

# SKRIPSI

## PENGARUH RELAKSASI SPIRITUAL EMOSIONAL MUSIK (RSEM) TERHADAP PENURUNAN TINGKAT DEPRESI PENDERITA PASCA STROKE DI WILAYAH UPT PUSKESMAS TLOGOSADANG PACIRAN LAMONGAN

PENELITIAN *QUASY EXPERIMENT*

**Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)  
Pada Program Studi Ilmu Keperawatan  
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga**



Oleh :

**MUSYAF A'AH WAHYU NINGSIH**

**NIM. 010710047 B**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA**

**2011**

**SURAT PERNYATAAN**

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun.

Surabaya, 9 Agustus 2011



Musyafa'ah Wahyu Ningsih  
NIM. 010710047B



**LEMBAR PERSETUJUAN**

SKRIPSI DENGAN JUDUL

“PENGARUH RELAKSASI SPIRITUAL EMOSIONAL MUSIK (RSEM)  
TERHADAP PENURUNAN TINGKAT DEPRESI PADA PENDERITA PASCA  
STROKE DI WILAYAH UPT PUSKESMAS TLOGOSADANG PACIRAN  
LAMONGAN”

MUSYAFARAH WAHYU NINGSIH

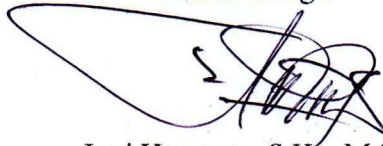
010710047B

TELAH DISETUJUI

TANGGAL, 09 Agustus 2011

Oleh :

Pembimbing I



Joni Haryanto, S.Kp., M.Si.

NIP. 196306081991031002

Pembimbing II



Eka Mishbahatul M. Has, S.Kep.,Ns.

NIK. 139080825

Mengetahui

a.n Dekan

Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya

Plt Wakil Dekan I



Mira Triharini, S.Kp., M.Kep

NIP. 197904242006042002

**LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI**

SKRIPSI DENGAN JUDUL

“PENGARUH RELAKSASI SPIRITUAL EMOSIONAL MUSIK (RSEM)  
TERHADAP PENURUNAN TINGKAT DEPRESI PADA PENDERITA PASCA  
STROKE DI WILAYAH UPT PUSKESMAS TLOGOSADANG PACIRAN  
LAMONGAN”

MUSYAFA’AH WAHYU NINGSIH

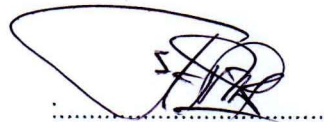
010710047B

TELAH DIUJI

TANGGAL, 11 Agustus 2011

PANITIA PENGUJI

Ketua : Joni Haryanto, S.Kp., M.Si  
NIP. 196306081991031002



Anggota :1. Erna Dwi Wahyuni, S.Kep., Ns.  
NIK. 139080823



2 Eka Mishbahatul M.Has, S.Kep.,Ns.  
NIK. 139080825



a.n Dekan  
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya  
Plt Wakil Dekan I



Mira Triharini, S.Kp., M.Kep  
NIP. 197904242006042002



## MOTTO

*Bukankah Kami telah melapangkan dadamu?  
dan Kami pun telah menurunkan beban darimu,  
yang memberatkan punggungmu,  
dan Kami tinggalkan sebutan (nama) mu bagimu.  
Maka sesungguhnya bersama kesulitan ada kemudahan,  
Sesungguhnya bersama kesulitan ada kemudahan.  
Maka apabila engkau telah selesai (dari sesuatu urusan),  
Jetaplah bekerja keras (untuk urusan yang lain),  
Dan hanya kepada Tuhanmulah engkau berharap.  
(Al-Insyiraah: 1-8)*

## UCAPAN TERIMA KASIH

Alhamdulillah rabbi alamiin, puji syukur hanya saya panjatkan untuk kehadiran-Mu Ya Allah, atas kekuatan yang Engkau berikan sehingga saya bisa menyelesaikan skripsi dengan baik, yang berjudul **“Pengaruh Relaksasi Spiritual Emosional Musik (RSEM) terhadap Penurunan Tingkat Depresi pada Penderita Pasca Stroke di Wilayah UPT Puskesmas Tlogosadang Paciran Lamongan.”** Skripsi ini merupakan salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Saya mengucapkan terima kasih dengan hati yang tulus kepada:

1. Purwaningsih, S.Kp.,M.Kes, Ibu Pejabat Dekan Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.
2. Mira Triharini, S.Kep.,M.Kep. yang memberikan kesempatan dan fasilitas kepada saya untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan.
3. Joni Haryanto, S.Kp.,M.Si. Bapak dosen pembimbing proposal dan skripsi saya. Semoga selama membimbing saya tidak merepotkan Bapak dan bisa membawa manfaat bagi Pak Joni. Terima kasih atas bimbingannya selama ini dan semoga Allah memberikan balasan yang lebih baik.
4. Eka Misbahatul M. Has, S.Kep.,Ns. Ibu dosen pembimbing proposal dan skripsi saya. Terima kasih karena telah membimbing saya dengan sabar. Semoga Allah memberikan balasan kepada Bu Eka balasan yang lebih baik.



5. Harmayetty, S.Kp.,M.Kes, Ibu dosen fasilitator seminar proposal saya. Semoga Allah memberikan balasan yang lebih baik.
6. Erna Dwi Wahyuni, S.Kep.,Ns, Ibu dosen fasilitator seminar proposal dan skripsi saya. Terima kasih atas semua bimbingan dan saran yang telah diberikan selama revisi proposal dan skripsi.
7. Drs.Hendy Mahendra, Bapak ruang baca ners, yang memberikan fasilitas untuk mengerjakan skripsi kepada saya dan teman-teman seangkatan.
8. Ibu ku tercinta yang senantiasa memberikan dukungan baik materi, moral, dan do'a kepada saya. Semoga Allah selalu menjaga dan melindungimu.
9. Yusuf Hadi, Rizal Efendi, Abdi Sholeh dan Khiftiyah, kakak-kakakku yang telah membantu dalam birokrasi proposal dan skripsi saya, dan terima kasih atas motivasi serta dukungannya. Semoga ilmu yang ku peroleh bisa bermanfaat bagi keluarga, masyarakat, dan agama.
10. Abdur Rahim, Wak Liha, Yu dha, Kak Aliph, Yu Nik, Kak Atiq, Kak Rifat, Le' Izza, Kak Farid, dan Le' Una, Pak dhe sekeluarga, terima kasih atas informasinya tentang orang stroke, dan terima kasih untuk sepupu-sepupuku yang sudah menyalurkan semangatnya kepada saya.
11. Mukhalifah Restu Diani, M.Affan H. dan Nafisatul Baidloh terima kasih karena telah menemani saya berkeliling ke responden-responden saat penelitian dan terima kasih atas dukungan materinya.
12. Dr. Huda, selaku Kepala Puskesmas Tlogosadang Paciran Lamongan, dan Pak Suprpto, Bapak perawat di Pustu terima kasih atas informasi dan saran yang telah diberikan demi kebaikan skripsi saya.

13. Bapak dan Ibu di wilayah UPT Puskesmas Tlogosadang yang sudah bersedia menjadi responden pada penelitian saya.
14. Milla Think, Mila Thob, tetanggaku Minnie, Mb' Chizna, Mb'Silvy, dan Enny Sus, para Salsabillaers, terima kasih sudah bersedia mendengar keluhan dalam berskripsi, jazakumullah khairan katsiraa, semoga Allah memberikan balasan yang lebih baik.
15. Ukhti Nissa', Ukhti, Rafii, Ukhti, Asih, Ukhti Ririk, Ukhti, Frida, Ukhti, Aulya, dan Ukhti Enny, para saudariku seperjuangan. Jazakumullah khairan katsiraa. Banyak yang bisa saya pelajari dari kalian dan membuat saya lebih bersyukur nikmat berIslam.
16. Indah, Selmy, D'Zona, Anifah, Riska, May, Ayu, dan Bobby, teman-teman senasib sepenaggungan, terima kasih atas saran dan dukungannya.
17. Teman-teman kos, mb'Afit, mb' Lailil, mb' Nuril, mb' Didi, mb'Mida, Rie-riek, dan Mila, terima kasih atas dukungan, saran dan motivasinya.
18. Teman-teman Angkatan 2007, semoga kita sukses dunia akhirat, Amin.
19. Seluruh keluarga besar Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, banyak yang saya bisa lihat dari kalian dan membuat saya lebih bersyukur hidup ini.

Surabaya, 09 Agustus 2011

Penulis



## ABSTRACT

THE EFFECT OF RELAXATION SPIRITUAL EMOTIONAL MUSIC (RSEM)  
ON DECREASING POST-STROKE DEPRESSION LEVEL  
IN UPT PUSKESMAS TLOGOSADANG  
PACIRAN LAMONGAN  
Quasy Experiment Study

By: Musyafa'ah Wahyu Ningsih

Post-stroke depression is one of the common emotional disorders afflicting stroke survivors. Post-stroke depression is associated with cognitive impairment, increased mortality and risk of falls, increased disability, and worse rehabilitation outcome, it often remains unrecognized and or undertreated. Nurse is expected to give a safe and healthy solution to reduce post-stroke depression level. This study was aimed to identify the effect of Relaxation Spiritual Emotional Music (RSEM) on decreasing post-stroke depression level.

Design used in this study was quasy experimental. The population was stroke patient whose unhospitalize more than six month in UPT Puskesmas Tlogosadang Paciran Lamongan in June 30 –July 30, 2011. Total sample were 18 respondents taken according to consecutive sampling. The dependent variable was post-stroke depression which was measured by Hamilton Depression Rating Scale (HDRS). Data were analyzed using Wilcoxon Sign Rank Test and Mann Whitney Test with level of significance is  $\leq 0,05$ .

Result showed that there was effect of Relaxation Spiritual Emotional Music (RSEM) on decreasing post-stroke depression level in intervention group ( $p=0,011$ ). But, there was no difference between intervention group and control group after given Relaxation Spiritual Emotional Music (RSEM) ( $p=0,136$ ).

It could be concluded that Relaxation Spiritual Emotional Music (RSEM) has no effect on decreasing post-stroke depression level. Many factors contributed to this result such as lesion condition among respondents which were beyond control of researcher. Further studies should can identify difference lesion condition among respondents and more control quantity and quality of the Relaxation Spiritual Emotional Music (RSEM) by respondents to obtain more accurate results.

**Keyword** : relaxation spiritual emosional music, post-stroke, depression.

## DAFTAR ISI

|  |      |
|--|------|
| Halaman Judul.....                                       | i    |
| Halaman Prasyarat Gelar.....                             | ii   |
| Halaman Pernyataan.....                                  | iii  |
| Halaman Persetujuan.....                                 | iv   |
| Lembar Penetapan Panitia Penguji.....                    | v    |
| Motto.....   | vi   |
| Ucapan Terima Kasih.....                                 | vii  |
| <i>Abstract</i> .....                                    | x    |
| Daftar Isi.....  | xi   |
| Daftar Tabel.....  | xiii |
| Daftar Gambar.....                                       | xiv  |
| Daftar Lampiran.....                                     | xvi  |
| Daftar Singkatan.....                                    | xvii |
| <br>   |      |
| <b>BAB 1 PENDAHULUAN</b>                                 |      |
| 1.1 Latar Belakang.....                                  | 1    |
| 1.2 Rumusan Masalah.....                                 | 5    |
| 1.3 Tujuan Penelitian                                    |      |
| 1.3.1 Tujuan umum.....                                   | 6    |
| 1.3.2 Tujuan khusus.....                                 | 6    |
| 1.4 Manfaat Penelitian                                   |      |
| 1.4.1 Manfaat teoritis.....                              | 6    |
| 1.4.2 Manfaat praktis.....                               | 7    |
| <br>   |      |
| <b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b>                            |      |
| 2.1 Konsep Stroke.....                                   | 8    |
| 2.2 Pasca Stroke.....                                    | 12   |
| 2.3 Rehabilitasi Stroke.....                             | 16   |
| 2.4 PostTraumatic Stress Disorder pada Stroke.....       | 17   |
| 2.5 Depresi Pasca Stroke.....                            | 20   |
| 2.5.1 Definisi depresi pasca stroke.....                 | 20   |
| 2.5.2 Penyebab depresi pasca stroke.....                 | 22   |
| 2.5.3 Faktor resiko depresi pasca stroke.....            | 23   |
| 2.5.4 Mekanisme depresi pasca stroke.....                | 23   |
| 2.5.5 Gejala depresi pasca stroke.....                   | 27   |
| 2.5.6 Terapi depresi pasca stroke.....                   | 28   |
| 2.5.7 Skala pengukuran tingkat depresi pasca stroke..... | 31   |
| 2.6 Teori Adaptasi Calista Roy.....                      | 34   |
| 2.6.1 Model Adaptasi Roy.....                            | 34   |
| 2.6.2 Paradigma keperawatan menurut Calista Roy.....     | 39   |
| 2.7 Konsep Relaksasi Spiritual Emosional Musik.....      | 42   |
| 2.7.1 Terapi relaksasi.....                              | 42   |
| 2.7.2 Terapi spiritual emosional.....                    | 43   |
| 2.7.3 <i>God spot</i> .....                              | 45   |
| 2.7.4 Terapi musik.....                                  | 45   |



|   |           |
|---|-----------|
| 2.7.5 Relaksasi Spiritual Emosional Musik (RSEM) .....  | 48        |
| <b>BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN</b>   |           |
| 3.1 Kerangka Konseptual.....  | 52        |
| 3.2 Hipotesis.....  | 56        |
| <b>BAB 4 METODE PENELITIAN</b>  |           |
| 4.1 Desain Penelitian .....   | 57        |
| 4.2 Populasi, Besar Sampel, dan Teknik Pengambilan Sampel.....  | 58        |
| 4.2.1 Populasi.....   | 58        |
| 4.2.2 Besar sampel .....  | 58        |
| 4.2.3 Teknik pengambilan sampel.....  | 60        |
| 4.3 Variabel Penelitian.....  | 60        |
| 4.4.1. Variabel independen.....   | 60        |
| 4.4.2 Variabel dependen.....  | 60        |
| 4.4 Definisi Operasional.....   | 61        |
| 4.5 Pengumpulan dan Pengolahan Data Penelitian .....  | 62        |
| 4.5.1 Instrumen penelitian.....   | 62        |
| 4.5.2 Lokasi dan waktu penelitian.....  | 62        |
| 4.5.3 Prosedur pengumpulan data penelitian.....   | 62        |
| 4.6 Analisa Data Penelitian.....  | 63        |
| 4.7 Kerangka Operasional.....   | 65        |
| 4.8 Masalah Etik Penelitian.....  | 66        |
| 4.8.1 Persetujuan.....  | 66        |
| 4.8.2 Anonimitas (tanpa nama).....  | 66        |
| 4.8.3 Kerahasiaan.....  | 66        |
| 4.9 Keterbatasan Peneliti .....   | 66        |
| <b>BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN</b>  |           |
| 5.1 Hasil Penelitian.....   | 68        |
| 5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian.....  | 68        |
| 5.1.2 Data demografi responden.....   | 69        |
| 5.1.3 Data wawancara penilaian stimulus untuk respon depresi pada penderitanya pasca stroke.....                        | 75        |
| 5.1.4 Data khusus responden.....  | 78        |
| 5.2 Pembahasan.....   | 84        |
| 5.2.1 Identifikasi tingkat depresi pada kelompok perlakuan.....   | 85        |
| 5.2.2 Identifikasi tingkat depresi pada kelompok kontrol.....   | 86        |
| 5.2.3 Identifikasi penurunan tingkat depresi pasca stroke oleh pengaruh Relaksasi Spiritual Emosional Musik (RSEM)..... | 86        |
| <b>BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN</b>   |           |
| 6.1 Kesimpulan.....   | 92        |
| 6.2 Saran.....  | 92        |
| <b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>  | <b>95</b> |
| <b>LAMPIRAN.....</b>  | <b>99</b> |

**DAFTAR TABEL**

|           |  |    |
|-----------|--|----|
| Tabel 4.1 | Tabel desain penelitian pengaruh Relaksasi Spiritual Emosional Musik (RSEM) terhadap penurunan tingkat depresi pada penderita pasca stroke di wilayah UPT Puskesmas Tlogosadang Paciran Lamongan.....  | 58 |
| Tabel 4.2 | Tabel definisi operasional penelitian pengaruh Relaksasi Spiritual Emosional Musik (RSEM) terhadap penurunan tingkat depresi pada penderita pasca stroke di wilayah UPT Puskesmas Tlogosadang Paciran Lamongan.....                                | 61 |
| Tabel 5.1 | Tabel hasil pengamatan tingkat depresi kelompok perlakuan di wilayah UPT Puskesmas Tlogosadang Paciran Lamongan pada tanggal 30 Juni-30 Juli 2011.....   | 89 |
| Tabel 5.2 | Tabel hasil pengamatan tingkat depresi kelompok kontrol di wilayah UPT Puskesmas Tlogosadang Paciran Lamongan pada tanggal 30 Juni-30 Juli 2011.....   | 82 |
| Tabel 5.3 | Tabel pengolahan data nilai tingkat depresi responden pada kelompok perlakuan dan kontrol sebelum dan sesudah terapi RSEM pada penderita pasca stroke di wilayah UPT Puskesmas Tlogosadang Paciran Lamongan pada tanggal 30 Juni-30 Juli 2011..... | 83 |



**DAFTAR GAMBAR**

|            |  |    |
|------------|--|----|
| Gambar 3.1 | Kerangka konseptual penelitian an adaptation Roy Model Pengaruh Relaksasi Spiritual Emosional Musik (RSEM) terhadap penurunan tingkat depresi pada penderita pasca stroke di wilayah UPT Puskesmas Tlogosadang Paciran Lamongan..... | 52 |
| Gambar 4.1 | Kerangka operasinal penelitian pengaruh Relaksasi Spiritual Emosional Musik (RSEM) terhadap penurunan tingkat depresi pasca stroke di wilayah UPT Puskesmas Tlogosadang Paciran Lamongan.....  | 65 |
| Gambar 5.1 | Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin pada 18 penderita pasca stroke di wilayah kerja Puskesmas Tlogosadang Paciran Lamongan pada tanggal 30 Juni-30 Juli 2011.....   | 70 |
| Gambar 5.2 | Distribusi responden berdasarkan usia pada 18 penderita pasca stroke di wilayah kerja Puskesmas Tlogosadang Paciran Lamongan pada tanggal 30 Juni-30 Juli 2011.....  | 71 |
| Gambar 5.3 | Distribusi responden berdasarkan pendidikan terakhir pada 18 penderita pasca stroke di wilayah kerja Puskesmas Tlogosadang Paciran Lamongan pada tanggal 30 Juni-30 Juli 2011.....   | 72 |
| Gambar 5.4 | Distribusi responden berdasarkan jenis pekerjaan yang lalu pada 18 penderita pasca stroke di wilayah kerja Puskesmas Tlogosadang Paciran Lamongan pada tanggal 30 Juni-30 Juli 2011.....   | 73 |
| Gambar 5.5 | Distribusi responden berdasarkan lama pasca stroke pada 18 penderita pasca stroke di wilayah kerja Puskesmas Tlogosadang Paciran Lamongan pada tanggal 30 Juni-30 Juli 2011.....   | 74 |
| Gambar 5.6 | Distribusi responden berdasarkan riwayat stroke berulang pada 18 penderita pasca stroke di wilayah kerja Puskesmas Tlogosadang Paciran Lamongan pada tanggal 30 Juni-30 Juli 2011.....   | 74 |
| Gambar 5.7 | Distribusi responden berdasarkan anggota badan yang lumpuh pada 18 penderita pasca stroke di wilayah kerja Puskesmas Tlogosadang Paciran Lamongan pada tanggal 30 Juni-30 Juli 2011.....   | 75 |
| Gambar 5.8 | Distribusi tingkat depresi kelompok perlakuan di wilayah UPT Puskesmas Tlogosadang Paciran lamongan pada tanggal 30 Juni-30 Juli 2011.....   | 78 |



|                   |  |           |
|-------------------|--|-----------|
| <b>Gambar 5.9</b> | <b>Distribusi tingkat depresi kelompok kontrol di wilayah UPT Puskesmas Tlogosadang Paciran Lamongan pada tanggal 30 Juni-30Juli 2011.....</b> | <b>81</b> |
|-------------------|--|-----------|

**DAFTAR LAMPIRAN**

|             |  |     |
|-------------|--|-----|
| Lampiran 1  | Lembar permohonan menjadi responden .....  | 98  |
| Lampiran 2  | Lembar persetujuan menjadi responden.....  | 99  |
| Lampiran 3  | Lembar data demografi.....   | 100 |
| Lampiran 4  | Lembar Wawancara.....  | 102 |
| Lampiran 5  | Lembar kuesioner HDRS ( <i>Hamilton Depression Rating Scale</i> ).....   | 105 |
| Lampiran 6  | Standart Operating Procedure (SOP) Relaksasi Spiritual Emosional Musik (RSEM).....   | 109 |
| Lampiran 7  | Hasil pengukuran tingkat depresi responden kelompok perlakuan dan kontrol sebelum dan sesudah pemberian terapi Relaksasi Spiritual Emosional Musik (RSEM).....   | 111 |
| Lampiran 8  | Data hasil wawancara penilaian stimulus untuk dapat menimbulkan respon depresi pada penderita pasca stroke di wilayah UPT Puskesmas Tlogosadang Paciran Lamongan pada tanggal 30 Juni sampai 30 Juli 2011..... | 112 |
| Lampiran 9  | Tabulasi data demografi sampel kelompok perlakuan dan kontrol di wilayah UPT Puskesmas Tlogosadang Paciran Lamongan tanggal 30 Juni-30 Juli 2011.....  | 114 |
| Lampiran 10 | Surat permohonan bantuan fasilitas penelitian ke Bakesbang Kabupaten Lamongan.....   | 116 |
| Lampiran 11 | Surat Ijin penelitian dari Bakesbang Kabupaten Lamongan.....   | 117 |
| Lampiran 12 | Surat Ijin penelitian dari Kecamatan Paciran.....  | 118 |
| Lampiran 13 | Surat Ijin Penelitian dari Puskesmas.....  | 119 |
| Lampiran 14 | Surat bukti selesai penelitian dari Puskesmas.....   | 120 |
| Lampiran 15 | Hasil Uji statistik.....   | 121 |
| Lampiran 16 | Hasil Uji statistik.....   | 124 |
| Lampiran 17 | Hasil Uji statistik.....   | 126 |
| Lampiran 18 | Hasil Uji Statistik.....   | 128 |

DAFTAR SINGKATAN

|       |   |
|-------|---|
| ACTH  | : <i>Adrenocorticotrophic Hormone</i>           |
| ADL   | : <i>Actifity Daily Living</i>                  |
| BDI   | : <i>Beck Depression Inventory</i>              |
| BIM   | : <i>Breathe with Interactive Music</i>         |
| CVA   | : <i>Cerebrovascular Accident</i>               |
| CRH   | : <i>Corticotrophin-Releasing Hormone</i>       |
| DIC   | : <i>Diseminata Intravaskular Koagulasi</i>     |
| FIM   | : <i>Functional Independence Measure</i>        |
| GABA  | : <i>Gamma Amino Butric Acid</i>                |
| GDS   | : <i>Geriatric Depression Scale</i>             |
| GI    | : <i>Gastrointestinal</i>                       |
| HDRS  | : <i>Hamilton Depression Rating Scale</i>       |
| IL    | : <i>Interleukin</i>                            |
| MADRS | : <i>Montgomery Depresi Asbery Rating Scale</i> |
| MAOI  | : <i>Monoamine Oxidase Inhibitor</i>            |
| MMSE  | : <i>Mini Mental State Exam</i>                 |
| NE    | : <i>Norepinefrin</i>                           |
| PTSD  | : <i>Post-traumatik stress disorder</i>         |
| RAS   | : <i>Reticular Activating System</i>            |
| RSEM  | : <i>Relaksasi Spiritual Emosional Musik</i>    |
| SOP   | : <i>Standart Operating Procedure</i>           |
| SSRI  | : <i>Selective Serotonin Reuptake Inhibitor</i> |
| TCA   | : <i>Tricyclic Antidepresant</i>                |
| UPT   | : <i>Unit Pelayanan Terpadu</i>                 |
| WHO   | : <i>World Health Organization</i>              |
| ZDS   | : <i>Self-Zung Depression Rating Scale</i>      |



## BAB 1

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar belakang

Stroke atau cedera serebrovaskular (CVA) adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak (Smeltzer & Bare, 2002). Stroke dapat terjadi akibat dari trombolis, emboli ataupun vasospasme yang menyebabkan hemoragik atau iskemik. Semua ini dapat menyebabkan otak kekurangan oksigen atau iskemia. Kondisi iskemia otak dapat mencetuskan berbagai proses seluler, rangkaian proses seluler tersebut bisa berakhir dengan kematian neuron dan kerusakan jaringan otak yang menetap, yang bermanifestasi sebagai defisit neurologis yang permanen (Siswonoto, 2008). Defisit neurologis permanen dapat diminimalkan saat penderita menjalani rehabilitasi. Penderita stroke dapat sembuh sempurna tanpa gejala sisa bila penyakitnya ringan, tetapi sebaliknya seringkali didapatkan gejala-gejala sisa yang sering berupa kelumpuhan, spastisitas, dan gangguan koordinasi yang menyebabkan kecacatan (Osamulia, 2006 dalam Rahmawati, 2009). Gejala-gejala sisa dari serangan stroke dapat menyebabkan gangguan neuropsikiatri antara lain, depresi, mania, apatis, reaksi katastrofik, dan lain-lain. Depresi merupakan gangguan neuropsikiatri yang paling sering terjadi pasca stroke, sekitar 35% dari semua gangguan neuropsikiatri yang ada (Rao, 2011). Depresi membuat energi terkuras pada penderita stroke, sehingga lekas merasa letih dan lelah (Farida & Amalia, 2009).

Depresi pasca stroke juga dapat muncul akibat dari *post-traumatic stress disorder* akibat serangan stroke. *Post-traumatic stress disorder* (PTSD) adalah

gangguan yang dapat berkembang setelah peristiwa traumatis yang mengancam keselamatan atau membuat perasaan tidak berdaya (Smith & Segal, 2011). Gangguan stress pasca trauma tidak terbatas pada tentara atau saksi dari peristiwa mengerikan. Hal ini juga dapat muncul setelah serangan jantung, stroke, atau operasi jantung (Parker, 2010). Stroke dapat mengakibatkan gangguan pada fungsi motorik, bahasa, kognisi, pengolahan sensoris dan gangguan emosional. Para peneliti menemukan bahwa 1 tahun setelah stroke mereka, 31 % dari studi menunjukkan tanda-tanda PTSD. Pasien dengan gejala PTSD cenderung menjadi orang yang peduli tentang kematian atau merasa tidak berdaya, putus asa, dan depresi pada saat stroke (Karin, 2006). Depresi pasca stroke akan memperlambat proses penyembuhan, memperberat gejala fisik, mengganggu rehabilitasi, dan meningkatkan angka kematian (Farida & Amalia, 2009). Salah satu bentuk asuhan modalitas keperawatan untuk dapat menurunkan tingkat depresi pasca stroke yaitu RSEM atau Relaksasi Spiritual Emosional Musik. RSEM merupakan gabungan dari terapi relaksasi religius, terapi spiritual emosional, yang dikemas dalam bentuk musik. Akan tetapi pengaruh relaksasi spiritual emosional musik ini belum dapat dijelaskan.

Menurut WHO, lima belas juta orang di seluruh dunia terserang stroke setiap tahun, lima juta meninggal dunia dan lima juta lainnya menderita kecacatan (*Disabled world*, 2008). Stroke di Indonesia, berdasarkan RISKESDAS, 2010 merupakan salah satu penyebab kematian dan kecacatan yang utama dan diperkirakan 500.000 penduduk terkena serangan stroke setiap tahunnya (Achmad, 2010). Pada stroke gangguan depresi merupakan gangguan emosi yang paling sering ditemukan. Sekitar 15-25% pasien stroke dalam komunitas



menderita depresi, sedangkan pasien stroke yang dirawat di rumah sakit, sekitar 30-40% menderita depresi (Amir, 2005). Dalam jumlah besar pustaka, prevalensi depresi pasca stroke berkisar antara 6-22% pada 2 minggu pertama, 22-53% setelah 3-4 bulan, 16-47% pada tahun pertama, 19% pada tahun kedua, 9-41% pada tahun ketiga, 35% pada tahun kelima, dan 19% pada tahun ketujuh pasca stroke (Meifi dan Agus, 2009). Pada studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti di UPT (Unit Pelayanan Terpadu) Puskesmas Tlogosadang Kecamatan Paciran Kabupaten Lamongan pada tanggal 25 April 2011, jumlah penderita stroke terdapat 24 orang dan dari 24 jumlah penderita stroke terdapat 20 penderita yang menderita depresi pasca stroke dengan menggunakan skala HDRS (*Hamilton Depression Rating Scale*). Penelitian ini dilakukan pada tanggal 30 Juni sampai 30 Juli 2011 dengan sampel berjumlah 18 responden.

Penderita stroke mengalami penurunan aliran darah ke otak. Akibatnya produksi ATP menjadi berkurang, terjadi *deficit energy*, serta adanya gangguan transport aktif ion, instabilitas membran sel dan terjadi pelepasan asam amino neurotransmitter eksitatorik yang berlebihan (Siswonoto, 2008). Akibatnya terjadi abnormalitas norepinefrin, serotonin serta dopamine. Selain itu mekanisme inflamasi akibat iskemia dapat meningkatkan protein inflamatori yang abnormal seperti IL-1 $\beta$ , IL-6, dan IL-18, dan tumor nekrosis faktor alpha 20-22. Sitokin ini juga dapat merangsang dan mengaktivasi indotalamin 2, 3-dioxygenase yang dapat memetabolisme tryptophan menjadi kynurenin, sehingga serotonin menjadi menipis (Rabinson & Spalletta, 2010). Ketidakseimbangan neurotransmitter, abnormalitas noradrenalin, serotonin, dan dopamine, serta lokasi spesifik suatu lesi dapat menyebabkan depresi pasca stroke. Ketidakmampuan fisik (*physical*



*disability*), perasaan tidak nyaman terhadap kecacatan, kurangnya dukungan sosial, gangguan persepsi akan arti diri (*personal worth*) dapat memperparah gejala depresi yang berdampak pada motivasi dan dapat mengurangi kualitas hidup pasien (Suwantara, 2004).

Salah satu upaya dalam menurunkan tingkat depresi pasca stroke adalah dengan Relaksasi Spiritual Emosional Musik (RSEM). RSEM merupakan terapi gabungan dari terapi relaksasi religius, terapi spiritual emosional, yang dikemas dalam bentuk musik. Terapi ini terdiri dari tiga aspek. Aspek terapi relaksasi religius, yang merupakan pengembangan metode respon relaksasi dengan melibatkan *faith factor* dari Benson. Menurut Benson (2000) formula-formula tertentu yang dibaca berulang-ulang dengan melibatkan unsur keimanan kepada agama, kepada Tuhan yang disembah akan menimbulkan respon relaksasi yang lebih kuat dibandingkan dengan sekedar relaksasi tanpa melibatkan unsur keyakinan terhadap hal tersebut (Purwanto & Zulaikhah, 2007).

Aspek musik selain memiliki nilai estetika, juga memiliki nilai terapeutik, yang banyak digunakan untuk membantu menenangkan, penyembuhan, dan pemulihan kondisi fisiologis pasien maupun tenaga medis (Saing, 2007). Musik ketika dimainkan akan menghasilkan stimulus yang dikirim dari akson-akson serabut sensori ascendens ke neuron-neuron dari *reticular activating system* (RAS). Stimulus kemudian ditransmisikan sistem limbik dan selanjutnya akan berintegrasi dengan hipotalamus. Hipotalamus akan meneruskan stimulus tersebut pada *formation retikularis* sebagai penyalur impuls menuju seraf otonom, yaitu saraf simpatis dan parasimpatis. Hipotalamus juga mengirim sinyal ke *glandula pituitary* yang kemudian sinyal tersebut diterima *glandula pituitary* untuk

meningkatkan sekresi *endorphine*. Rangsangan sekresi *endorphine* akan meningkatkan daya tahan tubuh terhadap stress. Selain itu sebagai ejektor dari rasa rileks dan ketenangan yang timbul, midbrain juga akan mengeluarkan *Gamma Amino Butric Acid* (GABA), enkephalin, dan beta *endorphine*. Zat tersebut dapat menimbulkan efek analgesia yang dapat mengeliminasi neurotransmitter stress pada pusat sensorik somatik otak. Terapi musik juga memberikan efektivitasnya pada mekanisme koping, sehingga memiliki sejumlah keuntungan dalam mengurangi tingkat stress psikologi maupun fisiologi sehingga dapat menurunkan tingkat depresi (Wijaya, 2006). Pada aspek spiritual emosional ditekankan pada penerimaan pasien terhadap sakit yang dideritanya (Ronaldson, 2000). Sehingga penderita depresi pasca stroke akan dapat menerima dengan ikhlas terhadap sakit yang dialami dan mampu mengambil hikmah. Sehingga penggabungan dari ketiga aspek yaitu aspek musik, aspek relaksasi dan aspek spiritual emosional akan lebih mengefektifkan penurunan depresi pasca stroke. Dari uraian diatas penulis tertarik melakukan penelitian untuk mengetahui pengaruh relaksasi spiritual emosional musik terhadap penurunan tingkat depresi pada penderita pasca stroke.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Apakah terdapat pengaruh Relaksasi Spiritual Emosional Musik (RSEM) terhadap penurunan tingkat depresi penderita pasca stroke di wilayah UPT Puskesmas Tlogosadang Paciran Lamongan?

### **1.3 Tujuan Penelitian**

#### **1.3.1 Tujuan umum**

Menjelaskan pengaruh relaksasi spiritual musik terhadap penurunan tingkat depresi pada penderita pasca stroke di wilayah UPT Puskesmas Tlogosadang Paciran Lamongan.

#### **1.3.2 Tujuan khusus**

1. Mengidentifikasi fokal stimuli, kontekstual stimuli, dan residual stimuli pada penderita pasca stroke di wilayah UPT Puskesmas Tlogosadang Paciran Lamongan.
2. Mengidentifikasi tingkat depresi sebelum dan sesudah pemberian Relaksasi Spiritual Emosional Musik (RSEM) pada kelompok perlakuan.
3. Mengidentifikasi tingkat depresi sebelum dan sesudah pemberian Relaksasi Spiritual Emosional Musik (RSEM) pada kelompok kontrol.
4. Menganalisis penurunan tingkat depresi penderita pasca stroke oleh pengaruh relaksasi spiritual emosional musik di wilayah UPT Puskesmas Tlogosadang Paciran Lamongan.

### **1.4 Manfaat Penelitian**

#### **1.4.1 Manfaat teoritis**

Dapat meningkatkan pengetahuan ilmu keperawatan medikal bedah, jiwa, dan komunitas tentang asuhan modalitas keperawatan pada depresi penderita pasca stroke yang ada di komunitas.



### **1.4.2 Manfaat praktis**

1. Relaksasi spiritual emosional musik diharapkan dapat digunakan sebagai asuhan modalitas keperawatan dalam menurunkan tingkat depresi pada penderita pasca stroke di wilayah UPT Puskesmas Tlogosadang Paciran Lamongan.
2. Bagi petugas kesehatan dapat digunakan sebagai tambahan untuk asuhan modalitas keperawatan sebagai bentuk pelayanan kesehatan pada penderita pasca stroke, khususnya perawatan depresi pasca stroke.
3. Bagi peneliti lain dapat digunakan sebagai data dasar untuk melaksanakan penelitian lebih lanjut yang berkaitan dengan asuhan modalitas keperawatan bagi penderita depresi pasca stroke.

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Konsep Stroke

Stroke atau cedera cerebrovaskuler adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah kebagian otak, ini sering adalah kulminasi penyakit cerebrovaskuler selama beberapa tahun (Smeltzer, 2002). Stroke merupakan penyebab utama kecacatan dan kematian, diperkirakan 150.000 orang di Inggris menderita stroke setiap tahun (The Stroke Association, 2008 dalam Levy *et al*, 2009). Kriteria Stroke (Stroke WHO, 1989 dalam Rao, 2011) adalah sebagai berikut:

1. Cepat mengembangkan gangguan fungsi otak
2. Fokal (atau global)
3. Gejala berlangsung 24 jam atau lebih atau menyebabkan kematian
4. Tanpa sebab jelas selain vaskuler.

Stroke adalah masalah neurologik primer di AS dan di dunia. Meskipun upaya pencegahan telah menimbulkan penurunan insiden dalam beberapa tahun terakhir, stroke adalah peringkat ketiga penyebab kematian, dengan laju mortalitas 18% sampai 37% untuk stroke pertama dan sebesar 62% untuk stroke selanjutnya. Terdapat kira-kira 2 juta orang bertahan hidup dari stroke yang mempunyai beberapa kecacatan; dari angka ini, 40% memerlukan bantuan dalam aktivitasnya (Smeltzer, 2002). Menurut WHO, lima belas juta orang di seluruh dunia terserang stroke setiap tahun, lima juta meninggal dunia dan lima juta lainnya menderita kecacatan (*Disabled world*, 2008).

Stroke dapat berupa perdarahan (15%) atau iskemik (85%). Hemorrhagic stroke biasanya hasil baik dari anomali vaskular atau sejarah panjang hipertensi. 65% dari perdarahan yang terjadi pada thalamus-ganglia basal, 15% di pons. Hemorrhagic stroke biasanya progresif dan mematikan dan dapat berkembang selama jam atau hari. Ischemic stroke disebabkan oleh gangguan suplai darah ke otak. Aterosklerosis menyebabkan penyempitan pembuluh darah dan oklusi vaskular dapat terjadi oleh trombosis atau emboli, yang menyebabkan infark (Rao, 2011).

Stroke biasanya diakibatkan salah satu dari empat kejadian:

1. Trombosis (bekuan darah di dalam pembuluh darah otak atau leher).
2. Embolisme serebral (bekuan darah atau material lain yang dibawa ke otak dari bagian tubuh yang lain).
3. Iskemia (penurunan aliran darah ke area otak),
4. Hemoragi serebral (pecahnya pembuluh darah serebral dengan perdarahan ke dalam jaringan otak atau ruang sekitar otak).

Akibatnya adalah penghentian suplai darah ke otak, yang menyebabkan kehilangan sementara atau permanen gerakan, berpikir, memori, bicara, atau sensasi (Smeltzer, 2002).

Stroke dapat terjadi akibat dari trombolis, emboli ataupun vasospasme yang menyebabkan hemoragik atau iskemik, semua ini dapat menyebabkan otak kekurangan oksigen atau iskemia. Kondisi iskemia otak adalah picu yang mencetuskan berbagai proses seluler yang masing – masing dapat berjalan sendiri maupun saling berkaitan, namun semuanya bisa berakhir dengan kematian neuron dan kerusakan jaringan otak yang menetap, yang bermanifestasi sebagai defisit



neurologis yang permanen. Rangkaian proses tersebut dimulai dengan berkurangnya pasokan oksigen dan glukosa, kemudian diikuti proses seluler meliputi peningkatan pelepasan glutamat, asidosis, peningkatan kalsium intrasel, proses inflamasi dengan peningkatan pelepasan sitokin dan migrasi leukosit serta terbentuknya radikal bebas. Rangkaian proses tersebut bisa berakhir dengan kematian neuron dan kerusakan jaringan otak yang menetap, yang bermanifestasi sebagai defisit neurologis yang permanen (Siswonoto, 2008).

Stroke mempengaruhi secara fisik, mental, dan emosional pasien, atau kombinasi ketiganya. Kecacatan fisik meliputi paralisis, kesemutan, dekubitus, pneumonia, inkontinensia, apraksia, kesulitan aktivitas harian, nafsu makan hilang, penglihatan kabur, dan nyeri (Meifi & Agus, 2009).

Stroke terdiri dari 3 stadium, yaitu stadium akut, stadium pemulihan (recovery) dan stadium sisa (residual).

#### 1. Pada stadium akut

Pada stadium ini terjadi perbaikan neurologi dimana apabila diberikan penanganan yang baik di awal maka prognosis gerak dan fungsi semakin baik. Pada stadium akut menimbulkan berbagai tingkat gangguan yaitu “*impairment*” yaitu berupa adanya penurunan tonus otot / flaccid, hilangnya sensibilitas pada separo anggota tubuh dan “*Functional limitation*” seperti menurunnya kemampuan untuk mengerakkan anggota tubuh yang sakit bahkan tingkat “*disability*” yaitu ketidak mampuan dalam hal melakukan aktifitas tertentu sampai dengan kecacatan. Pada penderita *stroke* akan mengalami gangguan atau keterbatasan dalam hal aktifitas sehari – hari (Rahmawati, 2009).

## 2. Stadium recovery

Stadium pemulihan ditandai dengan terjadinya absorpsi edema dan infark pada area lesi yang terjadi pada 2-4 minggu setelah stadium akut. Pada edema serebri mengalami reabsorpsi sehingga sel – sel yang infark akan menjadi nekrotik. Nekrotik terjadi oleh karena *liquefaction* sel makrofag sehingga membentuk area degenerasi permanen (*umbra*) dan degenerasi *reversible*. Degenerasi *reversible* dapat menjadi permanen apabila tidak mendapatkan penanganan dengan baik dan benar. Gambaran klinis pada penderita stroke stadium pemulihan ditandai munculnya spastisitas. Spastisitas merupakan salah satu impairment dari penderita stroke yang dapat menghambat aktifitas sehari – hari. Pada stadium pemulihan ini tujuan dari terapi adalah lebih mengacu pada bagaimana penderita belajar lagi ketrampilan motorik yang terganggu dan belajar penyesuaian baru untuk mengimbangi keterbatasan yang ada. Memberikan pengalaman baru pada penderita akan meningkatkan kemampuannya, karena pada masa ini plastisitas otak sedang terjadi. Latihan sedini mungkin pada penderita pasca stroke akan memberikan dampak berupa peningkatan kualitas hidup, dapat bekerja kembali sesuai dengan pola gerak normal atau mendekati normal serta mengurangi tingkat kecacatan. Pasien stroke stadium *recovery* menyebabkan perubahan tonus yang abnormal yang ditandai dengan peningkatan tonus. Dengan adanya abnormal tonus secara postural (*spastisitas*) maka akan terjadi gangguan gerak yang dapat berakibat terjadinya gangguan aktifitas fungsional dan dapat menghalangi serta menghambat timbulnya keseimbangan (Suyono, 2002 dalam Wardana, 2009).

### 3. Stadium residual

Stadium residual terjadi pada 6 bulan setelah stadium akut. Pada stadium ini mulai nampak disabilitas residual, dan pada stadium ini difokuskan kepada pencegahan serangan stroke berulang, peningkatan fungsional dan kualitas hidup (Salter, 2010).

## 2.2 Pasca Stroke

Stroke merupakan salah satu masalah besar di bidang kesehatan masyarakat, baik di Negara maju maupun di negara berkembang. Badan Kesehatan Dunia (WHO) mendefinisikan stroke sebagai terjadinya gejala klinis yang cepat berupa gangguan fungsi serebral dengan gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih tanpa adanya penyebab yang jelas selain yang berasal dari sistem vaskuler (Stroke WHO, 1989 dalam Suwantara, 2004). Dari seluruh kondisi kronis, stroke dianggap sebagai kelainan yang paling menyebabkan ketidak-berdayaan (*disabling*) (Suwantara, 2004).

Hasil-hasil penelitian terakhir menyimpulkan bahwa komplikasi neuropsikologis (seperti gangguan emosional, perilaku, dan kognitif) tidak saja dapat memberi dampak negatif pada fungsi sosial penderita stroke dan kualitas hidup mereka secara keseluruhan, tetapi juga mempunyai pengaruh terhadap penyembuhan fungsi motorik mereka. Selain itu, beratnya depresi pasca-stroke sangat erat hubungannya dengan tingkat gangguan aktivitas hidup sehari-hari (Suwantara, 2004).



Menurut klasifikasi yang dikemukakan oleh *The American Heart Association*, 1998, daerah-daerah (*domain*) neurologis yang mengalami gangguan akibat stroke dapat dikelompokkan dalam 6 tipe yang meliputi:

#### 1. Motor

Gangguan motorik adalah yang paling prevalen dari semua kelainan yang disebabkan oleh stroke dan pada umumnya meliputi muka, lengan, dan kaki, baik mono maupun dalam bentuk gabungan.

#### 2. Sensori

Defisit sensorik berkisar antara kehilangan sensasi primer sampai kehilangan persepsi yang sifatnya lebih kompleks. Penderita mungkin menyatakannya sebagai perasaan semutan, rasa baal, atau gangguan sensitivitas. Kehilangan sensorik yang lebih kompleks meliputi gangguan seperti astereognosis dan agrafia.

#### 3. Penglihatan

Stroke dapat menyebabkan hilangnya visus secara monokuler, hemianopsia homonim, atau kebutaan kortikal.

#### 4. Bicara dan bahasa

Disfasia mungkin tampak sebagai gangguan komprehensi, lupa akan nama-nama, adanya repetisi, dan gangguan membaca dan menulis. Sebanyak kira-kira 30% penderita stroke menunjukkan gangguan bicara. Kelainan bicara dan bahasa dapat mengganggu kemampuan penderita untuk kembali ke kehidupan mandiri seperti sebelum sakit.

## 5. Kognitif

Kelainan ini berupa adanya gangguan memori, atensi, orientasi, dan hilangnya kemampuan menghitung (kalkulasi). Sekitar 15-25% penderita stroke menunjukkan gangguan kognitif yang nyata setelah mengalami serangan akut iskemik.

## 6. Afek

Gangguan afeksi berupa depresi adalah yang paling sering menyertai stroke. Depresi cenderung terjadi beberapa bulan setelah serangan dan jarang pada saat akut (Duncan, *et al*, 1998).

Gejala-gejala gangguan motorik yang terjadi akibat stroke antara lain meliputi gangguan menelan (disfagia), gangguan kekuatan dan tonus otot, gangguan refleks, gangguan keseimbangan (ataksia) dan apraksia. Gangguan sensorik yang meliputi rasa, raba, sakit, suhu atau posisi, dapat disertai dengan terjadinya inkontinensia urin sehingga memaksa penderita untuk membatasi mobilitasnya sebatas tidak jauh dari rumah. Selain itu, pada gangguan sensorik ini terdapat pula gejala seperti timbulnya spastisitas, kehilangan kemampuan untuk mengenal bagian dari tubuhnya sendiri dan sindrom talamik di mana adanya *signal* rasa sakit palsu mengakibatkan persepsi sakit di bagian tubuh yang mengalami defek sensorik. Gangguan bicara seperti disfasia atau afasia dialami sekitar 25% penderita stroke. Beberapa penderita bahkan kehilangan sama sekali kemampuannya untuk bicara. Sedangkan penderita lainnya mungkin hanya terganggu dalam kemampuannya menulis atau memahami bahasa lisan atau tulisan. Afasia Broca menggambarkan gangguan berupa hilangnya kemampuan atau kesulitan untuk mengemukakan pikiran dalam bentuk kata-kata sehingga

seringkali mengakibatkan terganggunya komunikasi. Sebaliknya, afasia reseptif (daerah Wernicke) menggambarkan suatu kesulitan untuk mengerti kata-kata dan berakibat suatu komunikasi yang tidak mengandung makna meskipun secara gramatik benar. Afasia anomik atau amnestik merupakan keadaan di mana terjadi gangguan lupa akan sekelompok kata-kata yang saling berkaitan, dan afasia global menyatakan hilangnya hampir seluruh kemampuan linguistik. Gangguan kognitif pasca-stroke dapat mengenai pikiran (*thinking*) dan ingatan (*memory*) yang mengakibatkan lebar perhatian (*attention span*) menyempit. Pada gangguan ini juga dijumpai adanya defek di dalam ingatan jangka pendek dan hilangnya kemampuan untuk mengikuti instruksi bahkan pada sebagian penderita juga terdapat gangguan anosognosia (Suwantara,2004).

Gangguan neuropsikiatri dan prevalensinya yang umum pasca stroke antara lain:

1. Depresi : 35%
2. Mania : langka
3. Gangguan bipolar: langka
4. *Anxiety disorder* : 25%
5. Apatis: 20%
6. Psikosis: langka
7. Mempengaruhi keadaan patologis : 20%
8. *Catastrophic reaction* : 20%

(Rao,2011 dalam Johns Hopkins Medicine, 2011)



### 2.3 Rehabilitasi Stroke

Tujuan utama dari stroke manajemen untuk mengurangi cedera otak dan mendorong pemulihan pasien maksimal. deteksi cepat dan medis darurat perawatan yang tepat sangat penting untuk mengoptimalkan hasil kesehatan. Setelah pasien secara medis stabil, fokus pergeseran pemulihan mereka untuk rehabilitasi. Beberapa pasien akan dipindahkan ke program rehabilitasi di-pasien, sementara yang lain dapat disebut layanan rawat jalan atau perawatan berbasis rumah. Tujuan utama dari fase akut sub pemulihan termasuk mencegah komplikasi kesehatan sekunder, meminimalkan gangguan, dan mencapai tujuan fungsional yang mendorong kemandirian dalam aktivitas hidup sehari-hari (Boyd, Goudreau, O'Riain, 1993).

Rehabilitasi membantu penderita stroke mempelajari kembali keterampilan yang hilang ketika bagian dari otak rusak. Sebagai contoh, keterampilan ini dapat mencakup koordinasi gerakan kaki untuk berjalan atau melakukan langkah-langkah yang terlibat dalam kegiatan yang kompleks. Rehabilitasi juga mengajarkan cara-cara baru dalam melakukan tugas untuk menghindari atau kompensasi untuk setiap cacat sisa. Penderita mungkin perlu belajar bagaimana untuk mandi dan berpakaian hanya menggunakan satu tangan, atau bagaimana berkomunikasi secara efektif ketika kemampuan mereka untuk menggunakan bahasa yang telah diganggu. Terapi Rehabilitasi dimulai di rumah sakit perawatan akut setelah kondisi keseluruhan seseorang telah stabil, sering dalam waktu 24 hingga 48 jam setelah stroke. Langkah pertama melibatkan gerakan independen karena banyak orang yang lumpuh atau melemah serius. Pasien akan diminta untuk sering mengubah posisi sambil berbaring di tempat tidur dan untuk terlibat

dalam jangkauan pasif atau aktif gerakan latihan untuk memperkuat kaki mereka yang terganggu akibat stroke. Rehabilitasi perawat dan terapis membantu pasien yang mampu melakukan tugas-tugas semakin lebih kompleks dan menuntut, seperti mandi, berpakaian, dan menggunakan toilet, dan mereka mendorong pasien untuk mulai menggunakan anggota badan mereka stroke-gangguan saat melakukan tugas-tugas. Mulai kemampuan untuk melakukan aktivitas dasar hidup sehari-hari merupakan tahap pertama dalam mengembalikan penderita stroke untuk mandiri (NINDS, 2011).

#### **2.4 Post Traumatic Stress Disorder pada Stroke**

Stroke atau serangan pada otak yang disebabkan oleh perdarahan di dalam kepala atau kehilangan aliran darah ke otak secara tiba-tiba. Stroke dapat menyebabkan kematian sel otak, sehingga seseorang dengan stroke kemungkinan akan mengalami paralisis, kehilangan rasa, gangguan bicara, atau gangguan kognitif dan memori. Kerusakan lain yang diakibatkan oleh stroke adalah gangguan emosional seperti depresi. Orang yang mengalami stroke dapat menyebabkan gangguan kecemasan yang disebut *posttraumatic stress disorder* atau PTSD. Kondisi ini dapat terjadi setelah kejadian yang mengancam kehidupan atau kejadian traumatis (Karin, 2006). Gangguan stress pasca trauma tidak terbatas pada tentara atau saksi dari peristiwa mengerikan. Hal ini juga dapat muncul setelah serangan jantung, stroke, atau operasi jantung (Parker, 2010).

*Post-Traumatic Stress Disorder* (PTSD) adalah reaksi terhadap peristiwa traumatis, penggabungan situasi yang mengancam jiwa yang menyebabkan ketakutan yang ekstrim, tidak berdaya, atau horror dapat menyebabkan reaksi



emosional yang berat (Karin, 2006). *Post-traumatik stress disorder* merupakan gangguan yang dapat berkembang setelah peristiwa traumatis yang mengancam keselamatan atau membuat perasaan tidak berdaya. PTSD dapat berkembang setelah pajanan stressor traumatik ekstrim yang melibatkan pengalaman pribadi langsung dari suatu peristiwa yang melibatkan kematian aktual atau terancam atau cedera serius, atau ancaman lainnya terhadap integritas fisik seseorang (Smith dan Segal, 2011).

Para peneliti menemukan bahwa 1 tahun setelah stroke mereka, 31 % dari studi menunjukkan tanda-tanda PTSD. Secara khusus, banyak hal yang mengingatkan pasien stroke tentang perasaan mereka selama stroke atau mempunyai pikiran yang tidak diinginkan dan kenangan tentang stroke yang tidak bisa disingkirkan. Pasien dengan gejala PTSD cenderung menjadi orang yang peduli tentang kematian atau merasa tidak berdaya dan putus asa pada saat stroke. Sebagian peserta penelitian memiliki masalah neurologis minor dengan cacat fisik yang sangat sedikit dan kebanyakan dari mereka memiliki ingatan yang sangat baik dari peristiwa stroke. Gejala PTSD tidak tergantung pada memori mereka dari kejadian stroke atau keseluruhan memori umum mereka, gejala PTSD juga tidak tergantung letak stroke di otak, meskipun beberapa dari pikiran-pikiran yang tidak diinginkan mungkin terkait dengan stroke di daerah tertentu otak yang disebut ganglia basal (Karin, 2006).

Gejala PTSD antara lain *re-experiencing* atau mengalami kembali trauma yang pernah terjadi. Ini adalah reaksi dari tubuh dan pikiran, ketika pasien mencoba mengatasi trauma. Mereka mungkin merasa seolah-olah mereka hidup mengalami serangan stroke lagi, dengan pengalaman mental yang sama,



emosional, dan fisik yang terjadi pertama kalinya. Pasien memiliki kenangan mengesalkan, gambar, atau pikiran ketika mereka terjaga, atau mimpi buruk dan mimpi buruk akan mengganggu tidur serta pasien akan merasa panik atau merasa seolah-olah dalam keadaan bahaya bahkan ketika pasien tahu mereka sebenarnya tidak dalam keadaan bahaya. Gejala PTSD yang lain yaitu *avoidant* atau menghindari pengingat trauma untuk mengurangi saat-saat ketika pasien merasa menghidupkan kembali pengalaman saat serangan stroke. *Shutting down* dan perasaan emosional mati rasa, atau perasaan terputus dari orang lain, mungkin juga menjadi cara untuk mencoba menghindari trauma (Bowirratet al, 2010). Upaya menghindari ini dapat mengakibatkan depresi, putus asa, perubahan kepribadian, gangguan dalam hubungan, isolasi sosial, masalah kesehatan fisik, dan masalah dengan penggunaan alcohol dan narkoba (Karin, 2006).

Beberapa neurotransmitter diaktivasi pada PTSD sebagai respon tubuh, antara lain dopamine, norepinefrin, epinefrin, opioid petida, serotonin, GABA (gamma-aminobutirate acid), glutamate, dan acetilcolin. *Hypothalamic-pituitary-adrenal* (HPA) axis teraktivasi oleh stimulus stress dan terjadi gangguan pada PTSD dapat mengkonsep "*false alarm*". Terjadi penurunan serotonin pada PTSD, dopamine meningkat, kortisol meningkat, norepinefrin juga mengalami peningkatan, dan CRH juga meningkat. Disfungsi dari HPA system dapat membuat kerusakan pada hipokampus yang termanifestasi seperti gangguan memori. Pada stress akut atau kronis dan major depresi level kortisol meningkat, akan tetapi pada PTSD terjadi sensitivitas pada HPA axis sehingga level kortisol menurun drastis. Pasien dengan PTSD menampakkan penurunan level kortisol sampai 50 tahun setelah trauma. Penurunan level kortisol yang mendadak setelah

trauma dapat meningkatkan resiko untuk mengembangkan PTSD di kemudian hari. Hasil MRI menunjukkan pengecilan ukuran hipokampus pada pasien dengan PTSD berhubungan dengan keparahan pajanan dari trauma, defisit kognitif, dan gejala PTSD. Pada pasien dengan gejala PTSD juga mengalami hiperaktif pada amigdala, region anterior paralimbic teraktivasi, sehingga terjadi penurunan aktifitas di anterior cingulated cortex dan penurunan aliran darah ke hipokampus (Bowirrat *et al*, 2010).

## **2.5 Depresi Pasca stroke**

### **2.5.1 Definisi depresi pasca stroke**

Depresi adalah gangguan atau kelainan yang mengenai pikiran, perasaan dan kemampuan untuk berfungsi di dalam kehidupan sehari-hari. Depresi muncul sebagai gejala-gejala berupa rasa sedih yang persisten, suasana kejiwaan yang terasa kosong, hilangnya perhatian dan minat, perasaan putus asa dan pesimis, rasa bersalah dan tak berguna, rasa lelah yang berlebihan, kesulitan berkonsentrasi, insomnia, serta hilangnya nafsu makan (Pound, Gompertz, Ebrahim, 1998).

Pada stroke gangguan depresi merupakan gangguan emosi yang paling sering ditemukan. Sekitar 15-25% pasien stroke dalam komunitas menderita depresi, sedangkan pasien stroke yang dirawat di rumah sakit, sekitar 30-40% menderita depresi (Amir, 2005). Dalam jumlah besar pustaka, prevalensi depresi pasca stroke berkisar antara 6-22% pada 2 minggu pertama, 22-53% setelah 3-4 bulan, 16-47% pada tahun pertama, 19% pada tahun kedua, 9-41% pada tahun



ketiga, 35% pada tahun kelima, dan 19% pada tahun ketujuh pasca stroke (Meifi & Agus, 2009).

Depresi pasca-stroke dapat menyebabkan gangguan berupa perasaan ketidakberdayaan yang berkepanjangan dan berlebih-lebihan sehingga mendorong penderita stroke untuk bunuh diri (Schulz dkk, 2000). Perasaan takut jatuh, terjadinya serangan stroke ulangan, dan bahkan perasaan tidak nyaman oleh pandangan orang lain terhadap cacat dirinya dapat menyebabkan penderita stroke membatasi diri untuk tidak keluar dari lingkungannya. Keadaan ini selanjutnya dapat mendorong penderita ke dalam gejala depresi yang berdampak pada motivasi dan rasa percaya dirinya. Ketidakmampuan fisik (*physical disability*) bersama-sama dengan gejala depresi dapat menyebabkan aktivitas penderita stroke menjadi sangat terbatas pada tahun pertama, namun dukungan sosial dapat mengurangi dampak dari ketidak-mampuan fisik serta depresi tersebut. Ketidakmampuan fisik yang menyebabkan hilangnya peran hidup yang dimiliki penderita sebelum sakit dapat menyebabkan gangguan persepsi akan arti diri (*personal worth*) yang bersangkutan dan dengan sendirinya mengurangi kualitas hidupnya. Persepsi penderita yang tidak proporsional mengenai ketidakmampuan fisiknya merupakan suatu faktor kontribusi di dalam meyakini secara berlebihan seluruh cacat yang dideritanya (Suwantara, 2004).

Pada penderita stroke, depresi akan memperlambat proses penyembuhan, memperberat gejala fisik, mengganggu rehabilitasi, dan meningkatkan angka kematian. Depresi dapat menyebabkan seseorang merasa bersalah tanpa alasan yang jelas. Depresi dapat menjadikan seseorang merasa tidak berguna, meskipun telah melakukan apa saja yang menurutnya adalah yang terbaik. Depresi dapat



menyebabkan seseorang tidak berminat terhadap hal-hal yang sebelumnya amat dia sukai. Selain itu depresi membuat energi terkuras, sehingga lekas merasa letih dan lelah. Umumnya stroke berlanjut dengan depresi. Para penderita stroke sadar, kondisinya sudah berbeda untuk melakukan ini dan itu secara rutin, seperti makan harus disuapi, jalan jadi lambat, dan mandi harus dibantu. Karena faktor mental, mereka jadi depresi : sering menangis dan suka melamun (Farida & Amalia, 2009).

### **2.5.2 Penyebab depresi pasca stroke**

Ada 2 teori yang dapat menerangkan terjadinya depresi pasca stroke, yaitu:

1. Depresi merupakan reaksi psikologis sebagai konsekuensi klinis akibat stroke.
2. Depresi timbul sebagai akibat lesi pada daerah otak tertentu yang menyebabkan terjadinya perubahan neurotransmitter.

(Bhagal, 2004 dalam Meifi & Agus, 2009).

Etiologi depresi pasca stroke belum dipahami dengan baik. Para peneliti telah membuat hipotesis bahwa peningkatan produksi sitokin pro inflamasi akibat iskemia otak di daerah otak dikaitkan dengan patogenesis gangguan mood. Dengan peradangan meningkat, terutama di daerah limbik, serotonin dapat menjadi habis. Serotonin mengatur tingkat kewaspadaan, kemampuan untuk mengkategorikan informasi, dan persepsi kesejahteraan. Kurangnya serotonin atau gangguan dari sistem serotonergik ketika sinapsis saraf terluka atau hancur dapat menyebabkan depresi pasca-stroke. Depresi pasca-stroke telah dikaitkan dengan pemulihan dan respon rehabilitasi yang lemah, fungsi sosial yang berkurang, menggunakan lebih besar layanan kesehatan, dan peningkatan resiko kejadian jantung dan stroke berulang (Melrose, 2010). Menurut Rao, 2011 cara terbaik

untuk melihat penyebab depresi pasca stroke adalah dari perspektif biopsikososial. Depresi pasca stroke mungkin karena kombinasi psikologis, biologis, dan faktor sosial.

1. Biologi: adanya kerusakan dalam otak, gangguan sirkuit saraf dan kimia saraf, faktor genetik.
2. Psikologis: gaya kepribadian neurotik, mekanisme koping yang buruk.
3. Sosial: kecacatan, dukungan sosial yang terbatas, menjadi ketergantungan.

### **2.5.3 Faktor resiko depresi pasca stroke**

Faktor resiko depresi pasca stroke (Lambert,2011) antara lain:

1. Jenis kelamin perempuan
2. Usia 60 atau lebih muda
3. Bercerai
4. Alkoholisme
5. *Non-fluent aphasia*
6. Defisit kognitif
7. Penempatan rehabilitas
8. Kurangnya dukungan social

Sedangkan menurut Paolucci et al, 2005 dalam Hutchings, 2010 faktor resiko terjadinya depresi pasca stroke yaitu; wanita, riwayat stroke sebelumnya, riwayat depresi/ penyakit jiwa, isolasi sosial, dan cacat berat (fungsional atau kognitif).

### **2.5.4 Mekanisme depresi pasca stroke**

Mekanisme depresi pasce stroke ada dua hipoteis utama (Fang & Cheng, 2009):

1. Hipotesis biologi meliputi empat mekanisme

- 1) Mekanisme lokasi lesi: lokasi spesifik suatu lesi (misalnya, ganglia basalis atau kiri lesi lobus frontal) memainkan peran penting dalam penyebab depresi pasca stroke (Fang & Cheng, 2009). Robinson menemukan bahwa lesi pada region frontal kiri pada otak berhubungan secara signifikan dengan tingginya frekuensi depresi selama 2 bulan pertama pada stroke akut dari pada lesi pada hemisphere kanan atau lesi bagian posterior dari hemisfer kiri. Beberapa peneliti mengidentifikasi bahwa lateral kiri frontal lobus, caudatus, atau lesi pada putamen secara signifikan banyak menyebabkan depresi selama periode akut stroke dari pada lesi dari hemisphere kanan (Robinson & Spalletta, 2010). Dari penelitian terhadap pasien *pasca stroke* didapatkan bahwa sekitar 44% pasien dengan lesi di korteks kiri mengalami depresi sedangkan pada pasien dengan lesi di subkorteks kiri 39%. Depresi pada lesi di korteks kanan 11% dan di subkorteks kanan 14%. Tidak terdapat perbedaan kejadian depresi yang bermakna antara lesi di korteks dengan subkorteks. Tetapi prevalensi depresi lebih tinggi secara bermakna pada lesi di hemisfer kiri dibandingkan dengan lesi di hemisfer kanan. Bila dilihat lebih jauh, pasien dengan lesi korteks frontal kiri anterior lebih sering mengalami depresi jika dibandingkan dengan pasien dengan lesi korteks frontal kiri posterior (Amir, 2005).
- 2) Mekanisme neurotransmitter : penurunan serotonin dan norepinefrin dalam otak dikaitkan dengan depresi pasca stroke (Fang & Cheng, 2009). Badan sel serotoninergik dan noradrenergik terletak di batang otak dan mengirim proyeksinya melalui bundle forebrain media ke korteks frontal. Lesi yang



mengganggu korteks prefrontal atau ganglia basalis dapat merusak serabut-serabut ini. Ada dugaan depresi pasca stroke disebabkan oleh deplesi serotonin dan norepinefrin akibat lesi frontal dan ganglia basalis. Respon biokimia terhadap lesi iskemik bersifat lateralisasi. Lesi hemisfer kiri menyebabkan penurunan biogenik amin tanpa adanya kompensasi peninggian regulasi serotonin akibatnya, gejala depresi dapat muncul. Sebaliknya lesi hemisfer kanan menyebabkan peninggian regulasi serotonin (karena mekanisme kompensasi) yang bersifat protektif terhadap depresi (Amir, 2005). Teori biologik memfokuskan pada abnormalitas norepinefrin (NE) dan serotonin (5-HT) serta dopamin (D). Hipotesis katekolamin menyatakan bahwa depresi disebabkan oleh rendahnya kadar NE otak dan dopamin. Walaupun demikian, pada beberapa pasien kadar MHPG (metabolit utama NE) tetap rendah. Hipotesis indolamin menyatakan bahwa rendahnya 5-HT otak (atau metabolit utama, 5-HIAA) dapat menyebabkan depresi. Mekanisme kerja antidepresan yang diketahui, mendukung teori ini trisiklik memblok ambilan NE dan 5-HT dan menghambat oksidasi NE oleh monoamin oksidase inhibitor. Depresi juga dihubungkan dengan ketidakseimbangan neurohormonal. Teori neurofisiologik penelitian terbaru menyatakan bahwa mungkin terdapat hipometabolisme di lobus frontal atau menyeluruh pada depresi atau beberapa abnormalitas fundamental ritmik sirkadian pada pasien depresi (Amir, 2005).

- 3) Mekanisme inflamasi sitokin : peningkatan sitokin [termasuk interleukin (IL) 1 $\beta$ , IL-18, tumor nekrosis factor alfa (TNF $\alpha$ )] setelah stroke

- menyebabkan depresi (Fang & Cheng, 2009). Pada anatomik basis dari depresi terdapat peningkatan protein proinflammatory yang abnormal akibat dari brain injury atau regional disfunction yang kemungkinan dapat menyebabkan psikological dan neurochemical disfunction yang mana dapat mendasari terjadinya patofisiologi dari depresi. Protein proinflammatory sitokin seperti IL-1 $\beta$ , IL-6, dan IL-18, dan tumor nekrosis factor alpha 20-22. Sitokin ini juga merangsang dan mengaktivasi indotalamin 2, 3-dioxygenase, yang memetabolisme tryptophan menjadi kynurenin, sehingga serotonin menjadi habis (Robinson & Spalletta, 2010).
- 4) Mekanisme gen polimorfisme: ada hubungan yang signifikan antara promoter serotonin transporter genotip gen-linked wilayah varian pendek dan depresi berat pasca stroke. Pasien dengan serotonin transporter protein promoter polymorphism 3,1 akan lebih mendapat depresi pasca stroke dari pada pasien dengan gen tipe 1/1 atau 1/ $\chi$ 1. Pasien dengan serotonin transporter gen tipe STin2 (variabel nomer dengan pengulangan dua-dua) 9/12 atau 12/12 adalah 4,1 akan lebih mendapatkan depresi pasca stroke dari pada pasien dengan STin2 tipe 10/10. Bagaimanapun mekanisme oleh karena gen dapat meningkatkan atau menurunkan kemungkinan depresi pasca stroke masih belum diketahui dengan pasti (Kohen, 2008 dalam Robinson & Spalletta, 2010).
2. Hipotesis psikologis :stress sosial dan psikologis yang berhubungan dan stroke dapat menjadi penyebab utama depresi.



### 2.5.5 Gejala depresi pasca stroke

Gejala khas depresi termasuk rasa putus asa yang mengganggu kemampuan seseorang untuk berfungsi, gangguan tidur, perubahan radikal dalam pola makan, kelesuan, penarikan sosial, iritabilitas, kelelahan dan menurunkan harga diri yang mengarah ke rasa tidak berguna. Dalam depresi pasca stroke, tanda-tanda ini dapat disebabkan oleh perubahan pembuluh darah dan reaksi psikologis untuk kecacatan dan sering diprovokasi oleh lesi. Neurofisiologi stroke menunjukkan kemungkinan gangguan yang mengandung amina jalur oleh lesi stroke. Noradrenergik dan sel tubuh serotonergik di batang otak (lokus coeruleus dan nukleus raphe garis tengah pons dan medula rendah) masing-masing mengirim pesan melalui otak depan medial korteks frontal untuk interpretasi dan orkestrasi eksekutif. Depresi bisa disebabkan oleh menipisnya tersedia norepinefrin total dan atau serotonin, atau interferensi dengan situs reseptor. Agitasi, kebingungan, tremor, myoclonus dan hipertermia dapat mengakibatkan sebagai sindrom serotonin muncul pasca-stroke sindrom. Serotonin adalah tiga serangkai cepat-onset efek toksik kognitif, otonom dan somatik berkisar antara ringan sampai mengancam nyawa setelah pemberian dosis terapi serotonin dan atau obat-obatan secara bersamaan (Fralick, 2011).

Tanda dan gejala termasuk kebingungan mental, hypomania, halusinasi, agitasi, sakit kepala, koma, menggigil, berkeringat, hipertermia ( $> 104^{\circ} \text{F}$ ), hipertensi, takikardi, mual, diare, otot, hiperreflexia dan tremor. Tanda dan gejala menurut hamilton yaitu rasa bersalah, insomnia, masalah yang berhubungan dengan pekerjaan, keterbelakangan, agitasi psikomotor, kegelisahan, gejala fisik gastrointestinal, kehilangan libido, dan bunuh diri. Manifestasi lainnya termasuk



asidosis metabolik, rhabdomyolysis, kejang, gagal ginjal dan koagulasi intravaskular diseminata (DIC) sekunder hipertermia itu. Antagonis Serotonin dan penghentian obat serotonin harus segera dilembagakan ketika sindrom ini terjadi. Benzodiazepines ditunjukkan untuk mengendalikan agitasi. Antipiretik tidak ditunjukkan karena suhu tubuh yang meningkat karena aktivitas otot, bukan kelainan titik setel suhu. simpatomimetik langsung-acting (misalnya, epinefrin, dll) mungkin diperlukan untuk melawan gejala otonom. Serotonin syndrome berbeda dari sindrom neuroleptik ganas dengan cara halus, namun diferensial klasik termasuk hyperkinesias dan klonus untuk sindrom serotonin dan bradykinesia dengan "pipa timah" kekakuan untuk sindrom neuroleptik ganas (Fralick, 2011).

### 2.5.6 Terapi depresi pasca stroke

Terapi yang diberikan untuk kasus depresi pasca stroke meliputi farmakologis dan non farmakologis, antara lain:

#### 1. Farmakologis

- 1) *Tricyclic Antidepressant (TCA)* : TCA bukan merupakan pilihan utama karena terdapat berbagai efek samping seperti; hipotensi ortostatik, AV blok, aritmia jantung yang mengancam nyawa, delirium, atau *confusion*, pusing, agitasi, blok jantung, *urinary outlet obstruction*, dan *narrow angle glaucoma* (Meifi & Agus, 2009). Tricyclics memperbaiki fungsi ADL, meningkatkan nafsu makan, menghilangkan gejala umum depresi dan dapat membantu insomnia, namun efek samping anticholinergic, terutama pada pasien stroke usia lanjut (mulut kering, mata kering, penurunan motilitas GI, sedasi, sinkop, disritmia, delirium) mungkin menyebabkan penghentian obat kelas ini (Fralick, 2011).

- 2) *Selective serotonin reuptake inhibitor* (SSRI): SSRI merupakan pilihan utama, karena lebih efektif daripada placebo dan TCA dan memiliki efek samping yang rendah. Efek samping SSRI adalah gejala gastrointestinal (mual), sakit kepala, dan efek stimulant seperti agitasi, ansietas, dan insomnia (Meifi & Agus, 2009). SSRI mungkin merupakan pengobatan lini pertama depresi pasca stroke, mengingat bahwa mereka tidak membawa resiko hipotensi ortostatik dan kelainan konduksi jantung yang terkait dengan TCA (Huffman & Stern, 2003).
- 3) Psikostimulant: Pemakaian obat ini seperti methylphenidate, dextroamphetamine merupakan pilihan yang menarik terutama kemampuannya dalam mengatasi gejala apatis dan *fatigue* (Meifi & Agus, 2009). Kemampuan agen ini dapat bertindak lebih cepat dari agen tradisional dalam pengobatan depresi pasca stroke. Stroke sendiri bukanlah kontraindikasi untuk menggunakan stimulan. Namun, karena salah satu dasarnya adalah memberikan pasien stres ringan tes jantung dengan stimulan, kondisi seperti hipertensi tidak terkontrol, aritmia ventrikular baru-baru ini, takikardi, atau infark miokard akan kontraindikasi relatif terhadap penggunaan stimulan. Selain itu, stimulant juga harus dihindari pada pasien yang memiliki riwayat reaksi negative terhadap stimulant, yang bersamaan mengambil monoamine oxidase inhibitor (MAOI), atau yang psikotik (Huffman & Stern, 2003).

### 3. Non Farmakologis

#### 1) Psikoterapi

Psikoterapi yaitu terapi yang digunakan untuk menghilangkan keluhan-keluhan dan mencegah kambuhnya gangguan psikologik atau pola perilaku maladaptif. Terapi ini dilakukan dengan jalan pembentukan hubungan profesional antara terapis dengan pasien. Psikoterapi untuk depresi pasca stroke dapat diberikan secara individu, kelompok, atau pasangan sesuai dengan gangguan psikologik yang mendasarinya. Beberapa pasien dan klinisi sangat meyakini manfaat intervensi psikoterapi tetapi ada pula yang sebaliknya yaitu tidak percaya. Berdasarkan hal ini, keputusan untuk melakukan psikoterapi sangat dipengaruhi oleh penilaian dokter atau pasiennya (Amir, 2005). Psikoterapi diberikan dalam bentuk terapi kognitif dan perilaku. Untuk mencapai hasil optimal, faktor-faktor yang memberikan kontribusi terhadap depresi harus diidentifikasi dengan jelas. Pasien dengan gangguan distress verbal lebih baik diberikan terapi kognitif, sedangkan pasien dengan gejala vegetatif lebih baik dengan pengobatan antidepresan. Pasien dengan kombinasi kedua gejala di atas memerlukan intervensi kedua terapi tersebut (Meifi & Agus, 2009).

#### 2) Terapi kognitif

Depresi diterapi dengan memberikan pasien latihan keterampilan dan memberikan pengalaman-pengalaman tentang kesuksesan. Terapi ini bertujuan untuk menghilangkan simptom depresi melalui usaha yang sistematis yaitu mengubah cara pikir maladaptif dan otomatis pada pasien-pasien depresi. Dasar pendekatannya adalah suatu asumsi bahwa



kepercayaan-kepercayaan yang mengalami distorsi tentang diri sendiri, dunia, dan masa depan dapat menyebabkan depresi. Pasien harus menyadari cara berpikarnya yang salah. Kemudian ia harus belajar cara merespons cara pikir yang salah tersebut dengan cara yang lebih adaptif. Dari perspektif kognitif, pasien dilatih untuk mengenal dan menghilangkan pikiran-pikiran negatif dan harapan-harapan negatif. Cara ini dipraktekkan di luar sesi terapi dan menjadi modal utama dalam mengubah gejala (Amir, 2005).

### **2.5.7 Skala pengukuran tingkat depresi pasca stroke**

Sepanjang literature, ada referensi untuk skala penilaian yang digunakan untuk menilai atau mengukur gejala depresi, akan tetapi tidak ada yang spesifik untuk depresi pasca stroke. Skala yang paling sering digunakan adalah:

#### *1. Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)*

Depresi Hamilton Skala (HDS atau Hamd) adalah suatu tes mengukur keparahan gejala depresi pada individu, seringkali mereka yang telah didiagnosis memiliki gangguan depresi. Hal ini kadang-kadang dikenal sebagai *Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD)* atau *Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)*. HDS dikembangkan oleh Max Hamilton pada tahun 1960 sebagai ukuran gejala depresi yang dapat digunakan dalam hubungannya dengan wawancara klinis dengan pasien depresi. Ia kemudian direvisi pada tahun 1967. HDRS digunakan untuk menilai keparahan gejala depresi yang hadir dalam anak-anak dan orang dewasa. Hal ini sering digunakan sebagai ukuran hasil depresi pada evaluasi obat psikotropika antidepresan dan merupakan ukuran standar depresi yang digunakan dalam penelitian efektivitas terapi depresi dan perawatan. Hal ini

dapat diberikan sebelum memulai pengobatan dan kemudian lagi selama kunjungan tindak lanjut, sehingga dosis obat dapat diubah di bagian berdasarkan skor tes pasien. Contoh dari item yang pewawancara harus memberi penilaian secara keseluruhan termasuk depresi, rasa bersalah, bunuh diri, insomnia, masalah yang berhubungan dengan pekerjaan, keterbelakangan, psikomotor agitasi, kegelisahan, gejala fisik gastrointestinal dan lainnya, kehilangan libido (dorongan seksual), hypochondriasis, kehilangan wawasan, dan kehilangan berat badan. Untuk peringkat secara keseluruhan depresi, misalnya, Hamilton percaya orang harus mencari perasaan putus asa dan kelam kabut, pesimisme tentang masa depan, dan kecenderungan untuk menangis. Untuk peringkat bunuh diri, pewawancara harus mencari ide-ide bunuh diri dan pikiran, serta informasi mengenai usaha bunuh diri (Gates,2006).

## 2. *Geriatric Depression Scale (GDS)*

Skala ini sesuai untuk tes skrining gejala depresi pada orang tua; yang ideal untuk mengevaluasi keparahan klinis depresi, dan karena itu untuk pemantauan pengobatan. Sangat mudah untuk mengelola, tidak perlu pengetahuan kejiwaan sebelumnya dan telah divalidasi dengan baik di banyak lingkungan (Boltz, 2007).

## 3. *Mini Mental State Exam (MMSE)*

MMSE adalah metode pemeriksaan untuk menilai fungsi kognitif yang telah digunakan secara luas oleh para klinis untuk praktek klinik maupun penelitian. Tes ini meliputi pemeriksaan orientasi, registrasi, atensi, dan kalkulasi, mengenai kembali (recall) dan bahasa (Yudawijaya, 2010).



#### 4. *Beck Depression Inventory (BDI)*

*Beck Depression Inventory (BDI)* adalah tes untuk mengukur keparahan depresi dan kedalaman gejala depresi. BDI dapat digunakan baik untuk orang dewasa dan remaja 13 tahun dan lebih tua. *Depresi Beck Test* adalah ukuran standar depresi digunakan terutama dalam penelitian dan untuk evaluasi efektivitas terapi depresi dan perawatan. BDI menilai gejala-gejala khas depresi seperti suasana hati, pesimisme, rasa kegagalan, ketidakpuasan diri, rasa bersalah, hukuman, tidak menyukai diri, menyalahkan diri sendiri, ide-ide bunuh diri, menangis, mudah tersinggung, penarikan sosial, citra tubuh, kesulitan pekerjaan, insomnia, kelelahan, nafsu makan, penurunan berat badan, keasyikan tubuh, dan kehilangan libido.

#### 5. *Montgomery Depresi Asbery Rating Scale (MADRS)*

Montgomery-Asberg Depresi Skala Rating (MADRS) telah digunakan untuk penilaian depresi dan hasil dalam uji efikasi antidepresan (AETs).

#### 6. *Functional Independence Measure (FIM)*

*Functional Independence Measure (FIM)* adalah skala untuk menilai cacat fisik dan cacat kognitif. Skala ini berfokus pada beban perawatan - yaitu, tingkat kecacatan menunjukkan beban merawat mereka. Skala FIM digunakan untuk mengukur kemajuan pasien dan menilai hasil rehabilitasi. Skala ini berguna dalam pengaturan klinis rehabilitasi. FIM adalah ukuran penilaian yang paling diterima secara luas fungsional digunakan di komunitas rehabilitasi. FIM adalah skala ordinal 18-item, digunakan dengan semua diagnosa dalam populasi rehabilitasi. Hal ini dipandang sebagai yang paling berguna untuk penilaian kemajuan selama rehabilitasi rawat inap (Wright, 2000).



## 7. *Self-Zung Depression Rating Scale (ZDS)*

Skala Peringkat-Diri Depresi Zung dirancang oleh WW Zung untuk menilai tingkat depresi pasien yang didiagnosis dengan gangguan depresi. Ada 20 item pada skala yang umum tingkat empat karakteristik depresi: efek luas, yang setara fisiologis, gangguan lainnya, dan psikomotor kegiatan. Depresi Peringkat-Diri Zung Skala (Zung SDS) (Zung 1965) dikembangkan sebagai ukuran diri pengenalan keparahan depresi. Skala ini untuk pengukuran gejala depresi secara cepat dan sederhana. Item yang dinilai adalah afektif, kognitif, perilaku, dan fisiologis aspek depresi atas dasar kriteria diagnostik untuk depresi (Zung, 2003).

## 2.6 Teori Adaptasi Roy

### 2.6.1 Model Adaptasi Roy

Menurut Roy (1984) sebagai penerima asuhan keperawatan adalah individu, keluarga, kelompok, masyarakat yang dipandang sebagai "*Holistic adaptif system*" dalam segala aspek yang merupakan satu kesatuan. Sistem adalah suatu kesatuan yang dihubungkan karena fungsinya sebagai kesatuan untuk beberapa tujuan dan adanya saling ketergantungan dari setiap bagian-bagiannya. Sistem terdiri dari proses input, output, kontrol dan umpan balik ( Roy, 1991 dalam Muhlisin, 2007), dengan penjelasan sebagai berikut :

#### 1. Input

Roy mengidentifikasi bahwa input sebagai stimulus, merupakan kesatuan informasi, bahan-bahan atau energi dari lingkungan yang dapat menimbulkan respon, dimana dibagi dalam tiga tingkatan yaitu stimulus fokal, kontekstual dan stimulus residual.

- 1) Stimulus fokal yaitu stimulus yang langsung berhadapan dengan seseorang, efeknya segera, misalnya gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelumpuhan atau kecacatan dan kecemasan pada pasien stroke.
- 2) Stimulus kontekstual yaitu semua stimulus lain yang dialami seseorang baik internal maupun eksternal yang mempengaruhi situasi dan dapat diobservasi, diukur dan secara subyektif dilaporkan. Rangsangan ini muncul secara bersamaan dimana dapat menimbulkan respon negatif pada stimulus fokal seperti usia, jenis kelamin, pendidikan, social ekonomi, dinamika keluarga, pengalamam dan kondisi kesehatan.
- 3) Stimulus residual yaitu ciri-ciri tambahan yang ada dan relevan dengan situasi yang ada tetapi sukar untuk diobservasi meliputi kepercayaan, sikap, sifat individu berkembang sesuai pengalaman yang lalu, hal ini memberi proses belajar untuk toleransi. Misalnya support system diri dan dukungan keluarga

## 2. Kontrol

Proses kontrol seseorang menurut Roy adalah bentuk mekanisme koping yang digunakan. Mekanisme kontrol ini dibagi atas regulator dan kognator yang merupakan subsistem.

### 1) Subsistem regulator.

Subsistem regulator mempunyai komponen-komponen : input-proses dan output. Input stimulus berupa internal atau eksternal. Transmitter regulator sistem adalah kimia, neural atau endokrin. Refleks otonom adalah respon neural dan brain sistem dan spinal cord yang diteruskan sebagai perilaku output dari regulator sistem. Banyak proses fisiologis yang dapat dinilai sebagai perilaku regulator subsistem.

## 2) Subsistem kognator.

Stimulus untuk subsistem kognator dapat eksternal maupun internal. Perilaku output dari regulator subsistem dapat menjadi stimulus umpan balik untuk kognator subsistem. Kognator kontrol proses berhubungan dengan fungsi otak dalam memproses informasi, penilaian dan emosi. Persepsi atau proses informasi berhubungan dengan proses internal dalam memilih atensi, mencatat dan mengingat. Belajar berkorelasi dengan proses imitasi, *reinforcement* (penguatan) dan *insight* (pengertian yang mendalam). Penyelesaian masalah dan pengambilan keputusan adalah proses internal yang berhubungan dengan penilaian atau analisa. Emosi adalah proses pertahanan untuk mencari keringanan, mempergunakan penilaian dan kasih sayang.

## 3. Output.

Output dari suatu sistem adalah perilaku yang dapat diamati, diukur atau secara subyektif dapat dilaporkan baik berasal dari dalam maupun dari luar. Perilaku ini merupakan umpan balik untuk sistem. Roy mengkategorikan output sistem sebagai respon yang adaptif atau respon yang tidak maladaptif. Respon yang adaptif dapat meningkatkan integritas seseorang yang secara keseluruhan dapat terlihat bila seseorang tersebut mampu melaksanakan tujuan yang berkenaan dengan kelangsungan hidup, perkembangan, reproduksi dan keunggulan. Sedangkan respon yang maladaptif perilaku yang tidak mendukung tujuan ini. Roy telah menggunakan bentuk mekanisme koping untuk menjelaskan proses kontrol seseorang sebagai adaptif sistem. Beberapa mekanisme koping diwariskan atau diturunkan secara genetik (misal sel darah putih) sebagai sistem pertahanan terhadap bakteri yang menyerang tubuh. Mekanisme lain yang dapat dipelajari



seperti penggunaan antiseptik untuk membersihkan luka. Roy memperkenalkan konsep ilmu Keperawatan yang unik yaitu mekanisme kontrol yang disebut Regulator dan Kognator dan mekanisme tersebut merupakan bagian sub sistem adaptasi. Dalam memelihara integritas seseorang, regulator dan kognator subsistem diperkirakan sering bekerja sama. Tingkat adaptasi seseorang sebagai sistem adaptasi dipengaruhi oleh perkembangan individu itu sendiri, dan penggunaan mekanisme koping. Penggunaan mekanisme koping yang maksimal mengembangkan tingkat adaptasi seseorang dan meningkatkan rentang stimulus agar dapat berespon secara positif. Untuk subsistem kognator, Roy tidak membatasi konsep proses kontrol, sehingga sangat terbuka untuk melakukan riset tentang proses kontrol dari subsistem kognator sebagai pengembangan dari konsep adaptasi Roy. Selanjutnya Roy mengembangkan proses internal seseorang sebagai sistem adaptasi dengan menetapkan sistem efektor, yaitu 4 mode adaptasi meliputi fisiologis, konsep diri, fungsi peran dan interdependensi.

#### 1. Mode Fungsi Fisiologi

Fungsi fisiologi berhubungan dengan struktur tubuh dan fungsinya. Roy mengidentifikasi sembilan kebutuhan dasar fisiologis yang harus dipenuhi untuk mempertahankan integritas.

#### 2. Mode Konsep Diri

Mode konsep diri berhubungan dengan psikososial dengan penekanan spesifik pada aspek psikososial dan spiritual manusia. Kebutuhan dari konsep diri ini berhubungan dengan integritas psikis antara lain persepsi, aktivitas mental dan ekspresi perasaan. Konsep diri menurut Roy terdiri dari dua komponen yaitu *the physical self* dan *the personal self*.

- 1) *The personal self*, yaitu berkaitan dengan konsistensi diri, ideal diri, moral-etik dan spiritual diri orang tersebut. Perasaan cemas, hilangnya kekuatan atau takut merupakan hal yang berat dalam area ini.
- 2) *The physical self*, yaitu bagaimana seseorang memandang dirinya berhubungan dengan sensasi tubuhnya dan gambaran tubuhnya. Kesulitan pada area ini sering terlihat pada saat merasa kehilangan, seperti setelah operasi, amputasi atau hilang kemampuan seksualitas.

### 3. Mode Fungsi Peran

Mode fungsi peran mengenal pola –pola interaksi sosial seseorang dalam hubungannya dengan orang lain, yang dicerminkan dalam peran primer, sekunder dan tersier. Fokusnya pada bagaimana seseorang dapat memerankan dirinya dimasyarakat sesuai kedudukannya.

### 4. Mode Interdependensi

Mode interdependensi adalah bagian akhir dari mode yang dijabarkan oleh Roy. Fokusnya adalah interaksi untuk saling memberi dan menerima cinta/ kasih sayang, perhatian dan saling menghargai. Interdependensi yaitu keseimbangan antara ketergantungan dan kemandirian dalam menerima sesuatu untuk dirinya. Ketergantungan ditunjukkan dengan kemampuan untuk afiliasi dengan orang lain. Kemandirian ditunjukkan oleh kemampuan berinisiatif untuk melakukan tindakan bagi dirinya. Interdependensi dapat dilihat dari keseimbangan antara dua nilai ekstrim, yaitu memberi dan menerima. Model keempat mode yang saling berinteraksi (Muhlisin, 2007).

## 2.6.2 Paradigma Keperawatan Menurut Calista Roy

Empat Elemen utama dari teori Roy adalah : 1) Manusia sebagai penerima asuhan keperawatan 2) Konsep lingkungan 3) Konsep sehat dan 4) Keperawatan. Dimana antara keempat elemen tersebut saling mempengaruhi satu sama lain karena merupakan suatu sistem.

### 1. Manusia

Manusia merupakan fokus utama yang perlu diperhatikan karena manusialah yang menjadi penerima asuhan keperawatan, baik itu individu, keluarga, kelompok maupun masyarakat, yang dipandang sebagai “*Holistic Adaptif System*”. Dimana “*Holistic Adaptif System*“ ini merupakan perpaduan antara konsep sistem dan konsep adaptasi.

#### 1) Konsep Sistem

Roy memandang manusia sebagai makhluk holistik yang dalam sistem kehidupannya akan selalu berinteraksi dengan lingkungannya, dimana diantara keduanya akan terjadi pertukaran informasi dan energi. Adapun karakteristik sistem menurut Roy adalah input, output, kontrol dan *feed back*.

#### 2) Konsep Adaptasi

manusia sebagai suatu sistem terbuka, yang terdiri dari input berupa stimulus dan tingkatan adaptasi, output berupa respon perilaku yang dapat menyediakan *feed back/* umpan balik dan proses kontrol yang diketahui sebagai mekanisme koping. Output dalam sistem adaptasi ini berupa respon perilaku individu yang dapat dikaji oleh perawat baik secara objektif maupun subjektif. Respon perilaku ini dapat menjadi umpan balik



bagi individu maupun lingkungannya. Roy mengkategorikan output dari sistem adaptasi ini berupa respon adaptif dan respon inefektif. Respon adaptif dapat meningkatkan integritas individu sedangkan respon inefektif tidak dapat mendukung untuk pencapaian tujuan perawatan individu. Roy menggunakan istilah mekanisme koping untuk menggambarkan proses kontrol individu dalam sistem adaptasi ini. Beberapa koping ada yang bersifat genetik seperti : WBC (sel darah putih) sebagai benteng pertahanan tubuh terhadap adanya kuman, sedangkan beberapa koping lainnya ada yang merupakan hasil belajar seperti : menggunakan antiseptik untuk membersihkan luka. Dalam mekanisme kontrol ini, Roy menyebutnya dengan istilah "*Regulator*" dan "*Cognator*". Transmitter dari sistem regulator berupa kimia, neural atau sistem saraf dan endokrin, yang dapat berespon secara otomatis terhadap adanya perubahan pada diri individu. Respon dari sistem regulator ini dapat memberikan umpanbalik terhadap sistem kognator. Proses kontrol kognator ini sangat berhubungan dengan fungsi otak dalam hal fungsi persepsi atau memproses informasi, pengambilan keputusan dan emosi (Muhlisin, 2007).

## 2. Lingkungan

Roy mendefinisikan lingkungan sebagai semua kondisi yang berasal dari internal dan eksternal, yang mempengaruhi dan berakibat terhadap perkembangan dari perilaku seseorang dan kelompok. Lingkungan eksternal dapat berupa fisik, kimiawi, ataupun psikologis yang diterima individu dan dipersepsikan sebagai suatu ancaman. Sedangkan lingkungan internal adalah keadaan proses mental dalam tubuh individu (berupa pengalaman,

kemampuan emosional, kepribadian) dan proses stresor biologis (sel maupun molekul) yang berasal dari dalam tubuh individu. Manifestasi yang tampak akan tercermin dari perilaku individu sebagai suatu respon. Dengan pemahaman yang baik tentang lingkungan akan membantu perawat dalam meningkatkan adaptasi dalam merubah dan mengurangi resiko akibat dari lingkungan sekitar (Rizki, 2008).

### 3. Sehat

Roy mendefinisikan sehat sebagai suatu *continuum* dari meninggal sampai tingkatan tertinggi sehat. Dia menekankan bahwa sehat merupakan suatu keadaan dan proses dalam upaya dan menjadikan dirinya secara terintegrasi secara keseluruhan, fisik, mental dan sosial. Integritas adaptasi individu dimanifestasikan oleh kemampuan individu untuk memenuhi tujuan mempertahankan pertumbuhan dan reproduksi. Sakit adalah suatu kondisi ketidakmampuan individu untuk beradaptasi terhadap rangsangan yang berasal dari dalam dan luar individu. Kondisi sehat dan sakit sangat individual dipersepsikan oleh individu. Kemampuan seseorang dalam beradaptasi (koping) tergantung dari latar belakang individu tersebut dalam mengartikan dan mempersepsikan sehat-sakit, misalnya tingkat pendidikan, pekerjaan, usia, budaya dan lain-lain (Rizki, 2008).

### 4. Keperawatan

Seperti yang telah dijelaskan di atas bahwa tujuan keperawatan menurut Roy adalah meningkatkan respon adaptif individu dan menurunkan respon inefektif individu, dalam kondisi sakit maupun sehat. Selain meningkatkan kesehatan di semua proses kehidupan, keperawatan juga bertujuan untuk



mengantarkan individu meninggal dengan damai. Untuk mencapai tujuan tersebut, perawat harus dapat mengatur stimulus fokal, kontekstual dan residual yang ada pada individu, dengan lebih menitikberatkan pada stimulus fokal, yang merupakan stimulus tertinggi (Muhlisin, 2007).

## **2.7 Konsep Relaksasi Spiritual Emosional Musik**

### **2.7.1 Terapi relaksasi**

Terapi relaksasi adalah pengajaran individu untuk mendorong pengurangan ketegangan di dalam tubuhnya sendiri, tanpa menggunakan sarana eksternal (Dixhoorn dan white, 2005). Relaksasi adalah salah satu teknik di dalam terapi perilaku yang pertama kali dikenalkan oleh Jacobson, seorang psikolog dari Chicago, yang mengembangkan metode fisiologis melawan ketegangan dan kecemasan. Teknik ini disebut relaksasi progresif yaitu teknik untuk mengurangi ketegangan otot. Jacobson berpendapat bahwa semua bentuk ketegangan termasuk ketegangan mental didasarkan pada kontraksi otot (Sheridan & Radmacher, 1992 dalam Purwanto & Zulaikhah, 2007).

Di dalam sistem saraf manusia terdapat sistem saraf pusat dan sistem saraf otonom. Sistem saraf pusat berfungsi mengendalikan gerakan-gerakan yang dikehendaki, misalnya gerakan tangan, kaki, leher, dan jari-jari. Sistem saraf otonom berfungsi mengendalikan gerakan-gerakan yang otomatis, misalnya fungsi digestif, proses kardiovaskuler dan gairah seksual. Sistem saraf otonom ini terdiri dari dua subsistem yaitu sistem saraf simpatetis dan sistem saraf parasimpatetis yang kerjanya saling berlawanan. Jika sistem saraf simpatetis meningkatkan rangsangan atau memacu organ-organ tubuh, memacu



meningkatnya denyut jantung dan pernafasan, serta menimbulkan penyempitan pembuluh darah tepi (*peripheral*) dan pembesaran pembuluh darah pusat, maka sebaliknya sistem saraf parasimpatetis menstimulasi turunnya semua fungsi yang dinaikkan oleh sistem saraf simpatetis dan menaikkan semua fungsi yang diturunkan oleh sistem saraf simpatetis (Utami, 2002). Relaksasi merupakan pengaktifan dari syaraf parasimpatetis yang menstimulasi turunnya semua fungsi yang dinaikkan oleh sistem syaraf simpatetis, dan menstimulasi naiknya semua fungsi yang diturunkan oleh syaraf simpatetis. Masing-masing syaraf parasimpatetis dan simpatetis saling berpengaruh maka dengan bertambahnya salah satu aktivitas sistem yang satu akan menghambat atau menekan fungsi yang lain (Utami, 1993 dalam Purwanto & Zulaikhah, 2007).

Apabila Individu melakukan relaksasi ketika ia mengalami ketegangan atau kecemasan, maka reaksi-reaksi fisiologis yang dirasakan individu akan berkurang, sehingga ia akan merasa rileks. Apabila kondisi fisiknya sudah rileks, maka kondisi psikisnya juga tenang (Lichstein, 1993 dalam Purwanto, 2006).

### **2.7.2 Terapi spiritual emosional**

Hasil positif yang ditunjukkan oleh pengaruh agama adalah berkurangnya depresi, peningkatan mutu hidup, mengurangi ketakutan menghadapi kematian sampai peningkatan daya tahan hidup. Dampak positif ini tidak dipengaruhi oleh jenis agama yang dianut penderita (Djauzi, 2004).

Asuhan keperawatan pada aspek spiritual ditekankan pada penerimaan pasien terhadap sakit yang dideritanya (Ronaldson, 2000 dalam Nursalam, 2009). Sehingga penderita depresi pasca stroke akan dapat menerima dengan ikhlas terhadap sakit yang dialami dan mampu mengambil hikmah.

Asuhan keperawatan yang dapat diberikan adalah:

1. Memperkuat harapan yang realistis kepada pasien terhadap kesembuhan

Harapan merupakan salah satu unsur yang penting dalam dukungan sosial. Orang bijak mengatakan “hidup tanpa harapan, akan membuat orang putus asa dan bunuh diri”. Perawat harus meyakinkan kepada pasien bahwa sekecil apapun kesembuhan, misalnya akan memberikan ketenangan dan keyakinan pasien untuk berobat.

2. Pandai mengambil hikmah

Peran perawat dalam hal ini adalah mengingatkan dan mengajarkan kepada pasien untuk selalu berfikir positif terhadap semua cobaan yang dialaminya. Dibalik semua cobaan yang dialami pasien, pasti ada maksud dari Sang Pencipta. Pasien harus difasilitasi untuk lebih mendekatkan diri kepada Sang Pencipta dengan jalan melakukan ibadah secara terus menerus. Sehingga pasien diharapkan memperoleh suatu ketenangan selama sakit.

3. Ketabahan hati

Karakteristik seseorang didasarkan pada keteguhan dan ketabahan hati dalam menghadapi cobaan. Individu yang mempunyai kepribadian yang kuat, akan tabah dalam menghadapi setiap cobaan. Individu tersebut biasanya mempunyai keteguhan hati dalam menentukan kehidupannya. Ketabahan hati sangat dianjurkan kepada penderita depresi pasca stroke. Perawat dapat menguatkan diri pasien dengan memberikan contoh nyata dan atau mengutip kitab suci atau pendapat orang bijak; bahwa Tuhan tidak akan memberikan cobaan kepada umat-NYA, melebihi kemampuannya (Al. Baqarah, 286). Pasien harus



diyakini bahwa semua cobaan yang diberikan pasti mengandung hikmah, yang sangat penting dalam kehidupannya (Nursalam, 2009).

### **2.7.3 God spot**

Seorang neuropsikolog Michael Persinger (pada tahun 1990an) dan seorang neurolog V.S.Ramachandran bersama timnya pada tahun 1997 mengemukakan adanya “titik Tuhan” atau *God Spot* dalam otak manusia. Pusat spiritual yang terpasang ini terletak diantara hubungan-hubungan saraf dalam cuping-cuping temporal otak. Melalui pengamatan terhadap otak dengan topografi-emisi-positron, area-area tersebut akan bersinar manakala subyek penelitian diarahkan untuk mendiskusikan topik spiritual atau agama. Reaksinya berbeda-beda sesuai dengan budaya masing-masing dalam mengkonsepkan Tuhan. *God Spot* dikatakan bukan untuk membuktikan adanya Tuhan, tetapi menunjukkan bahwa otak telah berkembang menanyakan “pertanyaan-pertanyaan mendasar atau pokok”, untuk memiliki dan menggunakan kepekaan terhadap makna dan nilai yang lebih tinggi. Pertanyaan-pertanyaan pokok dan mendasar terhadap makna dan nilai yang lebih tinggi terkait dengan pertanyaan dari mana manusia hidup, untuk apa manusia hidup dan mau kemana berikutnya. Inilah tiga pertanyaan asasi. Ketika manusia telah menemukan jawaban yang benar serta menjalani kehidupan berdasarkan jawaban itu, maka itulah jalan kebahagiaan yang sebenarnya (Sholichatun, 2005).

### **2.7.4 Terapi musik**

Terapi musik adalah keahlian menggunakan musik dan elemen musik oleh seorang terapis untuk meningkatkan, mempertahankan dan mengembalikan kesehatan fisik, mental, emosional dan spiritual (Lerik dan Prawitasari,



2005). Musik yang merupakan kombinasi dari ritme, harmoni dan melodi sejak dahulu diyakini mempunyai pengaruh terhadap pengobatan. Gagasan untuk menggunakan musik sebagai alat penyembuhan dan perubahan perilaku sudah dimulai sejak zaman Phytagoras dan Plato. Phytagoras sudah memahami apa yang diketahui para ilmuwan saat ini bahwa musik bisa mengubah perilaku. Phytagoras menganggap jagat raya sebagai sebuah alat musik. Dia percaya adanya getaran kosmis yang bisa memasuki manusia melalui pikiran. Orang yang selaras dengan getaran kosmis tersebut adalah orang yang sehat (Saing, 2007).

Musik selain memiliki aspek estetika, juga memiliki aspek terapeutik, yang banyak digunakan untuk membantu menenangkan, penyembuhan, dan pemulihan kondisi fisiologis pasien maupun tenaga medis (Saing, 2007). Disamping itu irama musik juga berperan mengurangi rasa cemas dan khawatir pada pasien yang akan menjalani tindakan invasif seperti pemeriksaan bronkoskopi, operasi minor dengan anastesi lokal, operasi mata dan biopsy jaringan. Penelitian yang bersifat acak tersamar ganda yang dilakukan Schein dkk (2001) melaporkan bahwa musik dapat mengurangi tekanan darah. Sebanyak 32 orang penderita hipertensi dewasa, yang diperdengarkan musik selama 10 menit setiap hari selama 2 bulan dengan menggunakan alat *Breathe with Interactive Music* (BIM), ternyata mampu menurunkan tekanan darah sistolik, tekanan darah diastolik maupun rerata tekanan darah secara signifikan dibanding kelompok kontrol. Setelah enam bulan perlakuan dihentikan, didapati penurunan tekanan darah diastolik kelompok perlakuan tetap lebih besar dari *threshold* dan juga lebih besar dari kelompok kontrol (Saing, 2007). Terapi musik telah menjadi salah satu pelengkap pada terapi gangguan jiwa seperti skizofrenia, perilaku kekerasan,

dan diminta untuk merelaksasikan tubuh serta pikirannya serta menghayati lirik dari musik yang didengarnya. RSEM merupakan gabungan dari terapi relaksasi religious, terapi spiritual emosional, yang dikemas dalam bentuk musik. RSEM terdiri dari tiga aspek.

Pertama, aspek terapi relaksasi religious, yang merupakan pengembangan metode respon relaksasi dengan melibatkan *faith factor* dari Benson. Menurut Benson (2000) formula-formula tertentu yang dibaca berulang-ulang dengan melibatkan unsur keimanan kepada agama, kepada Tuhan yang disembah akan menimbulkan respon relaksasi yang lebih kuat dibandingkan dengan sekedar relaksasi tanpa melibatkan unsur keyakinan terhadap hal tersebut (Purwanto & Zulaikhah, 2007).

Relaksasi religius merupakan gabungan antara relaksasi dengan keyakinan agama yang dianut. Dalam metode meditasi terdapat juga meditasi yang melibatkan faktor keyakinan yaitu meditasi transendental (*transcendental meditation*). Meditasi ini dikembangkan oleh Mahes Yogi (Sothers, 1989) dengan mengambil objek meditasi frase atau *mantra* yang diulang-ulang secara ritmis dimana frase tersebut berkaitan erat dengan keyakinan yang dianut. Fokus dari relaksasi ini tidak pada pengendoran otot namun pada frase tertentu yang diucapkan berulang kali dengan ritme yang teratur disertai sikap pasrah kepada objek transendensi yaitu Tuhan. Frase yang digunakan dapat berupa nama-nama Tuhan, atau kata yang memiliki makna menenangkan. Pelatihan relaksasi bertujuan untuk melatih peserta agar dapat mengkondisikan diri untuk mencapai kondisi relaks (Purwanto & Zulaikhah, 2007).



Respon relaksasi yang melibatkan keyakinan yang dianut akan mempercepat terjadinya keadaan relaks, dengan kata lain kombinasi respon relaksasi dengan melibatkan keyakinan akan melipat gandakan manfaat yang didapat dari respon relaksasi (Benson, 2000 dalam Purwanto, 2006). Penggunaan frase yang bermakna dapat digunakan sebagai fokus keyakinan, sehingga dipilih kata yang memiliki kedalaman keyakinan. Semakin kuat keyakinan seseorang berpadu dengan respon relaksasi maka semakin besar pula efek relaksasi yang didapat. Fokus dari relaksasi ini tidak pada pengendoran otot namun pada frase tertentu yang diucapkan berulang kali dengan ritme yang teratur disertai sikap pasrah kepada objek transendensi yaitu Tuhan. Frase yang digunakan dapat berupa nama-nama Tuhan, atau kata yang memiliki makna menenangkan (Purwanto, 2006).

Sangkan (2002) menyebutkan pengulangan kata atau frase secara ritmis dapat menimbulkan tubuh menjadi rileks. Pengulangan tersebut harus disertai dengan sikap pasif terhadap rangsang baik dari luar maupun dari dalam. Sikap pasif dalam konsep religius dapat diidentikan dengan sikap pasrah kepada Tuhan. Sikap pasrah inilah yang dapat melipatgandakan respon relaksasi yang muncul. Keuntungan dari relaksasi religious ini selain mendapatkan manfaat dari relaksasi juga mendapatkan kemanfaatan dari penggunaan keyakinan seperti menambah keimanan, dan kemungkinan akan mendapatkan pengalaman-pengalaman transendensi (Purwanto, 2006).

Kedua, aspek musik, selain memiliki nilai estetika, musik juga memiliki nilai terapeutik, yang banyak digunakan untuk membantu menenangkan, penyembuhan, dan pemulihan kondisi fisiologis pasien maupun tenaga medis



(Saing, 2007). Dalam mengurangi rasa sakit, musik mempengaruhi sistem autonomik, merangsang kelenjar hipofisis yang menyebabkan keluarnya endorfin (opiate alami), sehingga terjadi penurunan rasa sakit dan akan menyebabkan berkurangnya penggunaan analgetik (terapeutik). Pemberian musik dengan irama lambat akan mengurangi pelepasan katekolamin ke dalam pembuluh darah, sehingga konsentrasi katekolamin dalam plasma menjadi rendah. Hal ini mengakibatkan tubuh mengalami relaksasi, denyut jantung berkurang dan tekanan darah menjadi turun (Saing, 2007).

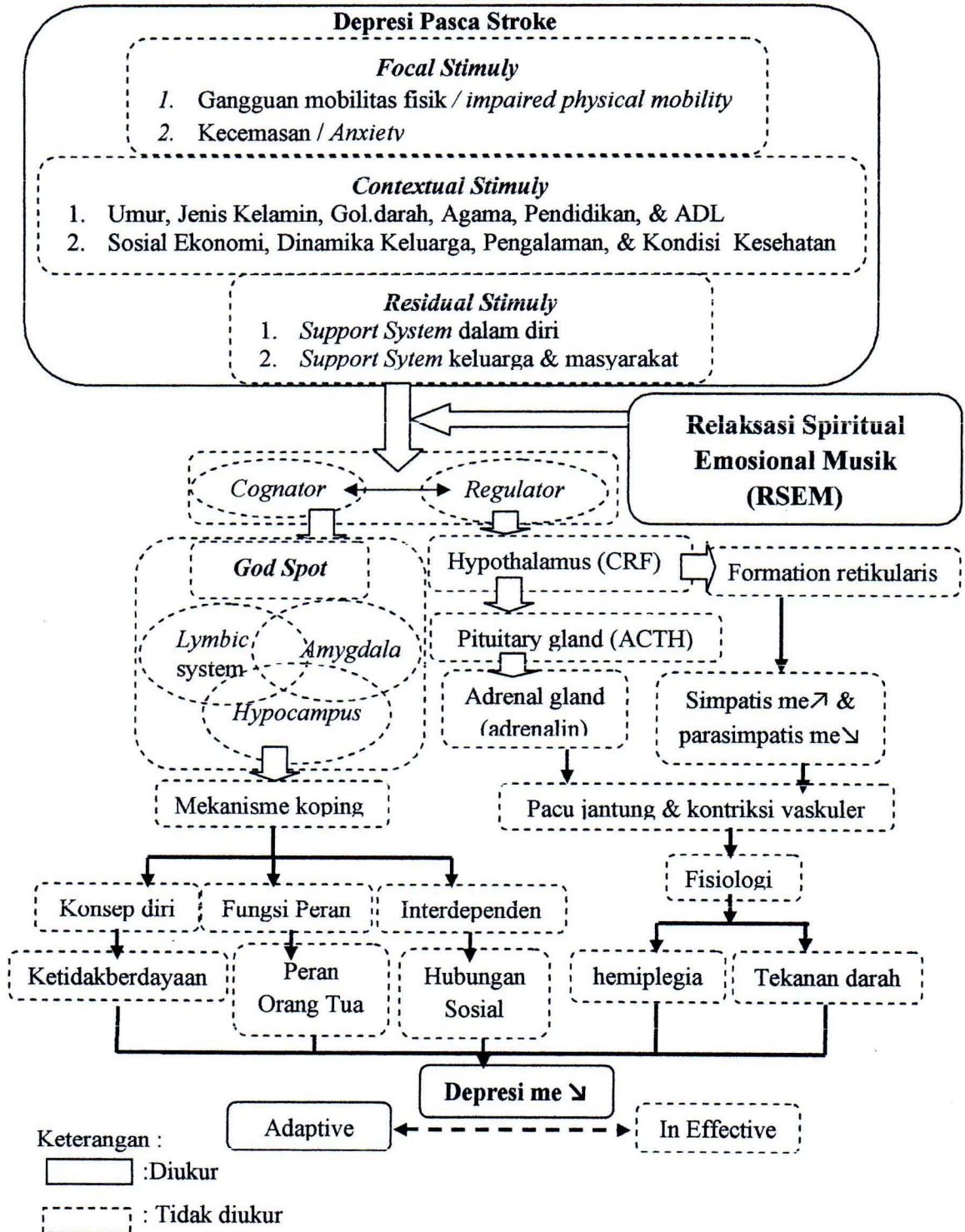
Benson (1997) mengemukakan, kesesuaian terapi musik akan sangat ditentukan oleh nilai-nilai individual, falsafah yang dianut, pendidikan, tatanan klinis, dan latar belakang budaya. Namun semua terapi musik mempunyai tujuan yang sama, yaitu membantu mengekspresikan perasaan, membantu rehabilitasi fisik, memberi pengaruh positif terhadap kondisi suasana hati dan emosi, mengingat memori, serta menyediakan kesempatan yang unik untuk berinteraksi dan membangun kedekatan emosional (Rahmawati, 2008).

Ketiga, pada aspek spiritual emosional yang ditekankan pada penerimaan pasien terhadap sakit yang dideritanya (Ronaldson, 2000 dalam Nursalam, 2009). Sehingga penderita depresi pasca stroke akan dapat menerima dengan ikhlas terhadap sakit yang dialami dan mampu mengambil hikmah. Sehingga penggabungan dari ketiga aspek tersebut yaitu aspek relaksasi religious, aspek musik, dan aspek spiritual akan lebih mengefektifkan penurunan depresi pasca stroke.

**BAB 3**

**KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN**

**3.1 Kerangka Konseptual**



Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Penelitian *an adaptation Roy Model* Pengaruh Relaksasi Spiritual Emosional Musik (RSEM) terhadap Penurunan Tingkat Depresi Penderita Pasca Stroke Di Wilayah UPT Puskesmas Tlogosadang Paciran Lamongan.



Pasien yang mengalami stroke, akan mengalami stress yang lama-kelamaan jika tidak terobati dapat menimbulkan depresi. Depresi pasca stroke merupakan gangguan atau kelainan mengenai pikiran, perasaan dan kemampuan untuk berfungsi di dalam kehidupan sehari-hari. Penyebab depresi pasca stroke dipengaruhi oleh banyak faktor, faktor biologi, psikologis, dan sosial (Rao, 2011). Menurut Roy (1984) individu, keluarga, kelompok, masyarakat adalah penerima asuhan keperawatan yang dipandang sebagai “*Holistic adaptif system*” dalam segala aspek yang merupakan satu kesatuan. Sistem terdiri dari proses input, kontrol output, dan umpan balik ( Roy, 1991 dalam Muhlisin, 2007). Roy mengidentifikasi bahwa input sebagai stimulus, merupakan kesatuan informasi, bahan-bahan atau energi dari lingkungan yang dapat menimbulkan respon, dimana dibagi dalam tiga tingkatan yaitu stimulus fokal, kontekstual dan stimulus residual (Muhlisin, 2007).

Penderita pasca stroke mendapatkan input atau stimulus-stimulus yang dapat menimbulkan respon depresi. Stimulus fokal merupakan stimulus yang langsung berhadapan dengan penderita pasca stroke dan efeknya segera yaitu gangguan mobilitas fisik dan kecemasan. Gangguan mobilitas fisik akan menyebabkan ketidakmampuan fisik dalam memenuhi kebutuhan sehari-harinya. Ketidakmampuan fisik penderita pasca stroke dapat menyebabkan hilangnya peran hidup yang dimiliki penderita sebelum sakit sehingga dapat menyebabkan gangguan persepsi akan arti diri (*personal worth*) penderita dan dengan sendirinya mengurangi kualitas hidupnya. Persepsi penderita yang tidak proporsional mengenai ketidakmampuan fisiknya itu merupakan suatu faktor kontribusi di dalam meyakini secara berlebihan seluruh cacat yang dideritanya (Suwantara,



2004). Para penderita pasca stroke menjadi sadar, kondisinya sudah berbeda, untuk dapat memenuhi kebutuhan sehari-harinya mereka membutuhkan bantuan orang lain. Ketidakmampuan fisik, membuat penderita stroke mempunyai perasaan takut jatuh, perasaan tidak nyaman oleh pandangan orang lain terhadap dirinya, dan kedekatannya dengan kematian sehingga menjadikan kecemasan terhadap penderita pasca stroke.

Stimulus kedua yang menimbulkan respon depresi pada penderita pasca stroke yaitu stimulus kontekstual. Stimulus ini merupakan semua stimulus lain yang dialami seseorang baik internal maupun eksternal yang mempengaruhi situasi dan dapat menimbulkan respon negatif pada stimulus fokal. Stimulus kontekstual disini antara lain umur, jenis kelamin, golongan darah, agama, pendidikan, ADL, sosial ekonomi, dinamika keluarga, pengalaman dan kondisi Kesehatan. Stimulus yang ketiga yaitu stimulus residual yang meliputi *support system* dalam diri dan *support system* keluarga dan masyarakat.

Proses kontrol seseorang menurut Roy adalah bentuk mekanisme koping yang digunakan. Mekanisme kontrol ini dibagi atas regulator dan kognator yang merupakan subsistem. Pada penderita depresi pasca stroke ketika mendapatkan relaksasi spiritual emosional musik akan terjadi kontrol depresi di subsistem regulator dan kognator. Pada subsistem regulator terjadi kontrol dari transmitter regulator sistem yaitu kimia, neural atau endokrin. RSEM ketika dimainkan akan menghasilkan stimulus yang dikirim dari akson-akson serabut sensori asendens ke neuron-neuron dari *reticular activating system* (RAS). Stimulus kemudian ditransmisikan oleh nuklei spesifik dari thalamus melewati area-area korteks cerebral, sistem limbic, dan korpus collosum dan melalui area-area sistem

otonom dan sistem neuroendokrin (Chiu dan Kumar, 2003 dalam Darliana, 2008). Sistem limbik selanjutnya akan berintegrasi dengan hipotalamus. Hipotalamus akan meneruskan stimulus tersebut pada *formation retikularis* sebagai penyalur impuls menuju serat otonom, yaitu saraf simpatis dan parasimpatis. Rangsangan saraf otonom yang bersumber dari hipotalamus tersebut akan menyebabkan menurunnya denyut jantung dan respirasi. Hipotalamus juga mengirim sinyal ke glandula pituitary yang kemudian sinyal tersebut diterima glandula pituitary untuk meningkatkan sekresi endorphine.

Rangsangan sekresi endorphine akan meningkatkan daya tahan tubuh terhadap stress. Selain itu sebagai ejector dari rasa rileks dan ketenangan yang timbul, midbrain juga akan mengeluarkan *Gamma Amino Butric Acid* (GABA), enkephalin, dan beta endorphine. Zat tersebut dapat menimbulkan efek analgesia yang dapat mengeliminasi neurotransmitter stress pada pusat sensorik somatik otak. Musik juga memberikan efektivitasnya pada mekanisme coping, sehingga memiliki sejumlah keuntungan dalam mengurangi tingkat stress psikologi maupun fisiologi sehingga dapat menurunkan tingkat depresi (Wijaya, 2006).

Pada kontrol dari subsistem kognator penderita depresi pasca stroke terjadi proses yang berhubungan dengan fungsi otak dalam memproses informasi, penilaian, dan emosi. Ketika mendapat RSEM, penderita akan menghayati lirik-lirik lagu spiritual, dimana ketika proses menghayati akan melibatkan keyakinan yang dianut oleh penderita. Penghayatan dan keyakinan yang disertai sikap pasrah kepada Tuhan akan menambah keimanan, dan memungkinkan mendapatkan pengalaman transendensi. Penggabungan musik pada RSEM semakin membuat kedekatan secara emosional kepada Tuhan. Sehingga akan menyentuh dari *God*



*spot*. hal ini akan merangsang sistem limbik, amygdala, dan hipokampus sehingga membuat penderita depresi pasca stroke dapat menerima dengan ikhlas terhadap sakit yang dialami dan mampu mengambil hikmah yang dapat membantu mekanisme kopingnya secara maksimal. Penggunaan mekanisme koping yang maksimal mengembangkan tingkat adaptasi seseorang dan meningkatkan rentang stimulus agar dapat berespon secara positif.

Pada outputnya penderita depresi pasca stroke konsep diri, fungsi peran dan interdependensinya akan menjadi positif. Penderita dapat memandang dirinya secara utuh dan dapat menerima gambaran tubuhnya secara positif, sehingga dapat memerankan dirinya di keluarga maupun dimasyarakat sesuai kemampuan dan kedudukannya. Pada fokus interdependensi, penderita dapat saling memberi dan menerima cinta atau kasih sayang, perhatian, dan saling menghargai. Sehingga terjadi keseimbangan antara ketergantungan dan kemandirian dalam menerima sesuatu untuk dirinya. Ketergantungan ditunjukkan dengan kemampuan untuk afiliasi dengan orang lain. Kemandirian ditunjukkan oleh kemampuan berinisiatif untuk melakukan tindakan bagi dirinya. Interdependensi dapat dilihat dari keseimbangan antara dua nilai ekstrim, yaitu memberi dan menerima. Sehingga semua hal ini dapat menurunkan tingkat depresi pada penderita pasca stroke.

### **3.2 Hipotesis**

Berdasarkan tujuan penelitian, maka dirumuskan hipotesis sebagai berikut:

H1: Ada pengaruh relaksasi spiritual emosional musik terhadap penurunan tingkat depresi penderita paska stroke di wilayah UPT Puskesmas Tlogosadang Paciran Lamongan.



## BAB 4

### METODOLOGI PENELITIAN

Metode penelitian merupakan cara yang digunakan untuk memecahkan masalah menurut keilmuan (Nursalam dan Pariani, 2001). Bab ini akan menjelaskan tentang: 1) Desain Penelitian; 2) Populasi, Sampel, dan Teknik Pengambilan Sampel; 3) Variabel Penelitian; 4) Definisi Operasional; 5) Pengumpulan dan Pengolahan Data; 6) Analisis Data; 7) Kerangka Operasional; 8) Masalah Etik Penelitian 9) Keterbatasan Penelitian.

#### 4.1 Desain Penelitian

Penelitian “Pengaruh Relaksasi Spiritual Emosional Musik (RSEM) terhadap Penurunan Tingkat Depresi Penderita Pasca Stroke Di Wilayah UPT (Unit Pelayanan Terpadu) Puskesmas Tlogosadang Paciran Lamongan” menggunakan metode rancangan penelitian eksperimen semu (*Quasy-Experiment*). Rancangan ini berupaya untuk mengungkapkan hubungan sebab akibat dengan cara melibatkan kelompok kontrol disamping kelompok eksperimental. Tapi pemilihan kedua kelompok ini tidak menggunakan teknik acak. Dalam rancangan ini, kelompok eksperimental diberi perlakuan sedangkan kelompok kontrol tidak. Pada kedua kelompok perlakuan diawali dengan *pretest*, dan setelah pemberian perlakuan diadakan pengukuran kembali (*posttest*).

Tabel 4.1 Desain penelitian Pengaruh Relaksasi Spiritual Emosional Musik (RSEM) terhadap Penurunan Tingkat Depresi pada penderita Pasca Stroke Di Wilayah UPT Puskesmas Tlogosadang Paciran Lamongan.

| Subyek | Pra     | Perlakuan | Pasca-tes |
|--------|---------|-----------|-----------|
| KA     | O       | I         | OI-A      |
| KB     | O       | -         | OI-B      |
|        | Waktu 1 | Waktu 2   | Waktu 3   |

Keterangan :

K.A :subyek perlakuan.

K.B :subyek kontrol.

O :observasi sebelum perlakuan.

I :intervensi (perlakuan).

OI (A+B) :obervasi setelah intervensi kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

## 4.2 Populasi, Besar Sampel, dan Teknik Pengambilan Sampel

### 4.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian adalah subyek (misalnya manusia; klien) yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2009). Pada penelitian ini populasinya terbagi menjadi 2, yaitu populasi target dan populasi terjangkau.

1. Populasi target adalah penderita depresi pasca stroke.
2. Populasi terjangkau adalah penderita depresi pasca stroke yang terdapat di wilayah UPT Puskesmas Tlogosadang Paciran Lamongan dari 30 Juni-30 Juli 2011, yaitu sebanyak 24 orang.

### 4.2.2 Besar sampel

Sampel terdiri dari bagian populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subyek penelitian melalui *sampling* (Nursalam, 2009). Sampel pada penelitian ini adalah penderita depresi pasca stroke yang terdapat di wilayah UPT

Puskesmas Tlogosadang Paciran Lamongan dari 30 Juni- 30 Juli 2011. Besar sampel sejumlah 18 orang dibagi menjadi dua kelompok, yaitu kelompok perlakuan dan kelompok kontrol masing-masing 9 orang dengan menggunakan *consecutive sampling* yaitu pengamgambilan sampel berdasarkan waktu dari 30 Juni sampai 30 Juli 2011serta disesuaikan dengan kriteria inklusi dan eksklusi. Adapun kriteria inklusi dan eksklusi tersebut antara lain:

Kriteria inklusi:

1. Penderita pasca strokeyang sudah keluar dari rumah sakit lebih dari 6 bulan.
2. Mengalami depresi dengan penilaian menggunakan skala HDRS (*Hamilton Depression Rating Scale*)
3. Bersedia mengikuti terapi relaksasi spiritual emosional musik sesuai yang dijadwalkan hingga penelitian selesai.
4. Bersedia tidak mendengarkan lagu atau musik selain musik spiritual yang telah ditentukan peneliti hingga penelitian selesai.
5. Penderita menyukai musik.
6. Penderita beragama Islam
7. Keadaan pendengaran penderita baik

Kriteria eksklusi, subyek yang sudah memenuhi kriteria inklusi dapat dikeluarkan dari penelitian karena:

1. Mengalami penurunan kesadaran.
2. Penderita meninggal dunia di tengah-tengah penelitian.
3. Penderita menolak dilakukan intervensi di tengah-tengah penelitian



### **4.2.3 Teknik pengambilan sampel**

*Sampling* adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi. Teknik *sampling* merupakan cara-cara yang ditempuh dalam pengambilan sampel, agar memperoleh sampel yang benar-benar sesuai dengan keseluruhan subyek penelitian (Nursalam,2009). Pada penelitian ini pengambilan sampelnya dengan menggunakan teknik *consecutive sampling* yaitu, pemilihan sampel dengan menetapkan subyek yang memenuhi kriteria penelitian dimasukkan dalam penelitian sampai kurun waktu tertentu. Sampel pada penelitian ini adalah penderita depresi pasca stroke yang terdapat di wilayah UPT Puskesmas Tlogosadang Paciran Lamongan dari 30 Juni-30 Juli 2011.

## **4.3 Variabel Penelitian**

### **4.3.1 Variabel independen/ bebas**

Variabel independen adalah yang nilainya menentukan variabel lain. Penelitian ini variabel independennya adalah relaksasi spiritual emosional musik.

### **4.3.2 Variabel dependen/ tergantung**

Variabel dependen adalah yang nilainya ditentukan oleh variabel lain. Variabel dependen dalam penelitian ini yaitu tingkat depresi penderita pasca stroke.

#### 4.4 Definisi Operasional

Table 4.2 Definisi Operasional Penelitian Pengaruh Relaksasi Spiritual Emosional Musik (RSEM) terhadap Penurunan Tingkat Depresi Penderita Pasca Stroke di Wilayah UPT Puskesmas Tlogosadang Paciran Lamongan.

| Variabel   | Definisi Operasional   | Parameter  | Alat Ukur  | Skala   | Skor   |
|--|--|--|--|---------|--|
| Variabel independen : Relaksasi Spiritual Emosional Musik (RSEM) | Suatu tindakan dengan memejamkan mata dan konsentrasi pada udara yang masuk dan keluar di jalan nafas sambil mendengarkan musik spiritual terpilih serta menghayati lirik lagunya. | Relaksasi spiritual emosional musik dilakukan dengan interval 30 menit setiap hari selama 30 hari yang terdiri dari 3 segmen, yaitu:<br>1. Persiapan lamanya 5 menit<br>2. Pelaksanaan 20 menit<br>3. Evaluasi lamanya 5 menit | SOP  |         |  |
| Variabel dependen: tingkat depresi                               | Tingkatan penderita mengalami gangguan atau kelainan yang mengenai pikiran, perasaan dan kemampuan untuk berfungsi di dalam kehidupan sehari-hari                                  | Pengukuran tingkat depresi penderita berdasarkan skala HDRS ( <i>Hamilton Depression Rating Scale</i> )  | Kuesioner HDRS ( <i>Hamilton Depression Rating Scale</i> ) | Ordinal | 0-7 = Normal<br>8-13 = depresi ringan<br>14-18 = Depresi sedang<br>19-22 = Depresi berat<br>≥23 = Depresi sangat berat |

## **4.5 Pengumpulan dan Pengolahan Data Penelitian**

### **4.5.1 Instrumen penelitian**

Pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan instrument berupa lembar observasi, kuesioner, dan skala tingkat depresi. Pengisian lembar kuesioner dilakukan oleh peneliti berdasarkan jawaban yang diberikan oleh responden kelompok perlakuan dan kelompok kontrol di awal dan akhir penelitian. Peneliti mengisi lembar observasi untuk memvalidasi jawaban dari kelompok perlakuan dan kelompok kontrol pada lembar kuesioner dengan tujuan mengetahui tingkat depresi kedua kelompok secara lebih objektif. Kuesioner yang digunakan untuk mengukur tingkat depresi adalah menggunakan HDRS (*Hamilton Depression Rating Scale*). Data yang telah dikumpulkan kemudian ditabulasi. Data yang dianggap memenuhi syarat untuk selanjutnya diberi tanda khusus (*coding*) untuk menghindari pencantuman identitas atau menghindari adanya kesalahan dan duplikasi entri data.

### **4.5.2 Lokasi dan waktu penelitian**

Tempat yang digunakan dalam penelitian ini adalah wilayah UPT Puskesmas Tlogosadang paciran Lamongan mulai 30 Juni -30 Juli 2011.

### **4.5.3 Prosedur pengumpulan data penelitian**

Pengumpulan data dalam penelitian ini melalui prosedur:

1. Pengajuan surat ijin penelitian kepada Bakesbang Kabupaten Lamongan.
2. Pengajuan surat ijin penelitian kepada Kepala UPT Puskesmas Tlogosadang Paciran Lamongan.
3. Pengajuan surat ijin penelitian kepada Kepala Kecamatan Paciran.



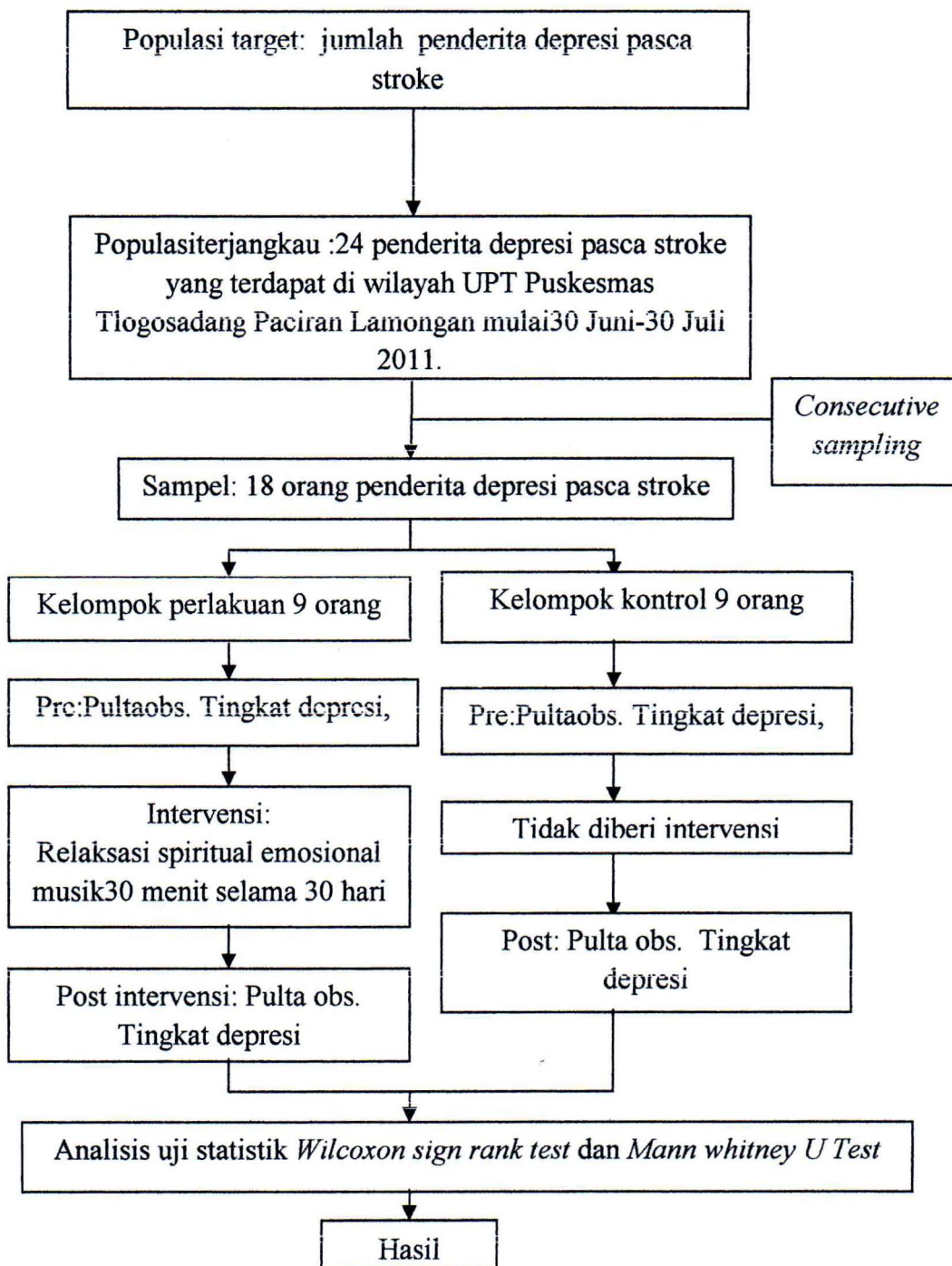
4. Identifikasi penderita pasca stroke dengan depresi masing-masing di rumah responden.
5. Pengajuan lembar persetujuan untuk menjadi responden kepada penderita depresi pasca stroke di wilayah UPT Puskesmas Tlogosadang Paciran Lamongan serta memenuhi kriteri inklusi.
6. Pembagian lembar kuesioner di awal penelitian kepada responden baik dari kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol untuk mengetahui tingkat depresi sebelum mendapat perlakuan relaksasi spiritual emosional musik.
7. Pemberian intervensi RSEM kepada responden selama 30 menit setiap hari selama 30 hari di rumah masing-masing responden. Intervensi ini dipimpin oleh peneliti.
8. Pembagian kuesioner di akhir penelitian kepada kelompok perlakuan untuk mengetahui perubahan tingkat depresi setelah mendapatkan perlakuan relaksasi spiritual emosional musik.
9. Pembagian kuesioner di akhir penelitian kepada kelompok kontrol untuk mengetahui perbedaan tingkat depresi dengan kelompok perlakuan.

#### **4.6 Analisis data penelitian**

Setelah data terkumpul, kemudian dilakukan pengelompokan data, tabulasi data, dan analisis data menggunakan bantuan computer program SPSS for Windows seri 16.0 dengan statistic uji beda dua dua sampel berpasangan *wilcoxon sign rank test* untuk melihat pengaruh terapi Relaksasi Spiritual Emosional Musik (RSEM) dengan tingkat depresi pada kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol dengan tingkat signifikansi  $\alpha \leq 0,05$  artinya bila uji statistik menunjukkan

nilai  $p \leq 0,05$  maka ada pengaruh yang bermakna antara variabel. Dan menggunakan uji statistik *Mann Whitney U Test* untuk mengetahui perbedaan tingkat depresi antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dengan tingkat signifikansi  $\alpha \leq 0,05$  artinya bila uji statistik menunjukkan nilai  $p \leq 0,05$  maka ada perbedaan tingkat depresi antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

#### 4.7 Kerangka Operasional



Gambar 4.1. Kerangka Operasional Penelitian Pengaruh Relaksasi Spiritual Emosional Musik (RESM) terhadap Penurunan Tingkat Depresi pada Penderita Pasca Stroke Di Wilayah UPT Puskesmas Tlogosadang Paciran Lamongan.



## **4.8 Masalah Etik Penelitian**

### **4.8.1 Persetujuan**

Responden ditetapkan setelah terlebih dahulu mendapatkan penjelasan tentang kegiatan penelitian, tujuan dan dampak bagi penderita, serta setelah responden menyatakan setuju untuk dijadikan responden secara tertulis melalui *informed consent*. Calon responden yang tidak menyetujui untuk dijadikan responden tidak akan dipaksa dan tetap dihormati haknya.

### **4.8.2 Anonimitas (tanpa nama)**

Seluruh pasien yang dijadikan dalam sampel penelitian tidak akan disebutkan namanya baik dalam kuesioner maupun dalam penyajian pelaporan penelitian.

### **4.8.3 Kerahasiaan**

Responden yang dijadikan sampel dalam penelitian akan dirahasiakan identitas spesifiknya (nama, gambar/ foto, ciri-ciri fisik). Kerahasiaan informasi yang diberikan oleh subyek dijamin oleh peneliti. Hanya kelompok data tertentu saja yang akan dilaporkan pada hasil penelitian.

## **4.9 Keterbatasan Penelitian**

1. Peneliti tidak bisa mengidentifikasi tingkat kepercayaan atau keimanan (*God Spot*) yang bisa mempengaruhi tingkat penghayatan terhadap lirik dari terapi Relaksasi Spiritual Emosional Musik (RSEM).
2. Peneliti tidak bisa mengukur tingkat keparahan atau kondisi lesi stroke sebagai penyebab depresi pada responden.

3. Peneliti tidak bisa mengontrol musik yang didengar oleh responden pada kelompok perlakuan selain RSEM, misalnya musik yang di mainkan oleh tetangga responden secara keras-keras.
4. Peneliti tidak bisa mengukur support diri dan keluarga yang dapat mempengaruhi toleransi responden terhadap kesakitannya dan mekanisme coping responden.

## **BAB 5**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

Pada bab ini akan diuraikan tentang deskripsi mengenai hasil penelitian dan pembahasan tentang penerapan Relaksasi Spiritual Emosional Musik (RSEM) terhadap penurunan tingkat depresi pada penderita pasca stroke di wilayah UPT Puskesmas Tlogosadang Paciran Lamongan sesuai tujuan penelitian. Penelitian dilakukan pada tanggal 30 Juni sampai 30 Juli 2011.

Data yang diperoleh akan disajikan dalam bentuk diagram, tabel dan narasi. Penyajian hasil penelitian meliputi gambaran umum lokasi penelitian, data demografi responden serta data khusus tentang tingkat depresi penderita pasca stroke.

Penelitian ini dilakukan terhadap 18 orang responden yang dibagi menjadi 2 kelompok. Kelompok I merupakan kelompok perlakuan yang mendapatkan terapi RSEM dan kelompok II adalah kelompok kontrol (kelompok yang tidak mendapatkan terapi RSEM).

#### **5.1 Hasil Penelitian**

##### **5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian**

Penelitian ini dilakukan di lingkungan masyarakat wilayah Puskesmas Tlogosadang Paciran Lamongan. Karakteristik wilayah Puskesmas adalah berbatasan dengan Laut Jawa disebelah utara, sehingga sebagian besar mata pencaharian masyarakat adalah nelayan. Karakteristik masyarakatnya, sebagian besar adalah perokok, tingkat konsumsi garamnya juga tinggi karena seringnya



responden (38,9%) sangat sulit untuk dapat berpindah, sedangkan untuk 4 responden yang lain (22,2%) tidak mengalami kesulitan untuk berpindah dan tidak membutuhkan bantuan untuk berpindah meskipun mengalami kelumpuhan. Hal ini tergantung dari tingkat keparahan kerusakan otak yang diakibatkan oleh stroke dan tingkat kemandirian responden.

Kedua, dilihat dari kecemasan. Seluruh responden menyatakan cemas setelah mengalami stroke, sebanyak 18 responden (100%). Sebagian besar yang menjadi kecemasan responden adalah kelumpuhan atau kecacatan yaitu sebanyak 16 responden (88,9%), alasan yang sering menjadi kecemasan yang lain adalah tidak adanya biaya untuk berobat, sebanyak 14 responden (77,8%) dan merepotkan anggota keluarga atau telah merepotkan orang yang merawatnya, sebanyak 14 responden (77,8%). Sedangkan yang menjadi kecemasan bagi responden yang lain yaitu dekatnya dengan kematian sebanyak 5 responden (27,8%), pandangan masyarakat tentang penyakitnya atau kelumpuhannya (16,7%), dan tanggungan keluarga anak, istri sebanyak 2 responden (11,1%).

Berdasarkan hasil wawancara untuk kontekstual stimuli. Sebagian besar responden dalam penelitian ini berada di usia lebih dari 60 tahun yaitu sebanyak 10 responden (55,6%), sebanyak 4 responden (22,2%) di rentang usia 41 sampai 50 tahun, dan sebanyak 4 responden (22,2%) di rentang usia 51 sampai 60 tahun. Pada jenis kelamin, sebagian besar responden merupakan jenis kelamin laki-laki, sebanyak 11 responden (61,1%) dan 7 responden perempuan (38,9%). Hal ini dikarenakan laki-laki di tempat penelitian bekerja sebagai nelayan yang sering terpapar sinar matahari yang panas, merokok, dan konsumsi kopi. Pendidikan terakhir sebagian besar responden adalah lulusan Sekolah Dasar (SD) atau

madrasah Ibtidaiyah (MI) yaitu sebanyak 16 responden (88,9%), sedangkan untuk 2 responden yang lain lulusan Perguruan Tinggi (PT).

ktivitas sehari-hari sebagian besar responden mengalami gangguan dalam pemenuhan kebutuhan sehari-harinya sebanyak 13 responden (72,2%) dan 5 responden (27,8%) tidak mengalami gangguan. Sosial ekonomi sebagian besar responden adalah menengah ke bawah sebanyak 16 responden (88,9%) dengan hasil pendapatan setiap bulan kurang dari Rp. 1.000.000,00, dan sebanyak 2 responden (11,1%) dengan social ekonomi menengah ke atas dengan hasil pendapatan di atas Rp. 1.000.000,00.

Pada dinamika keluarga, sebagian besar responden dalam keadaan menikah 12 responden (66,7%) dan janda/duda/ cerai sebanyak 6 responden (33,3%). Jumlah anak dalam keluarga kurang atau sama dengan 2 sebanyak 2 responden (11,1%), jumlah anak 3 sampai 5 sebanyak 13 responden (72,2%), dan jumlah anak lebih dari 5 orang sebanyak 3 responden (16,7%).

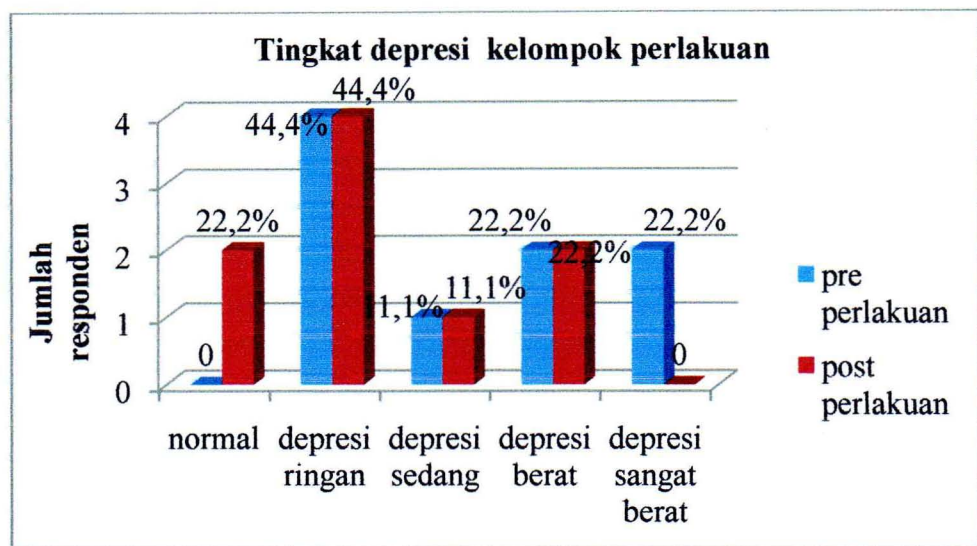
Support system diri dan keluarga dalam residual stimuli pada hasil wawancara didapatkan seluruh responden (18 responden) menyatakan bahwa penyakit atau kelumpuhan yang dialami merupakan cobaan dari Tuhan. Sebanyak 12 responden (66,7%) menyatakan perasaan sedih terhadap penyakit dan kelumpuhan yang dirasakan dan sebanyak 6 responden (33,3%) menyatakan tidak merasa sedih dengan penyakit atau kelumpuhannya. Dari 12 responden yang menyatakan perasaan sedih, terdapat 8 responden dapat melakukan sesuatu hal untuk mengurangi kesedihan yang dirasakan seperti lebih mendekatkan diri kepada yang Kuasa, berlatih jalan, atau menonton televisi untuk menghibur diri.



Sedangkan 4 responden yang lain tidak melakukan sesuatu untuk mengurangi kesedihannya.

#### 5.1.4 Data khusus responden

Data khusus yang diuraikan adalah data tentang tingkat depresi sebelum dilakukan intervensi terapi Relaksasi Spiritual Emosional Musik (RSEM) dan setelah dilakukan intervensi pada penderita pasca stroke kelompok perlakuan dan kelompok kontrol di wilayah kerja UPT Puskesmas Tlogosadang Paciran Lamongan.



Gambar 5.8 Distribusi tingkat depresi kelompok perlakuan di UPT Puskesmas Tlogosadang Paciran Lamongan pada tanggal 30 Juni - 30 Juli 2011.

Diagram batang pada gambar 5.8 di atas menunjukkan bahwa sebagian besar responden pada kelompok perlakuan sebelum diberikan perlakuan Relaksasi Spiritual Emosional Musik (RSEM) mempunyai tingkat depresi ringan sebanyak 4 responden, 1 responden mempunyai tingkat depresi sedang, sebanyak 2 responden mempunyai tingkat depresi berat dan sebanyak 2 responden mempunyai tingkat depresi sangat berat. Setelah diberikan perlakuan Relaksasi Spiritual Emosional Musik (RSEM) jumlah responden yang memiliki tingkat



depresi ringan, sedang dan berat sama banyak saat sebelum perlakuan. Tingkat depresi sangat berat saat sebelum perlakuan RSEM jumlah respondennya sebanyak 2 responden dan setelah diberikan perlakuan RSEM tidak ada yang mengalami depresi sangat berat. Sedangkan jumlah responden untuk normal sebanyak 0 responden sebelum perlakuan dan mengalami peningkatan menjadi 2 responden setelah perlakuan.

Table 5.1 Hasil pengamatan tingkat depresi kelompok perlakuan di wilayah UPT Puskesmas Tlogosadang Paciran Lamongan pada tanggal 30 Juni- 30 Juli 2011.

| Kode responden                 | Kelompok perlakuan |      |                      |           |      |                 | Selisih |
|--------------------------------|--------------------|------|----------------------|-----------|------|-----------------|---------|
|                                | Pre test           |      |                      | Post test |      |                 |         |
|                                | skor               | kode | kategori             | skor      | kode | kategori        |         |
| 1                              | 29                 | 5    | Depresi sangat berat | 22        | 4    | Depresi berat   | -7      |
| 2                              | 11                 | 2    | Depresi ringan       | 7         | 1    | Normal          | -4      |
| 3                              | 21                 | 4    | Depresi berat        | 17        | 3    | Depresi sedang  | -4      |
| 4                              | 12                 | 2    | Depresi ringan       | 7         | 1    | Normal          | -5      |
| 5                              | 13                 | 2    | Depresi ringan       | 8         | 2    | Depresi ringan  | -5      |
| 6                              | 12                 | 2    | Depresi ringan       | 9         | 2    | Depresi ringan  | -3      |
| 7                              | 21                 | 4    | Depresi berat        | 10        | 2    | Depresi ringan  | -11     |
| 8                              | 26                 | 5    | Depresi sangat berat | 19        | 4    | Depresi berat   | -7      |
| 9                              | 15                 | 3    | Depresi sedang       | 8         | 2    | Depresi ringan  | -7      |
| <i>Mean</i>                    | 16,67              |      |                      | 11,89     |      |                 |         |
| <i>SD</i>                      | 5,937              |      |                      | 5,798     |      |                 |         |
| <i>Wilcoxon Sign Rank test</i> |                    |      |                      |           |      | <i>p= 0,011</i> |         |

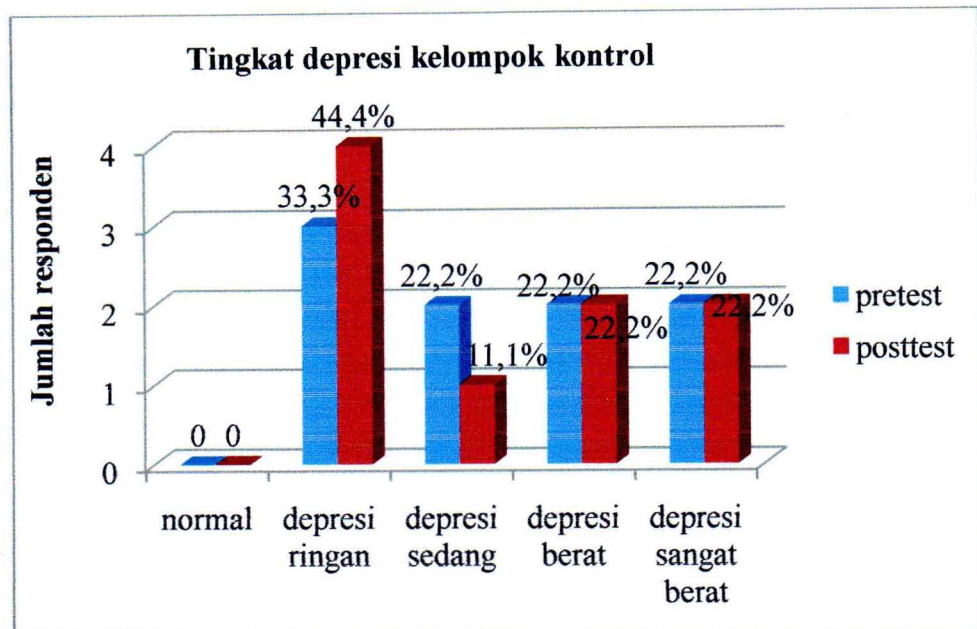
Keterangan :

1. 0-7 = normal
2. 8-13 = depresi ringan
3. 14-18 = depresi sedang
4. 19-22 = depresi berat
5. >23 = depresi sangat berat

Tabel 5.1 di atas menunjukkan adanya perubahan skor tingkat depresi pada kelompok perlakuan sebelum dan sesudah diberikan Relaksasi Spiritual Emosional Musik (RSEM) selama 30 hari. Pada kelompok perlakuan responden yang mengalami depresi sangat berat sebelum diberikan RSEM adalah responden nomor 1 dan 8 dengan nilai tingkat depresi 5 (depresi sangat berat). Setelah diberikan RSEM, sebagian besar responden (sebanyak 6 responden) mengalami penurunan tingkat depresi. Responden yang mengalami penurunan tingkat depresi sangat signifikan sebanyak 1 responden yaitu responden nomor 7. Responden tersebut mengalami penurunan tingkat depresi sebanyak 2 poin yaitu dari nilai tingkat depresi 4 (depresi berat) menjadi 2 (depresi ringan). Sedangkan terdapat dua responden yaitu responden nomor 2 dan 6 setelah diberikan RSEM, depresi yang dialaminya bernilai tetap pada skor 2 (depresi ringan) yaitu tidak mengalami penurunan maupun peningkatan.

Hasil uji statistik menggunakan *Wilcoxon Signed Rank test*, nilai sig (2-tailed) pada kelompok perlakuan adalah  $p = 0,011$  berarti  $p \leq 0,05$  maka hipotesis diterima artinya ada perbedaan yang signifikan antara sebelum dan sesudah pemberian RSEM terhadap penurunan tingkat depresi penderita pasca stroke pada kelompok perlakuan.





Gambar 5.9 Distribusi tingkat depresi kelompok kontrol di UPT Puskesmas Tlogosadang Paciran Lamongan pada tanggal 30 Juni - 30 Juli 2011.

Diagram batang gambar 5.9 di atas menunjukkan bahwa tingkat depresi sebelum dan sesudah perlakuan RSEM pada kelompok kontrol cenderung tetap, yaitu pada jumlah responden dengan tingkat depresi berat dan sangat berat jumlahnya sama saat pretest dan posttest. Sedangkan pada tingkat depresi ringan dan depresi sedang mengalami perubahan. Jumlah responden pada tingkat depresi ringan saat pretest pada kelompok kontrol sebanyak 3 responden dan mengalami peningkatan menjadi 4 responden saat posttest. Jumlah responden dengan tingkat depresi sedang pada kelompok kontrol saat pretest sebanyak 2 responden mengalami penurunan menjadi 1 responden saat posttest. pada kelompok kontrol tidak terdapat responden yang memiliki tingkat normal.



Tabel 5.2 Hasil pengamatan tingkat depresi kelompok kontrol di wilayah UPT Puskesmas Tlogosadang Paciran Lamongan pada tanggal 30 Juni -30 Juli 2011.

| Kode responden                 | Kelompok kontrol |      |                      |           |      |                      | Selisih |
|--------------------------------|------------------|------|----------------------|-----------|------|----------------------|---------|
|                                | Pre test         |      |                      | Post test |      |                      |         |
|                                | skor             | kode | kategori             | skor      | kode | kategori             |         |
| 10                             | 28               | 5    | Depresi sangat berat | 28        | 5    | Depresi sangat berat | 0       |
| 11                             | 22               | 4    | Depresi berat        | 22        | 4    | Depresi berat        | 0       |
| 12                             | 12               | 2    | Depresi ringan       | 12        | 2    | Depresi ringan       | 0       |
| 13                             | 22               | 4    | Depresi berat        | 22        | 4    | Depresi berat        | 0       |
| 14                             | 13               | 2    | Depresi ringan       | 13        | 2    | Depresi ringan       | 0       |
| 15                             | 10               | 2    | Depresi ringan       | 9         | 2    | Depresi ringan       | -1      |
| 16                             | 34               | 5    | Depresi sangat berat | 34        | 5    | Depresi sangat berat | 0       |
| 17                             | 17               | 3    | Depresi sedang       | 13        | 2    | Depresi ringan       | -4      |
| 18                             | 14               | 3    | Depresi sedang       | 14        | 3    | Depresi sedang       | 0       |
| <i>Mean</i>                    | 19,11            |      |                      | 18,56     |      |                      |         |
| <i>SD</i>                      | 8,054            |      |                      | 8,428     |      |                      |         |
| <i>Wilcoxon Sign Rank test</i> |                  |      |                      |           |      | <i>p= 0,317</i>      |         |
| <b>Keterangan :</b>            |                  |      |                      |           |      |                      |         |
| 1. 0-7 = normal                |                  |      |                      |           |      |                      |         |
| 2. 8-13 = depresi ringan       |                  |      |                      |           |      |                      |         |
| 3. 14-18 = depresi sedang      |                  |      |                      |           |      |                      |         |
| 4. 19-22 = depresi berat       |                  |      |                      |           |      |                      |         |
| 5. >23 = depresi sangat berat  |                  |      |                      |           |      |                      |         |

Tabel 5.2 di atas menunjukkan bahwa pada kelompok kontrol responden yang mengalami depresi sangat berat saat pretest adalah responden nomor 10 dan 19 dengan nilai tingkat depresi 5 (depresi sangat berat). Kelompok kontrol tidak diberikan RSEM, responden dibiarkan melakukan aktivitas seperti biasanya. Setelah selesai pemberian RSEM pada kelompok perlakuan, kemudian pada kelompok kontrol dilakukan pengukuran kembali tingkat depresi responden

(*posttest*) didapatkan hasil 1 responden (responden nomor 19) mengalami penurunan tingkat depresi yaitu dari nilai tingkat depresi 3 (depresi sedang) menjadi 2 (depresi ringan), tetapi sebagian besar responden pada kelompok kontrol sebanyak (8 responden) mempunyai nilai tingkat depresi tetap, tidak mengalami penurunan dan peningkatan.

Hasil uji statistik menggunakan *Wilcoxon Signed Rank test*, nilai sig (2-tailed) pada kelompok kontrol (kelompok yang tidak mendapatkan RSEM) adalah  $p=0,317$  berarti  $p \geq 0,05$  maka hipotesis ditolak artinya pada kelompok kontrol tidak ada perubahan penurunan tingkat depresi pada kelompok kontrol.

Tabel 5.3 Hasil pengolahan data nilai tingkat depresi responden pada kelompok perlakuan dan kontrol sebelum dan sesudah RSEM pada penderita pasca stroke di wilayah UPT Puskesmas Tlogosadang Paciran Lamongan pada tanggal 30Juni -30 Juli 2011.

| No. responden       | Tingkat depresi    |          |            |                  |          |          |
|---------------------|--------------------|----------|------------|------------------|----------|----------|
|                     | Kelompok perlakuan |          |            | Kelompok kontrol |          |          |
|                     | pretest            | posttest | $\Delta$   | pretest          | posttest | $\Delta$ |
| 1                   | 5                  | 4        | 1          | 5                | 5        | 0        |
| 2                   | 2                  | 1        | 1          | 4                | 4        | 0        |
| 3                   | 4                  | 3        | 1          | 2                | 2        | 0        |
| 4                   | 2                  | 1        | 1          | 4                | 4        | 0        |
| 5                   | 2                  | 2        | 0          | 2                | 2        | 0        |
| 6                   | 2                  | 2        | 0          | 2                | 2        | 0        |
| 7                   | 4                  | 2        | 2          | 5                | 5        | 0        |
| 8                   | 5                  | 4        | 1          | 3                | 2        | 1        |
| 9                   | 3                  | 2        | 1          | 3                | 3        | 0        |
| <i>Mann Whitney</i> |                    |          | $p= 0,136$ |                  |          |          |
| <i>U Test</i>       |                    |          |            |                  |          |          |

Keterangan :

S= selisih

1= 0-7 (normal)

2= 8-13 (depresi ringan)

3= 14-18 (depresi sedang)

4= 19-22 (depresi berat)

5= >23 (depresi sangat berat)



Tabel 5.3 menunjukkan bahwa sebelum diberikan Relaksasi Spiritual Emosional Musik (RSEM) sebagian besar responden dalam penelitian ini berada pada tingkat depresi ringan yaitu 7 responden (38,9%), terdapat 5 responden (27,8%) yang mengalami depresi sedang dan terdapat 4 responden (22,2%) dengan depresi berat. Tingkat depresi pada kelompok perlakuan setelah diberikan Relaksasi Spiritual Emosional Musik (RSEM) mengalami penurunan. Sedangkan tingkat depresi pada kelompok kontrol cenderung tetap.

Setelah dilakukan uji statistik *Mann Whitney U Test* dengan tingkat signifikansi  $\alpha \leq 0,05$  menunjukkan  $p = 0,136$  yang artinya tidak ada perbedaan penurunan tingkat depresi pada kelompok perlakuan dengan kelompok kontrol.

## 5.2 Pembahasan

Berikut akan dibahas hasil penelitian tentang pengaruh Relaksasi Spiritual Emosional Musik (RSEM) terhadap penurunan tingkat depresi penderita pasca stroke yang dilaksanakan selama 30 hari. Rencana awal peneliti ingin melakukan penelitian ini dengan 20 responden, masing-masing 10 responden untuk kelompok perlakuan dan kelompok kontrol, tetapi terdapat satu responden pada kelompok perlakuan yang meninggal dunia setelah pretest dan belum sempat diberikan terapi RSEM dan terdapat 2 responden pada kelompok kontrol yang meninggal dunia di tengah-tengah penelitian sehingga menyebabkan 3 responden tersebut tereksklusi. Namun di tengah-tengah penelitian juga terdapat satu responden baru untuk kelompok kontrol untuk menyeimbangkan jumlah responden kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Responden baru ini awalnya tidak diketahui, dan



diketahui setelah mendapatkan serangan stroke yang ke 4 kalinya, sehingga menyebabkan responden ini terinklusi.

### 5.2.1 Identifikasi tingkat depresi pada kelompok perlakuan

Hasil identifikasi tingkat depresi pada penderita pasca stroke di wilayah kerja UPT Puskesmas Tlogosadang Paciran Lamongan sebelum diberikan RSEM (*pretest*) mengalami penurunan setelah diberikan RSEM (*posttest*) pada kelompok perlakuan. setelah dianalisis data dan menguji hasil penelitian kuantitatif dapat diketahui bahwa terjadi penurunan tingkat depresi pada kelompok perlakuan setelah diberikan RSEM pada penderita depresi pasca stroke di wilayah kerja UPT Puskesmas Tlogosadang Paciran Lamongan.

Pada kelompok perlakuan terdapat satu responden (nomor 7) yang mengalami penurunan tingkat depresi yang sangat signifikan yaitu dari skor 21 (depresi berat) setelah diberikan Relaksasi Spiritual Emosional Musik (RSEM) terjadi penurunan skor menjadi 10 (depresi ringan), Hal ini dapat dikarenakan tingkat pendidikan responden adalah perguruan tinggi. Tingkat pendidikan dapat mempengaruhi proses pemahaman seseorang, sehingga dapat meningkatkan mekanisme coping dari seseorang. Pada kelompok perlakuan juga terdapat dua responden (nomor 5 dan 6), kedua responden ini mengalami penurunan skor setelah pemberian RSEM, akan tetapi penurunan skornya tidak dapat menurunkan tingkat depresinya yaitu tetap depresi ringan. Hal ini dikarenakan peneliti tidak dapat mengetahui kondisi lesi stroke yang sangat mempengaruhi tingkat keparahan kesakitan responden dan perubahan neurotransmitter yang secara langsung dapat mempengaruhi depresi (Bhogal, 2004 dalam Meifi & Agus, 2009).

### **5.2.2 Identifikasi tingkat depresi pada kelompok kontrol**

Pada kelompok kontrol (kelompok yang tidak mendapatkan RSEM) tidak terdapat penurunan tingkat depresi. Pada kelompok kontrol terdapat satu responden (nomor 19) yang mengalami penurunan tingkat depresi yaitu dari skor 17 (depresi sedang) menjadi 13 (depresi ringan). Hal ini dapat dikarenakan support diri dan keluarga responden sangat baik dalam penerimaan kesakitannya.

### **5.2.3 Identifikasi penurunan tingkat depresi pasca stroke oleh pengaruh Relaksasi Spiritual Emosional Musik (RSEM)**

Hasil uji analisa statistik untuk menguji ada tidaknya perbedaan antara kelompok perlakuan yang diberikan RSEM dengan kelompok kontrol yang tidak diberikan RSEM bahwa dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan antara kelompok perlakuan yang diberikan RSEM dengan kelompok kontrol yang tidak diberikan RSEM. Hal ini dapat dikarenakan rerata antara kedua kelompok berbeda di pretest. Rerata kelompok perlakuan 16,67 pada pretest dan menjadi 11,89 pada posttest, sedangkan pada kelompok kontrol 19,11 pada pretest dan 18,56 pada posttest. Jadi tingkat depresi awal (pretest) tidak sama antara kelompok perlakuan dan kontrol.

Stroke adalah masalah neurologik primer di dunia dan merupakan masalah besar di bidang kesehatan masyarakat baik di negara maju maupun di negara berkembang. Stroke juga merupakan kelainan yang paling menyebabkan ketidakberdayaan (*disabling*) (Suwantara, 2004). Penderita pasca stroke menurut Roy dipandang sebagai *Holistic adaptif system* yang dalam segala aspek merupakan kesatuan. Sistem terdiri dari proses input, kontrol, output dan umpan balik. Roy mengidentifikasi bahwa input sebagai stimulus, merupakan kesatuan



informasi, bahan atau energi dari lingkungan yang dapat menimbulkan respon depresi pada penderita pasca stroke. Input ini dibagi dalam tiga tingkatan yaitu stimulus fokal, kontekstual, dan residual stimulus.

Pertama, stimulus fokal, stimulus yang langsung berhadapan dengan seseorang yang efeknya segera. Stimulus fokal pada penderita pasca stroke antara lain gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelumpuhan atau kecacatan yang dialami akibat stroke. Berdasarkan gambar 5.10 menunjukkan bahwa seluruh responden dalam penelitian ini (100%) mengalami kelumpuhan, sebanyak 12 responden terjadi kelumpuhan pada tangan dan kaki kiri dan 6 responden mengalami kelumpuhan pada tangan dan kaki kanan. Kelumpuhan yang dialami oleh penderita stroke dapat menyebabkan gangguan mobilitas fisik sehingga mengakibatkan ketidakmampuan fisik dalam memenuhi kebutuhan sehari-harinya. Stimulus fokal lain pada penderita pasca stroke adalah kecemasan berhubungan dengan *helpness* dan *hopeless*. Gangguan mobilitas fisik yang dialami dapat menyebabkan ketidakmampuan fisik untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari. Akibatnya penderita menjadi sangat tergantung kepada orang lain. Data dari hasil wawancara didapatkan 13 responden (72,2%) mengalami gangguan dalam pemenuhan kebutuhan sehari-harinya dan sering membutuhkan bantuan untuk memenuhi kebutuhan sehari-harinya.

Kedua, stimulus kontekstual yaitu semua stimulus yang dialami seseorang baik internal maupun eksternal yang mempengaruhi situasi dan dapat diobservasi, diukur dan secara subyektif dilaporkan. Rangsangan ini muncul secara bersamaan dimana dapat menimbulkan respon negative pada stimulus fokal seperti usia,



jenis kelamin, pendidikan, sosial ekonomi, dinamika keluarga, pengalaman dan kondisi kesehatan.

Data hasil wawancara didapatkan usia responden sebagian besar berada di usia lebih dari 60 tahun yaitu sebanyak 10 responden (55,6%). Penuaan menyebabkan penurunan persepsi sensorik dan motorik pada susunan saraf pusat dan penurunan reseptor proprioseptif. Hal ini terjadi karena susunan saraf pusat pada lansia mengalami perubahan morfologis dan biokimia. Berat otak pada lansia berkurang berkaitan dengan berkurangnya kandungan protein dan lemak pada otak sehingga otak menjadi lebih ringan. Akson, dendrite, dan badan sel saraf mengalami banyak kematian, sedangkan yang hidup mengalami perubahan. Dendrite yang berfungsi untuk komunikasi antar sel saraf mengalami perubahan menjadi lebih tipis dan kehilangan kontak antarsel saraf. Daya hantar saraf mengalami penurunan 10% sehingga proses pemahaman menjadi lambat.

Umumnya depresi pasca stroke lebih banyak ditemukan pada perempuan daripada laki-laki, akan tetapi pada penelitian ini lebih banyak pada responden laki-laki dikarenakan responden mengkhawatirkan tanggungan keluarga (istri dan banyaknya anak), dengan kondisinya yang sekarang, mengalami kelumpuhan, sehingga tidak lagi bisa memenuhi kebutuhan keluarga, sedangkan sebagian besar responden dalam sosial ekonomi menengah ke bawah.

Ketiga, stimulus residual yaitu ciri-ciri tambahan yang ada dan relevan dengan situasi yang ada tetapi sukar untuk diobservasi seperti kepercayaan, support sistem diri dan support keluarga, hal ini memberi proses belajar untuk toleransi. Kepercayaan, support sistem diri dan keluarga yang baik dapat mengurangi respon depresi yang dapat ditimbulkan pasca stroke.

Aspek kedua dari sistem holistik keperawatan Roy adalah kontrol. Kontrol adalah bentuk mekanisme koping yang digunakan yang dibagi menjadi regulator dan kognator. Pada penderita depresi pasca stroke setelah diberikan Relaksasi Spiritual Emosional Musik (RSEM) terjadi kontrol depresi di regulator dan kognator. Pada subsistem regulator terjadi kontrol dari transmitter regulator sistem yaitu kimia, neural atau endrokrin. RSEM ketika dimainkan akan menghasilkan stimulus yang dikirim dari akson-akson serabut sensori asendens ke neuron-neuron dari *reticular activating system* (RAS). Stimulus kemudian ditransmisikan oleh nuklei spesifik dari thalamus melewati area-area korteks cerebral, sistem limbik, dan korpus collosum dan melalui area-area sistem otonom dan sistem neuroendokrin (Chiu dan Kumar, 2003 dalam Darliana, 2008).

Sistem limbik selanjutnya akan berintegrasi dengan hipotalamus. Hipotalamus akan meneruskan stimulus tersebut pada *formation retikularis* sebagai penyalur impuls menuju serat otonom, yaitu saraf simpatis dan parasimpatis. Rangsangan saraf otonom yang bersumber dari hipotalamus tersebut akan menyebabkan menurunnya denyut jantung dan respirasi. Hipotalamus juga mengirim sinyal ke glandula pituitary yang kemudian sinyal tersebut diterima glandula pituitary untuk meningkatkan sekresi endorphine. Rangsangan sekresi endorphine akan meningkatkan daya tahan tubuh terhadap stress. Selain itu sebagai ejector dari rasa rileks dan ketenangan yang timbul, midbrain juga akan mengeluarkan *Gamma Amino Butric Acid* (GABA), enkephalin, dan beta endorphine. Zat tersebut dapat menimbulkan efek analgesia yang dapat mengeliminasi neurotransmitter stress pada pusat sensorik somatik otak. Musik juga memberikan efektivitasnya pada mekanisme koping, sehingga memiliki



sejumlah keuntungan dalam mengurangi tingkat stress psikologi maupun fisiologi sehingga dapat menurunkan tingkat depresi (Wijaya, 2006).

Pada kontrol dari subsistem kognator penderita depresi pasca stroke terjadi proses yang berhubungan dengan fungsi otak dalam memproses informasi, penilaian, dan emosi. Ketika mendapat RSEM, penderita akan menghayati lirik-lirik lagu spiritual, dimana ketika proses menghayati akan melibatkan keyakinan yang dianut oleh penderita. Penghayatan dan keyakinan yang disertai sikap pasrah kepada Tuhan akan menambah keimanan, dan memungkinkan mendapatkan pengalaman transendensi. Penggabungan musik pada RSEM ini semakin membuat kedekatan secara emosional kepada Tuhan. Sehingga akan menyentuh dari *God spot*. hal ini akan merangsang sistem limbik, amygdala, dan hipokampus sehingga membuat penderita depresi pasca stroke dapat menerima dengan ikhlas terhadap sakit yang dialami dan mampu mengambil hikmah yang dapat membantu mekanisme kopingnya secara maksimal. Penggunaan mekanisme koping yang maksimal mengembangkan tingkat adaptasi seseorang dan meningkatkan rentang stimulus agar dapat berespon secara positif.

Pada outputnya penderita depresi pasca stroke konsep diri, fungsi peran dan interdependensinya akan menjadi positif. Penderita dapat memandang dirinya secara utuh dan dapat menerima gambaran tubuhnya secara positif, sehingga dapat memerankan dirinya di keluarga maupun dimasyarakat sesuai kemampuan dan kedudukannya. Pada fokus interdependensi, penderita dapat saling memberi dan menerima cinta atau kasih sayang, perhatian, dan saling menghargai. Sehingga terjadi keseimbangan antara ketergantungan dan kemandirian dalam menerima sesuatu untuk dirinya. Ketergantungan ditunjukkan dengan kemampuan untuk



afiliasi dengan orang lain. Kemandirian ditunjukkan oleh kemampuan berinisiatif untuk melakukan tindakan bagi dirinya. Interdependensi dapat dilihat dari keseimbangan antara dua nilai ekstrim, yaitu memberi dan menerima. Sehingga semua hal ini dapat menurunkan tingkat depresi pada penderita pasca stroke.

## **BAB 6**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilaksanakan pada tanggal 30 Juni sampai 30 Juli 2011 di wilayah UPT Puskesmas Tlogosadang Paciran Lamongan dapat diambil kesimpulan dan saran sebagai berikut:

#### **6.1 Kesimpulan**

1. Tingkat depresi pada penderita pasca stroke pada kelompok perlakuan mengalami penurunan setelah pemberian Relaksasi Spiritual Emosional Musik (RSEM).
2. Tingkat depresi pasca stroke pada kelompok kontrol sebagian besar tidak mengalami penurunan setelah pemberian Relaksasi Spiritual Emosional Musik (RSEM) pada kelompok perlakuan.
3. Terjadi penurunan tingkat depresi pasca stroke oleh pengaruh Relaksasi Spiritual Emosional Musik (RSEM) di wilayah UPT Puskesmas Tlogosadang Paciran Lamongan.

#### **6.2 Saran**

1. Bagi petugas kesehatan di wilayah Puskesmas dapat dijadikan tambahan untuk asuhan modalitas keperawatan sebagai bentuk pelayanan kesehatan pada penderita pasca stroke, khususnya perawatan depresi pasca stroke.
2. Bagi penderita pasca stroke hendaknya juga melaksanakan Relaksasi Spiritual Emosional Musik (RSEM) dalam mengurangi tingkat depresi,

karena dapat dilakukan secara mandiri dan tidak menimbulkan efek samping seperti halnya obat-obatan.

3. Bagi peneliti selanjutnya, diharapkan peneliti dapat mengidentifikasi kondisi lesi stroke yang secara langsung dapat mempengaruhi tingkat depresi, dan dapat mengidentifikasi variabel-variabel perancu seperti dukungan keluarga yang berbeda di masing-masing keluarga yang dapat mempengaruhi keefektifan dari terapi Relaksasi Spiritual Emosional Musik (RSEM), sehingga hasil penelitian lebih representatif.



## DAFTAR PUSTAKA

- Alimul, Azmi. 2006. *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Amir, Nurmiati. 2005. *Diagnosis dan Penatalaksanaan Depresi Pasca Stroke*. Cermin Dunia Kedokteran No. 149, 2005
- Bowirrat, Abdalla et al. 2010. *Neuro-psychopharmacogenetics and Neurological Antecedents of Posttraumatic Stress Disorder: Unlocking the Mystery of Resilience and Vulnerability*. Journal Neuropharmacology, 2010.8. 335-358
- Chris W. Green dan Hertin Setyowati. Desember. 2004. *Terapi Alternatif*. Jogjakarta: Spiritia
- Darlina, Devi. 2008. *Pengaruh terapi musik terhadap kecemasan pada pasien coronary angiography*. Tesis. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
- Disabled world*. 2008. *Health news from asia world stroke day*. <http://www.disabled-world.com/news/asia/health-asia-4006.php>
- Fang J dan Cheng Q. 2009. *Tinjauan Etiologi Mekanisme Depresi Pasca Stroke*. Neurol Res. 2009 November; 31 (9): 904-9 <http://translate.google.co.id/translate?hl=id&langpair=en|id&u=http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19891854>
- Farida dan Amalia, Nila. 2009. *Mengantisipasi Stroke Petunjuk Mudah, Lengkap, dan Praktis Sehari-hari*. Jogjakarta: BUKUBIRU.
- Fralick, Susan-Ball. 2010. *Depresi paska Stroke Awal Penilaian dan Intervensi dapat Mempromosikan Pemulihan yang Optimal*. [www.care2learn.com/about-us/insider-index/care2learn-insider---august-2010/post-stroke-depression.aspx](http://www.care2learn.com/about-us/insider-index/care2learn-insider---august-2010/post-stroke-depression.aspx). tanggal April 2011 jam 15.30 WIB
- Gates, Brooke. 2006. *Proyek penelitian Pilihan Pengobatan Farmakologis untuk Depresi Pasca Stroke terfokus pada Serotonin reuptake inhibitor vs antidepressant trisiklik*. Hasil Penelitian Untuk mendapat gelar asisten Doktor.
- Huffman, Jeff C. dan Stern, Theodore A. 2003. *Poststroke Neuropsikiatrik Gejala dan Pseudoseizure; diskusi*. Primary Care Companion Journal of Clinical Psychiatry. Vol.5 no. 2 hal.85-88.
- Indrawati, Wening sari, dan Catur Setia Dewi. 2008. *Care Yourself Stroke*. Jakarta : Penebar Plus.

- Karin JM. 2006. *Even a minor stroke might lead to stress and anxiety*. Journal American Academy of Neurology. 2006;66;E15
- Kelly-Hayes M, Robertson JT, Broderick JP, Duncan PW, Hershey LA, Roth EJ, et al. The American Heart Association stroke outcome classification. Stroke 1998; 29: 1274-80.
- Lerik, Dinah Charlota dan Prawitasari, Johana Endang. 2005. *Pengaruh Terapi Musik Terhadap Depresi Di Antara Mahasiswa*. Program Studi Psikologi Sekolah Pascasarjana Universitas Gajah Mada. SOSIOSAINS,18 (2), APRIL 2005
- Meifi dan Agus, Dharmady. 2009. *Stroke dan Depresi Pasca Stroke*. Majalah Kedokteran Damianus.vol.8 no.1.January 2009.
- Melrose, Sherri. 2010. *Bagaimana mengungkap- depresi pasca stroke Membuat Perawatan sangat mudah*. Juli/ Agustus 2010 Vol.8 no.4 hal. 31-37 [http://www.nursingcenter.com/prodev/ce\\_article.asp?tid=1027669](http://www.nursingcenter.com/prodev/ce_article.asp?tid=1027669)
- Muhlisin, Abi. 2007. *Model Adaptasi Roy Teori Adaptasi Rot & Aplikasinya dalam Proses keperawatan*.Jumat, 13 mei 2011 jam 13.00 WIB
- Nursalam & Pariani (2001).*Pendekatan Praktek Metodologi Keperawatan*. C.V.Sagung Seta, Jakarta Medica dan Andi, Yogyakarta.
- Nursalam.(2009). *Model Holistik berdasarkan Teori Adaptasi (Roy dan PNI) sebagai Upaya Modulasi Respon Imun*. Makalah Seminar Nasional Keperawatan pada sabtu 16 Mei 2009.
- Nursalam.2008. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika
- O'Riain MD, EA Boyd, Goudreau L, et al: *Ukuran radiologis subluksasi bahu di hemiplegia: Reliabilitas dan validitasnya*.Arch Phys Med Rehabil 1993 Feb; 74(2): 188-93 Arch-Phys Med Rehabil Februari 1993; 74 (2): 188-93
- Posttraumatic Stress Disorder DSM-IV Diagnosis &Kriteria 309,81 Stress Disorder Posttraumatic*.  
<http://translate.google.co.id/translate?hl=id&sl=en&u=http://www.mental-healthtoday.com/ptsd/dsm.htm&ei=EwPKTdnIJ4zOrQfPt9CgBQ&sa=X&oi=translate&ct=result&resnum=1&ved=0CCcQ7gEwADgK&prev=/search%3Fq%3DPost%2Btrauma%2Bstress%2Bdisorder%26start%3D10%26hl%3Did%26sa%3DN%26prmd%3Ddivns>. Diakses 11 Mei 2011 jam 10.15
- Potter & Perry.2005. *Fundamental Keperawatan Konsep, Proses, dan Praktik Edisi 4 Volume 1*. Jakarta: EGC



- Pound P, Gompertz P, Ebrahim S. *A Patient centered study of the consequence of stroke*. Clin Rehabil 1998; 12: 338-47.
- Purwanto, setiyo dan Zulaekhah, siti. 2007. *Pengaruh Pelatihan relaksasi Religius untuk Mengurangi Gangguan Insomnia*.
- Purwanto, Setiyo. 2006. *Relaksasi Dzikir*. Suhuf, vol. XVIII, no.01/Mei 2006: 39-48. Fakultas Psikologi Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Rahmawati, Dwi. 2009. *Penatalaksanaan Terapi Latihan pada Pasien Pasca Stroke non Hemoragik destra stadium akut*. Karya Tulis. Program Studi Diploma III Fisioterapi Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Rahmawati, Hartiah Haroen, dan Neti Juniarti. 2008. *Hasil Penelitian Perbedaan tingkat stress sebelum dan sesudah terapi music pada kelompok remaja di panti asuhan yayasan bening nurani kabupaten sumedang*. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Padjajaran.
- Rao, Vani. 2011. *Neuropsychiatry Stroke*. [http://translate.google.co.id/translate?hl=id&langpair=en|id&u=http://www.hopkinsmedicine.org/gec/series/neuropsych\\_stroke.html](http://translate.google.co.id/translate?hl=id&langpair=en|id&u=http://www.hopkinsmedicine.org/gec/series/neuropsych_stroke.html) Tanggal 15 Mei 2011 jam 9.31 WIB
- Rizki S, Arif. 2008. *Model adaptasi "ROY" dalam Keperawatan Komunitas*. Jumat, 13 mei 2011 jam 14.00 WIB
- Robinson RG. 2003 *Post-stroke depression: prevalence diagnosis, treatment, and disease progression*. Biol Psychiatry 2003; 54: 376-87.
- Robinson, Robert dan Spalletta, Gianfranco. 2010. *Poststroke Depression: A Review*. Canadian Journal Psychiatry. 2010;55 (6): 341-349
- Robinson, Robert. 2000. *Stroke dan Depresi: pertanyaan yang sering diajukan*. [http://www.uihealthcare.com / topik / medical departments / psikiatri / strokedepression / index.html](http://www.uihealthcare.com/topik/medical_departments/psikiatri/strokedepression/index.html)
- Saing, Saloma Klementina. 2007. *Pengaruh Musik Klasik terhadap Penurunan Tekanan Darah*. Departemen Ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara Medan.
- Salter, Katherine dkk. 2010 *Depresi Paska Stroke*. [http://www.ebrsr.com/reviews\\_details.php?8](http://www.ebrsr.com/reviews_details.php?8)
- Schulz R, Beach S, Ives D, Matire L, Ariyo A, Kop W. *Association between depression and mortality in older adults*. Arch Intern Med 2000; 160: 1761-8.
- Sholeh, M. 2006. *Terapi Sholat Tahajud Menyembuhkan berbagai Penyakit*. Jakarta: Penerbit Hikmah (PT. Mizan Publika).



- Siswonoto, Susilo. 2008. *Hubungan Kadar Malondialdehid Plasma dengan Keluaran Klinis Stroke Iskemik Akut*. Tesis. Program Paka Sarjana Magister Ilmu Biomedik dan Program Pendidikan Dokter Spesialis I Ilmu Penyakit Saraf Universitas Diponegoro. Semarang
- Smeltzer, Suzanne C dan Bare, Brenda G. 2002. *Keperawatan Medikal-Bedah Brunner & Suddarth Edisi 8 Volume 3*. Jakarta: EGC
- Smith, Melinda dan Segal, Jeanne. 2011. *Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) Gejala, Pengobatan, dan Membantu Diri Sendiri*.  
[http://translate.google.co.id/translate?hl=id&sl=en&u=http://helpguide.org/mental/post\\_traumatic\\_stress\\_disorder\\_symptoms\\_treatment.htm&ei=fp7JTbjUJoPTrQeXrZSABQ&sa=X&oi=translate&ct=result&resnum=6&ved=0CFwQ7gEwBQ&prev=/search%3Fq%3DPost%2Btrauma%2Bsyndrome%2Bdis ease%26hl%3Did%26sa%3DX%26prmd%3Divns](http://translate.google.co.id/translate?hl=id&sl=en&u=http://helpguide.org/mental/post_traumatic_stress_disorder_symptoms_treatment.htm&ei=fp7JTbjUJoPTrQeXrZSABQ&sa=X&oi=translate&ct=result&resnum=6&ved=0CFwQ7gEwBQ&prev=/search%3Fq%3DPost%2Btrauma%2Bsyndrome%2Bdis ease%26hl%3Did%26sa%3DX%26prmd%3Divns). Diakses 11 Mei 2011 jam 10.15.
- Suwantara, Jeanette R. 2004. *Depresi pasca-stroke epidemiologi, rehabilitasi dan psikoterapi*. Jurnal Kedokteran Trisakti. Oktober-Desember 2004, vol.23 no 4
- Ulfa, Maria. 2008. *Pengaruh Musik Shalawat terhadap Penurunan Burnout karyawan*. Skripsi. Jurusan Psikologi, Fakultas Psikologi Universitas Islam Negeri Malang.
- Wardana, Aditya. 2009. *Penatalaksanaan Terapi latihan pada Hemiparese sinistra post stroke non hemoragik stadium recovery*. Karya Tulis. Program Studi Diploma III Fisioterapi Universitas Muhammadiyah Surakarta.

**Lampiran 1****LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

Kepada Yth.

Bapak /Ibu responden

diwilayah UPT Puskesmas Tlogosadang Paciran Lamongan

Saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : Musyafa'ah Wahyu Ningsih

NIM : 010710047B

Adalah mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, akan melakukan penelitian dengan judul:

**“Pengaruh Relaksasi Spiritual Emosional Musik (RSEM) terhadap Penurunan Tingkat Depresi pada Penderita Pasca Stroke Di Wilayah UPT Puskesmas Tlogosadang Paciran Lamongan”**

Untuk maksud di atas, maka saya mohon dengan hormat kepada Bapak/Ibu untuk menjadi responden dalam penelitian ini:

1. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui apakah ada PengaruhRelaksasi Spiritual Emosional Musik (RSEM) terhadap Penurunan Tingkat Depresi pada Penderita Pasca Stroke Di Wilayah UPTPuskesmas Tlogosadang Paciran Lamongan.
2. Identitas Bapak/ Ibu akan dirahasiakan oleh peneliti.
3. Penelitian ini tidak memungut biaya sedikitpun dari anda.
4. Saya memerlukan kerjasama dari Bapak/Ibu untuk menjawab beberapa pertanyaan pada kuesioner. Dan hal-hal yang belum jelas dapat ditanyakan pada peneliti.

Atas perhatian dan partisipasi Bapak/ Ibu saya ucapkan terima kasih.

Lamongan,

2011

Hormat saya,

Musyafa'ah Wahyu Ningsih

**Lampiran 2****LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN  
(INFORMED CONSENT)**

Saya yang bertandatangan di bawah ini, menyatakan bersedia untuk menjadi peserta/responden dalam penelitian yang dilakukan oleh Musyafa'ah Wahyu Ningsih, Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang berjudul:

**“Pengaruh Relaksasi Spiritual Emosional Musik (RSEM) terhadap Penurunan Tingkat Depresi pada Penderita Pasca Stroke Di Wilayah UPT Puskesmas Tlogosadang Paciran Lamongan”**

Persetujuan ini saya buat dengan sadar dan tanpa paksaan dari siapapun. Demikian pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Lamongan, 2011  
Yang menyetujui,

(.....)

Kode Responden:



**Lampiran 3****LEMBAR DATA DEMOGRAFI**

Pengaruh Relaksasi Spiritual Emosional Musik (RSEM) terhadap Penurunan Tingkat Depresi Pasca Stroke di Wilayah UPT Puskesmas Tlogosadang Paciran Lamongan.

---

No. Responden :

Tanggal pengisian:

Petunjuk : Berikan tanda (√) pada kotak yang telah disediakan sesuai dengan diri Anda!

1. Jenis kelamin

- Pria
- Wanita

2. Usia

- 31-40 tahun
- 41-50 tahun
- 51-60 tahun
- lebih dari 60 tahun

3. Pendidikan terakhir

- SD/MI
- SMP/Mts
- SMA/MA
- Akademi/ Perguruan Tinggi

4. Pekerjaan

- Nelayan
- Pedagang
- Guru
- PNS
- lain-lain :.....

5. Berapa lama setelah serangan stroke (pasca stroke)

- kurang dari 1 tahun
- 1-2 tahun

- 3-4 tahun
  - lebih dari 5 tahun
6. Riwayat terkena stroke (stroke berulang)
- 1 kali
  - 2 kali
  - lebih dari 2 kali
7. Anggota badan mana yang lumpuh
- tangan kiri dan / kanan
  - kaki kiri dan / kanan
  - tangan dan kaki kanan dan / kiri

**Lampiran 4**

**LEMBAR WAWANCARA**  
**PENILAIAN STIMULUS UNTUK DAPAT MENIMBULKAN RESPON**  
**DEPRESI PADA PENDERITA PASCA STROKE**

---

No responden :

Tanggal pengisian:

**A. Fokal Stimuli****1. Gangguan mobilitas fisik**

a. Apakah Bapak/Ibu mengalami kesulitan dalam berpindah tempat?

- Tidak
- Sedikit mengalami kesulitan
- Sangat sulit

b. Apakah Bapak/ibu membutuhkan bantuan untuk berpindah tempat?

- Tidak
- Jarang
- Sering

**2. Kecemasan**

a. Apakah Bapak/Ibu, merasa ada yang dikhawatirkan atau yang dicemaskan setelah mendapatkan serangan stroke?

- Ya
- Tidak

b. Dari daftar di bawah ini, pilihlah 3 hal yang paling Bapak/Ibu cemaskan?

- Dekat dengan kematian
- kelumpuhan / Kecacatan
- Pandangan masyarakat tentang penyakitnya
- tidak ada biaya untuk berobat
- merasa telah merepotkan keluarga/ orang yang mengurusnya
- Tanggungan keluarga (missal: anak, istri, menafkahi keluarga, dll)

**B. Kontekstual stimuli**

1. Umur :

2. Jenis kelamin :

3. Golongan darah :

4. Agama :

5. Pendidikan terakhir :

6. Aktivitas sehari-hari

a. Apakah Bapak/Ibu mengalami gangguan untuk memenuhi kebutuhan sehari-harinya?



- Ya
- Tidak
- b. Apakah Bapak/Ibu membutuhkan bantuan untuk memenuhi kebutuhan sehari-harinya?
  - Tidak Pernah
  - Jarang
  - Sering
  - Selalu
- 7. Sosial ekonomi
  - a. Pekerjaan :
  - b. Gaji per bulan:
  - c. Yang menafkahi keluarga saat ini:
  - d. Siapakah yang membiayai pengobatan?
- 8. Dinamika keluarga
  - a. Status perkawinan :
  - b. Jumlah anak :
  - c. Siapasaja yang tinggal dengan bapak / Ibu saat ini?
  - d. Siapakah yang merawat Bapak / Ibu saat sakit?
- 9. Pengalaman dan Kondisi kesehatan
  - a. Riwayat Kesehatan:
  - b. Riwayat pengobatan:
  - c. Keluhan saat ini yang sering dikeluhkan :
  - d. Tempat biasanya berobat:
- C. Residual stimuli
  - 1. *Support system* diri sendiri
    - a. Bagaimana pandangan Bapak /Ibu Mengenai penyakit ini?
      - Cobaan dari Tuhan
      - Hukuman
    - b. Apakah bapak/ibu merasa sedih setelah terkena stroke?
      - Tidak
      - Ya
    - c. Apa yang dilakukan bapak/Ibu untuk mengurangi atau menghilangkan rasa sedih?
    - d. Bagaimana pandangan bapak/ibu mengenai kelumpuhan / kecacatan yang diderita saat ini?
    - e. Upaya apa yang dilakukan saat ini untuk mengurangi kelumpuhan atau kecacatan?

2. *Support system* keluarga dan masyarakat
  - a. Menurut bapak/Ibu bagaimana pandangan keluarga dan masyarakat tentang penyakit stroke yang bapak/Ibu derita?
  - b. Apa yang sudah dilakukan keluarga untuk pengobatan penyakit yang diderita Bapak/ibu?

**Lampiran 5****Kode Responden:****Kuesionare HDRS (*Hamilton Depression Rating Scale*)**

1. Suasana hati depresi (sedih, putus asa, tidak berdaya, tidak berharga)
  - 0 = tidak ada
  - 1 = menyatakan perasaan ini hanya jika dipertanyakan
  - 2 = menyatakan perasaan ini secara spontan dan dilaporkan secara lisan
  - 3 = menyatakan perasaan ini dengan komunikasi non verbal yaitu: melalui ekspresi wajah, postur, suara, dan kecenderungan untuk menangis
  - 4 = pasien hampir saja melaporkan perasaannya spontan secara verbal dan komunikasi non verbal
2. Perasaan bersalah
  - 0 = tidak ada
  - 1 = mencela diri sendiri, merasa telah membuat orang-orang sedih
  - 2 = merasa bersalah atau memikirkan kesalahan masa lalu atau perbuatan dosa masa lalu
  - 3 = merasa penyakit ini merupakan sebuah hukuman, delusi bersalah
  - 4 = mendengar suara mencela atau menuduh/ dan atau pengalaman halusianasi visual yang mengancam
3. Bunuh diri
  - 0 = tidak ada
  - 1 = merasa kehidupannya bukan kehidupan yang berharga
  - 2 = berharap sudah mati atau mempunyai pikiran kematian untuk diri sendiri
  - 3 = mempunyai ide untuk bunuh diri atau melalui isyarat
  - 4 = upaya bunuh diri
4. Insomnia awal
  - 0 = tidak merasa kesulitan untuk jatuh tertidur
  - 1 = kaluhan kadang-kadang kesulitan untuk jatuh tertidur, lebih ½ jam
  - 2 = keluhan kesulitan untuk tidur di malam hari
5. Insomnia tengah
  - 0 = tidak ada kesulitan
  - 1 = pasien mengeluh menjadi gelisah dan terganggu pada malam hari
  - 2 = berjalan pada malam hari, bangun dari tempat tidur kecuali untuk tujuan buang air
6. Insomnia akhir
  - 0 = tidak ada kesulitan
  - 1 = bangun di pagi hari, namun kembali tidur
  - 2 = tidak dapat tidur lagi jika dia keluar dari tempat tidur
7. Kerja dan kegiatan
  - 0 = tidak ada kesulitan



- 1 = mempunyai pikiran dan perasaan tidak mampu, kelelahan atau kelemahan yang berkaitan dengan kegiatan, bekerja atau hobi
- 2 = kehilangan minat dalam kegiatan, hobi atau bekerja baik secara langsung dilaporkan oleh pasien atau tidak langsung pada kelesuan, keragu-raguan dan kebimbangan ( merasa ia harus mendorong diri untuk bekerja atau kegiatan)
- 3 = penurunan waktu actual yang dihabiskan dalam kegiatan atau penurunan produktivitas
- 4 = berhenti bekerja karena sakit sekarang
8. Retardasi psikomotor (berpikir dan berbicara secara lambat, gangguan kemampuan untuk berkonsentrasi, aktivitas motorik menurun)
- 0 = normal dalam berbicara dan berpikir
- 1 = sedikit lambat ketika di wawancara
- 2 = jelas retardasi pada saat wawancara
- 3 = wawancara sulit
- 4 = stupor lengkap
9. Agitasi
- 0 = tidak ada
- 1 =Kegelisahan
- 2 = bermain dengan tangan, rambut, dll
- 3 = bergerak, tidak bisa duduk diam
- 4 = meremas-remas tangan, menggigit kuku, menarik rambut, menggigit bibir
10. Kecemasan psikologi
- 0 = tidak ada kesulitan
- 1 = ketegangan dan mudah tersinggung
- 2 = khawatir tentang hal-hal kecil
- 3 = sikap khawatir yang jelas di wajah atau ucapan
- 4 = menyatakan ketakutan tanpa mempertanyakan
11. Kecemasan somatik : bersamaan dengan kecemasan secara fisiologi, ( yaitu, efek otonom, overactivity, “kupu-kupu”, gangguan pencernaan, kram perut, sendawa, diare, jantung berdebar, hiperventilasi, parasthesia, berkeringat, bersemangat, tremor, sakit kepala, frekuensi kencing). Hindari bertanya tentang efek samping obat yang mungkin ( misalnya, mulut kering, sembelit)
- 0 = tidak ada
- 1 = ringan
- 2 = sedang
- 3 = parah
- 4 = melumpuhkan
12. Gejala somatik (gastrointestinal)
- 0 = tidak ada

- 1 = kehilangan nafsu makan tetapi makan anpa dorongan dari orang lain.  
Asupan makanan tentang normal
- 2 = kesulitan makan tanpa desakan dari orang lain. Ditandai penurunan nafsu makan dan asupan makanan
13. Gejala umum somatik
- 0 = tidak ada
- 1 =berat di kaki, punggung atau kepala, sakit punggung, sakit kepala, nyeri otot, kehilangan energy dan kelelahan
- 2 = setiap potong jelas gejalanya
14. Gejala genital (gejala seperti : hilangnya libido; gangguan kinerja seksual, gangguan haid)
- 0 = tidak ada
- 1 = sedang
- 2 = parah
15. Hypochondriasis (kepribadian dimana seseorang terus-menerus mengeluh akan kesehatannya yang buruk, keterpakuan pada ketakutan menderita/keyakinan bahwa seseorang memiliki penyakit medis yang serius, meskipun tidak ada dasar medis untuk keluhan yang dapat ditemukan)
- 0 =tidak ada
- 1 = self-absorpsi (tubuh)
- 2 =keasyikan dengan kesehatan
- 3 = sering ada keluhan, permohonan bantuan, dll
- 4 = hypochondriacal delusi
16. Kehilangan berat
- 0 = tidak ada penurunan berat badan
- 1 = mungkin berat badan yang berhubungan dengan penyakit ini
- 2 =pasti (menurut pasien) penurunan berat badan
- 3 =tidak dinilai
17. Wawasan
- 0 = mengakui menjadi tertekan dan sakit
- 1 = mengakui sakit tetapi memakai atribut alas an untuk makanan yang buruk, iklim, kerja paksa, virus, perlu untuk istirahat, dll
- 2 = menolak bahwa sedang sakit
18. Variasi diurnal
- A. Perhatikan apakah gejala lebih buruk pada pagi hari atau sore hari. Jika tidak variasi diurnal, tidak ada tanda
- 0 = tidak ada variasi
- 1 =Lebih buruk lagi di pagi dan siang
- 2 = lebih buruk lagi di sore dan malam
- B. Saat ini, menandai keparahan variasi. Tandai tidak ada jika tidak ada variasi

0 = tidak ada

1 = sedang

2 = parah

19. Depersonalisasi dan derealization (seperti: perasaan tidak nyata; ide kosong)

0 = tidak ada

1 = ringan

2 = sedang

3 = parah

4 = melumpuhkan

20. Gejala paranoid

0 = tidak ada

1 = mencurigakan

2 = Ide acuan

3 = Delusi dari referensi dan penganiayaan

21. Gejala obsesif kompulsif

0 = tidak ada

1 = sedang

2 = parah



**Lampiran 6**

**STANDART OPERATING PROCEDURE (SOP)**  
**RELAKSASI SPIRITUAL EMOSIONAL MUSIK (RSEM)**

**1. Definisi**

Relaksasi Spiritual Emosional Musik (RSEM) adalah suatu tindakan dengan memejamkan mata dan konsentrasi pada udara yang masuk dan keluar di jalan nafas sambil mendengarkan musik spiritual terpilih serta menghayati lirik lagu yang didengar.

**2. Indikasi**

- 1) Mengatasi berbagai masalah fisik  
Ketegangan, menurunkan rasa nyeri.
- 2) Mengatasi masalah emosi  
Depresi, trauma, cemas, stres, dll
- 3) Meningkatkan kedamaian hati dan kebahagiaan

**3. Alat dan Media**

Music player  
Kaset daftar musik

**4. Prosedur Pelaksanaan Relaksasi Spiritual Emosional Musik (RSEM)**

| No. | Tahap alokasi waktu | Kegiatan peneliti/ terapis   | Kegiatan penderita  |
|-----|---------------------|--|---|
| 1.  | Persiapan 5 menit   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengucapkan salam</li> <li>2. Memperkenalkan diri</li> <li>3. Menanyakan keluhan saat ini</li> <li>4. Membuat kontrak dengan menjelaskan tujuan kegiatan penderita dapat terapi relaksasi dan menanyakan kesediaan penderita</li> <li>5. Menjelaskan peraturan/ instruksi terapi:</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjawab salam</li> <li>2. Memperhatikan</li> <li>3. Menyampaikan perasaan</li> <li>4. Menyatakan bersedia mengikuti terapi</li> <li>5. Memperhatikan dan mampu mengerti</li> </ol> |

|   |                      |   |   |
|---|----------------------|---|---|
|   |                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Penderita dapat mendengarkan lagu setelah menekan tombol play sampai semua lagu terputar.</li> <li>- Lagu yang akan didengar sudah ditentukan oleh peneliti.</li> </ul> <p>Dan menanyakan pemahaman penderita.</p> |   |
| 2 | Pelaksanaan 20 menit | Mendampingi penderita terapi relaksasi  | Mendengarkan terapi relaksasi spiritual emosional musik   |
| 3 | Evaluasi 5 menit     | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menanyakan perasaan penderita setelah selesai terapi</li> <li>2. Menganjurkan penderita untuk sering mendengarkan lagu-lagu yang spiritual atau lagu motivasi</li> </ol>  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menyatakan perasaan</li> <li>2. Menyatakan kesanggupan</li> </ol> |

**Lampiran 7**

Hasil pengukuran tingkat depresi responden kelompok perlakuan dan kontrol sebelum dan sesudah pemberian terapi Relaksasi Spiritual Emosional Musik (RSEM)

| Kelompok Perlakuan |           |           |           | Kelompok Kontrol |           |           |          |
|--------------------|-----------|-----------|-----------|------------------|-----------|-----------|----------|
| No. Responden      | Pretest   | Posttest  | Selisih   | No. Responden    | Pretest   | Posttest  | Selisih  |
| 001                | 29<br>(5) | 22<br>(4) | 7<br>(1)  | 010              | 28<br>(5) | 28<br>(5) | 0<br>(0) |
| 002                | 11<br>(2) | 7<br>(1)  | 4<br>(1)  | 013              | 22<br>(4) | 22<br>(4) | 0<br>(0) |
| 003                | 21<br>(4) | 17<br>(3) | 4<br>(1)  | 014              | 12<br>(2) | 12<br>(2) | 0<br>(0) |
| 004                | 12<br>(2) | 7<br>(1)  | 5<br>(1)  | 015              | 22<br>(4) | 22<br>(4) | 0<br>(0) |
| 005                | 13<br>(2) | 8<br>(2)  | 5<br>(0)  | 016              | 13<br>(2) | 13<br>(2) | 0<br>(0) |
| 006                | 12<br>(2) | 9<br>(2)  | 3<br>(0)  | 017              | 10<br>(2) | 9<br>(2)  | 1<br>(0) |
| 007                | 21<br>(4) | 10<br>(2) | 11<br>(2) | 018              | 34<br>(5) | 34<br>(5) | 0<br>(0) |
| 008                | 26<br>(5) | 19<br>(4) | 7<br>(1)  | 019              | 17<br>(3) | 13<br>(2) | 2<br>(1) |
| 020                | 15<br>(3) | 8<br>(2)  | 7<br>(1)  | 021              | 14<br>(3) | 14<br>(3) | 0<br>(0) |



## Lampiran 8

Data hasil wawancara penilaian stimulus untuk dapat menimbulkan respon depresi pada penderita pasca stroke di wilayah UPT Puskesmas Tlogosadang Paciran Lamongan pada tanggal 30 Juni sampai 30 Juli 2011.

| Karakteristik                              | Jumlah responden | Persentase (%) |
|--|------------------|----------------|
| <b>A. Fokal Stimuli</b>                    |                  |                |
| <b>1. Gangguan mobilitas fisik</b>         |                  |                |
| Kesulitan berpindah tempat                 |                  |                |
| Tidak                                      | 4                | 22,2%          |
| Sedikit kesulitan                          | 7                | 38,9%          |
| Sangat sulit                               | 7                | 38,9%          |
| Membutuhkan bantuan untuk berpindah tempat |                  |                |
| Tidak                                      | 4                | 22,2%          |
| Jarang                                     | 6                | 33,3%          |
| Sering                                     | 8                | 44,4%          |
| <b>2. Kecemasan</b>                        |                  |                |
| Ya   | 18               | 100%           |
| Tidak                                      | -                |                |
| <b>Alasan</b>                              |                  |                |
| Dekat dengan kematian                      | 5                | 27,8%          |
| Kelumpuhan/kecacatan                       | 16               | 88,9%          |
| Pandangan masyarakat tentang penyakitnya   | 3                | 16,7%          |
| Tidak ada biaya untuk berobat              | 14               | 77,8%          |
| Merepotkan keluarga                        | 14               | 77,8%          |
| Tanggunggan keluarga                       | 2                | 11,1%          |
| <b>B. Kontekstual Stimuli</b>              |                  |                |
| <b>1. Umur</b>                             |                  |                |
| 31-40 tahun                                | 0                | 0%             |
| 41-50 tahun                                | 4                | 22,2%          |
| 51-60 tahun                                | 4                | 22,2%          |
| >60 tahun                                  | 10               | 55,6%          |
| <b>2. Jenis kelamin</b>                    |                  |                |
| Laki-laki                                  | 11               | 61,1%          |
| Perempuan                                  | 7                | 38,9%          |
| <b>3. Golongan darah</b>                   |                  |                |
| Tidak tahu                                 | 18               | 100%           |
| <b>4. Agama</b>                            |                  |                |
| Islam                                      | 18               | 100%           |
| <b>5. Pendidikan terakhir</b>              |                  |                |

|   |    |       |
|---|----|-------|
| SD/MI   | 16 | 88,9% |
| SMA/MA  | 0  | 0%    |
| PT/Akademik   | 2  | 11,1% |
| 6. Aktivitas sehari-hari                                    |    |       |
| Mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan sehari-hari          |    |       |
| Ya  | 13 | 72,2% |
| Tidak   | 5  | 27,8% |
| 7. Sosial ekonomi   |    |       |
| Menengah ke bawah   | 16 | 88,9% |
| Menengah ke atas  | 2  | 11,1% |
| 8. Dinamika keluarga  |    |       |
| Menikah   | 12 | 66,7% |
| Janda/duda/cerai  | 6  | 33,3% |
| Jumlah anak $\leq 2$  | 2  | 11,1% |
| Jumlah anak 3-5   | 13 | 72,2% |
| Jumlah anak $> 5$   | 3  | 16,7% |
| 9. Pengalaman dan kondisi kesehatan                         |    |       |
| C. Residual Stimuli   |    |       |
| <i>-Support system</i> diri sendiri dan keluarga            |    |       |
| Menganggap penyakit suatu cobaan dari Tuhan                 | 18 | 100%  |
| Menganggap penyakit adalah hukuman                          | 0  | 0%    |
| -responden merasa sedih terhadap penyakit/kelumpuhan        | 12 | 66,7% |
| -responden tidak merasa sedih terhadap penyakit/ kelumpuhan | 6  | 33,3% |
| -responden melakukan sesuatu untuk mengurangi sedih         | 8  | 44,4% |
| - Responden tidak melakukan sesuatu untuk mengurangi sedih  | 4  | 22,2% |

**Lampiran 9**

**TABULASI DATA DEMOGRAFI SAMPEL KELOMPOK PERLAKUAN  
DAN KONTROL DI WILAYAH UPT PUSKESMAS TLOGOSADANG  
PACIRAN LAMONGAN TANGGAL 30 JUNI-30 JULI 2011**

| No. Responden | A | B | C | D | E | F | G | H | I |
|---------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 001           | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 3 | 2 |
| 002           | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 |
| 003           | 2 | 4 | 1 | 1 | 2 | 3 | 1 | 3 | 2 |
| 004           | 2 | 4 | 1 | 1 | 2 | 4 | 2 | 3 | 2 |
| 005           | 2 | 3 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 1 |
| 006           | 1 | 4 | 1 | 1 | 1 | 4 | 1 | 3 | 2 |
| 007           | 1 | 2 | 1 | 4 | 3 | 2 | 1 | 3 | 1 |
| 008           | 1 | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 3 | 2 |
| 020           | 1 | 4 | 1 | 1 | 5 | 1 | 1 | 3 | 2 |
| 010           | 2 | 4 | 1 | 1 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 |
| 013           | 1 | 4 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 3 | 2 |
| 014           | 2 | 4 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 | 2 |
| 015           | 2 | 3 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 | 2 |
| 016           | 1 | 4 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 3 | 2 |
| 017           | 1 | 2 | 1 | 4 | 3 | 1 | 1 | 3 | 1 |
| 018           | 2 | 3 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 3 | 1 |
| 019           | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 2 |
| 021           | 1 | 4 | 1 | 1 | 1 | 2 | 3 | 3 | 1 |



**Keterangan :**

- A. Jenis kelamin
  - 1. Laki-laki
  - 2. Perempuan
- B. Usia
  - 1. 31-40 tahun
  - 2. 41-50 tahun
  - 3. 51-60 tahun
  - 4. >60 tahun
- C. Agama
  - 1. Islam
  - 2. Kristen
  - 3. Budha
  - 4. Hindu
- D. Pendidikan terakhir
  - 1. SD/MI
  - 2. SMP/MTs
  - 3. SMA/MA
  - 4. PT/Akademi
- E. Pekerjaan
  - 1. Nelayan
  - 2. Pedagang
  - 3. Guru
  - 4. PNS
  - 5. Lain-lain
- F. Lama pasca stroke
  - 1. < 1 tahun
  - 2. 1-2 tahun
  - 3. 3-4 tahun
  - 4. > 5 tahun
- G. Riwayat stroke berulang
  - 1. 1 kali
  - 2. 2 kali
  - 3. > 2 kali
- H. Riwayat minum obat antidepressant
  - 1. Ada
  - 2. Tidak ada
  - 3. Tidak tahu
- I. Anggota badan yang lumpuh
  - 1. Tangan dan kaki kanan
  - 2. Tangan dan kaki kiri

# UNIVERSITAS AIRLANGGA

## FAKULTAS KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. 031 - 5913752, 5913754, 5913756 Fax. 031 - 5913257  
Website : <http://www.ners.unair.ac.id> ; E-mail : [dekan\\_ners@unair.ac.id](mailto:dekan_ners@unair.ac.id)



Surabaya, 20 Juni 2011

Nomor : 1067 /H3.1.12/PPd/2011  
Lampiran : 1 (satu) berkas  
Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian**  
**Mahasiswa PSIK – FKP Unair**

---

Kepada Yth.  
Kepala Bakesbang Kabupaten Lamongan  
di –  
Tempat

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.

Nama : Musyafa'ah Wahyu Ningsih  
NIM : 010710047 B  
Judul Penelitian : Pengaruh Relaksasi Spiritual Emosional Musik (RSEM) Terhadap Penurunan Tingkat Depresi Penderita Pasca Stroke di Wilayah UPT Puskesmas Tlogosadang Paciran Lamongan

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.



Purwaningsih, S.Kp., M.Kes  
NIP. 196611212000032001





PEMERINTAH KABUPATEN LAMONGAN 117  
 BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

Jl. Lamongrejo No. 92 Telp. (0322) 321706

LAMONGAN 62217

Nomor : 072/347 /413.204/2011  
 Sifat : Penting  
 Perihal : Permohonan Ijin Penelitian

Lamongan, 30 Juni 2011  
 Kepada  
 Yth.Sdr. Kepala Dinas Kesehatan  
 Kab. Lamongan  
 di.

LAMONGAN

Menunjuk surat dari Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya tanggal, 20 Juni 2011 Nomor: 1067/H3.1.12/PPd/2011 Perihal pada pokok surat.

Maka dengan ini menyatakan bahwa pada prinsipnya tidak keberatan dan Memberikan ijin Penelitian oleh :

1. Nama : MUSYAFARAH WAHYUNINGSIH
2. N. I M : 010710047 B
3. Alamat : Desa weru RT'RW. 002/002 Kec. Paciran Kab. Lamongan
4. Pekerjaan/Jabatan : Mahasiswi
5. Thema / Judul : Pengaruh Relaksasi Spiritual Emosional Musik (RSEM) Terhadap Penurunan Tingkat Depresi Penderita Pasca Stroke Di Wilayah UPT Puskesmas Tlogosadang Paciran Lamongan
6. Lokasi : Wilayah UPT Puskesmas Tlogosadang Paciran Lamongan
7. Waktu / Tanggal : 30 Juni s/d 30 Agustus 2011
8. Peserta : 1 (satu) orang

Dengan ketentuan-ketentuan sebagai berikut :

1. Mentaati ketentuan-ketentuan yang berlaku dalam hukum di Kabupaten Lamongan.
2. Menjaga Tata Tertib, keamanan, kesopanan dan kesusilaan serta menghindari pernyataan-pernyataan baik dengan lisan maupun tulisan / lukisan yang dapat melukai / menyinggung perasaan atau menghina agama, bangsa dan negara dari suatu golongan tertentu.
3. Tidak diperkenankan menjalankan kegiatan-kegiatan diluar ketentuan yang telah ditentukan tersebut.
4. Setelah berakhirnya Kegiatan ijin Penelitian diwajibkan terlebih dahulu melapor kepada Pejabat Pemerintah setempat mengenai selesainya pelaksanaan Ijin Penelitian sebelum meninggalkan Daerah setempat.
5. Dalam jangka waktu 1 ( satu ) bulan setelah selesainya pelaksanaan Kegiatan ijin penelitian, yang bersangkutan diwajibkan untuk memberikan laporan tertulis kepada Bupati Lamongan Cq. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Lamongan.

Demikian untuk menjadi maklum atas kerjasamanya disampaikan terima kasih .

AN. KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK  
 KABUPATEN LAMONGAN  
 Kabid. Kajian Strategis



MBUSAN :

- 1.Sdr. Bupati Lamongan ;
- 2.Sdr. Dan Dim 0812 Lamongan ;
- 3.Sdr. Kapolres Lamongan ;
- 4.Sdr. Kepala Kantor Litbang Daerah Kab. Lamongan;
- 5.Sdr. Camat Paciran
- 6.Sdr. Kepala UPT. Puskesmas Tlogosadang Kec. Paciran
- 7.Sdr. Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya

8.Sdr. MUSYAFARAH WAHYU NINGSIH

SKRIPSI

PENGARUH RELAKSASI SPIRITUAL ... MUSYAFARAH WAHYU NINGSIH



**PEMERINTAH KABUPATEN LAMONGAN**  
**KECAMATAN PACIRAN**

Jalan Raya Paciran Nomor 70 Telepon (0322) 661363  
 E.mail. Paciran Lamongan Go. id Web site : www. Lamongan go. id

**PACIRAN**

Kode Pos 62264

Paciran, 1 Juli 2011 .

Nomor : 072/ 947 /413.323/2011  
 Sifat : Penting  
 Lampiran : --  
 Perihal : Permohonan Ijin Penelitian

Kepada  
 Yth. Sdr. Ka. UPT Puskesmas Tlogosadang  
 di  
**TLOGOSADANG**


Berdasarkan surat dari Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Lamongan tanggal 30 Juni 2011 Nomor : 072/347/413.204/2011 perihal sebagaimana tersebut pada pokok surat.

Dengan ini disampaikan bahwa kami tidak menaruh Keberatan dan menyetujui untuk dilakukan Ijin Penelitian oleh :

- |                        |   |   |
|------------------------|---|---|
| 1. Nama                | : | MUSYAFI'AH WAHYUNINGSIH   |
| 2. N I R M             | : | 010710047 B   |
| 3. Alamat              | : | Desa Weru RT /RW 002/ 002<br>Kecamatan Paciran  |
| 4. Pekerjaan / Jabatan | : | Mahasiswa   |
| 5. Thema / judul       | : | " Pengaruh Relaksasi Spiritual Emosional Musik (RSEM) terhadap penurunan tingkat Depresi Penderita pasca stroke di wilayah UPT Puskesmas Tlogosadang Paciran Lamongan " |
| 6. Lokasi Survey       | : | UPT Puskemas Tlogosadang Kab. Lamongan  |
| 7. Lama Survey         | : | tanggal 30 Juni s/d 30 Agustus 2011   |
| 8. Jumlah Personel     | : | 1 ( Satu) Orang   |

Sehubungan dengan hal tersebut guna kelancaran di mohon membantu seperlunya.

Demikian untuk menjadikan maklum

an. CAMAT PACIRAN  
 Kasi Tata Pemerintahan  
  
 MULYONO, SH  
 PENATA  
 NIP. 19610320 198408 1 001

embusan :

th. 1. Sdr. Danramil 0812/17

2. Sdr. Kapolsek Paciran

3. Sdr. Musyafa'ah Wahyuningsih

SKRIPSI

PENGARUH RELAKSASI SPIRITUAL ... MUSYAFI'AH WAHYU NINGSIH

PEMERINTAH KABUPATEN LAMONGAN  
DINAS KESEHATAN KABUPATEN LAMONGAN  
UPT PUSKESMAS TLOGOSADANG KECAMATAN PACIRAN  
JL. Raya Deandles No. 20 Tlogosadang Paciran Lamongan

---

SURAT BALASAN MELAKUKAN PENELITIAN

Nomor: 108/413.105.30/VII/2011

Yang bertanda tangan di bawah ini Kepala Puskesmas Tlogosadang Kecamatan Paciran Kabupaten Lamongan memberi izin kepada:

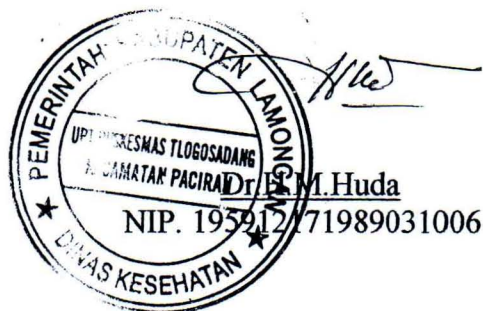
Nama : Musyafa'ah wahyu Ningsih  
NIM : 010710047B  
Program Studi : Keperawatan  
Pendidikan : Sarjana Keperawatan Fakultas Keperawatan  
Universitas Airlangga

Untuk melakukan penelitian di Puskesmas Tlogosadang Kecamatan Paciran Kabupaten Lamongan sebagai bahan penyusunan skripsi dengan judul "Relaksasi Spiritual Emosional Musik (RSEM) terhadap Penurunan Tingkat Depresi pada Penderita Pasca Stroke di Wilayah UPT Puskesmas Tlogosadang Paciran Lamongan."

Demikian surat izin ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Tlogosadang, 30 Juni 2011

Kepala UPT Puskesmas Tlogosadang





PEMERINTAH KABUPATEN LAMONGAN  
DINAS KESEHATAN KABUPATEN LAMONGAN  
UPT PUSKESMAS TLOGOSADANG KECAMATAN PACIRAN  
JL. Raya Deandles No. 20 Tlogosadang Paciran Lamongan

---

SURAT PERNYATAAN TELAH MELAKUKAN PENELITIAN

Nomor: 115/413.105.30/VII/2011

Yang bertanda tangan di bawah ini Kepala Puskesmas Tlogosadang Kecamatan Paciran Kabupaten Lamongan menyatakan bahwa:

Nama : Musyafa'ah wahyu Ningsih  
NIM : 010710047B  
Program Studi : Keperawatan  
Pendidikan : Sarjana Keperawatan Fakultas Keperawatan  
Universitas Airlangga

Telah melakukan penelitian di Puskesmas Tlogosadang Kecamatan Paciran Kabupaten Lamongan tentang "Relaksasi Spiritual Emosional Musik (RSEM) terhadap Penurunan Tingkat Depresi pada Penderita Pasca Stroke di Wilayah UPT Puskesmas Tlogosadang Paciran Lamongan."

Demikian surat ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Tlogosadang, 31 Juli 2011

Kepala UPT Puskesmas Tlogosadang





**Lampiran 15****Frekuensi karakteristik data demografi responden kelompok perlakuan dan kontrol****jenis kelamin**

|                 | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-----------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid laki-laki | 11        | 61.1    | 61.1          | 61.1               |
| perempuan       | 7         | 38.9    | 38.9          | 100.0              |
| Total           | 18        | 100.0   | 100.0         |                    |

**usia**

|                     | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid 31-40 tahun   | 1         | 5.6     | 5.6           | 5.6                |
| 41-50 tahun         | 4         | 22.2    | 22.2          | 27.8               |
| 51-60 tahun         | 4         | 22.2    | 22.2          | 50.0               |
| lebih dari 60 tahun | 9         | 50.0    | 50.0          | 100.0              |
| Total               | 18        | 100.0   | 100.0         |                    |

**pendidikan terakhir**

|             | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid SD/MI | 16        | 88.9    | 88.9          | 88.9               |
| PT/Akademik | 2         | 11.1    | 11.1          | 100.0              |
| Total       | 18        | 100.0   | 100.0         |                    |

**pekerjaan**

|               | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid nelayan | 8         | 44.4    | 44.4          | 44.4               |
| pedagang      | 7         | 38.9    | 38.9          | 83.3               |
| guru          | 2         | 11.1    | 11.1          | 94.4               |
| lain-lain     | 1         | 5.6     | 5.6           | 100.0              |
| Total         | 18        | 100.0   | 100.0         |                    |

**lama pasca stroke**

|                           | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid kurang dari 1 tahun | 7         | 38.9    | 38.9          | 38.9               |
| 1-2 tahun                 | 7         | 38.9    | 38.9          | 77.8               |
| 3-4 tahun                 | 2         | 11.1    | 11.1          | 88.9               |
| lebih dari 5 tahun        | 2         | 11.1    | 11.1          | 100.0              |
| Total                     | 18        | 100.0   | 100.0         |                    |

**riwayat stroke berulang**

|                   | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid 1 kali      | 12        | 66.7    | 66.7          | 66.7               |
| 2 kali            | 5         | 27.8    | 27.8          | 94.4               |
| lebih dari 2 kali | 1         | 5.6     | 5.6           | 100.0              |
| Total             | 18        | 100.0   | 100.0         |                    |

**anggota badan yang lumpuh**

|                             | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-----------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid tangan dan kaki kanan | 6         | 33.3    | 33.3          | 33.3               |
| tangan dan kaki kiri        | 12        | 66.7    | 66.7          | 100.0              |
| Total                       | 18        | 100.0   | 100.0         |                    |



**Lampiran 16**

**Hasil uji statistik pretest dan posttest kelompok perlakuan**

**Wilcoxon signed rank test**

**Ranks**

|  | N              | Mean Rank | Sum of Ranks |
|--|----------------|-----------|--------------|
| post_depresi_perlakuan Negative Ranks  | 7 <sup>a</sup> | 4.00      | 28.00        |
| - pre depresi perlakuan Positive Ranks | 0 <sup>b</sup> | .00       | .00          |
| Ties                                   | 2 <sup>c</sup> |           |              |
| Total                                  | 9              |           |              |

a. post\_depresi\_perlakuan < pre depresi perlakuan

b. post\_depresi\_perlakuan > pre depresi perlakuan

c. post\_depresi\_perlakuan = pre depresi perlakuan

**Test Statistics<sup>b</sup>**

|                        | post_depresi_perlakuan - pre depresi perlakuan |
|------------------------|--|
| Z                      | -2.530 <sup>a</sup>                            |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | .011   |

a. Based on positive ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

**Descriptive Statistics**

|                                 | N | Minimum | Maximum | Mean  | Std. Deviation |
|---------------------------------|---|---------|---------|-------|----------------|
| pre depresi kelompok perlakuan  | 9 | 11      | 29      | 16.67 | 5.937          |
| post depresi kelompok perlakuan | 9 | 7       | 22      | 11.89 | 5.798          |
| Valid N (listwise)              | 9 |         |         |       |                |

**pre depresi kelompok perlakuan**

|                      | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|----------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid depresi ringan | 4         | 44.4    | 44.4          | 44.4               |
| depresi sedang       | 1         | 11.1    | 11.1          | 55.6               |
| depresi berat        | 2         | 22.2    | 22.2          | 77.8               |
| depresi sangat berat | 2         | 22.2    | 22.2          | 100.0              |
| Total                | 9         | 100.0   | 100.0         |                    |

**post depresi kelompok perlakuan**

|                | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|----------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid normal   | 2         | 22.2    | 22.2          | 22.2               |
| depresi ringan | 4         | 44.4    | 44.4          | 66.7               |
| depresi sedang | 1         | 11.1    | 11.1          | 77.8               |
| depresi berat  | 2         | 22.2    | 22.2          | 100.0              |
| Total          | 9         | 100.0   | 100.0         |                    |

**Lampiran 17****Hasil uji statistik pretest dan posttest kelompok kontrol****Wilcoxon signed rank test****Ranks**

|  |                | N              | Mean Rank | Sum of Ranks |
|--|----------------|----------------|-----------|--------------|
| post depresi kelompok kontrol - pre depresi kelompok kontrol | Negative Ranks | 1 <sup>a</sup> | 1.00      | 1.00         |
|  | Positive Ranks | 0 <sup>b</sup> | .00       | .00          |
|  | Ties           | 8 <sup>c</sup> |           |              |
|  | Total          | 9              |           |              |

a. post depresi kelompok kontrol < pre depresi kelompok kontrol

b. post depresi kelompok kontrol > pre depresi kelompok kontrol

c. post depresi kelompok kontrol = pre depresi kelompok kontrol

**Test Statistics<sup>b</sup>**

|                        |  |
|------------------------|--|
|                        | post depresi kelompok kontrol - pre depresi kelompok kontrol |
| Z                      | -1.000 <sup>a</sup>  |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | .317   |

a. Based on positive ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test



**pre depresi kelompok kontrol**

|                      | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|----------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid depresi ringan | 3         | 33.3    | 33.3          | 33.3               |
| depresi sedang       | 2         | 22.2    | 22.2          | 55.6               |
| depresi berat        | 2         | 22.2    | 22.2          | 77.8               |
| depresi sangat berat | 2         | 22.2    | 22.2          | 100.0              |
| Total                | 9         | 100.0   | 100.0         |                    |

**post depresi kelompok kontrol**

|                      | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|----------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid depresi ringan | 4         | 44.4    | 44.4          | 44.4               |
| depresi sedang       | 1         | 11.1    | 11.1          | 55.6               |
| depresi berat        | 2         | 22.2    | 22.2          | 77.8               |
| depresi sangat berat | 2         | 22.2    | 22.2          | 100.0              |
| Total                | 9         | 100.0   | 100.0         |                    |

**Descriptive Statistics**

|                               | N | Minimum | Maximum | Mean  | Std. Deviation |
|-------------------------------|---|---------|---------|-------|----------------|
| pre depresi kelompok kontrol  | 9 | 10      | 34      | 19.11 | 8.054          |
| post depresi kelompok kontrol | 9 | 9       | 34      | 18.56 | 8.428          |
| Valid N (listwise)            | 9 |         |         |       |                |

**Lampiran 18****Hasil uji statistik posttest kelompok perlakuan dan kontrol****Mann Whitney signed rank test****Ranks**

|                        | kelompok | N  | Mean Rank | Sum of Ranks |
|------------------------|----------|----|-----------|--------------|
| post depresi perlakuan | 1        | 9  | 7.72      | 69.50        |
| kontrol                | 2        | 9  | 11.28     | 101.50       |
|                        | Total    | 18 |           |              |

**Test Statistics<sup>b</sup>**

|                                | post depresi perlakuan kontrol |
|--------------------------------|--------------------------------|
| Mann-Whitney U                 | 24.500                         |
| Wilcoxon W                     | 69.500                         |
| Z                              | -1.489                         |
| Asymp. Sig. (2-tailed)         | .136                           |
| Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)] | .161 <sup>a</sup>              |

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: kelompok

**Descriptive Statistics**

|                                | N  | Minimum | Maximum | Mean | Std. Deviation |
|--------------------------------|----|---------|---------|------|----------------|
| post depresi perlakuan kontrol | 18 | 1       | 5       | 2.78 | 1.263          |
| kelompok                       | 18 | 1       | 2       | 1.50 | .514           |
| Valid N (listwise)             | 18 |         |         |      |                |

**post depresi perlakuan kontrol**

|                      | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|----------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid normal         | 2         | 11.1    | 11.1          | 11.1               |
| depresi ringan       | 8         | 44.4    | 44.4          | 55.6               |
| depresi sedang       | 2         | 11.1    | 11.1          | 66.7               |
| depresi berat        | 4         | 22.2    | 22.2          | 88.9               |
| depresi sangat berat | 2         | 11.1    | 11.1          | 100.0              |
| Total                | 18        | 100.0   | 100.0         |                    |