan antara gejala Laryngopharingeal Reflux (LPR) yang dinilai menggunakan Reflux Symptom Index (RSI) dengan tingkat stres pada pasien LPR, serta menjadi dasar dalam pengembangan pendekatan penatalaksanaan yang lebih komprehensif dengan mempertimbangkan aspek psikologis pasien.

Jika Saudara/i bersedia menjadi partisipan, peneliti akan melakukan:

- Mengisi data kerakteristik responden yang meliputi usia dan jenis kelamin
- Mengisi kuesioner *Perceived stress scale-10* (PSS-10) untuk menilai tingkat stres yang dirasakan responden

Bila ada pertanyaan, saudara/i dapat menghubungi peneliti (Hijr Ismail Yusriadi) di nomor telepon 08118547272. Saudara/i bebas untuk menolak ikut serta dalam penelitian ini dan setiap saat berhak untuk tidak melanjutkan ikut serta pada penclitian ini tanpa memberikan alasan dan tidak akan dikenakan sanksi apapun. Bila saudara/i bersedia untuk ikut dalam penelitian ini, saya mohon untuk membubuhkan tanda tangan pada formulir persetujuan di bawah ini.

Jakarta, ... 2026

(NAMA)

Lampiran 1. Formulir persetujuan responden

FORMULIR PERSETUJUAN

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

Nama peserta penelitian :
Usia :
Jenis kelamin :
Pekerjaan :
Pendapatan :
Tanda tangan :

Tanggal :

Lampiran 4. Kuesioner

Pertanyaan ekslusi :

1. Apakah anda mempunyai penyakit kronis berat (Kanker, Diabetes Melitus, Gagal Jantung, dan Gagal Ginjal) ?

Apakah Anda mempunyai penyakit kronis berat berikut?

Penyakit Kronis Berat	Ya	Tidak
Kanker	☐	☐
Diabetes melitus	☐	☐
Gagal jantung	☐	☐
Gagal ginjal	☐	☐

KUESIONER KUALITAS TIDUR *PITTSURGH SLEEP QUALITY INDEX* (PSQI)

1. Jam berapa biasanya mulai tidur ?
2. Berapa lama anda biasanya baru bisa tertidur tiap malam?
3. Jam berapa biasanya anda bangun pagi?
4. Berapa lama anda tidur di malam hari?

5.	**Seberapa sering masalah-masalah dibawah ini menggangu tidur anda**	**Tidak pernah**	**1x seminggu**	**2x semingu**	**≥ 3 x semingu**
a)	Tidak mampu tertidur selama 30 menit sejak berbaring				
b)	Terbangun di tengah malam atau terlalu dini				
c)	Terbangun untuk ke kamar mandi				
d)	Tidak mampu bernafas dengan leluasa				
e)	Batuk atau mengorok				
f)	Kedingian di malam hari				
g)	Kepanasan di malam hari				
h)	Mimpi buruk				
i)	Terasa nyeri				
j)	Alasan lain....				
6.	Seberapa sering anda menggunakan obat tidur				
7.	Seberapa sering anda mengantuk ketika melakukan aktifitas di siang hari				
8.	Seberapa besar antusias anda ingin menyelesaikan masalah yang anda hadapi				
		Sangat baik	**baik**	**kurang**	**Sangat kurang**
9.	Pertanyaan reintervensi: bagaimana kualitas tidur anda sebulan yang lalu				
	Pertanyaan postintervensi: bagaimana kualitas tidur anda selama seminggu				

.(20)

KUISIONER *REFLUX SYMPTOM INDEX* (RSI)

1	Suara serak atau masalah terhadap suara *(hoarseness or problem with your voice)*	0	1	2	3	4	5
2	Sering mengeluarkan lendir di tenggorokan/mendehem *(clearing your throat)*	0	1	2	3	4	5
3	Lendir di tenggorokan yang berlebihan *(excess throat mucus or post nasal drip)*	0	1	2	3	4	5
4	Sulit menelan makanan, cairan, atau obat *(Difficulty swallowing food, liquid, or pills)*	0	1	2	3	4	5
5	Batuk setelah makan atau setelah berbaring *(Coughing after you ate or lying down)*	0	1	2	3	4	5
6	Kesulitan untuk bernapas atau merasa tercekik *(breathing difficulties or choking episodes)*	0	1	2	3	4	5
7	Batuk yang sangat mengganggu *(troublesome or annoying cough)*	0	1	2	3	4	5
8	Rasa yang mengganjal di tenggorokan dan perasaan ada massa di tenggorokan *(sensations of something sticking in your throat or a lump in your throat)*	0	1	2	3	4	5
9	Rasa terbakar di ulu hati, rasa nyeri dada, gangguan pencernaan, regurgitasi asam *(Heartburn, chest pain, indigestion, or stomach acid coming up)*	0	1	2	3	4	5
	Total						

(21)

KUISIONER *PERCEIVED STRESS SCALE* (PSS-10)

No.	Pertanyaan	0 (tidak pernah)	1 (hampir tidak pernah)	2 (kadang-kadang)	3 (cukup sering)	4 (terlalu sering)
1.	Pada bulan lalu, seberapa sering Anda menjadi bingung karena sesuatu yang terjadi secara tiba-tiba?					
2.	Pada bulan lalu, seberapa sering Anda telah merasa tidak mampu untuk mengendalikan hal-hal yang penting dalam kehidupan Anda?					
3.	Pada bulan lalu, seberapa sering Anda merasa gugup atau stres?					
4.	Pada bulan lalu, seberapa sering Anda merasa yakin akan kemampuan Anda untuk menangani masalah pribadi?					
5.	Pada bulan lalu, seberapa sering Anda telah merasa bahwa segala sesuatunya berjalan lancar?					
6.	Pada bulan lalu, seberapa sering Anda telah merasa bahwa Anda tidak bisa mengatasi semua hal yang harus Anda lakukan?					
7.	Pada bulan lalu, seberapa sering Anda telah mampu mengendalikan hal-hal yang menyakitkan dalam hidup Anda?					
8.	Pada bulan lalu, seberapa sering anda merasakan bahwa Anda sangat bahagia dan suskes?					
9.	Pada bulan lalu, seberapa sering					

	Anda telah merasakan marah karena sesuatu yang terjadi diluar kendali Anda?					
10.	Pada bulan lalu, seberapa sering Anda merasakan bahwa kesulitan-kesulitan menumpuk sebegitu tingginya sehingga Anda tidak bisa mengatasinya?					
TOTAL :						

(22)