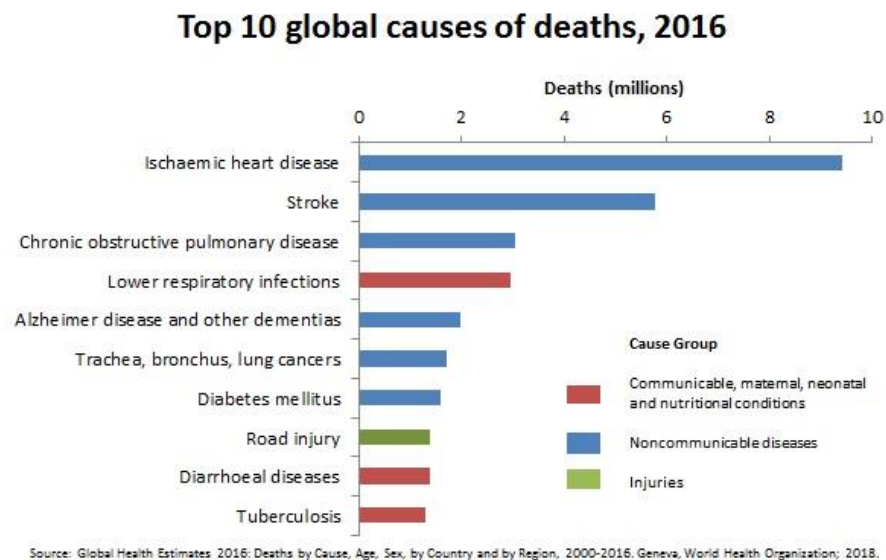


BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Stroke masih menjadi salah satu masalah kesehatan masyarakat utama di dunia. Menurut World Health Organization (2019), terdapat 54% dari 56,9 juta kematian di seluruh dunia pada tahun 2016 disebabkan oleh 10 penyebab utama, termasuk diantaranya adalah stroke, penyakit yang berada di urutan kedua (Gambar 1).



Gambar 1. Sepuluh Penyebab Global Kematian, 2016

Begitu juga menurut World Stroke Organization (2018) menyatakan bahwa stroke merupakan penyebab kecacatan dan kematian nomor dua dalam 25 tahun terakhir ini secara global. Data di Indonesia memperlihatkan bahwa prevalensi stroke berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan (Nakes) sebesar 7 per mil pada tahun 2013, sedangkan berdasarkan diagnosis dokter

sebesar 10,9 per mil pada tahun 2018 (Riskesdas, 2018). Dalam waktu 5 tahun tersebut, stroke termasuk masalah kesehatan yang serius dilihat dari peningkatan prevalensi stroke yang signifikan. Salah satu provinsi di Indonesia yang mempunyai prevalensi stroke tertinggi berdasarkan diagnosis dokter adalah D.I Yogyakarta, berada di urutan kedua setelah Kalimantan Timur (14,7%) (Riskesdas, 2018). Mengingat hal ini, kejadian setelah serangan stroke menimbulkan dampak yang dapat meningkatkan kecacatan dan kematian, seperti imobilitas, kelelahan, depresi dan penurunan kognitif (Bustamante *et al.*, 2016).

Berbagai patologi vaskular dan mekanisme cedera berperan untuk terjadinya stroke (Bosetti *et al.*, 2017). Stroke adalah gangguan neurologis yang disebabkan oleh cedera pada sistem saraf pusat secara mendadak akibat gangguan peredaran darah otak (Sacco *et al.*, 2013). Gangguan peredaran darah otak terjadi karena suplai darah ke otak terganggu, biasanya karena pembuluh darah otak pecah atau tersumbat. Suplai darah ke otak yang terganggu ini menyebabkan otak mengalami kekurangan oksigen dan nutrisi dalam menjalankan fungsinya (World Health Organization, 2014). Terdapat faktor-faktor risiko sebagai penanda stroke, yang dikelompokkan menjadi dua, yaitu faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi dan faktor risiko yang dapat dimodifikasi. Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi, termasuk di dalamnya adalah usia, jenis kelamin, ras-etnis, dan genetika. Sementara, faktor risiko yang dapat dimodifikasi, yaitu hipertensi, diabetes

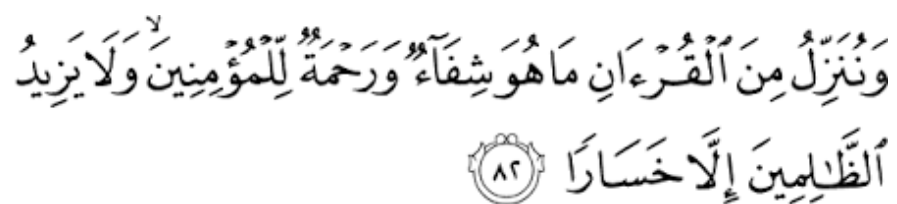
melitus, *atrial fibrillation*, dislipidemia, obesitas dan sindrom metabolik, konsumsi alkohol, penyalahgunaan zat, dan merokok (Boehme *et al.*, 2017).

Menurut Stroke Assosiation (2012) menerangkan bahwa terdapat beberapa masalah emosional setelah stroke yang dilaporkan oleh sekitar sepertiga dari penderita stroke. Masalah emosional tersebut ditandai dengan adanya perubahan pada emosi, salah satu yang umum terjadi setelah stroke adalah depresi (Stroke Assosiation, 2012; Sarfo *et al.*, 2019). Ayerbe *et al.* (2013) menunjukkan hasil penelitiannya berupa prevalensi depresi adalah 29% dan tetap stabil hingga 10 tahun setelah stroke, dengan insidensi kumulatif 39-52% dalam 5 tahun stroke. Berdasarkan salah satu penelitian yang melibatkan orang-orang Ghana, hasil penelitian yang diperoleh yaitu prevalensi depresi pada pasien stroke pada masa awal adalah 78,6%, kemudian 43,6% pada bulan ketiga, 41,1% pada bulan keenam dan 18,2% pada bulan kesembilan (Sarfo *et al.*, 2019).

Seperti yang telah diketahui, depresi merupakan salah satu dampak yang muncul setelah serangan stroke yang dapat mempengaruhi hingga 50% dari semua penderita (Loubinoux *et al.*, 2012). Munculnya gejala depresi setelah stroke menjadi dua kali lipat dibandingkan dengan individu yang tidak terserang stroke (Brunner *et al.*, 2014). Depresi setelah serangan stroke berkaitan dengan kemampuan keseimbangan yang terganggu dan cacat fisik (Alghwiri, 2016). Dari hasil penelitian Robinson and Spalletta (2010) menyatakan bahwa terdapat bukti yang berkembang, yaitu cedera otak atau

disfungsi regional yang memicu kelainan pelepasan protein pro-inflamasi sebagai peranan penting disfungsi fisiologis.

Berdasarkan hasil penelitian Shaygan and Shayegan (2019), menerangkan bahwa depresi berkaitan dengan minimnya kesejahteraan spiritual. Begitu juga setelah serangan stroke dapat mempengaruhi spiritual pasien (Arafat *et al.*, 2018). Hal ini menunjukkan bahwa selain depresi, spiritual juga menjadi permasalahan pada penderita stroke yang perlu diperhatikan. Spiritual merupakan salah satu aspek penting dalam hidup manusia. Kemampuan untuk menerima penyakit stroke bukan hal yang mudah bagi penderitanya. Kekuatan keyakinan spiritual yang dipertimbangkan dapat memengaruhi kemampuan untuk mengatasi kejadian setelah stroke (Arafat *et al.*, 2018). Terdapat empat strategi untuk mengatasi spiritual pasien stroke, antara lain: merasa terhubung dengan Tuhan, percaya pada Tuhan, dukungan spiritual, menemukan makna dan tujuan (Arafat *et al.*, 2018).



 وَنُنزِّلُ مِنَ الْقُرْآنِ مَا هُوَ شِفَاءٌ وَرَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِينَ وَلَا يَزِيدُ

 الظَّالِمِينَ إِلَّا خَسَارًا

Artinya: Dan Kami turunkan dari Al-Quran (sesuatu) yang menjadi penawar dan rahmat bagi orang yang beriman, sedangkan bagi orang yang zalim (Al-Quran itu) hanya akan menambah kerugian. (Q.S. Al-Isra'/17 : 82)

Dari ayat di atas, dijelaskan bahwa Al-Quran mempunyai manfaat sebagai obat atau penawar pada penyakit jasmani dan rohani. Al-

Quran menjadi hal yang penting dalam memberi ketenangan diri bagi manusia.

Penelitian tingkat spiritual terhadap pasien stroke yang dikaitkan dengan tingkat depresi setelah serangan stroke perlu dan penting untuk diteliti karena masih kurang dilakukan penelitian hingga sekarang. Berdasarkan latar belakang di atas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian sekaligus mengetahui tentang hubungan tingkat spiritual dengan tingkat depresi pada pasien stroke.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan di atas, maka dirumuskan masalah sebagai berikut: “Bagaimana hubungan tingkat spiritual dengan tingkat depresi pada pasien stroke?”.

C. Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian yang ingin dicapai oleh peneliti adalah untuk mengetahui hubungan tingkat spiritual dengan tingkat depresi pada pasien stroke.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan wawasan sehingga menambah pengetahuan khususnya bagi ilmu kesehatan mengenai tingkat depresi pada pasien stroke setelah diketahui tingkat spiritual.

2. Manfaat Praktis

- a. Diharapkan dapat digunakan sebagai referensi tambahan bagi mahasiswa untuk membuat penelitian terkait selanjutnya.

- b. Diharapkan instansi pendidikan dapat menggunakan sebagai salah satu referensi dalam meningkatkan pengetahuan anak-anak bangsa.
- c. Diharapkan instansi terkait dan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi dapat memberikan kebijakan dan perhatian khusus terhadap pengelolaan penyakit stroke dan penanganan tingkat depresi pada pasien stroke.

E. Keaslian Penelitian

Tabel 2. Keaslian Penelitian

No.	Judul Penelitian	Variabel	Jenis	Hasil Penelitian	Perbedaan	Persamaan
1.	The Dynamic of Poststroke Depression among Ghanaians (Sarfo <i>et al.</i> , 2019)	The dynamic of poststroke, Ghanaians	<i>Cohort Prospektif</i>	Prevalensi poststroke depression pada awal adalah 78,6%, 43,6% pada bulan ketiga, 41,1% pada bulan keenam, dan 18,2% pada bulan kesembilan (p value <.0001).	Metode, tempat, dan variabel	pada depresi
2.	Spiritual Coping in Pepole Living With Stroke (Arafat <i>et al.</i> , 2018)	Spiritual coping, stroke	<i>In depth interviews</i>	Empat tema diidentifikasi: merasa terhubung Tuhan, mencari Tingkat spiritual, serta menemukan makna dan tujuan.	Metode, tempat, dan variabel	pada pasien stroke
3.	Hubungan Dukungan Spiritualitas dengan Tingkat Kecemasan pada Pasien yang Menjalani Kemoterapi di Rumah Sakit Umum Daerah Dr.Pringadi Medan (Simanjuntak, 2017)	Dukungan spiritualitas, tingkat kecemasan	<i>Cross sectional</i>	Nilai $r = -0,703$ dengan $p = 0,000$ sehingga H_0 ditolak yaitu terdapat hubungan antara dukungan spiritualitas dengan tingkat kecemasan, dan kekuatan korelasi kuat dengan arah korelasi negatif.	Metode, tempat, dan variabel	pada aspek spiritualitas