**HUBUNGAN KECERDASAN SPRITUAL DENGAN KEJADIAN**

**DEPRESI PADA PASIEN STROKE DIRUANG RAWAT**

**INAP NEURO RSSN BUKITTINGGI**

**TAHUN 2014**

**Penelitian Keperawatan Medikal Bedah**

**SKRIPSI**

****

**Oleh**

**RISMA MELATI**

**10103084105603**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS**

**SUMATRA BARAT**

**TAHUN 2015**

**HUBUNGAN KECERDASAN SPRITUAL DENGAN KEJADIAN**

**DEPRESI PADA PASIEN STROKE DIRUANG RAWAT**

**INAP NEURO RSSN BUKITTINGGI**

**TAHUN 2014**

***Diajukan ke program studi ilmu keperawatan sebagai salah satu syarat untuk melaksanakan penelitian skripsi sarjana keperawatan***

**SKRIPSI**

****

**Oleh**

**RISMA MELATI**

**10103084105603**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS**

**SUMATRA BARAT**

**TAHUN 2015**



***THE NURSING SCIENCE OF STUDY PROGRAM PERINTIS WEST SUMATRA***

***INSTITUTE OF HEALTH SCIENCE***

***Paper, March 2015s***

***RismaMelati***

***Spiritual Intelligence Relation ship With Genesis depression inpatients with stroke in patient wards Neuro RSSN Bukittinggi2014***

***ii + BAB IV + CHAPTER 9 + 54 Pages***

***ABSTRAK***

*Stroke is a disturbance of cerebral function loss caused interruption of blood supply to the brain. Stroke can cause interference negative neurpsikiatrik. These disorders affect social functioning, quality of life and recovery of motor function in stroke patients. Incidence of neuropsychiatric disorders include depression, anxiety disorders, and confused. Significant relationships between spiritual intelligence with depression stroke patients showed a great influence on the level of spiritual intelligence depression. Spiritual intelligence makes one judge that tindakanya more meaningful in itself. This study aims to determine the relationship of Spiritual Intelligence Genesis Depression in Patients With Stroke In Space Inpatient Neuro RSSN Bukittinggi 2014. This study was descriptive cross sectional analytic approach. The research was conducted on 22-25 July 2014 in Room Inpatient RSSN NeuroBukittinggi. Respondents in this study were all depressed stroke patients in the inpatient unit of the National Stroke Neuro Hospital Dublin in 2014 by using simple random sampling technique sampling. The results of chi-square test showed that didapatkn of 40 respondents with low spiritual intelligence, greater experience major depression (90.0%) than that experienced mild depression (9.1%). Chi Square test results obtained value of p = 0.000 (p <0.05). Of the p-value can be explained that Ho is rejected means there segnifikan relationship between spiritual intelligence with the incidence of depression in stroke patients diruang inpatient neuro RSSN Bukittinggi with OR (odds ratio) 26,000. Expected for nurses or hospital in order to work together to provide spiritual pedidikan stroke patients to avoiddepression.****Keywords: Spiritual Intelligence, Depression, Stroke***

*ReadingList: (2000 - 2013)*

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS SUMATRA BARAT**

**Skripsi, Maret 2015**

**Risma Melati**

**Hubungan Kecerdasan Spritual Dengan Kejadian Depressi Pada Pasien Stroke Di Ruang Rawat Inap Neuro RSSN Bukittinggi Tahun 2014**

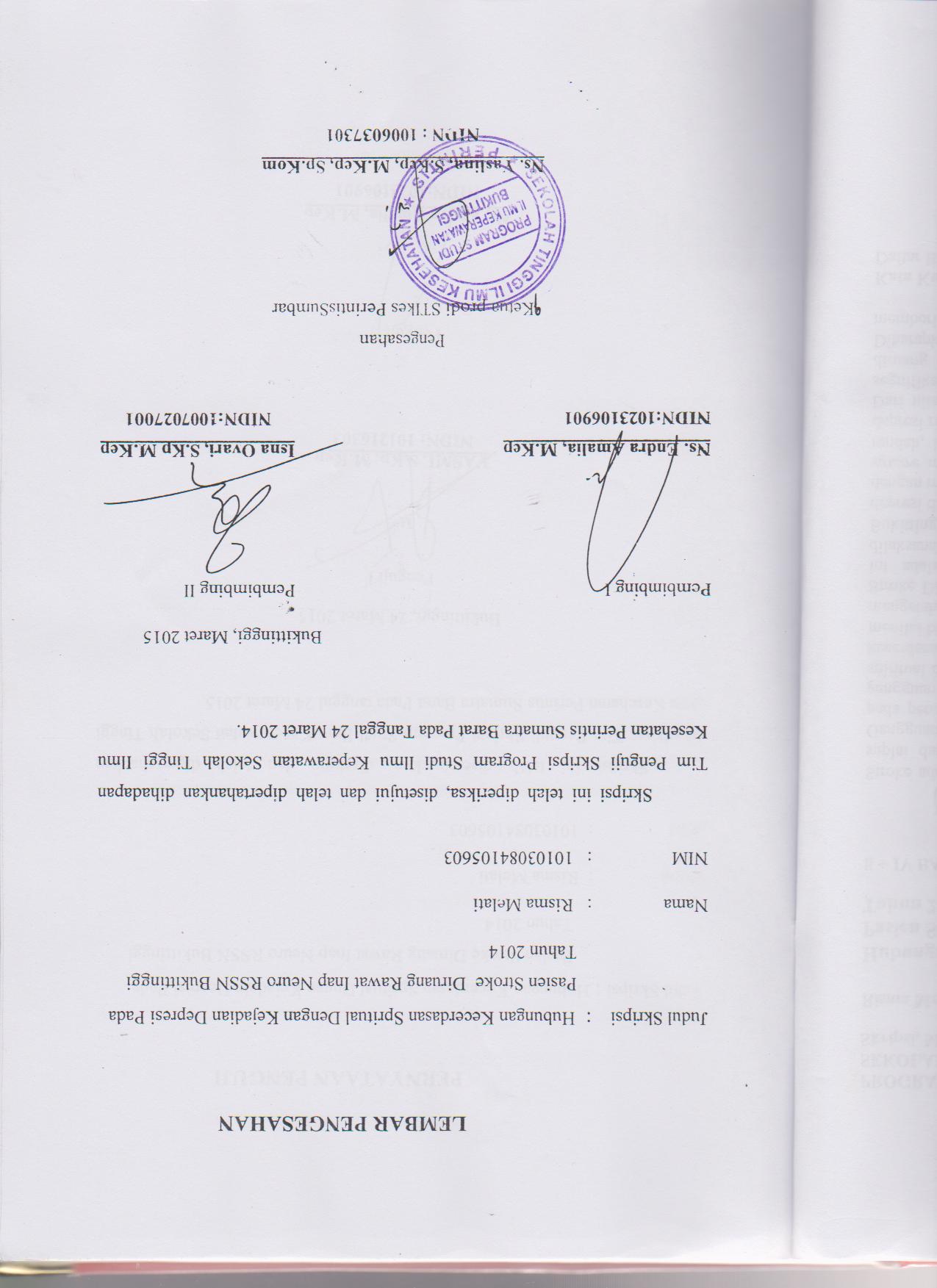
**ii + IV BAB +9 Lampiran + 54 Halaman**

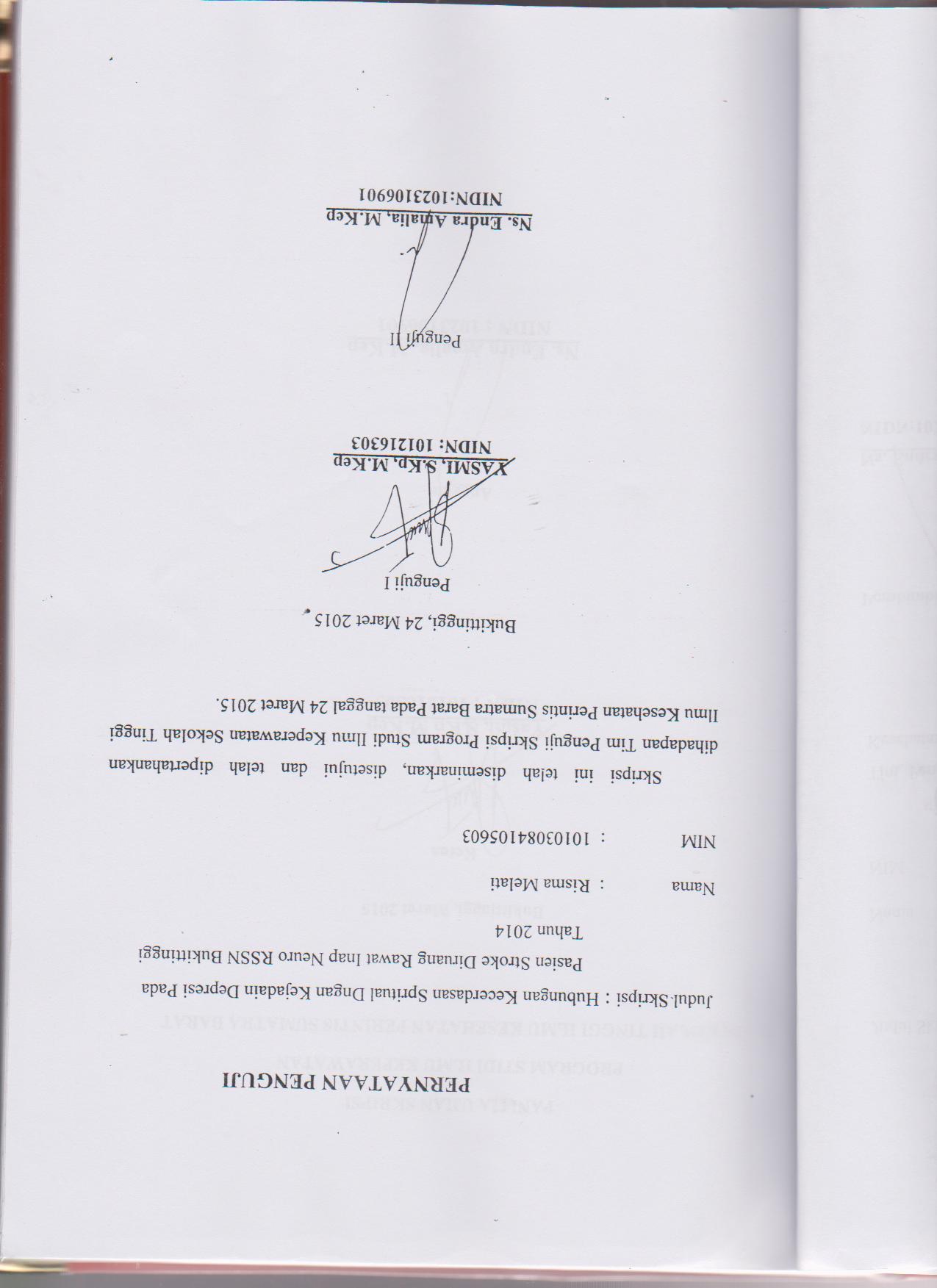
**ABSTRAK**

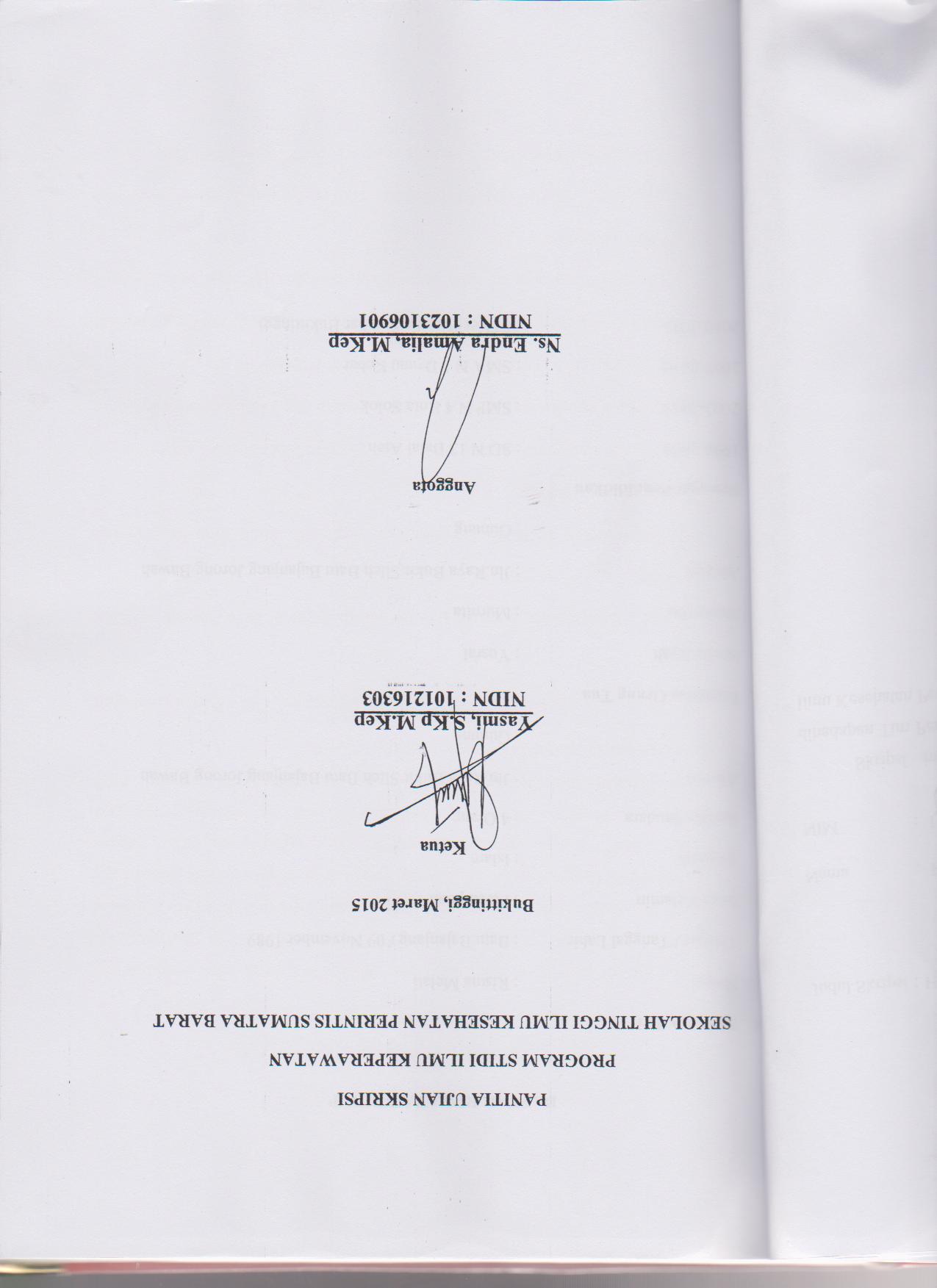
Stroke adalah suatu gangguan kehilangan fungsi serebral yang disebabkan terhentinya suplai darah ke otak. Stroke dapat menimbulkan gangguan neurpsikiatrik negatif. Gangguan ini mempengaruhi fungsi sosial, kualitas hidup dan pemulihan fungsi motorik pada penderita stroke. Kejadian gangguan neuropsikiatrik diantaranya adalah depresi, gangguan kecemasan, dan bingung. Hubungan yang signifikan antara kecerdasan spiritual dengan depresi pasien stroke menunjukan adanya pengaruh yang besar antara kecerdasan spiritual terhadap tingkat depresi. Kecerdasan spiritual membuat seseorang menilai bahwa tindakanya lebih bermakna dalam dirinya. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui Hubungan Kecerdasan Spritual Dengan Kejadian Depresi Pada Pasien Stroke Di Ruang Rawat Inap Neuro RSSN Bukittinggi Tahun 2014. Desain penelitian ini adalah *deskritif analitik* dengan pendekatan *cross sectional*. Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 22-25 Juli 2014 di Ruang Rawat Inap Neuro RSSN Bukittinggi. Responden pada penelitian ini adalah seluruh pasien stroke yang mengalami depresi di ruang rawat inap neuro Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi tahun 2014 dengan menggunakan teknik pengambilan sample *simple random sampling*. Hasil uji *chi square* menunjukkan bahwa didapatkn dari 40 responden dengan kecerdasan spritual rendah, lebih besar mengalami depresi berat (90,0%) dibandingkan yang mengalami depresi ringan (9,1%). Hasil uji statistik *Chi Square* diperoleh nilai p = 0,000 (p < 0,05). Dari nilai p tersebut dapat dijelaskan bahwa Ho ditolak artinya ada hubungan yang segnifikan antara kecerdasan spritual dengan kejadian depresi pada pasien stroke diruang rawat inap neuro RSSN Bukittinggi dengan nilai OR(Odds ratio) 26,000. Diharapkan bagi perawat ataupun pihak rumah sakit agar bekerja sama untuk memberikan pedidikan spritual kepada pasien stroke untuk menghidari kejadain depresi.

**Kata Kunci : Kecerdasan Spritual, Depresi, Stroke**

Daftar Bacaan : (2000 – 2013)

****

**



**DAFTAR RIWAYAT HIDUP**

1. **Identitasdiri**

Nama : RismaMelati

Tempat/ TanggalLahir : BatuBajanjang/ 09 November 1989

JenisKelamin : Perempuan

Aagama : Islam

JumlahSaudara : 4 Orang

Alamat : Jln.Raya Bukit SilehBatuBajanjangJorongBawah Gunung

1. **IdentitasOrang Tua**

NamaAyah : Yusral

NamaIbu : Murnita

Alamat : Jln.Raya Bukit SilehBatuBajanjangJorongBawah Gunung

1. **RiwayatPendididkan**

1996-2002 : SD N 13 BalaiAteh

2002-2005 : SMP N 4 Kota Solok

2007-2010 : SMA N 1 DanauKebar

2010-2015 : STKesPerintisSumbarBukittinggi

**KATA PENGANTAR**



Puji syukur peneliti ucapkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan Rahmat dan Karunia-Nya kepada peneliti, sehingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul ***”*Hubungan Kecerdasan Spritual Dengan Kejadain Depresi Pada Pasien Stroke Di Ruang Rawat Inap Neuro RSSN Bukittinggi Tahun 2014”**, sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan. Penulisan skripsi ini, peneliti banyak mendapat bantuan, pengarahan, dan bimbingan dari berbagai pihak, pada kesempatan ini peneliti ingin menyampaikan terima kasih kepada:

1. Bapak dr. H. Rafki Ismail MPH selaku Ketua yayasan STIKes Perintis Sumatera Barat.
2. Bapak Yendrizal Jafri, S.Kp, M.Biomed selaku Ketua STIKes Perintis Sumatera Barat.
3. Ibu Ns. Yaslina, S.Kep, M.Kep, Sp.Kom selaku Ka Prodi Ilmu Keperawatan Perintis Sumatera Barat
4. Ibu Ns. Endra Amalia, M.Kep, selaku pembimbing I yang telah banyak memberikan pengarahan, telah meluangkan waktu dan pikiran dalam bimbingan serta saran sehingga peneliti dapat menyelesaikan proposal ini.
5. Ibu Isna Ovari, S.Kp M.Kep selaku pembimbing II yang juga telah memberikan pengarahan, bimbingan maupun saran serta dorongan sehingga peneliti dapat menyelesaikan proposal ini.
6. Kepada Dosen Prodi Ilmu Keperawatan STIKes Perintis Sumbar yang telah memberikan bekal ilmu dan bimbingan selama peneliti dalam pendidikan.
7. Kepada Direktur RSSN Bukittinggi, yang telah memberikan izin untuk pengambilan data dalam penulisan proposal ini.
8. Teristimewa kepada ayahanda, ibunda, dan adik-adik ku tercinta dan seluruh keluarga besar ku yang telah memberikan dorongan moril maupun materil serta do’a dan kasih sayang yang tulus selama penulis melaksanakan pendidikan di STIKes Perintis .
9. Kepada semua teman-teman Program Studi Ilmu Keperawatan STIKes Perintis SumBar angkatan 2010 yang telah memberi banyak masukan dan bantuan berharga dalam menyelesaikan proposal ini, dan semua pihak yang telah membantu peneliti yang tidak dapat di ucapkan satu persatu.

Peneliti menyadari sepenuhnya bahwa skripsi ini masih banyak terdapat kekurangan. peneliti mengharapkan tanggapan, kritikan dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan skripsi ini. Akhir kata kepada-Nya jualah kita berserah diri, semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi kita semua, khususnya di bidang profesi keperawatan.

Bukittinggi, Maret 2015

( Peneliti )

**DAFTAR ISI**

**KATA PENGANTAR**.................................................................................... i

**DAFTAR ISI**.................................................................................................... iii

**BAB I PENDAHULUAN**

* 1. Latar Belakang 1
  2. Rumusan Masalah 4
  3. Tujuan Penelitian 5

1.3.1 Tujuan Umum 5

1.3.2 Tujuan Khusus 5

* + 1. Manfaat penelitian 5
  1. Ruang Lingkup Penelitian 6

**BAB II TINJAUAN TEORI**

* 1. Stroke 7
     1. Pengertian 7
     2. Klasifikasi Stroke 8
     3. Faktor Risiko Stroke 8
     4. Etiologi 9
     5. Patofisiologi 10
     6. Pemeriksaan Diagnostik 11
     7. Penatalaksanaan Medis 13
     8. Komplikasi 14
  2. Konsep Diri................................................................................ 15
     1. Pengertian Konsep Diri..................................................... 15
     2. Komponen Konsep Diri.................................................... 16
     3. Ciri-ciri Konsep Diri......................................................... 17
  3. Depresi 17
     1. Pengertian Depresi 17
     2. Faktor Penyebab Depresi 19
     3. Gejala-Gejala Depresi 20
     4. Tingkatan Depresi 20
     5. Gambaran Klinis Depresi Post Stroke 21
     6. Faktor-faktor Yang Mempengaruhi

Depresi Post Stroke 22

2.3 Kecerdasan Spiritual 23

2.3.1 Konsep Kecerdasan 23

2.3.2 Konsep Spiritual 24

2.3.3 Pengertian Kecerdasan Spritual 25

2.3.4 Faktor – faktor Kecerdasan Spiritual 26

2.3.5 Aspek-Aspek Kecerdasan Spiritual 27

* + 1. Kriteria Orang Memiliki Kecerdasan Spiritual 28
    2. Manfaat Kecerdasan Spiritual 30

2.3.8 Kerangka Teori 31

**BAB III KERANGKA KONSEP**

3.1 Kerangka Konsep 32

3.2 Hipotesis 33

3.3 Definisi Operasional 33

**BAB IV METODE PENELITIAN**

4.1 Desain Penelitian 35

4.2 Tempat dan Waktu Penelitian 35

4.3 Populasi Dan Sampel 35

4.3.1 Populasi 35

4.3.2 Sampel 36

4.4 Alat pengumpulan data 39

4.4.1 Keusioner Kecerdasan Spritual......................................... 39

4.4.2 Kuesioner Depresi............................................................. 40

4.5 Prosedur pengolahan data penelitian 40

4.5.1 Editing.............................................................................. 40

4.5.2 Coding.............................................................................. 41

4.5.3 scoring........................................... 41

4.5.4 Entry................................................................................. 41

4.5.5 Tabulating......................................................................... 41

4.5.6 Cleaning............................................................................ 41

4.6 Etika Peneniltian 42

4.6.1 Proses Pengambilan Data............................................ ..... 42

4.6.2 Informed Consent............................................................ 42

4.6.3 Anonimity........................................................................ 43

4.6.4 Confidentiality................................................................. 43

4.7 Analisis data 43

4.7.1 Analisa Univariat........................................................... 43

4.7.2 Analisa Bivariat................................................................ 44

**BAB V HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian.......................................... 45

5.2 Hasil Penelitian.......................................................................... 45

5.3 Hasil Analisa Univariat............................................................. 46

5.3.1 Kecerdasan Spritual......................................................... 46

5.3.2 Kejadian Depresi.............................................................. 47

5.4 Hasil Analisa Bivariat................................................................. 47

5.4.1 Hubungn Kecerdasan Spritual Dengan Depresi............... 47

5.5 Pembahasan................................................................................. 48

5.5.1 Analisa Univariat.............................................................. 48

5.6 Analisa Bivariat.......................................................................... 50

5.6.1 Hubungn Kecerdasan Spritual Dengan Depresi............... 50

**BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN**

6.1 Kesimpulan............................................................................... 53

6.2 Saran............................................................................................ 53

**DAFTAR PUSTAKA**

**LAMIR**

**DAFTAR TABEL SKEMA**

Gambar 2.5 Kerangka Teori………………………………………............. 31

Gambar 3.1 Kerangka Konsep……………………………………………. 32

**DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran1 : lembar permohonan jadi responden

Lampiran2 : lembar persetujuan reponden

Lampiran3 : lembar kuesioner

Lampiran 4 : Ganchart

**BAB I**

**PENDAHULUAN**

* 1. **Latar Belakang**

Stroke adalah suatu gangguan kehilangan fungsi serebral yang disebabkan terhentinya suplai darah ke otak, yang menimbulkan tanda dan gejala sesuai dengan daerah fokal yang mengalami gangguan (Smeltzer & Bare, 2005). Penderita stroke mengalami beberapa kecacatan yang disebabkan kerusakan pada bagian otak. Penyakit ini terjadi pada semuakelompok umur akan tetapi akan meningkat pada usia 55 – 85 tahun (Morris & Schroeder, 2001). Kejadian stroke menurut *American Heart Asotiation* (AHA) 2013 kejadian kematian karena stroke mencapai 23% dari jumlah penderita stroke. Rata – rata setiap 4 menit terjadi kematian yang diakibatkan stroke. Jumlah stroke di Indonesia berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas, 2007) adalah delapan perseribu penduduk atau 0,8 persen.

Jumlah stroke di Indonesia berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas, 2007), adalah delapan perseribu penduduk atau 0,8 persen. Jumlah total penderita stroke di Indonesia, sekitar 2,5% atau 250 ribu orang meninggal dunia dan sisanya cacat ringan maupun berat. Stroke dapat menimbulkan gangguan neuropsikiatrik negatif. Gangguan ini mempengaruhi fungsi sosial, kualitas hidup dan pemulihan fungsi motorik pada penderita stroke. Kejadian gangguan neuropsikiatrik diantaranya adalah depresi, gangguan kecemasan, dan bingung. Kejadian neuropsikiatrik yang paling dominan terjadi pada stroke adalah depresi (Altieri, 2012).

1

Menurut (Sheila L. Videbeck, 2008), gangguan depresi biasanya mencakup mood sedih atau kurangnya minat dalam aktivitas kehidupan selama dua minggu atau lebih disertai gejala perubahan berat badan, susah tidur, perasaan tidak berharga atau bersalah yang tidak sesuai dengan situasi, putus asa merasa tidak berdaya dan kehilangan harapan. Kartono (2002), mendefinisikan depresi sebagai kemuraman hati (kepedihan, kesenduan, keburaman perasaan) yang patologis sifatnya. Biasanya timbul oleh rasa sakit hati yang dalam, penyalahan diri sendiri dan trauma psikis.

Depresi pada pasien stroke diakibatkan karena ketidakberdayaan fisik yang diakibatkan oleh penurunan kemampuan motorik (Morris & Schroeder, 2001).Angka kejadian depresi bervariasi antara 20% -60%. Huff, Ruhrmann, dan Sitzer (2001 ), mengemukakan kejadian depresipada pasien stroke sekitar 30-40 %. Pada penelitian yang dilakukan Carole,dkk (2011), dari 2477 responden yang mengalami depresi adalah 19 % atau sekitar 478, sedangkan penelitian yang dilakukan oleh Altieri, dkk (2012),menunjukan angka 41% mengalami depresi.

Salah satu upaya untuk mencegah depresi adalah dengan pendekatan spiritual (Robby, 2013). Kecerdasan spiritual berpengaruh terhadap mekanisme koping seseorang, sehingga seseorang harus mengasah kemampuan kecerdasan spiritual guna membangun mekanisme koping yang konstraketif (Putra, 2012).Perkembangan yang baik dalam aspek spiritual dapat menjadikan seseorang lebih bisa memaknai kehidupan dan memiliki penerimaan diri terhadap kondisinya sehingga memberikan respon positif terhadap perubahan-perubahan yang terjadi pada dirinya (Nurmaafi, 2013).

Hubungan yang signifikan antara kecerdasan spiritual dengan depresi pasien stroke menunjukan adanya pengaruh yang besar antara kecerdasan spiritual terhadap tingkat depresi. Kecerdasan spiritual membuat seseorang menilai bahwa tindakanya lebih bermakna dalam dirinya (Agustin, 2001). Adanya peningkatan kecerdasaan spiritual membuat pasien memaknai dan menerima kondisinya sendiri sehingga menurunkan kejadian depresi. Kecerdasan spiritual berpengaruh terhadap pola pikir seseorang menjadi lebih mampu mengatasi permasalahan hidup (Zohar & Marshall, 2001).

Kecerdasan spiritual mempengaruhi perilaku seseorang dalam berespon. Kecerdasan spiritual dapat digunakan dalam masalah yang krisis dalam hidup seseorang. Kecerdasan spiritual merupakan dimensi untuk mendapatkan kekuatan ketika menghadapi depresi, penyakit fisik dan masalah psikis seseorang (Zohar & Marshall, 2007). Kecerdasan spiritual penting untuk bisa memaknai hidup. Seseorang yang memiliki kecerdasan spiritual akan mampu menghadapi pilihan dan kenyataan hidup yang baik ataupun buruk serta menghadapi permasalahan yang ada tiba- tiba (Agustin, 2001). Blais, 2007 menguraikan karakteristik spiritual meliputi hubungan dengan diri sendiri, hubungan dengan alam, hubungan dengan sesama, dan hubungan dengan Tuhan.

Berdasarkan survei awal yang dilakukan pada tanggal 31 Mei-3 Juni 2014 di Rumah Sakit Stroke Nasional jumlah pasien stroke pada tahun 2013 sebanyak 2431 dan data perbulannya sebesar 202 orang,dari hasil wawancara dengan Karu Rawat Inap Neuro RSSN di dapatkan bawha sebagian besar pasien stroke mengalami depresi ringan,sedang hingga depresi berat sebanyak 25%-50%. Sedangkan angka kecerdasan spritual pada pasien stroke masih kurang dengan persentase antara 20-40%. Pada bulan April 2014 pasien stroke yang dirawat diruang neuro yang mengalami depresi ringan berjumlah 25% dari 202, depresi sedang sebanyak 50% yang mengalami depresi berat sebanyak 20%. Berdasarkan wawancara dengan 5 orang pasien stroke yang dirawat diruang rawat inap neuro pada tanggal 2 Juni 2014, 2% dari mereka mengalami gangguan depresi, sedangkan 2% dari 5 orang pasien stroke mengatakan bahwa ibadah mereka tidak teratur karena kondisi fisik mereka yang terbatas, dan 1% dari mereka ada yang belum bisa menerima kondisi mereka tersebut. Melihat fenomena di atas maka peniliti tertarik untuk melakukan penilitian tentang “Hubungan Kecerdasan Spritual Dengan Kejadian Depresi Pada Pasien Stroke Di Ruang Rawat Inap Neuro Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi Tahun 2014”

* 1. **Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian yang telah dikemukakan dalam latar belakang di atas, maka rumusan masalah pada penilitian ini adalah adakah Hubungan Kecerdasan Spritual Dengan Kejadian Depressi Pada Pasien Stroke Di Ruang Rawat Inap Neuro RSSN Bukittinggi Tahun 2014.

* 1. **Tujuan Penelitian**

**1.3.1 Tujuan Umum**

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara kecerdasan spiritual dengan kejadian depresi pada pasien stroke di ruang rawat inap neuro RSSN Bukittinggi Tahun 2014.

**1.3.2 Tujuan Khusus**

Tujuan khusus penelitian ini antara lain :

1. Diketahuinya distribusi frekuensi depresi pada pasien stroke di ruang rawat inap neuro RSSN Bukittinggi Tahun 2014.
2. Diketahuinya distribusi kecerdasan spiritual pada pasien stroke di ruang rawat inap neuro RSSN Bukittinggi Tahun 2014
3. Menganalisis hubungan antara kecerdasan spiritual dengan kejadian depresi pada pasien stroke di ruang rawat inap neuro RSSN Bukittinggi Tahun 2014.
   * 1. **Manfaat penelitian**

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi semua pihak antara lain :

1. **Bagi Peneliti**

Bagi peneliti penelitian ini bermanfaat untuk memperoleh pengetahuan baru mengenai hubungan antara kecerdasan spiritual dengan kejadian depresi pada pasien stroke.

1. **Bagi Institusi Pendidikan**

Manfaat penelitian bagi institusi pendidikan adalah untuk mengembangkan pengetahuan dalam pembelajaran tentang stroke, serta pengaruh kecerdasan spiritual terhadap depresi yang terjadi setelah stroke.

1. **Bagi Rumah sakit**

Manfaat penelitian bagi rumah sakit dapat dijadikan masukan dan pertimbangan rumah sakit agar memperhatikan aspek kecerdasan spiritual.

1. **Bagi Penelitian selanjutnya**

Penelitian ini dapat bermanfaat sebagi sumber referensi penelitian selanjutnya mengenai faktor – faktor yang mempengaruhi depresi pada pasien stroke serta upaya untuk menangani depresi.

* 1. **Ruang Lingkup Penelitian**

Ruang lingkup penelitian adalah tentang hubungan kecerdasan spritual dengan kejadian depresi pasien stroke di ruang rawat inap neuro RSSN Bukittinggi tahun 2014 yang telah di lakukan pada tanggal 2 Agustus-1 September tahun 2014. Alasan peneliti mengambil judul ini karena dari hasil survei kelapangan bahwa sebagian besar pasien stroke mengalami depresi ringan, sedang hingga depresi berat sebanyak 25-50%.Sedangkan angka kecerdasan spritual pada pasien stroke masih kurang dengan persentase antara 20-40%.Jenis penelitian adalah *Deskriptif Analitik* dengan pendekatan *cross sectional.* Alat ukur yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner.

**BAB II**

**TINJAUAN TEORI**

* 1. **Stroke**
     1. **Pengertian**

Stroke adalah sindrom klinis yang awal timbulnya mendadak, cepat, berupa defisit neurologis fokal dan atau global, yang berlangsung 24 jam atau lebih atau langsung menimbulkan kematian, dan semata–mata disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak non traumatik (Mansjoer, 2000). Menurut WHO (*world Health Organitation*) Stroke merupakan gangguan fungsional otak yang terjadi secara mendadak dengan tanda dan gejala klinis baik fokal maupun global yang berlangsung lebih dari 24 jam, atau dapat mengakibatkan kematian, disebabkan gangguan peredaran darah otak. Price & Wilson (2006) menjelaskan pengertian dari stroke adalah setiap gangguan neurologik mendadak yang terjadi akibat pembatasan atau terhentinya aliran darah melalui sistem suplai arteri otak sehingga terjadi penurunan fungsional tubuh.

Beberapa uraian di atas dapat disimpulkan bahwa pengertian stroke adalah gangguan sirkulasi serebral yang disebabkan oleh sumbatan atau penyempitan pembuluh darah oleh karena emboli, trombosis atau perdarahan serebral sehingga terjadi penurunan aliran darah ke otak yang timbulnya secara mendadak.

7

* + 1. **Klasifikasi Stroke**

Secara umum di klinis dikenal 2 jenis stroke yaitu stroke iskemik (non hemoragik)dan stroke hemoragik. Stroke non hemoragik dibagi menjadi stroke trombolik dan strokeembolik. Stroke trombolik diakibatkan karena faktor - faktor darah dimana pembuluh darah yang menyempit. Stroke embolik terjadi karena tertutupnya secara mendadak arteri otak oleh sumbatan atau benda asing yang terbawa oleh darah. Stroke hemoragik yaitu suatu gangguan peredaran darah otak yang ditandai dengan adanya perdarahan intra serebral atau perdarahansubarakhnoid. Tanda yang terjadi adalah penurunan kesadaran, pernapasan cepat, nadi cepat, gejala fokal berupa hemiplegi, pupil mengecil, dan kaku kuduk (Prasetya, 2002).

Klasifikasi stroke ditentukan berdasarkan atas manifestasi klinis, proses patologi pada otak dan lesinya. Klasifikasi pada stroke berdasarkan manifestasi klinisnya tebagi menjadi *Transient ischemicattack* (TIA), *Stroke in evolution* (SIE), *Reversible ischemik stroke neorogikal deficit* (RIND), *Completed stroke*. Klasifikasi strokeberdasarkan proses patologisnya dapat dibedakan menjadi infark,perdarahan intraserebral, perdarahan subarachnoid. Pembagian stroke berdasar tempat lesi serebral yaitu berada di sistem karotis dan sistem vertebra basiler (Prasetya, 2002).

* + 1. **Faktor Risiko Stroke**

Faktor risiko yang dapat menimbulkan stroke sama seperti faktor risiko yang menyebabkan penyakit jantung dan saling berhubungan satu antara keduannya. Contohnya tekanan darah tinggi yang diakibatka kolesterol tinggi signifikan risiko untuk penyakit jantung (Goldszmidt & Caplan, 2010).Faktor risiko terjadinya stroke menurut Mansjoer (2000) adalah:

1. Yang tidak dapat diubah

Faktor risiko stroke yang tidak dapat diubah yaitu usia, jenis kelamin, ras, riwayat keluarga, riwayat stroke, penyakit jantung koroner, dan fibrilasi atrium.

1. Yang dapat diubah

Faktor resiko stroke yang dapat diubah diantaranya hipertensi, diabetes mellitus, merokok, penyalahgunaan alkohol dan obat, kontrasepsi oral, dan hematokrit meningkat. Faktor risiko stroke dibagi menjadi *definite, possible* dan d*iseasemaker.* Faktor risiko *definite* diantaranya merokok, konsumsi alkohol, konsumsi narkoba, umur, jenis kelamin, ras dan genetik. Faktor risiko *possible* diantaranya penggunaan kontrasepsi oral, diet, tipe personal lokasi geografi, iklim, cuaca, sosial ekonomi, inaktifasi fisik, obesitas, lemak yang berlebihan. Faktor risiko disease maker diantaranya hipertensi, penyakit jantung, TIA, peningkatan hematokrit, Diabetes 12 militus, Carotid Bruit, Elevated fibrinogen concentration dan sakit kepala migren.

* + 1. **Etiologi**

Smeltzer & Bare (2002), menyatakan stroke biasanya diakibatkan dari salah satu empat kejadian diantaranya thrombosis, embolisme serebral, iskemia, hemoragi serebral. Thrombosis yaitu bekuan darah di dalam pembuluh darah otak atau leher. Embolisme serebral merupakan bekuan darah atau material lain yang di bawa ke otak dari bagian tubuhyang lain. Iskemia yaitu penurunan aliran darah ke area otak. Hemoragi serebral yaitu pecahnya pembuluh darah serebral dengan perdarahan ke dalam jaringan otak atau ruang sekitar otak. Akibat dari keempat kejadian tersebut mengakibatkan penghentian suplai darah ke otak, yang menyebabkan kehilangan sementara atau permanen gerakan, berpikir, memori, bicara, atau sensasi.

* + 1. **Patofisiologi**

Otak sangat tergantung kepada oksigen, bila terjadi anoksia seperti yang terjadi pada stroke di otak mengalami perubahan metabolik, kematian sel dan kerusakan permanen yang terjadi dalam 3 sampai dengan 10 menit (non aktif total). Pembuluh darah yang paling sering terkena ialah arteri serebral dan arteri karotis interna. Adanya gangguan peredaran darah otak dapat menimbulkan jejas atau cedera pada otak melalui empat mekanisme yaitu Penebalan dinding arteri serebral yang menimbulkan penyempitan sehingga aliran darah dan suplainya ke sebagian otak tidak adekuat, selanjutnya akan mengakibatkan perubahan-perubahan iskemik otak. Pecahnya dinding arteri serebral akan menyebabkan bocornya darah ke jaringan (hemorrhage). Pembesaran sebuah atau sekelompok pembuluh darah yang menekan jaringan otak. Edema serebri yang merupakan pengumpulan cairan di ruang interstitial jaringan otak (Smeltzer & Bare, 2005).

Konstriksi lokal sebuah arteri mula-mula menyebabkan sedikit perubahan pada aliran darah dan baru setelah stenosis cukup hebat dan melampaui batas kritis terjadi pengurangan darah secara drastis dan cepat. Oklusi suatu arteri otak akan menimbulkan reduksi suatu area dimana jaringan otak normal sekitarnya yang masih mempunyai pendarahan yang baik berusaha membantu suplai darah melalui jalurjalur anastomosis yang ada. Perubahan awal yang terjadi pada korteks akibat oklusi pembuluh darah adalah gelapnya warna darah vena, penurunan kecepatan aliran darah dan sedikit dilatasi arteri serta arteriole. Selanjutnya akan terjadi edema pada daerah ini. Selama berlangsungnya peristiwa ini, otoregulasi sudah tidak berfungsi sehingga aliran darah mengikuti secara pasif segala perubahan tekanan darah arteri. Berkurangnya aliran darah serebral sampai ambang tertentu akan memulai serangkaian gangguan fungsi neural dan terjadi kerusakan jaringan secara permanen (Smeltzer & Bare, 2005).

* + 1. **Pemeriksaan Diagnostik**

Pemeriksaan diagnostik yang dapat dilakukan pada penyakit stroke adalah:

1. Pemeriksaan fisik dan riwayat pasien

Dalam penegakan diagnosa pemeriksaan riwayat dan pemerikasaan fisik sangatlah penting. Pemeriksaan riwayat pasien dapat dilakukan pada keluarga apabila penderita stroke mengalami gangguan dalam komunikasi. Pemeriksaan fisik dapat dilakukan berupa tes fungsi neurogi (Goldszmidt & Caplan, 2010).

1. Angiografi serebral

Angiografi serebral merupakan tindakan non invasif dengan mnggambarkan pembuluh darah (Goldszmidt & Caplan, 2010). Angiografi serebral digunakan untuk membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti perdarahan, obstrokesi arteri atau adanya titik oklusi/ rupture (Smeltzer & Bare, 2005).

1. *Imaging Studies*

CT-scan dan MRI (*Magnetic Resonance Imaging*) adalah teknik yang digunakan untuk menggambarkan anatomi serebral pada penderita stroke. penggambaran daerah serebral digunakan untuk melihat gambaran prognosis stroke (Goldszmidt & Caplan, 2010). CT- scan digunakan untuk menggambarkan adanya edema, hematoma, iskemia, dan adanya infark. MRI dapat menunjukkan daerah yang mengalami infark, hemoragik, dan malformasi arteriovena (Smeltzer & Bare, 2005).

1. Pungsi Lumbal

Pungsi lumbal digunakan untuk mengetahui adanya tekanan normal dan biasanya ada thrombosis, emboli serebral, dan TIA (Transient Ischaemia Attack) atau serangan iskemia otak sepintas. Tekanan meningkat dan cairan yang mengandung darah menunjukkan adanya hemoragik subarakhnoid atau perdarahan intra kranial. Kadar protein total meningkat pada kasus thrombosis sehubungan dengan adanya proses inflamasi (Smeltzer & Bare, 2005).

1. Ultrasonografi Doppler

Ultrasonografi Doppler merupakan tindakan non invasif dengan menggunakan glombang suara. Ini digunakan untuk menggambarkan visualisasi stroketur dan aliran darah dalam tubuh (Goldszmidt & Caplan, 2010). Ultrasonografi doppler digunakan dalam diagnostik untuk mengidentifikasi penyakit atau gangguan pada arteriovena (Smeltzer & Bare, 2005).

1. EEG (Electroencephalography)

EEG digunakan untuk mengidentifikasi penyakit didasarkan pada gelombang otak dan mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik (Smeltzer & Bare, 2005).

1. Sinar X

Sinar X digunakan untuk menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah yang berlawanan dari massa yang meluas, kalsifikasi karotis interna terdapat pada thrombosis serebral (Smeltzer & Bare, 2005).

* + 1. **Penatalaksanaan Medis**

Penatalaksaan medis menurut (Smeltzer & Bare, 2005). Diuretik untuk menurunkan edema serebral yang mencapai tingkat maksimum 3 sampai 5 hari setelah infark serebral. Antikoagulan digunakan untuk mencegah terjadinya thrombosis atau embolisasi dari tempat lain dalam sistem kardiovaskuler. Penatalaksanaan lain yang dapat dilakukan pada penderita strok adalah dengan cara pembedahan. Tujuan dari pembedahan adalah memperbaiki aliran darah menuju ke otak. Penatalaksanaan menggunakan prosedur carotid ende rectomy, atau ulseratif erosclerotic plaque pada carotid artery yang dihilangkan (Goldszmidt & Caplan, 2010). Terapi fisik adalah terapi yang dilakukan untuk melatih kekuatan otot pasien dengan meggunakan latihan. Gangguan bicara pada pasien yan mengalami Disatria dan Afasia dapat dilakukan terapi wicara untuk memperbaiki komunikasi pasien (Goldszmidt & Caplan, 2010).

* + 1. **Komplikasi**

Komplikasi yang dapat terjadi pada penyakit stroke diantaranya :

1. Hipoksia serebral

Hipoksia serebral dapat diminimalkan dengan memberi oksigenasi darah adekuat ke otak. Fungsi otak bergantung pada ketersediaan oksigen yang dikirimkan ke jaringan. Pemberian oksigen suplemen dan mempertahankan hemoglobin serta hematokrit pada tingkat dapat diterima akan membantu dalam mempertahankan oksigenasi jaringan (Smeltzer & Bare, 2005).

1. Penurunan aliran darah serebral

Penurunan aliran darah serebral ini bergantung pada tekanan darah, curah jantung, dan integritas pembuluh darah serebral. Hidrasi adekuat (cairan intrvena) harus menjamin penurunan viskositas darah dan memperbaiki aliran darah serebral. Hipertensi dan hipotensi ekstrim perlu dihindari untuk mencegah perubahan pada aliran darah serebral dan potensi meluasnya area cedera (Smeltzer & Bare, 2005).

1. Embolisme serebral

Emboli serebral terjadi setelah infark miokard ata fibrilasi atrium atau dapat berasal dari katup jantung prostetik. Embolisme akan menurunkan aliran darah ke otak dan selanjutnya akan menurunkan aliran darah serebral. Disritmia dapat mengakibatkan curah jantung tidak konsisten dan penghentian trombus lokal. Selain itu, disritmia dapat menyebabkan embolus serebral dan harus diperbaiki (Smeltzer & Bare, 2005).

1. Depresi

Dampak lain dari stroke adalah depresi, yaitu berupa gangguan emosi pada pasien stroke yang sering terjadi (Retnasari, Kristiyawati, & Solechan, 2012). Post Stroke Depresion (PSD) adalah komplikasi yang paling sering. Kejadian ini dikarenakan lesi serebrovaskular. Masih banyak ketidakpastian mengenai mekanisme sebab-akibat dan faktor risiko. Pasien stroke dengan PSD tidak hanya memiliki tingkat kematian lebih tinggi, akan tetapi bisa terjadi kegagalan dalam program rehabilitasi. Akibat dari kegagalan program rehabilitasi akan terjadi memburuknya fungsional dan kualitas hidup pasien stroke (Yuniadi, 2010). Angka kejadian depresi pada pasien stroke bervariasi antara 20% sampai 60% dari penderita stroke (Altieri, et al., 2012).

* 1. **Konsep Diri**
     1. **Pengertian Konsep Diri**

Konsep diri adalah semua perasaan, kepercayaan dan nilai yang diketahui individu tentang dirinya dan mempengaruhi individu dalam berhubungan dengan orang lain (Tarwoto, Wartonah, Kebutuhan dasar manusia, Salemba Medika, 2003). Menurut Hurlock (2000), Konsep diri merupakan gambaran yang dimiliki individu tentang dirinya, meliputi karakteristik fisik, sosial, aspirsi dan prestasi, Sedangkan Konsep diri yang bersifat psikologis berdasarkan pikiran, perasaan dan emosional.

Menurut Rini (dalam Pudjijogyanti 2004), konsep diri adalah keyakinan, pandangan atau penilaian seseorang terhadap dirinya.Dari beberapa pendapat di atas dapat disimpulkan bahwa konsep diri adalah kesadaran akan pandangan, pendapat, penilaian, dan sikap seseorang terhadap dirinya sendiri yang meliputi fisik, diri pribadi, diri keluarga, diri sosial juga etika.

* + 1. **Komponen Konsep Diri**

Komponen-komponen konsep diri menurut Hurlock (2002), antara lain :

1. Komponen Persepsi

Gambaran dan kesan seseorang tentang penampilan tubuhnya dan kesan yang dibuat pada orang lain atau sering disebut konsep diri fisik.

1. Komponen Konseptual

Pandangan  tentang karakteristik yang berbeda dengan orang lain baik dengan kemampuan dan kekurangnya serta disusun dari kualitas penyesuaian  hidupnya tentang kepercayaan diri tergantung keberanian, kegagalan dan kelemahan. Komponen ini sering disebut psychological self concept.

1. Komponen Penilaian

Perasaan tentang kebangaan dan rasa malunya. Yang termasuk dalam komponen ini adalah keyakinan nilai, aspirasi dan komitmen yang membentuk dirinya.

.      d. Komponen Kognitif

Komponen kognitif merupakan pengetahuan individu tentang keadaan dirinya. Gambaran diri ( self-picture ) tersebut akaan membentuk citra diri ( self-image ).

1. Komponen Afektif

Komponen afektif merupakan penilaian individu terhadap diri. penilaian tersebut akan membentuk penerimaan terhadap diri ( self acceptance ), serta harga diri (self-esteem) individu.

* + 1. **Ciri – Ciri Konsep Diri**

Menurut William D.Brooks (dalam Rahkmat, 2005:105)Tanda-tanda  individu yang memiliki konsep diri yang positif adalah :

1. Yakin akan kemampuan dalam mengatasi masalah.
2. Merasa setara dengan orang lain.
3. Menerima pujian tanpa rasa malu.
4. Menyadaribahwa setiap  orang  mempunyai berbagaiperasaan dan keinginan.
5. Mampuuntuk  mengintrospeksi dirinya sendiri
   1. **Depresi**
      1. **Pengertian Depresi**

Kartono (2002), mendefinisikan depresi sebagai kemuramanhati (kepedihan, kesenduan, keburaman perasaan) yang patologissifatnya. Biasanya timbul oleh rasa sakit hati yang dalam,penyalahan diri sendiri dan trauma psikis. Pada umumnya moodyang secara dominan muncul adalah perasaan tidak berdaya dankehilangan harapan. Gangguan alam perasaan (*mood*) yang ditandai dengan kemurungan dan kesedihan yang mendalam dan berkelanjutan sehingga menyebabkan hilangnya kegairahan hidup (Dadang Hawari, 2009).

Nuri (2007), mendefinisikan depresi sebagai gangguanpemikiran yang mempengaruhi perasaan, motivasi dan perilakudalam memandang diri, lingkungan dan masa depan dengan skemakognitif negatif (pesimis). Depresi ditandai oleh kesedihanmendalam, perasaan putus asa, menarik diri dari lingkungan sosial,gangguan tidur, makan, menurunnya dorongan seksual sertahilangnya minat dan kesenangan pada aktivitas yang biasadikerjakan . Depresi adalah keadaan emosional yang ditandai kesedihanyang sangat, perasaan bersalah, dan tidak berharga menarik diri dariorang lain, kehilangan minat untuk tidur, dan hal yang tidakmenyenangkan lainya (Nasir & Muhith, 2011). Pendapat lain menyatakan bahwa depresi adalah perasaan sedih dan tertekan yang menetap, perasaan berat sedemikian beratnya sehingga tidak bisa melaksanakan fungsi sehari-hari sebagai orang tua, pegawai, pasangan hidup, pelajar, dll (Jusni, 2009).

Berdasarkan beberapa pendapat diatas dapat ditarik kesimpulan bahwa depresiadalah gangguan mood, kondisi emosional berkepanjangan yang mewarnai seluruh proses mental (berpikir, berperasaan dan berperilaku) seseorang, sehingga muncul perasaan tidak berdaya dan kehilangan harapan¸yang disertai perasaan sedih, kehilangan minat dan kegembiraan, berkurangnya energi yang menuju kepada meningkatnya keadaan mudah lelah yang sangat nyata dan berkurangnya aktivitas.

* + 1. **Faktor Penyebab Depresi**

Faktor menjadi penyebab depresi diantaranya faktor biologis dan faktor psikologis. Kedua faktor ini saling berhubungan dan saling mempengaruhi (Nuri, 2007).

1. Faktor Biologis

Faktor biologi meliputi genetik/ keturunan dan proses penuaan; abnormalitas tidur, kerusakan syaraf atau penurunan neurotransmiter, norefeneprin, serotonin, dan dopamin

1. Faktor Psikologis

Peristiwa kehidupan dapat mengkibatkan stres baik akut ataupun kronik. Orang depresi karena berhadapan dengan kondisi yang memang bisa menimbulkan depresi. Berdasarkan sigmud freud menyatakan bahwa kehilangan objek yang dicintai dapat mencetuskan depresi. Stres akan mengakibatkan perubahan biologi otak. Perubahan tersebut mengakibatkan adanya perubahan transmitter dan sistem pemberi sinyal intraneuronal.

1. Faktor Spritual

Menurut Eva (2010), kecerdasan spiritual berpengaruh terhadap produktivitas seseorang. Peningkatan produktivitas dapat menurunkan tingkat ketergantungan ADL ( *Activity Daily Living* ) pada pasien. Ketergantungan pasien stroke merupakan faktor yang mendorong terjadinya depresi. Dengan adanya kecerdasan spiritual akan meningkatkan produktivitas sehingga tingkat ketergantungan ADL menurun. Hal tersebut dapat menrunkan depresi pada pasien stroke.

* + 1. **Gejala-Gejala Depresi**

Berikut ini beberapa gejala dari depresi (Tarigan, 2008):

* 1. Terus menerus merasa sedih, cemas, atau suasana hati yang kosong
  2. Perasaan putus asa dan pesimis.
  3. Perasaan bersalah, tidak berdaya dan tidak berharga.
  4. Kehilangan minat atau kesenangan dalam hobi dan kegiatan yang pernah dinikmati.
  5. Penurunan energi dan mudah kelelahan.
  6. Kesulitan berkonsentrasi, mengingat, atau membuat keputusan.
  7. Insomnia, pagi hari terbangun, atau tidur berlebihan.
  8. Nafsu makan berkurang bahkan sangat berlebihan. Penurunan berat badan bahkan penambahan berat badan secara drastis.
  9. Selalu berpikir kematian atau bunuh diri, percobaan bunuh diri
  10. Gelisah dan mudah tersinggung
  11. Terus menerus mengalami gejala fisik yang tidak respon terhadap pengobatan, seperti sakit kepala, gangguan pencernaan, dan sakit kronis.
      1. **Tingkatan Depresi**

Ada beberapa tingkatan depresi menurut Kusumanto (2010), diantaranya:

1. Depresi Ringan

Sementara, alamiah, adanya rasa pedih perubahan proses pikir komunikasi sosial dan rasa tidak nyaman.

1. Depresi Sedang
2. Afek: murung, cemas, kesal, marah, menangis.
3. Proses pikir: perasaan sempit, berfikir lambat, kurang komunikasi verbal komunikasi non verbal meningkat.
4. Pola komunikasi: bicara lambat, kurang komunikasi verbal, komunikasi non verbal meningkat.
5. Partisipasi sosial: menarik diri tak mau melakukan kegiatan, mudah tersinggung.
6. Depresi Berat
7. Gangguan afek: pandangan kosong, perasaan hampa, murung, inisiatif berkurang.
8. Gangguan proses pikir.
9. Sensasi somatik dan aktivitas motorik: diam dalam waktu lama, tiba-tiba hiperaktif, kurang merawat diri, tak mau makan dan minum, menarik diri, tidak peduli dengan lingkungan.
   * 1. **Gambaran Klinis Depresi Post Stroke**

Tanda dan gejala pada pasien dengan depresi post stroke dapat berupa depresi ringan sampai berat. Gejala utama adalah gangguan afek (mood) yang disertai kriteria B dari episode depresi. Kriteria B diantaranya adalah mood terdepresi hampir setiap hari yang di tunjukan oleh laporan subjektif atau pengamatan, hilangnya minat atau kesenangan secara jelas dalam semua aktifitas, kurangnya nafsu makan dan penurnan berat badan, insomnia atau hipersomnia, agitasi atau regradasi psikomotrik, rasa letih, hilang semangat, perasaan tidak berguna dan perasaan bersalah berlebihan, kurangnya kemampuan befikir atau konsentrasi dan pikiran berulang tentang kematian, gagasan bunuh diri atau usaha bunuh diri (Nuri, 2006).

* + 1. **Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Depresi Post Stroke**

Banyak hal yang dianggap menjadi faktor risiko timbulnya depresi setelah seseorang mengalami stroke. Pengukuran depresi post stroke seperti usia, jenis kelamin, setatus perkawinan, lingkungan, dukungan sosial, konseling dan keadaan penyakit.

1. Usia

Pada penelitian yang dilakukan Carole (2011), menggambarkan makin tua usia pederita stroke kecenderungan mengalami depresi semakin besar. Depresi pasca stroke paling banyak dijumpai pada kelompok umur 45 – 64 tahun (Nuralita, 2012). Depresi sebagai dampak dari gangguan fungsional, dan tidak adanya dukungan sosial.

1. Jenis kelamin

Bedasarkan jenis kelamin wanita lebih tinggi dibandingkan pria. Penelitian, penderita wanita dua kali lebih banyak dibandingkan pria. Penderita wanita beratnya depresi berdasarkan kerusakan hemisfer kiri, gangguan kognitif dan riwayat gangguan psikiatrik sedangkan pada pria depresi dikarenakan gangguan kemampuan melakukan memenuhi kebutuhan fungsional (Hapsari & Ardiansyah, 2006)

1. Lingkungan tempat tinggal pasca stroke

Dari penelitian yang dilakukan Soertidewi (2009), didapatkan kejadian depresi pada penderita yang tinggal di rumah sakit 25%, perawatan di rumah 45%, tinggal dengan pasangan 31%, dan yang paling rendah adalah pda penderita yang tinggal sendiri sekitar 17%.

1. Stratus pernikahan

Status pernikahan berpengaruh terhadap kejadian depresi pada pasien stroke (Herlina, 2003). Persentase depresi post stroke diantaranya yang paling tinggi adalah pada penderita yang bercerai 40%, berpisah 33%, kematian pasangan 28% sedangkan yang belum menikah dan masih dalam status pernikahan lebih rendah sekitar 21% dan 20% (Soertidewi, 2009).

1. Status sosial

Soertidewi (2009) menjelaskan depresi terjadi lebih tinggi pada status sosial yang lebih rendah 36% dibandingkan mereka dengan tingkat sosia yang lebih tinggi 25 %.

1. Status pekerjaan

Pada penelitian yang dilakukan Herlina (2003), pada pasien yang bekerja akan mengalami kejadian depresi lebih tinggi dibandingkan dengan penderita yang tidak bekerja (Nuralita, 2012).

* 1. **Kecerdasan Spiritual**

**2.4.1 Konsep Kecerdasan**

Walters & Gardner (dalam Safaria, 2005), mendefinisikan bahwa kecerdasan adalah sebagai suatu kemampuan yang memungkinkan individu memecahkan masalah atau produk sebagai konsekuensi eksistensi suatu budaya tertentu. Pernyataan yang senada juga disampaikan Wechsler (1985 dalam Safaria, 2005), yang memandang kecerdasan sebagai suatu kumpulan atau totalitas kemampuan individu untuk bertindak dengan tujuan tertentu, berpikir secara rasional, serta menghadapi lingkungannya dengan efektif.

Alfred Binet (dalam Safaria, 2005), menyatakan bahwa kecerdasan merupakan kemampuan mengarahkan pikiran maupun tindakan, kemampuan untuk mengubah arah tindakan bila dituntut demikian, dan kemampuan untuk mengkritik diri sendiri. Berkembangnya kecerdasan sedikit banyak sejalan dengan kematangan seseorang (Ahmadi, 2009). Gardner (dalam Saifullah, 2005), juga berpendapat bahwa setiap manusia memiliki kemampuan mengembangkan kecerdasannya sampai pada tingkat tinggi yang memadai apabila memperoleh cukup dukungan, pengayaan, dan pembelajaran.

**2.4.2 Konsep Spiritual**

Nilai-nilai spiritual yang umum mencakup antara lain kebenaran, kejujuran, kesederhanaan, kepedulian, kerjasama, kebebasan, kedamaian, cinta, pengertian, amal baik, tanggung jawab, tenggang rasa, integritas, rasa percaya, kebersihan hati, kerendahan hati, kesetiaan, kecermatan, kemuliaan, keberanian, kesatuan, rasa syukur, humor, ketekunan, kesabaran, keadilan, persamaan, keseimbangan, ikhlas, hikmah, dan keteguhan (Suyanto, 2006).

O’Brien (1999 dalam Blais, 2007), mengatakan bahwa spiritual mencakup cinta, belas kasih , hubungan dengan Tuhan, dan keterkaitan antara tubuh, pikiran, dan jiwa. Spiritual juga disebut sebagai keyakinan atau hubungan dengan kekuatan yang lebih tinggi, kekuatan pencipta, Ilahiah, atau sumber energi yang tidak terbatas. Menurut Notoatmodjo (2003), bahwa spiritual yang sehat tercermin dari cara seseorang dalam mengekspresikan rasa syukur, pujian, atau penyembahan terhadap Tuhan Yang Maha Kuasa serta perbuatan baik yang sesuai dengan norma-norma masyarakat.

**2.4.3 Pengertian Kecerdasan Spritual**

Zohar dan Marshall (2001), Kecerdasan spiritual lebih berkaitan dengan pencerahan jiwa yaitu mampu memaknai hidup dengan memberi makna positif pada setiap peristiwa, masalah, bahkan penderitaan yang dialaminya. Dengan memberi makna yang positif akan mampu membangkitkan jiwa dan melakukan perbuatan dan tindakan yang positif.

Rakhmat (2007), seseorang yang cerdas secara spiritual tidak memecahkan persoalan hidup hanya secara rasional atau emosi saja tetapi lebih menghubungkannya dengan makna kehidupan secara spiritual untuk memberikan penafsiran terhadap situasi yang dihadapinya. Agustian (2001), Kecerdasan spiritual sebagai kemampuan untuk memberi makna ibadah terhadap setiap perilaku dan kegiatan melalui langkah-langkah dan pemikiran yang bersifat fitrah, menuju manusia yang seutuhnya dan memiliki pola pemikiran integralistik, serta berprinsip hanya karena Tuhan.

Sisi lain kecerdasan spiritual merupakan kecerdasan kalbu yang berhubungan dengan kualitas batin seseorang, kecerdasan ini mengarahkan seseorang untuk berbuat lebih manusiawi, sehingga dapat menjangkau nilai-nilai yang luhur yang mungkin belum tersentuh oleh akal pikiran (Mudjib dan Mudzakir, 2005:329). Sedangkan kecerdasan spiritual adalah pikiran yang terilhami oleh dorongan dan efektifitas, keberadaan atau hidup keilahian yang mempersatukan manusia sebagai bagian-bagiannya (Sinetar, 2001:12).

Berdasarkan beberapa pendapat diatas dapat disimpulkan bahwa definisi kecerdasan spiritual adalah kemampuan potensial setiap manusia yang menjadikan seseorang dapat menyadari dan menentukan makna, nilai, moral, serta cinta Tuhan dan sesama makhluk hidup karena merasa sebagai bagian dari keseluruhan, sehingga membuat manusia dapat menempatkan diri dan hidup lebih positif.

**2.4.4 Faktor – faktor Kecerdasan Spiritual**

Faktor – faktor yang mempengaruhi kecerdasan spiritual diantaranya (Zohar & Marshall, 2007):

1. Sel Saraf Otak

Otak menjadi jembatan kehidupan antara kehidupan lahir dan batin manusia. Hal ini dikarenakan otak manusia bersifat kompleks, fleksibel, adaptif, dan mampu mengorganisasikan diri, sehingga otak merupakan basis dari kecerdasan spiritual.

1. Titik Tuhan

Titik Tuhan ditemukan pada lobus temporal serebrum. Lobus temporal akan meningkat bila pengalaman religious atau spiritual berlangsung. Bagian ini akan bercahaya ketika melakukan kegiatan religious yang bersifat spiritual sehingga ini yang disebut kecerdasan spiritual.

Selain itu faktor-faktor yang mempengaruhi kecerdasan spiritual menurut Agustian (2003), yaitu:

1. Nilai-nilai spiritual dari dalam (*Inner value)* yang berasal dari dalam diri (suara hati)
2. Keterbukaan (*Transparency*)
3. Tanggung jawab (*responsibilities*)
4. Kepercayaan (*accountabilities*)
5. Keadilan (*fairnes*)
6. Kepedulian sosial(*socialwareness*).
7. *drive* yaitu dorongan dan usaha untuk mencapai kebenaran dan kebahagiaan.

**2.4.5 Aspek-Aspek Kecerdasan Spiritual**

Sinetar (2001), menuliskan beberapa aspek dalam kecerdasan spiritual, yaitu:

1. Kemampuan seni untuk memilih.

Kemampuan untuk memilih dan menata hingga ke bagian-bagian terkecil ekspresi hidupnya berdasarkan suatu visi batin yang tetap dan kuat yang memungkinkan hidup mengorganisasikan bakat.

1. Kemampuan seni untuk melindungi diri.

Individu mempelajari keadaan dirinya, baik bakat maupun keterbatasannya untuk menciptakan dan menata pilihan terbaiknya.

1. Kedewasaaan yang diperlihatkan

Kedewasaan berarti seseorang tidak menyembunyikan kekuatan-kekuatannya dan ketakutan.

1. Kemampuan mengikuti cinta.

Memilih antara harapan-harapan orang lain di mata seseorang penting atau iacintai.

1. Disiplin-disiplin pengorbanan diri.

Mau berkorban untuk orang lain, pemaaf tidak prasangka mudah untuk memberi kepada orang lain dan selalu ingin membuat orang lain bahagia.

* + 1. **Kriteria Orang Memiliki Kecerdasan Spiritual**

(Safaria, 2007), menjelaskan beberapa karakteristik seseorang yang memiliki potensi kecerdasan spiritual yang tinggi. Adapun karakteristik tersebut antara lain adalah :

1. Memiliki kesadaran diri yang mendalam dan intuisi yang tajam.

Ciri utama munculnya kesadaran diri yang kuat pada seseorang adalah ia memiliki kemampuan untuk memahami dirinya sendiri serta memahami emosi-emosinya yang muncul, sehingga mampu berempati dengan apa yang terjadi pada orang lain. Selain itu seseorang juga memiliki intuisi yang tajam sehingga ia memiliki kemampuan untuk mengendalikan perilakunya sendiri. Disamping itu seseorang juga memiliki kepercayaan diri yang tinggi dan kemauan yang keras untuk mencapai tujuannya serta memiliki keyakinan dan prinsip-prinsip hidup.

1. Memiliki pandangan yang luas terhadap dunia dan alam.

Seseorang melihat dirinya dan orang lain saling terkait, menyadari bahwa bagaimanapun kosmos ini hidup dan bersinar sehingga seseorang dapat melihat bahwa alam adalah sahabat manusia, muaranya ia memiliki perhatian yang mendalam terhadap alam sekitarnya, dan mampu melihat bahwa alam raya ini diciptakan oleh zat yang Maha Tinggi, yaitu Tuhan.

1. Memiliki moral yang tinggi dan kecenderungan merasa gembira.

Seseorang memiliki moral yang tinggi, mampu memahami nilai-nilai kasih sayang, cinta, penghargaan kepada orang lain, senang berinteraksi, cenderung selalu merasa gembira dan membuat orang lain gembira.

1. Memiliki pemahaman tentang tujuan hidupnya.

Seseorang dapat merasakan arah nasibnya, melihat berbagai kemungkinan, seperti cita-cita yang suci diantara hal-hal yang biasa.

1. Memiliki keinginan untuk selalu menolong orang lain, menunjukkan rasa kasih sayang terhadap orang lain, dan pada umumnya memiliki kecenderungan untuk mementingkan kepentingan orang lain.
2. Memiliki pandangan pragmatis dan efesien tentang realitas.

Seseorang memiliki kemampuan untuk bertindak realistis, mampu melihat situasi sekitar, dan mau perduli dengan kesulitan orang lain. Menurut Robert A. Emmons (dalam Saifullah, 2005), menjelaskan lima karakteristik orang yang cerdas secara spiritual yaitu :

1. Kemampuan untuk mentransendensikan yang fisik dan material. Seseorang menyadari bahwa kehadiran dirinya di dunia merupakan anugerah dan kehendak Tuhan dan menyadari bahwa Tuhan selalu hadir dalam kehidupannya.
2. Kemampuan untuk mengalami tingkat kesadaran yang memuncak. Seseorang menyadari bahwa ada dunia lain di luar dunia kesadaran yang ditemuinya sehari-hari sehingga ia meyakini bahwa Tuhan pasti akan membantunya dalam menyelesaikan setiap tantangan yang sedang dihadapinya. Dengan demikian, ia terhubung dengan kesadaran kosmis di luar dirinya.
3. Kemampuan mensakralkan pengalaman sehari-hari.

Ciri ketiga ini, terjadi ketika kita meletakkan pekerjaan biasa dalam tujuan yang agung dan mulia.

**2.4.7 Manfaat Kecerdasan Spiritual**

Seseorang yang memiliki spiritualitas yang tinggi akan mempunyai manfaat diantaranya menjadikan orang lebih kreatif, mampu mengatasi masalah dalam hidup, menyatukan hal –hal yang besifat intrapesonal dan interpersonal. Kecerdasan spiritual dapat digunakan saat masalah krisis yang membuat kita merasa kehilangan keteraturan diri, mempunyai kemampuan beragama yang benar tanpa harus fanatik, mampu menghadapi pilihan dan realitas yang ada apapun bentuknya. Kecerdasan spiritual juga dapat digunakan untuk mencpai kematangan pribadi yang lebih utuh (Agustin,2001).

**2.4.8 Kerangka Teori**

Stroke

**(Mansjoer, 2006)**

Kehilangan pemenuhan

kebutuhan fungsional

**(smeltzer dan bare, 2002)**

Iskemik jaringan otak

**(Smeltzer dan bare, 2002)**

Gangguan Stress meningkat

neurotransmitter

serotonin, epineeprin dan

dopamin **(White,2011)**

Stress meningkat

**(Suwantara, 2004)**

Depresi

**(Kartono,2002)**

Faktor penyebab depresi

1. Biologis

2. Psikologis

**(Nuri,2007)**

Seseorang lebih kreatif

dalam berpikir

**(Zohar marshall, 2001**)

Faktor yang mempengaruhi

depresi post stroke

* Umur
* Jenis kelamin
* Status sosial
* Status pernikahan
* Lingkungan tempat tinggal

pasca stroke

**(Yuniadi, 2010)**

Kecerdasan Spiritual

**(Safaria, 2005)**

Gambar. 2.1

Kerangka Teori Penelitian

Hubungan Kecerdasan Spritual

Dengan Kejadian Depresi Pada Pasien Stroke

**BAB III**

**KERANGKA KONSEP**

**3.1 Kerangka Konsep**

Menurut Aziz Alimul (2008), kerangka konsep merupakan justifikasi ilmiah terhadap penelitian yang dilakukan dan memberi landasan kuat terhadap topik yang dipilih sesuai dengan identifikasi masalahnya. Kerangka konsep harus didukung landasan teori yang kuat serta ditunjang oleh informasi yang bersuber pada berbagai laporan ilmiah, hasil penelitian, jurnal penelitian, dan lain-lain.

**Variabel Bebas**

* Kecerdasan Spritual

**VARIABEL TERIKAT**

* Kejadian Depresi

**Variabel Pengganggu**

* Jenis kelamin
* Status sosial
* Status pekerjaan
* Status pernikahan
* Lingkungan rehabilitasi pasca stroke.
* Faktor biologis
* Faktor psikologis

Keterangan :

* Diteliti
* Tidak diteliti

Gambar 3.1

Kerangka Konsep Penelitian

Hubungan Kecerdasan Spritual Dengan Kejadian Depresi Pada Pasien Stroke

32

**3.2Hipotesis**

Hipotesis merupakan kesimpulan sementara dari suatu penelitian. Kesimpulan sementara ini belum sempurna sehingga perlu adanya pembuktian dengan penelitian.

Ha : Terdapat hubungan antara kecerdasan spiritual dengan kejadian depresi pada pasien stroke di ruang rawat inap neuro (RSSN) Bukittinggi tahun 2014.

**3.3 Definisi Operasional**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Variabel** | **Definisi Operasional** | **Cara Ukur** | **Alat Ukur** | **Skala Ukur** | **Hasil Ukur** |
| 1. | Kecerdasan Spritual | Kecerdasan spiritual lebih berkaitan dengan pencerahan jiwa yaitu mampu memaknai hidup dengan memberi makna positif pada setiap peristiwa, masalah, bahkan penderitaan yang dialaminya. | Menggunakan Skala Likert | Kuesioner | Ordinal | Tinggi >23,4  Rendah<23,4 |
| 2. | Depresi | Gangguan kondisi  emosional  berkepanjangan  yang mewarnai  seluruh proses  mental (berpikir,  berperasaan dan  berperilaku)  seseorang | Pengisiankuesioner | *Questioner Getriatric depressionscale* | Ordinal | Berat>23,9  Ringan<23,9 |

**BAB IV**

**METODE PENELITIAN**

**4.1 Desain Penelitian**

Jenis Penelitian adalah *deskriptif analitik* yaitu penelitian bertujuan untuk menjelaskan, memberi suatu nama, situasi, atau fenomena dalam menemukan ide baru (Nursalam, 2003). Penelitian ini menggunakan pendekatan *cross sectional*. *Cross sectional* merupakan penelitian yang pelaksanaannya dilakukan secara sekaligus pada suatu saat. Penelitian ini digunakan untuk mengukur hubungan antara tingkat kecerdasan spiritual dengan tingkat depresi pada pasien stroke (Nursalam, 2003).

**4.2 Tempat dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini telah di lakukan Dirumah Sakit Stroke Nasiaonal Bukittingi pada tanggal 2 Agustus-1 September 2014.

**4.3 Populasi Dan Sampel**

**4.3.1 Populasi**

Populasi adalah adalah wilayah generelisasi yang terdiri atas objek atau subyek yang mempunyai karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2007;117).Populasi menurut Nursalam (2003:93), adalah setiap objek yang memenuhi kriteria yang telah ditetapakan. Pospulasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien stroke yng mengalami depresi di ruang rawatinap neuro Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi tahun 2014 yang berjumlah 202 orang.

35

**4.3.2 Sampel**

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Sugiyono, 2008). Sampel adalah dari kesuluruhan objek yang akan diteliti dan di anggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2002).

Sampel penelitian ini didasarkan pada kriteria inklusi dan ekslusi.

Kriteria inklusi

* 1. Pasien dengan diagnosa stroke non hemoragik.
  2. Bersedia menjadi responden.
  3. Usia responden 40 – 70 tahun.

Kriteria ekslusi

* 1. Pasien stroke dengan gangguan komunikasi.
  2. Pasien yang mengalami penurunan kesadaran
  3. Pasien yang mempunyai riwayat gangguan jiwa.

Berdasarkan sampel dalam penelitian ini dihitung dengan menggunakan rumus sebagai berikut (Nursalam, 2008; 92)

Dengan rumus :

Jadi, jumlah sampel dalam penelitian ini adalah 40 responden.

Pengambilan sampel dengan teknik *proposional stratified random sampling* yaitu dengan cara mengidentifikasi anggota populasi(Kelas I, II,II, dan VIP). Agar perimbangan dari masing – masing kelas itu memadai, maka dilakukan perimbangan antara jumlah populasi dengan rincian sebagai berikut :

Untuk mendapatkan jumlah sampel setiap kelas digunakan rumus :

*Sampel tiap kelas x jumlah pasien stroke tiap kelas*

*-*

*-*

1. Kelas I jumlah pasien stroke depresi dengan kecerdasan spritual 33 orang dan jumlah sampel 5 orang.
2. Kelas II jumlah pasien stroke depresi dengan kecerdasan spritual 55 orang dan jumlah sampel 8 orang.
3. Kelas III jumlah pasien stroke depresi dengan kecerdasan spritual 98 orang dan jumlah sampel 21 orang.
4. VIP jumlah pasien stroke depresi dengan kecerdasan spritual 16 orang dan jumlah sampel 5 orang.

Setelah didapatkan sampel kemudian dilakukan pengambilan sampel dengan teknik *simple random sampling,* dimana disediakan lotre sebanyak jumlah populasi kelas kemudian ditulis dalam selembar kertas dan berisi nomor – nomor urut penderita stroke, kemudian kertas tersebut digulung dan dimasukkan kedalam kotak, setelah dikocok sejumlah gulungan kertas diundi sesuai dengan jumlah sampel yang ditentukan, nomor yang tercabut itulah yang dijadikan sampel ( Elfindri, 2012)

Berikut ini adalah nomor urut yang muncul berdasarkan dari hasil undian :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **KELAS** | **Nomor Yang Muncul** | **Jumlah** |
| **I** | 2, 4, 5, 33, 12, 16 | 6 |
| **II** | 3, 9, 11, 15, 19, 22, 23, 27 | 8 |
| **III** | 6, 7, 8, 10, 13, 14, 18, 21, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 36, 37, 40 | 21 |
| **VIP** | 1, 38, 17, 20, 39 | 5 |
| **TOTAL** | | 40 |

**4.4 Alat pengumpulan data**

Penelitian ini menggunakan alat pengumpulan data berupa kuesioner. Kuesioner merupakan alat ukur dengan menggunakan beberapa pertanyaan (Aziz Alimul, 2008 : 36). Instrumen penelitian merupakan alat bantu yang dipilih dan digunakanoleh peneliti dalam kegiatan untuk mengumpulkan data dalam penelitian.Penelitian ini menggunakan instrumen penelitian berupa kuesioner. Kuesionermerupakan jenis pengumpulan data secara formal pada subjek untukmenjawab pertanyaan secara tertulis. Pertanyaan data kuesioner dibedakan menjadi pertanyaan terstroketur dan tidak terstroketur (Nursalam, 2003).

**4.4.1 Kuesioner kecerdasan spritual**

Kuesioner mengenai kecerdasan spritual terdiri dari 5 pernyataan dengan menggunakan skala likert yang terdiri dari 5 pilihan jawaban yaitu :

Jika pernyataan positif

(favorable)

SS : sangat setuju (5)

S : Setuju (4)

R : Ragu (3)

TS : Tidk Setuju (2)

STS : Sangat Tidak Setuju (1)

Jika pernyataan negatif

(unfavorable)

SS : sangat setuju (1)

S : Setuju (2)

R : Ragu (3)

TS : Tidk Setuju (4)

STS : Sangat Tidak Setuju (5)

**4.4.2 Kuesioner Depresi**

Kuesioner untuk mengukur depresi menggunakan *getriatric depression scale*,kuesioner ini merupakan instrumen yang sudah baku. Maka pengelompokkan depresi berdasarkan skor.

**4.5 Prosedur pengolahan data penelitian**

Pengolahan data dilakukan secara manual dimana setelah data terkumpul maka dilakukan kegiatan sebagai berikut :

* + 1. ***Editing***

Kuesioner diperiksa, semua pernyataan yang dijawab responden sudah lengkap dan semua pertanyaan sudah terisi jawabannya.Jawaban pernyataan yang diisi respondensudah relevan dengan kisi-kisi jawaban penelitian.Penulis melakukan pemeriksaan beberapa pernyataan yang berkaitan isi jawaban kuesioner yang sudah konsisten, jika tidak terdapat kesalahan, masing-masing pertanyaan diberi kode, lalu dimasukkan kedalam master tabel.

* + 1. ***Coding***

Coding merupakan kegiatan merubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka atau bilangan.Kegunaan dari coding adalah untuk mempermudah saat analisa data, juga mempercepat saat entry data.

* + 1. ***Scoring***

Pada tahap ini peneliti memberikan nilai pada setiap pernyataan yang telah di jawab oleh responden. Pada lembaran pernyataan Kecerdasan Spritual jika utuk pernyataan positif, jika Sangat Setuju (SS) diberi skor 5, Setuju (S) skor 4, Ragu (R) skor 3, Tidak Setuju (TS) skor 2, Sangat Tidak Setuju (STS) skor 1, dan untuk pernyataan negatif kebalikan dari pernyataan positif, skor dari 1-5.

* + 1. ***Entry***

Proses memasukkan data dilakukan dengan bantuan komputer. Data yang sudah diperoleh merupakan hasil pengukuran yang sudah di coding kemudian dimasukkan ke komputer untuk diolah.

* + 1. ***Tabulting***

Pada tahap tabulasi, peneliti membuat tabel-tabel data atau master tabel sesuai dengan tujuan penelitian atau yang diinginkan oleh peneliti.

* + 1. ***Cleaning***

Data yang sudah di entry dengan komputer, dicek kembali untuk memastikan bahwa data tersebut tidak ada lagi kesalahan dalam pengkodean maupun dalam membaca kode, selanjutnya data tersebut dianalisa.

**4.6 Etika Peneniltian**

**4.6.1 Proses Pengambilan Data**

Sebelum melakukan penelitian, peneliti mengurus proses penelitian mulai dari perizinan dari STIKes Perintis Sumatera Barat. Setelah mendapat surat pengantar dari Program Studi Ilmu Keperawatan STIKes Perintis Sumatera Barat, kemudian peneliti membawa surat tersebut ke RSSN Bukitinggi, setelah mendapat izin dari Direktur RSSN Bukitinggi untuk melakukan penelitian peneliti melanjutkan untuk pengambilan data dan sampel penelitian. Setiap populasi yang memenuhi kriteria inklusi dimasukan kedalam sampel. Kemudian peneliti meminta kesediaan responden untuk menjadi sampel penelitian ini, sambil menjelaskan bahwa data yang diberikan dijaga kerahasiaanya dan semata-mata hanya dipergunakan untuk penelitian. Mereka berhak menerima atau menolak untuk dijadikan sampel dalam penelitian ini. Bagi yang bersedia menjadi sampel diminta untuk menandatangani *informed consent* sebagai bukti kesediaan menjadi sampel.

**4.6.2*****Informed consent***

Informed consent atau lembar persetujuan diberikan kepada responden. Peneliti menjelaskan maksud dari penelitian yang akan dilakukan. Setelah persetujuan disetujui responden kemudian responden diminta untuk mengisi kuesioner yang disediakan

**4.6.3 *Anonimity***

Kerahasiaan responden dapat terjaga melalui anonimity, bagi responden yang tidak bersedia untuk disebutkan idntitasnya. Dengan ini peneliti tidak akan mencantumkan identitas responden dalam lembar pengumpulan data.

**4.6.4  *Confidentiality***

Kerahasiaan informasi responden dijamin oleh peneliti. Hanya kelompok data yang disajikan atau dilaporkan sebgai hasil riset dan tidak disampikan kepada pihak lain yang tidak terkait dalam penelitian.

**4.7 Analisis data**

**4.7.1 Analisis Univariat**

Analaisis univariat digunakan untuk mengetahui gambaran distribusi dan proporsi dari masing-masing variabel penelitian, baik variabel independen maupun variabel dependen. Sehingga diketahuinya distribusi frekuensi hubungan kecerdasan spritual dengan depresi pada pasien stroke Diruang Rawat Inap Neuro Rumah Akit Stroke Nasional Bukittinggi. Data disajikan dalam bentuk tabel distribusi dan kemudian diinteprestasikan.

Rumus :

P =

Keteragan :

P = Persentase

*f =* Frekuensi

*n =* Jumlah sampel

(Notoatmodjo,2005)

* + 1. **Analisis Bivariat**

Analisis bivariat adalah analisis data untuk melihat hubungan dua variabel antara variabel independen dan dependen. Pada pengolahan data nanti akan menggunakan teknik pengolahan data manual, dengan uji *chi-square* dengan batas kemaknaan *a =* 0,05

*Hasil* uji analisa bivariat ini adalah uji *chi-square* dengan menggunakan rumus :

Keterangan :

X² : Nilai chi square

⅀ : jumlah

O : Nilai observasi

E : nilai expected ( nilai yang diharapkan) (Arikunto, 2009).

Jika X² hitung ≥ X² tabel maka terdapat hubungan antara kecerdasan spritual dengan kejadian depresi pada pasien stroke Diruang Rawat Inap Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi Tahun 2014.

Jika X² hitung < X² tabel maka tidak terdapat hubungan antara kecerdasan spritual dengan kejadian depresi pada pasien stroke Diruang Rawat Inap Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi Tahun 2014.

**BAB V**

**HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

* 1. **Gambaran Umum Lokasi Penelitian**

Rumah Sakit Stroke Nasional terletak di Jln. Jenderal Sudirman kelurahan Sapiran kecamatan Aur Birugo Tigo Baleh kota Bukittinggi Provinsi Sumatra Barat dan merupakan rumah sakit khusus dengan surat keputusan Mentri Kesehatan No.495/MenKes/SK/IV/2005 dengan nama Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi adalah sebagai berikut :

Sebelah Selatan : Kelurahan Bukik Cangang Kecamatan Guguk panjang

Sebelah Barat : Kelurahan Tarok Dipo Kecamatan Guguk Panjang

Sebelah Timur : Belakang Balok Kecamatan Aur Birugo Tigo Baleh

**5.2 Hasil Penelitian**

Penelitian dilakukan untuk mengetahui hubungan kecerdasan spiritual dengan kejadian depresi pada pasien stroke di Ruang Rawat Inap Neuro RSSN Bukitinggi tahun 2014. Penelitian ini dilkasanakan pada tanggal 2 Agustus-1 September 2014. Penelitian ini menggunakan kuesioner kecerdasan spiritual dan kuesioner *getriatrik depression scale*. Penelitian ini dilakukan pada 40 orang responden yang ditemui di ruang rawat inap neuro RSSN Bukitinggi yang sesuai dengan kriteria inklusi dan ekslusi.

Setelah seluruh data terkumpul selanjutnya dilakukan pengelolaan data, pemberian kode, memasukkan data ke komputer serta melakukan data untuk mengetahui distribusi frekuensi kecerdasan spritual, depresi dan mengetahui hubungan kecerdasan spritual dengan depresi. Analisa data dilakukan secara komputerisasi dengan perangkat statistik menggunakan uji *chi-square* pada derajat kemaknaan 95 %.

45

* 1. **Hasil Analisa Univariat**

**5.3.1 Kecerdasan Spritual**

**Tabel 5.3.1**

**Distribusi Frekuensi Berdasarkan kecerdasan Spritual**

**DiRuang Rawat Inap Neuro RSSN Bukitinggi**

**Tahun 2014**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kecerdasan Spritual | Frekuensi | Persentase |
| Rendah  Tinggi | 22  18 | 55,0  45,0 |
| Total | 40 | 100,0 |

Berdasarkan tabel 5.3.1 diatas dapat dilihat bahwa dari 40 pasien stroke, sebagian besar (55,0%) pasien stroke memiliki kecerdasan spritual rendah.

**5.3.2 Kejadian Depresi**

**Tabel 5.3.2**

**Distribusi Frekuensi Berdasarkan Kejadian Depresi Pasien Stroke**

**DiRuang Rawat Inap Neuro RSSN Bukitinggi**

**Tahun 2014**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kejadian Depresi | Frekuensi | Persentase |
| Berat  Ringan | 25  15 | 62,5  37,5 |
| Total | 40 | 100,0 |

Berdasarkan tabel 5.3.2 diatas dapat dilihat bahwa dari 40 pasien stroke,sebagian besar (62,5%) pasien stroke mengalami depresi.

**5.4 Hasil Analisa Bivariat**

**5.4.1 Hubungan Kecerdasan Spritual Dengan Kejadian Depresi**

**Tabel 5.4.1**

**Hubungan Kecerdasan Spritual Dengan Kejadian Depresi**

**DiRuang Rawat Inap Neuro RSSN Bukitinggi**

**Tahun 2014**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Kecerdasan Spritual | Kejadian Depresi | | | | Total | | p-*value* | OR |
| Berat | | Ringan | |
| f | % | f | % | F | % |
| Rendah  Tinggi | 20  5 | 90,9  27,8 | 2  13 | 9,1  72,2 | 22  18 | 100,0  100,0 | 0,000 | 26,000 |
| Total | 25 | 62,5 | 15 | 37,5 | 40 | 100,0 |  |  |

Berdasarkan tabel 5.4.1 dari 22 pasien stroke, yang mempunyai kecerdasan spritual rendah mengalami depresi berat sebesar (90,9%) sedangkan dari 18 pasien stroke yang mempunyai kecerdasan spritual tinggi mengalami depresi ringan (72,2%). Hasil uji statistik *chi square*  diperoleh nilai p = 0,000 (p < 0,05). Dari nilai p tersebut dapat dijelaskan bahwa Ho ditolak artinya ada hubungan yang segnifikan antara kecerdasan spritual dengan kejadian depresi pada pasien stroke diruang rawat inap neuro RSSN Bukittinggi, dengan nilai Odds Ratio 26,000 yang artinya pasien stroke yang mempunyai kecerdasan spritual rendah akan beresiko 26 kali mengalami depresi dibandingkan kecerdasan spritual tinggi.

**5.5 Pembahasan**

**5.5.1 Analisa Univariat**

1. **Kecerdasan Spritual**

Berdasarkan tabel 5.3.1 diatas dapat dilihat bahwa dari 40 pasien stroke lebih dari separoh (55,0%) memiliki kecerdasan spritual rendah.

Berdasarkan hasil penelitian (Putranto,2012), berjudul pengaruh pemberian motivasi kecerdasan spiritual terhadap penurunan tingkat depresi pasien hemodialisa di RSUD dr. R. Soetrasno Rembang, menunjukan bahwa sebagian besar responden mempunyai tingkat kecerdasan spiritual sedang. Hal ini dikarenakan banyak aspek yang mempengaruhi kecerdasan spiritual responden diantaranya kemampuan menghadapi penderitaan, kemampuan menghadapi dan melampaui masa sakit yang dirasakan oleh pasien stroke.

Alfred Binet (dalam Safaria, 2005), menyatakan bahwa kecerdasan merupakan kemampuan mengarahkan pikiran maupun tindakan, kemampuan untuk mengubah arah tindakan bila dituntut demikian, dan kemampuan untuk mengkritik diri sendiri.

Gardner (dalam Saifullah, 2005), juga berpendapat bahwa setiap manusia memiliki kemampuan mengembangkan kecerdasannya sampai pada tingkat tinggi yang memadai apabila memperoleh cukup dukungan, pengayaan, dan pembelajaran.

Rakhmat (2007), seseorang yang cerdas secara spiritual tidak memecahkan persoalan hidup hanya secara rasional atau emosi saja tetapi lebih menghubungkannya dengan makna kehidupan secara spiritual untuk memberikan penafsiran terhadap situasi yang dihadapinya.

Asumsi peneliti dalam hasil analisa univariat didapat 22 (55,0%) responden yang memiliki kecerdasan spritual rendah disebabkan tidak memiliki kesadaran diri yang mendalam dan intuisi yang tajam, tidak memiliki pandangan yang luas terhadap dunia dan alam dan tidak memiliki pemahaman tentang tujuan hidupnya.

1. **Depresi**

Berdasarkan tabel 5.3.2 diatas dapat dilihat bahwa dari 40 pasien stroke lebih dari separoh (62,5%) mengalami depresi.

Dari hasil penelitian Lipsay (2010), berjudul hubungan Kecerdasan Spiritual Dengan Gejala Depresi Lanjut Usia Di Kelurahan Demangan Kecamatan Gondokusuman Yogyakarta menunjukan angka kejadian depresi pada responden cukup tinggi mencapai 43,3%. Hal ini juga dikemukakan oleh Huff, Ruhrmann, dan Sitzer (2001), yang menyatakan bahwa kejadian depresi pada pasien stroke sekitar 30 – 40 %. Selain itu juga di dapatkan penelitian yang menunjukan depresi pada pasien stroke dengan perkiraan penderita 26 - 60 % setelah stroke (Nuri, 2007).

Nuri (2007), mendefinisikan depresi sebagai gangguan pemikiran yang mempengaruhi perasaan, motivasi dan perilakudalam memandang diri, lingkungan dan masa depan dengan skemakognitif negatif (pesimis). Pendapat lain menyatakan bahwa depresi adalah perasaan sedih dan tertekan yang menetap, perasaan berat sedemikian beratnya sehingga tidak bisa melaksanakan fungsi sehari-hari sebagai orang tua, pegawai, pasangan hidup, pelajar, dll (Jusni, 2009).

Hasil analisa univariat didapat 25 responden yang mengalami depresi berat disebabkan usia tua pederita stroke kecenderungan mengalami depresi semakin besar. Depresi pasca stroke paling banyak dijumpai pada kelompok umur 40 – 70 tahun. Selain itu tempat tinggal atau lingkungan mempengaruhi terjadinya depresi, kejadian depresi pada penderita yang tinggal di rumah sakit 25%, perawatan di rumah 45%, tinggal dengan pasangan 31%, dan yang paling rendah adalah pda penderita yang tinggal sendiri sekitar 17%.

* 1. **Analisa Bivariat**
     1. **Hubungan Kecerdasan Spritual Dengan Kejadian Depresi**Berdasarkan tabel 5.4.1 dari 22 pasien stroke, yang mempunyai kecerdasan spritual rendah mengalami depresi berat sebesar (90,9%) sedangkan dari 18 pasien stroke yang mempunyai kecerdasan spritual tinggi mengalami depresi ringan (72,2%). Hasil uji statistik *Chi Square* diperoleh nilai p = 0,000 (p < 0,05), nilai p tersebut dapat dijelaskan bahwa Ho ditolak artinya ada hubungan yang segnifikan antara Hubungan kecerdasan spritual dengan kejadian depresi pada pasien stroke di Ruang Rawat Inap Neuro RSSN Bukittinggi dengan nilai OR (Odds Ratio) 26,000 yang artinya responden yang kecerdasan spritual rendah akan beresiko 26 kali mengalami depresi dibandingkan kecerdasan spritual tinggi.

Hubungan yang signifikan antara kecerdasan spiritual dengan depresi pasien stroke menunjukkan adanya pengaruh yang besar kecerdasan spiritual terhadap tingkat depresi. Kecerdasan spiritual merupakan kecerdasan untuk menghadapi persoalan makna hidup dan nilai. Kecerdasan spiritual membuat seseorang menilai bahwa tindakanya lebih bermakna dalam dirinya (Agustin, 2001).

Hasil penelitian yang mendukung penelitian ini adalah penelitian yang dilakukan oleh Robby (2013), berjudul Hubungan Antara Kecerdasan Spiritual Dengan Depresi Pada Penyandang Cacat Pasca Kusta Di Liposos Donorojo Binaan Yastimakin Bangsri Jepara, menunjukan adanya hubungan yang signifikan antara kecerdasan spiritual dengan depresi. Robby (2013), menyatakan adanya hubungan signifikan antara kecerdasan spiritual dengan depresi. Semakin tinggi tingkat kecerdasan spiritual maka semakin tinggi pula tingkat depresi.

Walters & Gardner (dalam Safaria, 2005), mendefinisikan bahwa kecerdasan adalah sebagai suatu kemampuan yang memungkinkan individu memecahkan masalah atau produk sebagai konsekuensi eksistensi suatu budaya tertentu. Pernyataan yang senada juga disampaikan Wechsler (1985 dalam Safaria, 2005), yang memandang kecerdasan sebagai suatu kumpulan atau totalitas kemampuan individu untuk bertindak dengan tujuan tertentu, berpikir secara rasional, serta menghadapi lingkungannya dengan efektif.

Kartono (2002), mendefinisikan depresi sebagai kemuraman hati (kepedihan, kesenduan, keburaman perasaan) yang patologissifatnya. Biasanya timbul oleh rasa sakit hati yang dalam,penyalahan diri sendiri dan trauma psikis.

Menurut Hasil uji statistik *Chi Square* dengan diperoleh nilai p = 0,000 (p < 0,05). Dari nilai p tersebut dapat dijelaskan bahwa Ho ditolak artinya terdapat hubungan yang signifikan antara kecerdasan spritual dengan kejadian depresi, Sehingga dapat disimpulkan kecerdasan spritual mempengaruhi kejadian depresi pada pasien stroke.

Berdasarkan hasil analisa bivariat dari 22 orang pasien stroke yang memiliki kecerdasan spritual rendah sebanyak 9,1%, ini dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti faktor biologis, psikologis, dan faktor spritual. Dari 18 orang pasien stroke mempuyai kecerdasan spritual tinggi mengalami depresi ringan sebayak 72,2%. Hasil penelitian ini hubungan kecerdasan spiritual dengan depresi pada pasien stroke hubunganya sangat tinggi karena kejadian depresi pada pasien stroke bukan hanya dikarenakan faktor biologis, psikologis dan spritual saja namun bisa juga diakibatkan oleh faktor usia, lingkungan dan status pekerjaan (Jayanto, 2010).

**BAB VI**

**KESIMPULAN DAN SARAN**

1. **Kesimpulan**

Hubungan Kecerdasan Spritual Dengan Kejadian Depressi Pada Pasien Stroke Di Ruang Rawat Inap Neuro RSSN Bukittinggi Tahun 2014 dengan jumlah responden 40 orang dapat dilihat sebagai berikut :

1. Lebih dari separoh pasien stroke memiliki kecerdasan spritual rendah Di Ruang Rawat Inap Neuro RSSN Bukittinggi Tahun 2014
2. Sebagian besar pasien stroke mengalami depresi Di Ruang Rawat Inap Neuro RSSN Bukittinggi Tahun 2014
3. Terdapat hubungan yang signifikan antara kecerdasan spritual dengan Kejadian Depresi Di Ruang Rawat Inap Neuro RSSN Bukittinggi Tahun 2014(p = 0,000 OR = 26,000 ).
4. **Saran**
5. Bagi Peneliti selanjutnya

Peneliti selanjutnya diharapkan dapat meneliti atau menganalisa Hubungan Kecerdasan Spritual Dengan Kejadian Depresi Pada Pasien Stroke.

1. Bagi Insitusi Pendidikan

Memberikan informasi tentang penelitian keperawatan, yang digunakan sebagai salah satu panduan dalam memberikan informasi kesehatan khususnya tentang depresi.

1. Bagi Rumah Sakit

Sebagai bahan masukan dalam proses peningkatan mutu pelayanan kesehatan. Selain itu hasil penelitian dapat menjadi dapat menjadi pertimbangan bagi institusi kesehatan.

**DAFTAR PUSTAKA**

Agustin, A. G. (2001).*Rahasia Sukses Membangun Kecerdasan Emosional danpritual (ESQ):* Jakarta: Penerbit Arga

Alimul Aziz, H. (2008).*Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*. Edisi 2. Jakarta: Salemba Medika.

Altieri, M., Maetrini, I., Mercurio, A., Troisi, P., Sgarlata, E., Rea, V., Piero, V.,Di Lenzi, G L. (2012). *Depression after minor stroke*: prevalence and predictors

Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, (2007), *Riset Kesehatan Dasar*(Riskesdas2007), Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta

Blais. (2007). *Praktikkeperawatan profesional konsep perspektif*,Edisi 4, Jakarta: EGC

Gardner, H. 2003. Kecerdasan Majemuk Teori dalam praktek. Batam : Interaksara

Goldszmidt, A. J., & Caplan, L. R. (2010). *Stroke Essentials 2010*. Jones &Bartlett Publishers

Hapsari, V., & Ardiansyah, M. (2006). *Tingkat Kejadian Depresi Pada PenderitaStroke Di RS Pku Muhammadiyah Yogyakarta.* Yogyakarta: FakultasKedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

Herlina, T. (2003). *Perbedaan Tingkat Depresi Berdasarkan BeberapaKarakteristik Pada Pasien Pasca Stroke Di IRNA Iii RSU dr. SayidimanKabupaten Magetan.*Semarang: Universitas Diponegoro

Huff, W., Ruhrmann, S., & Sitzer, M. (2001). *Post-stroke depression*: diagnosisand therapy. *NCBI*

Jallaludin, Rakhmat. 2007. Psikologi Komunikasi.Bandung : PT remaja Rosdakarya

Kartono, K. (2002). *Patologi Sosial 3 Gangguan-Gangguan Kejiwaan*. Jakarta. PT Raja Grafindo Persada

Kusumanto, R. Iskandar, Y. 2010. *Depresi, Suatu problema Diagnosa dan Terapi pada praktek umum*. Jakarta: Yayasan Dharma Graha

Mansjoer, A,.Suprohaita, Wardhani WI,.& Setiowulan, (2000). *Kapita SelektaKedokteran* edisi ketiga jilid 2. Jakarta: Media Aesculapius

Morris, D., & Schroeder, E. (2001). Stroke Epidemiologi. *Faundation forEducation and Research in Neurogikal Emergencis* Retrieved 13 Juni,2013, from http ; // ferne.er.uic.edu/pdf/strokeepi0501.pdf

Mujib, Abdul; Mudzakir, Jusuf. 2005. Nuansa-nuansaPsikologi islam. Jakarta:

Erlangga

Nasir, A., & Muhith, A. (2011). *Dasar-dasar Keperawatan Jiwa.* Jakarta:Salemba Medika

Notoadmojo, S. (2002). Metodologi penelitian kesehatan. Jakarta : Rineka Cipta

Nuri, E. S. (2007). *Depresi Pada Penderita Stroke.* Malang: UniversitasMuhammadiyah Malang

Nurmaafi, D. (2013). *Hubungan Kecerdasan Spiritual Dengan Gejala DepresiLanjut Usia Di Kelurahan Demangan Kecamatan GondokusumanYogyakarta.*Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada

Nursalam. (2003). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*: Pedoman Skripsi, Thesis dan Instrumen Penelitian Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika

Prasetya, Y. (2002). *faktor resiko yang berpengaruh terhadap kejadian stroke nonhemoragik.* Univeritas Diponegoro, semrang

Price, S.A & Wilson. L.M. (2006). *Patofisiologi : Konsep Klinis Proses-Proses*Penyakit Edisi 6 vol 2. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC

Putra, D. A. (2012). *Pengaruh Tingkat Kecerdasan Spiritual Terhadap*

*Mekanisme Koping Pada Lansia Di Desa Turen Kecamatan TuranKabupaten Malang Tahun 2011.* Malang: Universitas Brawijaya

Robby, D. R. (2013). Hubungan Antara Kecerdasan Spiritual Dengan DepresiPada Penyandang Cacat Pasca Kusta Di LipososDonorojo BinaanYastimakinBangsri Jepara. *Journal of Social and Industrial Psychology* , 50-55

Safaria, T. 2005. Interpersonal Intellegence. Yogyakarta : Penerbit Amara Books

Saryono. (2009). *Metodologi Penelitian Kesehatan.* Yogyakarta: Mitra Cendikia

Sinetar. 2001. Kecerdasan Spiritual. Bandung: Mizan Pustaka

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2005). *Keperawatan Medikal Bedah*: Penerbit Buku Kedokteran EGC

Soertidewi, L. (2009). *Buku Acuan Modul Neurovaskular*: Jakarta: PerhimpunanDokter Spesialis Saraf Indonesia (Perdossi)

Sugiyono, (2009), *Metode Penelitian Pendidikan* (Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif dan R&D), Jakarta, ALFABETA

Suyono, H. 2007. Sosial Intellegence Cerdas Meraih Sukses Bersama Orang Lain Dan Lingkungan.Yogyakarta : Ar-Ruzz Media

Tarigan, C, Julita.2008. *Perbedaan Depresi Pada Pasien Dispepsia Fungsional dan Dispepsia Organik*. Diakses dalam [http://www.usu.go.id](http://www.usu.go.id/)

Videbeck, Sheila L. 2008. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Alih bahasa , Renata Komalasari, Alfrina Hany; Editor edisi bahasa Indonesia, Pemilih Eko Karyuni,Jakarta: EGC

Zohar, D., & Marshall, I. (2001). *SQ Kecerdasan Spiritual*. Bandung: Mizan Pustaka

**KUESIONER KECERDASAN SPIRITUAL**

**Petunjuk pengisian :**

Pilihlah jawaban dari empat pilihan jawaban yang telah disediakan sesuaidengan keadaan pribadi anda. Beri tanda cheklist (√) pada salah satu piliha jawaban sebagai berikut.

SS : Jika anda sangat setuju dengan pernyatan tersebut.

S : Jika anda setuju dengan pernyatan tersebut.

R : Jika anda ragu-ragu dengan pernyataan terebut

KS : Jika anda kurang setuju dengan pernyatan tersebut.

STS : Jika sangat tidak setuju dengan pernyatan tersebut.

Setiap pertanyaan diisi dengan satu jawaban saja. Jawaban pernyataan iniberdasarkan kenyataan yang ada dalam pribadi anda.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Pertanyaan | SS | S | R | KS | STS |
| 1. | Stroke menyadarkan akan makna hidup |  |  |  |  |  |
| 2. | Stroke menghancurkan harapan |  |  |  |  |  |
| 3. | Tidak bisa menerima nasib terkena stroke |  |  |  |  |  |
| 4. | Tahu apa yang bisa dilakukan setelah  terkena stroke |  |  |  |  |  |
| 5. | Menerima diri apa adanya |  |  |  |  |  |
| 6. | Yakin Tuhan memeberikan cobaan tidak  diluar batas kemampuan manusia |  |  |  |  |  |
| 7. | Yakin doa atau ibadah dapat mengobati  penyakit fisik |  |  |  |  |  |
| 8. | Merasa tenang setelah berdoa kepada  Tuhan |  |  |  |  |  |
| 9. | Apapun yang didapat mengucapkan syukur  terhadap Tuhan |  |  |  |  |  |
| 10. | Rasa syukur pada Tuhan buktikan  dengan rajin menjalankan ibadah |  |  |  |  |  |

**Kuesioner Depresi**

**(*getriatric depression scale)***

Petunjuk :

Pilihlah satu jawaban dari pernyataan ini yang paling sesuai dengan kondisi anda

dengan melingkari nomor yang telah disediakan di depan jawaban!

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Pertanyaan | Ya | Tidak |
| 1. | Apakah anda merasa kehidupan anda kosong? |  |  |
| 2. | Apakah anda sering merasa tidak berdaya? |  |  |
| 3. | Apakah anda merasa kesulitan dalam berkonsentrasi? |  |  |
| 4. | Apakah anda telah meninggalkan banyak kegiatan dan minat atau kesenangan anda? |  |  |
| 5. | Apakah anda sebenarnya puas dengan kehidupan anda? |  |  |
| 6. | Apakah anda sering merasa terancam, takut atau cemas? |  |  |
| 7. | Apakah tercetus dalam diri anda keinginan bunuh diri? |  |  |
| 8. | Apakah anda tidak merasa berharga seperti perasaan anda saat ini? |  |  |
| 9. | Apakah anda pernah mengalami kesulitan tidur? |  |  |
| 10. | Apakah anda merasa keadaan anda tidak ada harapan? |  |  |

Sumber : (Tarigan, 2008)

**Lampiran 1**

**LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

Kepada Yth,

Bapak/Ibu Responden

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini adalah mahasiswa prodi S1 Keperawatan STIKes Perintis Sumbar Bukittinggi bermaksud mengadakan penelitian :

**Nama : Risma Melati**

**NIM : 10103084105603**

Akan mengadakan penelitian dengan judul” **Hubungan Kecerdasan Spiritual Dengan Kejadian Depresi Pada Pasien Stroke Diruang Rawat Inap Neuro (RSSN) Bukittinggi Tahun 2014**”.

Sehubungan dengan hal tersebut maka saya mohon ketersediaan bapak/ibu untuk berpartisipasi dalam penelitian ini sebagai responden. Penelitian ini dilakukan untuk kepentingan ilmu pengetahuan .Data yang diterima oleh peneliti akan dijamin kerahasiaannya. Informasi saudara berikan hanya akan digunakan untuk pengembangan pendidikan keperawatan dan tidak akan dipergunakan untuk maskud lain.

Demikian permohonan dari saya. Atas perhatian dan kesediaan sodara menjadi responden saya ucapkan terima kasih.

Bukittinggi, Mai 2014

( Risma Melati )

**Lampiran 2**

**LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN**

**(Informed consent)**

Saya yang bertabda tangan dibwah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

Setelah mendapatkan penjelasan dari peneliti , maka saya bersedia berpartisipasi sebagai rsponden penelitian dngan judul “**Hubungan Kecerdasan Spritual Dengan Kejadian Depresi Pada Pasien Stroke Diruang Rawat Inap Neuro (RSSN) Bukittinggi Tahun 2014”.**

Saya mengerti penelitian ini tidak akan membawa akibat yang merugikan bagi saya dan saya mengerti bahwa penelitian ini hanya untuk mengetahui. Saya telah diberikan kesempatan untuk bertanya berkaitan dengan penelitian. Dengan ini saya menyatakan bersedia menjadi respondn tanpa paksaan atau ancaman dari pihak manapun.

Bukittingi, Mai 2014

Responden

( )

**Lampiran 3**

**LEMBAR KUESIONER**

No. Responden

**HUBUNGAN KECERDASAN SPRITUAL DENGAN KEJADIAN**

**DEPRESI PADA PASIEN STROKE DIRUANG RAWAT**

**INAP NEURO RSSN BUKITTINGGI**

**TAHUN 2014**

1. **PetunjukPengisian :**
2. Bacalah setiap pernyataan dengan teliti.
3. Untuk aspek kecerdasan spritual, dan depresi beri tanda cheklis (√) pada kolom yang telah tersedia, dengan jawaban yang dianggap benar.
4. Jika ada pernyataan yang tidak dimengerti tanyakan pada peneliti.
5. Mohon periksa lagi jawab apakah sudah diisi dengan benar.
6. Jika kuesioner telah diisi dengan lengkap, berikan pada peneliti
7. Atas kesediaan dan partisipasinya kami ucapkan terimakasih.
8. **Data DemografiResponden**
9. Inisial Responden :
10. Umur :
11. Pendidikan :
12. Alamat :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MASTER TABEL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **hubungan kecerdasan spritual dengan kejadian depresi pada pasien stroke diruang rawat inap neuro RSSN Bukittinggi tahun 2014** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| NO.R | KECERDASAN SPRITUAL | | | | | | | | | | TOTAL | KATEGORI | KODE | DEPRESI | | | | | | | | | | TOTAL | KATEGORI | KODE |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 1 | 2 | 2 | 23 | RENDAH | 0 | 4 | 1 | 4 | 3 | 4 | 1 | 1 | 4 | 4 | 2 | 28 | BERAT | 0 |
| 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 4 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 25 | TINGGI | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 3 | 3 | 2 | 1 | 1 | 18 | RINGAN | 1 |
| 3 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 3 | 1 | 4 | 23 | RENDAH | 0 | 3 | 4 | 3 | 1 | 4 | 2 | 2 | 1 | 2 | 4 | 26 | BERAT | 0 |
| 4 | 4 | 2 | 3 | 1 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 24 | TINGGI | 1 | 4 | 2 | 1 | 1 | 4 | 2 | 1 | 1 | 4 | 2 | 22 | RINGAN | 1 |
| 5 | 1 | 3 | 4 | 4 | 2 | 2 | 3 | 4 | 3 | 3 | 29 | TINGGI | 1 | 4 | 1 | 1 | 3 | 4 | 1 | 1 | 3 | 4 | 1 | 23 | BERAT | 0 |
| 6 | 3 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 3 | 1 | 3 | 2 | 21 | RENDAH | 0 | 2 | 3 | 3 | 1 | 4 | 4 | 3 | 1 | 4 | 4 | 29 | BERAT | 0 |
| 7 | 2 | 3 | 1 | 1 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 17 | RENDAH | 0 | 1 | 1 | 1 | 3 | 4 | 2 | 1 | 4 | 4 | 2 | 23 | BERAT | 0 |
| 8 | 3 | 4 | 3 | 1 | 1 | 2 | 1 | 3 | 1 | 2 | 21 | RENDAH | 0 | 1 | 2 | 3 | 1 | 4 | 5 | 5 | 3 | 4 | 1 | 29 | BERAT | 0 |
| 9 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 1 | 1 | 2 | 1 | 3 | 19 | RENDAH | 0 | 1 | 4 | 3 | 1 | 4 | 4 | 1 | 1 | 1 | 2 | 22 | RINGAN | 1 |
| 10 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 3 | 3 | 22 | RENDAH | 0 | 4 | 2 | 1 | 5 | 4 | 4 | 3 | 1 | 4 | 4 | 32 | BERAT | 0 |
| 11 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 1 | 3 | 1 | 3 | 2 | 21 | RENDAH | 0 | 1 | 1 | 2 | 4 | 4 | 2 | 2 | 4 | 4 | 2 | 26 | BERAT | 0 |
| 12 | 1 | 3 | 3 | 3 | 1 | 3 | 1 | 2 | 2 | 1 | 20 | RENDAH | 0 | 4 | 4 | 3 | 1 | 4 | 4 | 3 | 1 | 4 | 4 | 32 | BERAT | 0 |
| 13 | 2 | 2 | 3 | 4 | 4 | 2 | 3 | 4 | 3 | 2 | 29 | TINGGI | 1 | 4 | 2 | 1 | 1 | 4 | 2 | 1 | 1 | 4 | 2 | 22 | RINGAN | 1 |
| 14 | 2 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 3 | 3 | 1 | 1 | 21 | RENDAH | 0 | 4 | 1 | 4 | 3 | 4 | 1 | 5 | 3 | 4 | 1 | 30 | BERAT | 0 |
| 15 | 3 | 3 | 4 | 4 | 2 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 33 | TINGGI | 1 | 2 | 4 | 4 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 19 | RINGAN | 1 |
| 16 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 | 2 | 3 | 2 | 3 | 18 | RENDAH | 0 | 2 | 4 | 2 | 1 | 3 | 1 | 3 | 1 | 5 | 4 | 26 | BERAT | 0 |
| 17 | 4 | 3 | 3 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 | 21 | RENDAH | 0 | 1 | 4 | 1 | 4 | 4 | 2 | 1 | 4 | 4 | 2 | 27 | BERAT | 0 |
| 18 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 1 | 4 | 35 | TINGGI | 1 | 2 | 2 | 3 | 1 | 4 | 1 | 1 | 3 | 4 | 1 | 22 | RINGAN | 1 |
| 19 | 1 | 2 | 3 | 3 | 1 | 1 | 3 | 4 | 2 | 1 | 21 | RENDAH | 0 | 3 | 1 | 5 | 4 | 3 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 23 | BERAT | 0 |
| 20 | 3 | 3 | 3 | 1 | 1 | 3 | 1 | 2 | 1 | 3 | 21 | RENDAH | 0 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 4 | 31 | BERAT | 0 |
| 21 | 3 | 3 | 3 | 1 | 1 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 25 | TINGGI | 1 | 3 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 4 | 3 | 2 | 1 | 21 | RINGAN | 1 |
| 22 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 4 | 4 | 2 | 1 | 26 | TINGGI | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 3 | 3 | 16 | RINGAN | 1 |
| 23 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 | 4 | 4 | 3 | 4 | 1 | 25 | TINGGI | 1 | 1 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 25 | BERAT | 0 |
| 24 | 1 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 3 | 34 | TINGGI | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 2 | 2 | 2 | 2 | 4 | 2 | 21 | RINGAN | 1 |
| 25 | 1 | 3 | 4 | 2 | 1 | 1 | 3 | 1 | 4 | 3 | 23 | RENDAH | 0 | 4 | 4 | 4 | 2 | 4 | 1 | 1 | 1 | 2 | 3 | 26 | BERAT | 0 |
| 26 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 4 | 3 | 3 | 3 | 29 | TINGGI | 1 | 1 | 4 | 1 | 4 | 4 | 4 | 2 | 1 | 1 | 1 | 23 | BERAT | 0 |
| 27 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 27 | TINGGI | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 3 | 1 | 2 | 16 | RINGAN | 1 |
| 28 | 2 | 1 | 4 | 2 | 1 | 2 | 1 | 4 | 2 | 1 | 20 | RENDAH | 0 | 1 | 4 | 1 | 3 | 4 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 31 | BERAT | 0 |
| 29 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 3 | 2 | 1 | 19 | RENDAH | 0 | 1 | 4 | 2 | 1 | 3 | 1 | 3 | 3 | 3 | 3 | 24 | BERAT | 0 |
| 30 | 2 | 1 | 3 | 4 | 3 | 2 | 1 | 3 | 4 | 3 | 26 | TINGGI | 1 | 3 | 4 | 4 | 2 | 2 | 4 | 2 | 4 | 1 | 1 | 27 | BERAT | 0 |
| 31 | 1 | 3 | 1 | 4 | 3 | 1 | 3 | 1 | 4 | 3 | 24 | TINGGI | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 17 | RINGAN | 1 |
| 32 | 3 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 23 | RENDAH | 0 | 2 | 2 | 1 | 4 | 2 | 2 | 3 | 4 | 4 | 3 | 27 | BERAT | 0 |
| 33 | 3 | 3 | 3 | 2 | 1 | 3 | 1 | 1 | 2 | 3 | 22 | RENDAH | 0 | 4 | 4 | 4 | 1 | 1 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 27 | BERAT | 0 |
| 34 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 12 | RENDAH | 0 | 1 | 1 | 2 | 4 | 2 | 2 | 2 | 3 | 4 | 1 | 22 | RINGAN | 1 |
| 35 | 1 | 3 | 3 | 2 | 3 | 1 | 3 | 3 | 2 | 3 | 24 | TINGGI | 1 | 2 | 2 | 3 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 17 | RINGAN | 1 |
| 36 | 2 | 4 | 3 | 1 | 2 | 2 | 4 | 3 | 1 | 2 | 24 | TINGGI | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 13 | RINGAN | 1 |
| 37 | 3 | 2 | 3 | 3 | 1 | 3 | 2 | 3 | 3 | 1 | 24 | TINGGI | 1 | 1 | 1 | 4 | 4 | 3 | 1 | 4 | 4 | 3 | 3 | 28 | BERAT | 0 |
| 38 | 4 | 4 | 1 | 1 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 3 | 21 | RENDAH | 0 | 3 | 4 | 4 | 2 | 1 | 1 | 4 | 2 | 1 | 1 | 23 | BERAT | 0 |
| 39 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 12 | RENDAH | 0 | 2 | 3 | 2 | 4 | 4 | 3 | 2 | 1 | 2 | 2 | 25 | BERAT | 0 |
| 40 | 1 | 2 | 4 | 3 | 4 | 4 | 3 | 4 | 3 | 4 | 32 | TINGGI | 1 | 1 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 16 | RINGAN | 1 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | TOTAL | | 936 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | TOTAL | | | 955 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | MEAN | | 23,4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | MEAN | | | 23,9 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | MEDIAN | | 23 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | MEDIAN | | | 23,5 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | MODE | | 21 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | MODE | | | 22 |  |  |
|  |  |  |  | Keterangan : | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | Kecerdasan Spritual | | | |  | Depresi | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | Tinggi > Mean | | |  |  | Berat>Mean | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | Rendah< Mean | | |  |  | Ringan< Mean | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

