

LAMPIRAN***INFORMED CONSENT***

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :
Usia :
Jenis kelamin :
Alamat :

Bersedia ikut menjadi responden untuk penelitian yang berjudul *Hubungan Tingkat Ketergantungan Activity of Daily Living dan Depresi terhadap Kualitas Tidur Pasien Pasca Stroke*. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui keadaan yang umumnya terjadi pada pasien setelah stroke. Penelitian ini ingin melihat apakah tingkat ketergantungan *activity of daily living* dan depresi dapat mempengaruhi kualitas tidur pasien pasca stroke.

Dengan alasan apapun apabila saya menghendaki maka saya berhak membatalkan surat persetujuan ini. Demikian surat persetujuan ini saya buat

HUBUNGAN TINGKAT KETERGANTUNGAN *ACTIVITY OF DAILY LIVING* DAN DEPRESI TERHADAP KUALITAS TIDUR PASIEN PASCASTROKE

IDENTITAS RESPONDEN

Nama :
Jenis kelamin : L/P
Usia : tahun
TTL :
Nomer HP/telfon :
Alamat :
Tanggal/tahun terdiagnosis stroke :/...../.....
Jenis stroke (ischemik / hemorrhagik) : Stroke iskemik (perangkitan) / hemorrhagik

KUESIONER INDEKS BARTEL UNTUK MENILAI *ACTIVITY OF DAILY LIVING*

Nama pasien: _____ Penilai: _____ Tanggal: ____ / ____ / ____ Jam ____ :	
Aktivitas	Skor
Makan 0 = tidak mampu sendiri 1 = memerlukan bantuan, seperti memotong makanan, mengoleskan mentega, atau memerlukan bentuk diet khusus 2 = mandiri/tanpa bantuan	0 1 2
Mandi 0 = tergantung 1 = mandiri	0 1
Kerapian/penampilan 0 = memerlukan bantuan untuk menata penampilan diri 1 = mampu secara mandiri menyikat gigi, mengelap wajah, menata rambut dan bercukur	0 1
Berpakaian 0 = tergantung/tidak mampu 1 = perlu dibantu tapi dapat melakukan sebagian 2 = mandiri (mampu mengancingkan baju, menutup retsliting, merapikan)	0 1 2
Buang air besar 0 = inkontinensia (tergantung pada enema) 1 = kadang mengalami kesulitan 2 = normal	0 1 2
Buang air kecil 0 = inkontinensia, harus dipasang kateter, atau tidak mampu mengontrol BAK secara mandiri 1 = kadang mengalami kesulitan 2 = normal	0 1 2
Penggunaan kamar mandi/toilet 0 = tergantung 1 = perlu dibantu tapi tidak tergantung penuh 2 = mandiri	0 1 2
Berpindah tempat (dari tempat tidur ke tempat duduk, atau sebaliknya) 0 = tidak mampu, mengalami gangguan keseimbangan 1 = memerlukan banyak bantuan (satu atau dua orang) untuk bisa duduk 2 = memerlukan sedikit bantuan (hanya diarahkan secara verbal) 3 = mandiri	0 1 2 3
Mobilitas (berjalan pada permukaan yang rata) 0 = tidak mampu atau berjalan kurang dari 50 yard 1 = hanya bisa bergerak dengan kursi roda, lebih dari 50 yard 2 = berjalan dengan bantuan lebih dari 50 yard 3 = mandiri (meskipun menggunakan alat bantu)	0 1 2 3
Menaiki/menuruni tangga	0 1 2

TOTAL (0 - 20)

2 = mandiri

1 = memerlukan bantuan

0 = tidak mampu

KUESIONER KUALITAS TIDUR

PITTSBURGH SLEEP QUALITY INDEX (PSQI)

Petunjuk:

Pertanyaan-pertanyaan berikut ini berhubungan dengan kebiasaan tidur anda hanya pada bulan yang lalu. Jawaban anda sebaiknya menunjukkan jawaban yang paling akurat atas kebiasaan tidur anda pada sebagian besar siang dan malam pada bulan yang lalu. Jawablah seluruh pertanyaan.

1. Pada bulan yang lalu, pukul berapa anda biasanya tidur?
2. Pada bulan yang lalu, berapa lama (berapa menit) anda menanti sebelum sebelum anda tertidur?.....
3. Pada bulan yang lalu, pukul berapa biasanya anda bangun di pagi hari?
4. Pada bulan yang lalu, berapa jam sesungguhnya anda tidur pada malam hari? (Ini berbeda dengan jumlah jam yang anda habiskan di tempat tidur).....

Petunjuk:

5. Pada bulan yang lalu, tidur anda sering terganggu karena.....

	Tidak ada pada bulan lalu	Kurang dari sekali seminggu	Sekali atau dua kali seminggu	Tiga kali atau lebih seminggu
a. Tidak bisa tertidur dalam tempo 30 menit				
b. Terbangun di tengah malam atau pagi-pagi sekali				
c. Harus bangun untuk ke kamar mandi				
d. Susah bernafas				
e. Batuk atau mendengkur kuat				
f. Merasa terlalu dingin				
g. Merasa terlalu panas				
h. Mendapat mimpi buruk				
i. Merasa nyeri				
j. Alasan lain, kalau ada tolong jelaskan:			
Seberapa sering sejak satu bulan yang lalu, anda merasakan gangguan tidur karena hal ini?				

	Sangat baik	Cukup baik	Kurang baik	Sangat buruk
6. Bagaimanakah anda menentukan kualitas tidur anda secara keseluruhan pada bulan yang lalu?				

	Tidak ada pada bulan lalu	Kurang dari sekali seminggu	Sekali atau dua kali seminggu	Tiga kali atau lebih seminggu
7. Pada bulan yang lalu, seberapa sering anda memakan obat tidur (resep atau obat bebas)?				
8. Pada bulan lalu, seberapa sering anda tertidur ketika anda mengemudi, makan, atau terlibat dalam kegiatan sosial?				

	Tidak ada masalah sama sekali	Tidak ada masalah sama sekali	Ada masalah	Masalah besar
9. Pada bulan lalu, seberapa banyak masalah yang anda hadapi untuk tetap antusias menyelesaikan sesuatu				

	Tidak ada teman sekamar	Teman di kamar lain	Teman sekamar tetapi tidak berbagi tempat tidur yang sama	Teman sekamar di tempat tidur yang sama
10. Pada bulan lalu, seberapa banyak masalah yang anda hadapi untuk tetap antusias				

menyelesaikan sesuatu			
--------------------------	--	--	--

Jika anda mempunyai teman sekamar atau teman tidur, tanyakan padanya seberapa sering anda mengalami hal ini dalam satu bulan yang lalu..

	Tidak ada pada bulan lalu	Kurang dari sekali seminggu	Sekali atau dua kali seminggu	Tiga kali atau lebih seminggu
a. Mendengkur kuat				
b. Jeda yang panjang diantara dua nafas ketika tertidur				
c. Lasak ketika tertidur				
d. Disorientasi atau kebingungan selama tertidur				
e. Jika ada kegelisahan yang lain, tolong jelaskan:			

KUESIONER TINGKAT DEPRESI

HAMILTON RATING SCALE FOR DEPRESSION

Petunjuk untuk pemeriksa. Nilailah tingkat pernyataan yang tertera pada setiap nomer yang paling menonjol pada diri pasien selama seminggu terakhir ini. Pernyataan dibawah ini bukan untuk menegakkan diagnosis. Bulatkan nomer yang paling sesuai dengan keadaan pasien.

Apakah anda mengalami gejala-gejala seperti di bawah ini?

1. Keadaan perasaan sedih (sedih, putus asa, tak berdaya, tak berguna)

0 = Tidak ada

1 = Perasaan ini ada hanya bila ditanya

2 = Perasaan ini dinyatakan secara verbal spontan

3 = Perasaan yang nyata tanpa komunikasi verbal, misalnya ekspresi muka, bentuk, suara, dan kecenderungan menangis

4 = Pasien menyatakan perasaan yang sesungguhnya ini dalam komunikasi baik verbal maupun nonverbal secara spontan.

2. Perasaan bersalah

0 = Tidak ada

1 = Menyalahkan diri sendiri dan merasa sebagai penyebab penderitaan orang lain

2 = Ide-ide bersalah atau renungan tentang kesalahan-kesalahan masa lalu

3 = Sakit ini sebagai hukuman, waham bersalah dan berdosa

4 = Mendengar suara-suara kejaran atau tuduhan dan halusinasi merasakan adanya halusinasi visual yang mengancam

3. Bunuh diri

0 = Tidak ada

1 = Merasa hidup tak ada gunanya

2 = Mengharapkan kematian atau pikiran-pikiran lain kearah itu

3 = Ide-ide bunuh diri atau langkah-langkah ke arah itu

4 = Upaya melakukan bunuh diri (upaya yang serius dinilai 4)

4. Gangguan pola tidur (initial insomnia)

0 = Tidak ada

1 = Keluhan kadang-kadang sukar masuk tidur misalnya, lebih dari setengah jam baru masuk tidur

2 = Keluhan tiap malam sukar masuk tidur

5. Gangguan pola tidur (middle insomnia)

0 = Tidak ada

1 = Pasien mengeluh gelisah dan terganggu sepanjang malam

6. Gangguan pola tidur (late insomnia)

- 0 = Tidak ada
- 1 = Bangun saat dini hari tetapi dapat tidur lagi
- 2 = Bangun saat dini hari tetapi tidak dapat tidur lagi

7. Kerja dan kegiatan-kegiatannya

- 0 = Tidak ada kesulitan
- 1 = Pikiran perasaan ketidakmampuan keletihan/kelemahan yang berhubungan dengan kegiatan kerja atau hobi
- 2 = Hilangnya minat terhadap pekerjaan/hobi atau kegiatan lainnya baik langsung atau tidak pasien menyatakan kelesuan, keragu-raguan dan rasa bimbang
- 3 = Berkurangnya waktu untuk aktivitas sehari-hari atau produktivitas menurun.
Bila pasien tidak sanggup beraktivitas, sekurang-kurangnya 3 jam sehari dalam kegiatan sehari-hari
- 4 = Tidak bekerja karena sakitnya sekarang (dirumah sakit) bila pasien tidak bekerja sama sekali, kecuali tugas-tugas di bangsal atau jika pasien gagal melaksanakan kegiatan-kegiatan di bangsal tanpa bantuan

8. Kelambanan (lambat dalam berpikir, berbicara gagal berkonsentrasi, dan aktivitas motorik menurun)

- 0 = Normal dalam berbicara dan berpikir
- 1 = Sedikit lamban dalam wawancara
- 2 = Jelas lamban dalam wawancara
- 3 = Sukar diwawancarai
- 4 = Stupor (diam sama sekali), wawancara tidak memungkinkan

9. Kegelisahan (agitasi)

- 0 = Tidak ada
- 1 = Kegelisahan ringan
- 2 = Memainkan tangan jari-jari, rambut, dan lain-lain
- 3 = Bergerak terus tidak dapat duduk dengan tenang
- 4 = Meremas-remas tangan, menggigit-gigit kuku, menarik-narik rambut, menggigit-gigit bibir

10. Kecemasan (ansietas somatik)

Adanya tanda-tanda ansietas secara psikologis seperti : mulut kering, diare, kram,

Terlihat adanya ketegangan subyektif dan mudah tersinggung, mengkhawatirkan hal-hal kecil, sikap kekhawatiran yang tercermin di wajah atau pembicaraannya, ketakutan yang diutarakan tanpa ditanya, panik

- 0 = Tidak ada
- 1 = Ringan
- 2 = Sedang
- 3 = Berat
- 4 = Membuat tidak berdaya

12. Gejala somatik (pencernaan)

- 0 = Tidak ada
- 1 = Nafsu makan berkurang tetapi dapat makan tanpa dorongan teman, merasa perutnya penuh
- 2 = Sukar makan tanpa dorongan teman, membutuhkan pencahar untuk buang air besar atau obat-obatan untuk saluran pencernaan

13. Gejala somatik (umum)

- 0 = Tidak ada
- 1 = Anggota gerak, punggung atau kepala terasa berat
- 2 = Sakit punggung, kepala dan otot-otot, hilangnya kekuatan dan kemampuan

14. Gejala genital

- Adanya gejala seperti kehilangan minat berhubungan seksual /gangguan menstruasi
- 0 = Tidak ada
 - 1 = Ringan
 - 2 = Berat

15. Hipokondriasis (keluhan somatik, fisik yang berpindah-pindah)

- 0 = Tidak ada
- 1 = Dihayati sendiri
- 2 = Preokupasi (keterpakuan) mengenai kesehatan sendiri
- 3 = Sering mengeluh membutuhkan pertolongan orang lain
- 4 = Delusi hipokondriasi

16. Kehilangan berat badan

- 0 = Tidak ada
- 1 = Kemungkinan kehilangan berat badan akibat penyakit yang diderita saat ini
- 2 = Kehilangan berat badan yang nyata (dikatan oleh pasien)

17. Insight (pemahaman diri)

- 0 = Mengetahui bahwa merasa depresi dan sakit
- 1 = Mengetahui sakit tetapi berhubungan dengan penyebab-penyebab iklim, makanan,

18 a. Adakah perubahan atau keadaan yang memburuk pada waktu malam atau pagi

Jika perubahan terjadi pada pagi (diurnal) maka tandai 'tidak ada - none'

0 = Tidak ada variasi harian

1 = Memburuk saat pagi

2 = Memburuk saat malam

18 b. Saat terjadi, bagaimana tingkat keparahannya? Tandai 'tidak ada - none' jika tidak ada variasi

0 = Tidak ada - none

1 = Ringan

2 = Berat

19. Depersonalisasi (perasaan diri berubah) dan derealisasi (perasaan tidak nyata tidak realistis)

0 = Tidak ada

1 = Ringan

2 = Sedang

3 = Berat

4 = Membuat tidak berdaya

20. Gejala-gejala paranoid

0 = Tidak ada

1 = Kecurigaan

2 = Dirinya menjadi pusat perhatian atau peristiwa kejadian diluar tertuju pada