

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Stroke adalah sindroma akibat gangguan peredaran di otak yang menyebabkan kecacatan pada usia lebih dari 45 tahun. Stroke dapat menimbulkan suatu permasalahan dari segi kesehatan, ekonomi, dan sosial. Penanganan dari penyakit stroke ini membutuhkan sesuatu yang komperhensif dalam pemulihan pasca stroke. Stroke dapat menyebabkan kelemahan dan kelumpuhan 90% dari anggota tubuh, pada kondisi ini menyebabkan pasien tergantung dalam kehidupan sehari-hari pada keluarganya serta akan merubah kepribadian dan emosi karena pasien dengan stroke biasanya tidak mampu mengungkapkan keinginannya, sehingga menyebabkan pasien emosi, frustrasi, marah, kehilangan harga diri, dan berakhir menjadi depresi (Mulyatsih, 2008).

Perubahan pasien stroke ini biasanya sulit diterima oleh pasien dan menyebabkan rasa depresi atau rasa tidak percaya diri. Pada masa inilah Allah SWT mencoba ketangguhan makhluk ciptaan-Nya. Seperti difirmankan oleh Allah SWT dalam surah Al-Anbiya' ayat 35 yang berbunyi:

وَذَا التَّوْنِ إِذْ ذَهَبَ مُغَضِبًا فَظَنَّ أَنْ لَنْ نَقْدِرَ عَلَيْهِ فَنكَادِي فِي
الظُّلُمَاتِ أَنْ لَا إِلَهَ إِلَّا أَنْتَ سُبْحَانَكَ إِنِّي كُنْتُ مِنَ
الظَّالِمِينَ

“Kami akan menguji kamu dengan keburukan dan kebaikan sebagai cobaan (yang sebenar-benrnya). Dan hanya kepada Kamilah kamu dikembalikan.” (Al-Anbiya’: 35)

Depresi merupakan suatu gangguan emosi yang sering dialami oleh pasien stroke.

Depresi pada pasien stroke akan meningkatkan rasa ingin bunuh diri hingga dua kali lipat, karena setelah stroke pasien mengalami ketergantungan aktifitas sehari-hari. Aktifitas yang dimaksud seperti aktifitas mandi, makan, berpakaian, toileting, berpindah tempat, dan berjalan (Pitaloka,2008). Penderita stroke diseluruh dunia berjumlah 20,5 juta, 5.5 juta

diantaranya menyebabkan kematian dan 3,3 juta lainnya mengalami depresi (WHO, 2011). Insiden depresi pada stroke mencapai 20% hingga 65%, sebagian akan membaik pada tahun pertama tetapi ada sebagian kecil penderita stroke berkembang menjadi depresi kronik (Bethesda Stroke, 2005).

Orang lanjut usia yang terkena stroke berjumlah 35,8% dan sebanyak 12,9% terkena stroke pada usia lebih muda. Setiap tahunnya 500.000 orang Indonesia terkena serangan stroke dan 25 orang meninggal setiap tahunnya akibat stroke, sedangkan sisanya akan mengalami cacat ringan hingga cacat yang berat (Auryn, 2007). Pasien stroke yang dirawat di rumah 15% hingga 25% mengalami depresi, sedangkan yang dirawat di rumah sakit 30% hingga 40% mengalami depresi. Prevelensi depresi dari penderita stroke yang masih hidup, pada wanita 10% hingga 25% dan laki-laki 5% hingga 12%, serta sekitar 15% dari pasien stroke mencoba bunuh diri (Amir, 2005).

Penelitian menggunakan sampel 441 pasien stroke ditemukan 17% mengalami depresi, hanya 22% yang meminum obat anti depresi sedangkan 78% tidak mendapatkan obat anti depresi. Sekitar 35% hingga 50% pasien stroke mengalami depresi setelah serangan stroke pertama kali. Gejala depresi pada stroke sama dengan gejala depresi pada umumnya seperti rasa sedih, tidak berkonsentrasi, tidak nafsu makan, gangguan libido, tidak bertenaga, gangguan tidur pada malam hari, dan ide-ide untuk bunuh diri (Sut, 2006).

Dalam rehabilitasi, penilaian terhadap fungsional atau disabilitas dapat dinilai dengan ADL atau *Activities of Daily Living*. ADL dipergunakan untuk menilai fungsi primer pada rehabilitasi stroke karena ADL objektif, mudah, dan relevan digunakan pada pasien. Pada pasien stroke yang mengalami depresi, ketergantungan atau penurunan ADL terdapat pada 40% pasien (Branstain, 2013). Depresi memiliki pengaruh negatif yang erat pada pasien pasca stroke. Estimasi pengaruh depresi terhadap fungsi dari pasien adalah 5% hingga 48%. Pada pasien stroke dengan depresi, fungsi tubuh akan berkurang dan juga tidak akan

berpengaruh terhadap rehabilitasi. Fungsi dan depresi saling berhubungan menurunkan mengikuti depresi, dimana depresi mengurangi fungsi tubuh (Chemeriski, 2001; Diller, 2004; Teasell, 2014 Jeanette, 2011).

Perbaikan efektif dan cepat pada ADL terjadi pada pasien yang mendapatkan obat anti depresi, sebaliknya pada pasien yang tidak mendapatkan obat anti depresi mengalami penurunan terhadap ADL (Starkstein, 2012). Petunjuk klinis merekomendasikan bahwa orang yang terkena stroke mendapatkan informasi, nasihat, dan membicarakan bagaimana perbaikan stroke untuk kehidupan mereka, selain itu diperlukan juga *screening* tentang depresi dan kecemasan pada bulan pertama terdiagnosis stroke. Keefektifan penyembuhan stroke didapatkan dari konseling, keluarga, dan obat untuk stroke.

Tingginya kejadian stroke dan dampak dari gejala sisa stroke yang harus diperhatikan. Pasien stroke dapat mengalami gangguan kepribadian, gangguan emosi, dan keadaan ini dapat menimbulkan depresi yang dapat menurunkan ADL. Dari masalah diatas maka penelitian tentang hubungan depresi dengan ADL pada pasien di Poli Syaraf Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II perlu dilakukan.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang penelitian yang telah diuraikan di atas dirumuskan masalah sebagai berikut: “Adakah hubungan tingkat depresi dengan tingkat ADL (*Activities of daily Living*) pada pasien stroke di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan antara tingkat depresi dan tingkat ADL (*Activities of Daily Living*) pada pasien stroke di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui tingkat depresi pada pasien stroke yang ada di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II.
- b. Untuk mengetahui tingkat ADL (*Activities of Daily Living*) pada pasien stroke di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Praktis

a. Bagian Instansi Rumah Sakit

Penelitian ini bisa dijadikan sebagai bahan masukan bagi Rumah Sakit untuk menurunkan tingkat depresi pada pasien stroke sehingga tidak terjadi penurunan dalam ADL (*Activities of Daily Living*).

b. Bagi Pasien

Pasien stroke mendapatkan dukungan dan support sosial sehingga dapat menghindari terjadinya depresi agar tidak terjadi penurunan pada ADL.

2. Manfaat Keilmuan

- a. Menambah ilmu pada pasien stroke yang mengalami penurunan ADL (*Activities of Daily Living*) pada pasien yang mengalami depresi.
- b. Penelitian ini perlu dikembangkan dalam upaya memecahkan masalah kesehatan untuk menurunkan angka depresi agar tidak terjadi penurunan pada ADL.

3. Manfaat untuk Dinas Kesehatan

Penelitian ini dapat digunakan untuk instansi terkait memberikan kebijakan dan perhatian khusus untuk menangani pasien depresi pasca stroke sehingga tidak menurunkan ADL.

E. Keaslian Penelitian

Sejauh study yang dilakukan oleh penulis untuk mendukung judul penelitian ini, penulis tidak menemukan adanya kesamaan judul dengan penelitian lain. Penelitian ini dilakukan karena terinspirasi dan mendapat bahan pembelajaran dari karya tulis beberapa peneliti lain yang berhubungan dengan judul. Penelitian yang dijadikan acuan peneliti adalah penelitian Shigeru Sonada, *et al* (2014), penelitian Umaru Muhammad Badaru, *et al* (2013), dan Hojjat Allah Haghgoo, *et al* (2013) .

Perbedaan penelitian penulis dengan penelitian Shigeru Sonada, *et al* (2014) adalah dari kuesioner depresi yang digunakan. Dalam penelitian Shigeru Sonada, *et al.* kuesioner yang digunakan adalah J-ZBI_8. Sedangkan penelitian penulis menggunakan *Hamilton Rating Scale for Depression* (HRSD). Perbedaan lainnya adalah pada penelitian Shigeru Sonada, *et al.*, kuesioner ADL yang digunakan adalah FIM dan FAI. Sedangkan penulis menggunakan kuesioner Indeks *Barthel*.

Penelitian kedua yang menjadi acuan penulis adalah penelitian Umaru Muhammad Badaru, *et al* (2013). Perbedaan penelitian penulis dengan penelitian Umaru Muhammad Badaru, *et al.* adalah variabel penelitian yang digunakan. Pada penelitian Umaru Muhammad Badaru, *et al.* variabel bebas yang diteliti adalah *Post Stroke Depression* (PSD) dan *Post Stroke Fatigue* (PSF), namun pada penelitian penulis variabel yang digunakan adalah *Post Stroke Depression* atau Depresi paska stroke. Perbedaan lainnya adalah pada penelitian Umaru Muhammad Badaru, *et al.* variabel terikat yang digunakan adalah IADL dan ADL. Sedangkan pada penelitian penulis hanya ADL saja.

Penelitian ketiga yang menjadi acuan penulis adalah penelitian Hojjat Allah Haghgoo, *et al.* (2013). Perbedaan penelitian penulis dengan penelitian Hojjat Allah Haghgoo, *et al* adalah variabel penelitian yang digunakan. Pada penelitian Hojjat Allah Haghgoo, *et al* variabel bebas yang diteliti adalah *Post Stroke Depression* (PSD) dan *Quality of Life*

(*QOL*), namun pada penelitian penulis variabel yang digunakan adalah *Post Stroke Depression* atau Depresi paska stroke. Perbedaan lainnya adalah pada penelitian Hojjat Allah Haghgoo, *et al.* instrumen yang digunakan menggunakan indeks barthel dan *beck depression inventory*. Sedangkan pada penelitian penulis hanya indeks barthel saja.