

SKRIPSI

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
KEJADIAN DEPRESI PADA PASIEN STROKE DI RUMAH SAKIT
UMUM DAERAH LABUANG BAJI MAKASSAR TAHUN 2013**



**Oleh :
Darmawansari
C12109253**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2013**

SKRIPSI

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
KEJADIAN DEPRESI PADA PASIEN STROKE DI RUMAH SAKIT
UMUM DAERAH LABUANG BAJI MAKASSAR TAHUN 2013**

Skripsi ini dibuat dan diajukan untuk memenuhi salah satu syarat menempuh ujian akhir dan untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep)



Oleh :

DARMAWANSARI

C12109253

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2013**

Halaman Persetujuan

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
KEJADIAN DEPRESI PADA PASIEN STROKE DI RSUD LABUANG BAJI
MAKASSAR TAHUN 2013**

Yang disusun dan diajukan oleh :

DARMAWANSARI

NIM. C12109253

Disetujui untuk diajukan dihadapan Dewan Penguji Skripsi
Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin :

Pembimbing I

Rosyidah Arafat, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.MB

Pembimbing II

Ummi Pratiwi, S.Kep.,Ns

Mengetahui:

Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin



Dr. Werna Nonji, S.Kp.,M.Kep

NIP. 19500114 197207 2 001

Halaman Pengesahan

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
KEJADIAN DEPRESI PADA PASIEN STROKE
DI RSUD LABUANG BAJI MAKASSAR TAHUN 2013**

Telah dipertahankan di hadapan Sidang Tim Penguji Akhir

Pada

Hari/Tanggal : Jum'at, 1 Maret 2013

Pukul : 14.00 – 15.00 WITA

Oleh

DARMAWANSARI
C12109253

Dan yang bersangkutan dinyatakan

LULUS

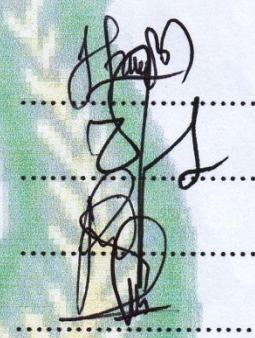
Tim Penguji Akhir:

Penguji I : Hapsah, S.Kep., Ns., M.Kep

Penguji II : Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Kes

Penguji III : Rosyidah Arafat, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.MB

Penguji IV : Ummi Pratiwi Rimayanti Pratiwi, S.kep., Ns



Mengetahui,

a.n. Dekan

Wakil Dekan Bidang Akademik

Ketua Program Studi

Prof.dr.Budu, Ph.D.,SpM(K),M.MedED
NIP. 19661231 199503 1 009



Dr. Werna Nontji, S.Kp.M.Kep
NIP. 19500114 197207 2 001

PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Darmawansari

NIM : C121 09 253

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis ini adalah hasil karya sendiri, bukan hasil pemikiran orang lain. Apabila suatu hari nanti terbukti ataupun bisa dibuktikan bahwa skripsi ini adalah hasil karya orang lain, maka saya bersedia mendapatkan sanksi yang sesuai atas perbuatan saya yang tidak terpuji ini.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa adanya paksaan dari orang lain.

Makassar, Maret 2013

Yang Membuat Pernyataan

(Darmawansari)

PRAKATA



Assalamu 'Alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh,

Puji syukur kehadirat Allah 'Azza Wa Jalla karena atas berkah, rahmat dan perlindungan-Nyalah sehingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi ini yang berjudul "**Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Depresi pada Pasien Stroke di RSUD Labuang Baji Makassar Tahun 2013**" sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan studi S-1 pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin. Demikian pula, shalawat dan salam senantiasa tercurahkan untuk Rasulullah *Shallallahu 'alaihi Wa Sallam* dan juga keluarga dan para sahabat beliau.

Peneliti menyadari bahwa dalam penyelesaian skripsi ini, masih terdapat kekurangan-kekurangan dan kesalahan, itu semua tidak terlepas dari keterbatasan kemampuan dan pengetahuan peneliti. Meskipun demikian, peneliti berharap hasil penelitian ini dapat memberi banyak manfaat kepada para pembaca.

Melalui kesempatan ini peneliti ingin mengucapkan terima kasih dan apresiasi setinggi-tingginya terutama kepada ibunda tercinta **Sitti Hafsah Musa** dan ayahanda tersayang **Muhammad Tahang Saka S.Ag** yang senantiasa memberikan nasehat dan doanya bagi peneliti. Serta dengan penuh kesabaran, keikhlasan, kasih sayang dan kerja keras telah mendidik dan membiayai peneliti sehingga dapat bersekolah dan melanjutkan pendidikan sampai ke perguruan tinggi meskipun semuanya tak dapat tergantikan dengan apapun. Semoga Allah

senantiasa menjaga dan mencintai beliau. Ucapan terima kasih pula peneliti sampaikan kepada:

1. Prof. Dr. dr. H. Idrus A. Patturusi, Sp.B, Sp.B.O, Selaku Rektor Universitas Hasanuddin, yang senantiasa membangun serta memberikan fasilitas terbaik di "Kampus Merah" ini sehingga mahasiswa merasa nyaman menimba ilmu dan betul-betul menjadi orang yang berguna.
2. Prof. dr. Irawan Yusuf, Ph.D selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar.
3. Dr. Werna Nontji, S.Kp., M.Kep. selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin yang sangat berdedikasi terhadap kemajuan di PSIK.
4. Rosyidah Arafat, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.MB dan Ummi Pratiwi, S.Kep.,Ns selaku dosen pembimbing yang telah menuntun peneliti dengan penuh kesabaran dan keterbukaan, dengan tulus telah meluangkan waktu dan pikiran untuk membimbing peneliti ditengah kesibukan beliau yang sangat padat sehingga skripsi ini bisa selesai tepat pada waktunya.
5. Hapsah S.Kep., Ns., M.Kep. dan Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Kes., selaku dosen penguji yang senantiasa memberikan masukan-masukan yang membangun sehingga skripsi ini menjadi karya ilmiah yang lebih baik.
6. Seluruh Dosen dan Staf Akademik Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin yang telah banyak membantu dalam proses perkuliahan dan pengurusan administrasi selama peneliti kuliah.
7. Staf perpustakaan PSIK FK Unhas, Andi Nur Awang, S.Hum. yang telah membantu menyediakan literatur-literatur yang membantu dalam penyelesaian skripsi ini.

8. Direktur RSUD Labuang Baji Makassar yang telah memberikan izin untuk melakukan penelitian di poliklinik bagian saraf beserta staf-stafnya yang telah banyak membantu peneliti.
9. Seluruh keluarga tercinta atas motivasi yang telah diberikan
10. Teman-teman Fidelity'09 yang senantiasa memberikan dukungan, semangat, dan motivasinya serta kanda-kanda senior.

Semoga skripsi ini bisa memberikan manfaat bagi kita semua.

Wassalaamua'laikum Warahmatullahi Wabarakatuh....

Makassar, Februari 2013

Peneliti

ABSTRAK

Darmawansari. C12109253. **FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN DEPRESI PASIEN STROKE DI RSUD LABUANG BAJI MAKASSAR.**, dibimbing oleh Rosyidah Arafat dan Ummi Pratiwi Rimayanti (xvi + 68 halaman + 9 tabel + 2 bagan + 6 lampiran + 32 kepustakaan)

Latar belakang: Pasien dengan penyakit stroke rentan terhadap depresi yang bisa dipengaruhi oleh beberapa faktor.

Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian depresi pada pasien stroke di RSUD Labuang Baji Makassar.

Metode: Penelitian ini menggunakan desain penelitian analitik dengan pendekatan *Cross Sectional*. Pengukuran tingkat depresi pada penelitian ini menggunakan kuesioner DASS (*Depression Anxiety Stress Scale*) dan kuesioner faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian depresi. Analisis *Chi-square* dengan $\alpha = 0,05$ dan analisis *linier regression* digunakan untuk mengolah data di RSUD Labuang Baji Makassar dengan jumlah sample sebanyak 33 responden.

Hasil: Pada penelitian ini hasil yang diperoleh yaitu jenis kelamin ($p=0,004$), letak lesi pada otak ($p=0,002$), dan tingkat ketergantungan ADL memiliki hubungan dengan kejadian depresi ($p=0,000$) sedangkan usia tidak berhubungan dengan kejadian depresi karena ($p>0,05$) yaitu ($p=0,758$). Faktor yang paling berhubungan dengan kejadian depresi adalah tingkat ketergantungan ADL dengan nilai koefisien ($\beta=-0,014$).

Kesimpulan & Saran: Kesimpulan yang diperoleh adalah faktor yang paling berhubungan dengan kejadian depresi pada pasien stroke adalah tingkat ketergantungan ADL ($\beta=-0,014$) yang didapat melalui hasil analisis *linier regression*. Oleh karena itu, diperlukan perhatian khusus kepada pasien stroke khususnya yang memiliki nilai ketergantungan ADL yang tinggi sehingga tidak mengalami depresi.

Keywords: Depresi, Tingkat Depresi, Pasien Stroke

ABSTRACT

Darmawansari. C12109253. **FACTORS ASSOCIATED TO DEPRESSION INCIDENT OF STROKE PATIENTS AT RSUD LABUANG BAJI MAKASSAR** supervised by Rosyidah Arafat and Ummi Pratiwi Rimayanti (xvi + 68 pages + 9 tables + 2 charts + 6 attachments + 32 sources)

Background: Patients with stroke are prone to depression which can be influenced by several factors.

Objective: This study aimed to identify factors associated with depression incident of stroke patients in Labuang Baji hospitals in Makassar.

Methods: This study used analysis research design with cross sectional approach. Depression incident in this study measured by questionnaires DASS (Depression Anxiety Stress Scale) and questionnaire factors related to depression incident. Chi-square step, with $\alpha = 0.05$ and linear regression analysis is used to process data in hospitals Labuang Baji Makassar by the number of samples as much as 33 respondents.

Results: Gender ($p = 0.004$), location of brain lesions ($p = 0.002$), and the level of ADL dependency linked to depression incident ($p = 0.000$), while age was not associated with depression incident because ($p > 0.05$), namely ($p = 0.758$). Factor most associated with depression incident of stroke patients is ADL dependence level ($\beta = -0.014$)

Conclusions & Suggestions: Factor most associated with depression incident of stroke patients is ADL dependence level ($\beta = -0.014$) obtained by linier regression analysis. Therefore, stroke patients is very important to give special attention especially for them with high ADL dependency to prevent depression.

Keywords: Depression, The Depression, Stroke Patients

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL DEPAN	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN	iv
PRAKATA	v
ABSTRAK	viii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR BAGAN	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan Penelitian	6
D. Manfaat Penelitian	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Tinjauan tentang Stroke	8
B. Tinjauan tentang Depresi	17
C. Tinjauan tentang Depresi pada Pasien Stroke	23
D. Tinjauan tentang Faktor – Faktor yang Berhubungan dengan Depresi Post Stroke	26
BAB III KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS	
A. Kerangka Konsep	32
B. Hipotesis	33
BAB IV METODE PENELITIAN	
A. Rancangan Penelitian	34
B. Tempat dan Waktu Penelitian	34
C. Populasi dan Sampel	34
D. Alur Penelitian	36

E. Defenisi Operasional.....	37
F. Instrumen Penelitian	39
G. Pengelolaan dan Analisa Data	41
H. Etika Penelitian	43
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN	
A. Hasil Penelitian	46
B. Pembahasan.....	55
C. Keterbatasan Penelitian.....	62
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan	64
B. Saran	64
DAFTAR PUSTAKA	66

DAFTAR TABEL

Tabel 1	Karakteristik responden berdasarkan usia, jenis kelamin, jenis stroke, pendidikan terakhir, pekerjaan, status perkawinan, pendapatan/bulan, jumlah serangan, dan cara pembayaran rumah sakit di RSUD Labuang Baji Makassar tahun 2013 (n = 33).....	47
Tabel 2	Distribusi responden berdasarkan letak lesi pada otak di RSUD Labuang Baji Makassar tahun 2013 (n=33)	49
Tabel 3	Distribusi responden berdasarkan tingkat ketergantungan ADL di RSUD Labuang Baji Makassar tahun 2013 (n=33).....	49
Tabel 4	Distribusi responden berdasarkan kejadian depresi pasien stroke di RSUD Labuang Baji Makassar tahun 2013 (n=33)	50
Tabel 5	Hubungan usia dengan kejadian depresi pasien stroke di RSUD Labuang Baji Makassar tahun 2013 (n=33)	50
Tabel 6	Hubungan jenis kelamin dengan kejadian depresi pasien stroke di RSUD Labuang Baji Makassar tahun 2013 (n=33)	51
Tabel 7	Hubungan letak lesi dengan kejadian depresi pasien stroke di RSUD Labuang Baji Makassar tahun 2013 (n=33)	52
Tabel 8	Hubungan tingkat ketergantungan ADL dengan kejadian depresi pasien stroke di RSUD Labuang Baji Makassar tahun 2013 (n=33).....	53
Tabel 9	Analisis multivariat faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian depresi pasien stroke di RSUD Labuang Baji Makassar tahun 2013.....	55

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Naskah Penjelasan Sebelum Persetujuan Menjadi Responden	69
Lampiran 2	Lembar Persetujuan Menjadi Responden.....	70
Lampiran 3	Kuesioner Penelitian	71
Lampiran 4	Master Tabel Hasil Input Data	75
Lampiran 5	Hasil Output SPSS.....	81
Lampiran 6	Surat Penelitian.....	100

DAFTAR BAGAN

Bagan 1	Kerangka konsep penelitian.....	32
Bagan 2	Alur penelitian	36

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke merupakan salah satu faktor terbesar penyebab kematian di dunia. Angka kejadiannya terus meningkat dari tahun ke tahun. Penyakit ini tidak hanya menyerang kelompok usia lanjut saja, tetapi juga telah banyak diderita oleh kelompok usia muda. Hal ini sebagai akibat dari perubahan gaya hidup dan beban hidup yang semakin berat (WHO, 2002).

Penyakit stroke atau biasa disebut cedera serebrovaskular adalah penyakit yang menunjukkan adanya beberapa kelainan otak baik secara fungsional maupun struktural yang disebabkan oleh keadaan patologis dari pembuluh darah serebral atau dari seluruh sistem pembuluh darah otak (Doengoes, 2000). Persentase laju mortalitas akibat stroke ditemukan sekitar 18 % sampai dengan 37% untuk stroke pertama, dan meningkat menjadi 62 % untuk stroke selanjutnya atau serangan stroke berulang. Terdapat kira-kira 2 juta orang bertahan hidup dari stroke dengan kecacatan dan 40% diantaranya memerlukan bantuan dalam aktifitas kehidupan sehari-hari (suddarth & Brunner, 2002). Rata-rata setiap 40 detik penderita stroke bertambah satu orang dan setiap 4 menit satu orang penderita stroke meninggal dunia di Amerika (AHA, 2010).

Angka kejadian stroke di Indonesia terus meningkat seiring dengan pertambahan usia. Setiap penambahan usia 10 tahun sejak usia 35 tahun, risiko stroke meningkat dua kali lipat. Sekitar 5 % orang berusia di atas 65 tahun pernah

mengalami setidaknya satu kali stroke. Berdasarkan data prevalensi hipertensi sebagai faktor resiko utama yaitu sekitar 95%, maka para ahli epidemiologi meramalkan bahwa saat ini dan masa yang akan datang sekitar 12 juta penduduk Indonesia yang berumur diatas 35 tahun mempunyai potensi terkena serangan stroke (Yastroki, 2012).

Stroke memiliki permasalahan yang luas dan multidimensi, mulai dari perawatan sampai rehabilitasi. Bukan saja masalah kecacatan fisik, tetapi juga masalah psikologis. Gangguan psikologis yang bisa terjadi pada pasien dengan penyakit stroke ketika berada di rumah sakit dan sering diabaikan adalah gangguan alam perasaan atau gangguan *mood* seperti depresi (Meifi & Agus, 2009).

Depresi adalah suatu kelainan yang harus dilihat secara terpisah dari stroke, dan harus ditangani sedini mungkin bahkan ketika penderita sedang menjalani proses rehabilitasi. Meskipun gejala-gejala depresi tumpang tindih dengan gejala pasca-stroke, seorang profesional kesehatan yang terlatih harus mampu mengenali gejala depresi tersebut, mendiagnosis, dan kemudian merancang pencegahannya.

Menurut Suwantara (2004), penderita-penderita stroke yang mengalami depresi berat menunjukkan sikap yang kurang peka terhadap upaya rehabilitasi dan pengobatan. Hal ini secara langsung akan menimbulkan masalah ketergantungan pada orang lain, memperlambat proses pemulihan, memperpanjang masa dan biaya perawatan, merupakan masalah yang pelik baik bagi pasien itu sendiri, maupun kepada keluarganya. Karena aspek multidimensi inilah maka seyogyanya stroke harus ditanganisecara multidisiplin.

Prevalensi depresi post stroke sangat bervariasi, yaitu sekitar 20% - 65% tergantung dari cara seleksi penderita, kriteria diagnosis dan rentang waktu setelah stroke. dari seluruh penderita yang mengalami depresi, 20% diantaranya mengalami depresi berat. Sebagian besar sekitar 40% penderita mengalami depresi pada 1 – 2 bulan pertama setelah stroke dan sekitar 10% - 20% penderita baru mengalami depresi beberapa waktu kemudian setelah 2 bulan sampai dengan 2 tahun setelah stroke (Robinson, 1997 dalam Yuliami, 2006).

Saat ini, gangguan depresi pada pasien stroke kurang dipahami sehingga banyak kasus depresi pada pasien stroke tidak dikenali dan pada akhirnya tidak mendapatkan penanganan. Depresi pada pasien stroke dapat terjadi sebagai akibat langsung dari proses infark otak atau dapat terjadi sebagai reaksi akibat cacat atau ketidakberdayaan yang disebabkan oleh stroke. Penelitian yang dilakukan oleh Andri dan Susanto (2008), ketidakmampuan fungsi fisik yang menyebabkan hilangnya peran hidup penderita sebelum sakit dapat menyebabkan gangguan persepsi akan arti diri dan secara langsung akan mengurangi kualitas hidupnya merupakan salah satu pemicu terjadinya depresi pada pasien stroke. Beberapa penelitian juga menyebutkan bahwa, pasien stroke dengan gangguan defisit neurologis seperti gangguan bicara, gangguan motorik, dan beberapa gangguan lain yang menjadi gejala sekuele pada pasien stroke, menunjukkan gejala depresi. Penelitian yang dilakukan oleh Ratnasari (2012) menunjukkan adanya korelasi terhadap kejadian depresi dengan ketrgantungan ADL (*Activity Daily Living*).

Yuliami (2006), mengemukakan bahwa, depresi pada pasien yang mengalami stroke bisa dipengaruhi oleh beberapa faktor lain, diantaranya adalah usia, jenis

kelamin, status marital, ada tidaknya gejala afasia yang ditemukan, dan adanya riwayat gangguan psikiatrik sebelum terkena penyakit stroke.

Letak lesi pada otak juga mempengaruhi kejadian depresi pasien. Pasien stroke dengan letak lesi pada hemisfer kiri menunjukkan adanya korelasi terhadap kejadian depresi pada pasien stroke. Penelitian yang dilakukan oleh Amir (2005) terhadap pasien *post stroke*, prevalensi kejadian depresi lebih tinggi pada lesi hemisfer kiri dibandingkan dengan lesi hemisfer kanan.

Risiko terjadinya depresi pada pasien stroke tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan untuk tahap awal (akut), menengah dan akhir dari pemulihan stroke. Hackett (2004) menemukan sekitar 33% frekuensi depresi pada pasien stroke. Pada fase menengah masih ditemukan 33% dan pada fase jangka panjang pemulihan setelah stroke dengan sedikit peningkatan menjadi 34%. Frekuensi depresi yang dilakukan di rumah sakit juga ditemukan variasi yang sederhana yaitu untuk fase akut 36%, jangka menengah 32% dan jangka panjang 34%.

Data dari rekam medik RSUD Labuang Baji Makassar menunjukkan bahwa jumlah kunjungan ke poliklinik saraf dengan diagnose pengakit stroke mengalami peningkatan yaitu sebanyak 747 kunjungan pada tahun 2010 menjadi 1169 kunjungan pada tahun 2011. Sementara untuk data terakhir yaitu pada bulan November tahun 2012, tercatat jumlah kunjungan yaitu sebanyak 107 termasuk untuk kunjungan berulang.

Dari uraian di atas, diperoleh gambaran bahwa demikian banyaknya penderita stoke baik itu NHS (*nonhemorrhage stroke*) maupun HS (*hemorrhage stroke*) dimana disertai dengan gangguan neurologis, gangguan bicara namun belum

diketahui seberapa besar tingkat kejadian depresi yang dialami oleh pasien stroke tersebut. Oleh karena itu peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Depresi pada Pasien Stroke di Rumah Sakit Umum Daerah Labuang Baji Makassar tahun 2013”.

B. Rumusan Masalah

Masalah psikologis yang biasa menyertai penyakit stroke salah satunya adalah gangguan depresi. Masalah ini sering tidak diperhatikan karena pelayanan kesehatan hanya berfokus pada penatalaksanaan penyakit saja. Depresi berat dapat mempengaruhi kepekaan pasien dalam menerima pengobatan dan upaya rehabilitasi. Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk melihat “Faktor-faktor apakah yang berhubungan dengan kejadian depresi pada pasien stroke di RSUD Labuang Baji Makassar tahun 2013?”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dalam penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian depresi pasien stroke di RSUD Labuang Baji Makassar tahun 2013.

2. Tujuan Khusus

- a. Teridentifikasinya hubungan antara usia dengan kejadian depresi pasien stroke.

- b. Teridentifikasinya hubungan antara jenis kelamin dengan kejadian depresi pasien stroke.
- c. Teridentifikasinya hubungan antara letak lesi pada otak dengan kejadian depresi pasien stroke.
- d. Teridentifikasinya hubungan antara tingkat ketergantungan ADL dengan kejadian depresi pasien stroke.
- e. Teridentifikasinya faktor yang paling berhubungan dengan kejadian depresi pada pasien stroke.

D. Manfaat penelitian

1. Manfaat bagi institusi

Penelitian ini diharapkan dapat menambah khasanah ilmu pengetahuan serta sebagai bahan acuan bagi pengembangan kurikulum pendidikan keperawatan.

2. Manfaat bagi Rumah Sakit

Dapat menjadi acuan dan bahan pertimbangan dalam upaya memberikan perawatan yang optimal bagi pasien penderita stroke sehingga kejadian depresi dapat diminimalkan dan di cegah sedini mungkin.

3. Manfaat bagi Bagi Peneliti Keperawatan

Menjadi landasan dalam melakukan penelitian selanjutnya tentang kejadian depresi atau penelitian lain yang berhubungan, baik secara langsung maupun tidak langsung khususnya pada pasien stroke.

4. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini merupakan pengalaman berharga bagi peneliti dalam mengaplikasikan ilmu yang telah diperoleh, serta memperluas wawasan khususnya terkait masalah depresi terhadap pasien stroke.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan tentang Stroke

1. Defenisi stroke

Stroke atau yang biasa disebut dengan cedera serebrovaskuler merupakan penyakit yang menunjukkan kelainan otak baik secara fungsional maupun structural yang disebabkan oleh keadaan patologis dari pembuluh darah serebral atau dari seluruh sistem pembuluh darah otak. Keadaan patologis ini menyebabkan perdarahan dari sebuah robekan yang terjadi pada dinding pembuluh atau kerusakan sirkulasi serebral oleh oklusi parsial atau seluruh lumen pembuluh darah dengan pengaruh yang bias bersifat sementara atupun permanen (Doengoes, 2000).

2. Jenis-jenis penyakit stroke

Penyakit stroke dibedakan dalam dua klasifikasi utama yaitu stroke iskemik (*non hemorrhage stroke*) dan stroke hemoragik (*hemorrhage stroke*).

a. Stroke sumbatan (iskemik)

Dapat disebabkan oleh sumbatan setempat pada suatu pembuluh darah tertentu di otak yang sebelumnya sudah mengalami proses aterosklerosis (pengerasan dinding pembuluh darah akibat degenerasi hialin dan lemak) yang dipercepat oleh berbagai faktor resiko, sehingga terjadi penebalan kedalam lumen pembuluh darah tersebut yang akhirnya dapat menyumbat sebagian atau seluruh lumen (trombosis). Sumbatan juga dapat disebabkan oleh thrombus atau bekuan darah yang berasal dari lokasi lain misalnya

plak di dinding pembuluh darah leher yang besar atau dari jantung (emboli).

b. Stroke perdarahan (hemoragik)

Disebabkan oleh pecahnya cabang pembuluh darah tertentu di otak akibat dari kerapuhan dindingnya yang sudah berlangsung lama (proses aterosklerosis atau penuaan pembuluh darah) yang dipercepat oleh berbagai faktor (Price & Wilson, 2006) (Smeltzer & Bare, 2002).

3. Patofisiologi

Tanpa memperhatikan penyebab, kejadian yang berada dibalik serangan stroke adalah kekurangan oksigen dan nutrien. Pada keadaan normal, jika pembuluh arteri tersumbat, maka mekanisme autoregulasi akan membantu mempertahankan peredaran darah serebral sampai terbentuk sirkulasi kolateral untuk mengalirkan darah ke daerah yang terkena. Jika mekanisme kompensasi ini bekerja terlalu berlebihan atau aliran darah serebral tetap terganggu selama lebih dari beberapa menit, maka kekurangan oksigen akan menimbulkan infark jaringan otak. Sel-sel otak akan berhenti bekerja karena mereka tidak mempunyai simpanan glukosa atau glikogen yang dapat dipakai selama metabolisme anaerob berlangsung.

Stroke thrombus atau emboli menyebabkan iskemia. Sebagian neuron yang diperdarahi oleh pembuluh darah yang tersumbat akan mati karena kekurangan oksigen dan nutrient. Keadaan ini mengakibatkan infark serebri; disini cedera jaringan akan memicu respons inflamasi yang selanjutnya akan meningkatkan tekanan intracranial. Cedera sel – sel disekitarnya akan

mengganggu metabolisme dan menyebabkan perubahan pada transportasi ion, asidosis lokal, serta pembentukan radikal bebas. Kalsium, natrium, dan air akan menumpuk dalam sel-sel yang cedera sementara neurotransmitter eksitasi dilepaskan. Cedera dan pembengkakan sel yang terus berlangsung akan menciptakan lingkaran setan sehingga terjadi kerusakan yang lebih lanjut.

Jika stroke tersebut disebabkan oleh hemoragik, kerusakan perfusi serebral akan menimbulkan infark dan darah sendiri akan menjadi massa yang menempati ruangan (*space-occupying mass*) sehingga terjadi penekanan pada jaringan otak. Mekanisme regulasi pada otak akan berupaya menjaga keseimbangan dengan meningkatkan tekanan darah agar tekanan perfusi serebral dapat dipertahankan. Kenaikan tekanan intrakranial akan memaksa cairan serebrospinal mengalir keluar dan dengan demikian memulihkan keseimbangan tersebut. Jika perdarahan kecil, mekanisme kompensasi ini mungkin memadai untuk mempertahankan hidup pasien dengan terjadi deficit neurologi minimal saja. Akan tetapi, bila perdarahan hebat, maka tekanan intracranial akan meningkat dengan cepat dan perfusi darah akan berhenti. Meskipun tekanan intracranial kembali normal, namun banyak sel otak yang telah mati.

Pada awalnya, pembuluh darah serebral yang ruptur dapat berkonstriksi untuk membatasi kehilangan darah. Vasospasme ini lebih lanjut akan mengganggu aliran darah sehingga terjadi iskemia dan kerusakan sel yang lebih berat. Jika di dalam pembuluh darah terbentuk bekuan, penurunan aliran darah juga meningkatkan keadaan iskemia. Bila darah mengalir ke dalam

rongga subarachnoid maka terjadi iritasi meningen. Sel-sel darah yang merembes keluar melalui dinding pembuluh darah dan masuk ke dalam jaringan sekitar juga dapat terurasi serta menyumbat vili araknoidalis sehingga terjadi hidrosefalus (Kowalak et al, 2011).

4. Gangguan akibat penyakit stroke

Stroke menyebabkan berbagai defisit neurologik, bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area dan perfusinya tidak adekuat, dan jumlah aliran darah kolateral (sekunder atau aksesori). Tanda dan gejala stroke pada umumnya adalah sebagai berikut:

a. Kehilangan motorik

- 1) Hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi)
- 2) Hemiparesis (kelemahan salah satu sisi tubuh)

b. Kehilangan komunikasi

- 1) Disatria (kesulitan berbicara), ditunjukkan dengan bicara yang sulit dimengerti yang disebabkan oleh paralisis otot yang bertanggung jawab untuk menghasilkan bicara
- 2) Disfasia atau afasia (bicara detektif atau kehilangan bicara), yang terutama ekspresif atau resptif.
- 3) Apraksia (ketidakmampuan untuk melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya), seperti terlihat ketika pasien mengambil sisir dan berusaha untuk menyisir rambutnya.

c. Gangguan persepsi

Kesulitan dalam menginterpretasikan stimuli visual, taktil dan auditorius. Berupa kerusakan sentuhan ringan atau mungkin lebih berat dengan kehilangan proporsi (kemampuan untuk merasakan posisi dan gerakan bagian tubuh).

d. Disfungsi kandung kemih

- 1) Kerusakan kontrol motorik dan postural
- 2) Kerusakan sensasi dalam respon terhadap pengisian kandung kemih.
- 3) Kontrol sfingter urinarius eksternal berkurang atau hilang.

e. Kerusakan fungsi kognitif dan efek psikologik

Bila kerusakan telah terjadi pada lobus frontal, memepelajari kapasitas, memori, atau fungsi intelektual kortikal yang lebih tinggi mungkin rusak. Disfungsi ini dapat ditunjukkan dalam lapang perhatian terbatas, kesullitan dalam pemahaman, lupa dan kurang motivasi yang menyebabkan pasien ini menghadapi masalah frustasi dalam program rehabilitasi mereka. Depresi umum terjadi dan mungkin di perberat oleh respons alamiah pasien terhadap penyakit katastrofik ini. Masalah psikologik lain juga umum terjadi dimanifestasikan oleh labilitas emosional, bermusuhan, frustasi, dendam, dan kurang kerjasama (Smeltzer & Bare, 2002).

Price & Wilson (1997) memberikan gambaran klinis utama yang dikaitkan dengan insufisiensi aliran darah ke otak dapat dihubungkan dengan tanda serta gejala berdasarkan arteri sebagai berikut:

1) Vertebro-basilaris (sirkulasi posterior-manifestasi biasanya bilateral)

Pasien akan merasakan kelemahan pada satu atau keempat anggota gerak, peningkatan refleks tendon, ataksia, tanda Babinski bilateral, tanda serebelar, disfagia, disartria, sinkop, stupor, koma pusing, gangguan daya ingat, gangguan penglihatan (diploopia, nistagmus, ptosis, paralisis dari gerakan satu mata), dan muka baal.

2) Arteria karotis interna (sirkulasi anterior—gejala-gejalanya biasanya unilateral).

a) Buta satu mata yang episodic, disebut amaurosis fugaks, pada sisi tubuh yang arteria karotisnya terserang; keadaan ini disebabkan oleh insufisiensi arteria retina. Gejala-gejala sensorik dan motoric anggota tubuh kontralateral akibat insufisiensi aliran darah arteria serebri media.

b) Lesi pada daerah antara arteria serebri anterior dan media atau arteria serebri media. Gejala mula-mula timbul pada anggota gerak bagian atas (tangan terasa lemah dan baal) dan dapat melibatkan wajah –kelemahan jenis supranuklear. Kalau terjadi pada hemisfer domain, maka akan timbul gejala afasia ekspresif (oleh karena mengenai daerah percakapan motoris Broca)

3) Arteria serebri anterior (gejala primernya adalah perasaan kacau)

Terjadi kelemahan kontralateral lebih besar pada tungkai. Lengan bagian proksimal mungkin ikut terserang. Gerakan voluntary pada tungkai terganggu. Gangguan sensorik kontralateral dan disertai

demensi, refleks mencengkram dan refleksi patologis (disfungsi lobus frontalis).

4) Arteria serebri posterior (dalam lobus mesensefalon atau thalamus)

Ditandai dengan koma, hemiparesis kontralateral, afasia visual atau buta kata (aleksia), kelumpuhan saraf otak ketiga-hemianopsia, koreoatetosis

5) Arteria serebri media

Monoparesis atau hemiparesis kontralateral (biasanya mengenai lengan). Kadang-kadang hemianopsia kontralateral (kebutaan), Afasia global (jika hemisfer dominan yang terkena)-gangguan semua fungsi yang ada hubungannya dengan percakapan dan komunikasi, serta disfagia.

5. Faktor resiko penyakit stroke

Stroke disebabkan oleh banyak faktor resiko. Menurut Smeltzer & Bare (2002), faktor resiko stroke adalah sebagai berikut:

- a. Hipertensi (faktor resiko utama). Pengendalian hipertensi adalah kunci untuk mencegah stroke
- b. Penyakit kardiovaskular (embolisme serebral) yang berasal dari jantung (penyakit arteri koronaria, gagal jantung kongestif, hipertrofi ventrikel kiri, abnormalitas irama khususnya fibrilasi atrium, dan penyakit jantung kongestif)
- c. Kolesterol tinggi
- d. Obesitas

- e. Peningkatan hematokrit meningkatkan resiko infark serebral
- f. Diabetes-dikaitkan dengan aterogenesis terakselerasi
- g. Kontrasepsi oral (khususnya dengan disertai htensi, merokok, dan kadar estrogen tinggi)
- h. Merokok
- i. Penyalahgunaan obat (khususnya kokain)
- j. Konsumsi alkohol

Pinzon & Asanti (2010) mengklasifikasikan faktro resiko dari penyakit stroke kedalam dua kelompok, yaitu faktor yang tidak dapat diubah dan faktor yang dapat di ubah. Faktor yang tidak dapat diubah meliputi usia, jenis kelamin, ras, riwayat keluarga dan riwayat stroke sebelumnya. Faktor resiko yang dapat diubah yaitu hipertensi, diabetes, obesitas, merokok, dan dyslipidemia.

6. Penatalaksanaan Stroke

a. Terapi medis

Terapi medis yang dapat dilakukan pada pasien stroke adalah terapi neuroproteksi. Tujuan dari terapi ini adalah mempertahankan fungsi jaringan. Hipotermia adalah adalah terapi neuroproteksif yang telah lama digunakan. Cara kerja metode ini adalah menurunkan aktifitas metabolisme dan kebutuhan oksigen sel-sel neuron. Dengan demikian, neuron terlindungi dari kerusakan lebih lanjut akibat hipoksia berkepanjangan yang timbul setelah cedera sel neuron.

Pendekatan lain untuk mempertahankan jaringan adalah dengan pemakaian neuroprotektif. telah banyak riset stroke yang meneliti obat yang dapat menurunkan metabolisme neuron, mencegah pelepasan zat-zat toksik dari neuron yang rusak, atau memperkecil respons hipereksitatorik yang merusak dari neuron-neuron di penumbra iskemik yang mengelilingi daerah infark pada stroke. Namun karena sifat cedera otak yang multidimensi dan sekusional, maka kecil keungkinannya ada satu obat yang akan dapat melindungi otak secara total selama stroke. Kemungkinan besar diperlukan kombinasi beberapa obat agar potensi pemulihan dapat diupayakan secara penuh.

Adapun terapi medis lain yang dapat diberikan pada pasien stroke adalah antikoagulasi, trombolisis intravena, trombolisis intraarteri, terapi perfusi dan pengendalian edema serta terapi medis umum lainnya.

b. Terapi Bedah

Dekompresi bedah adalah satu intervensi drastis yang dilakukan saat ini. Pada prosedur ini, salah satu sisi tengkorak diangkat (suatu hemikraniektomi) sehingga jaringan otak yang mengalami infark dan edema mengembang tanpa dibatasi oleh struktur tengkorak yang kaku. Dengan demikian prosedur ini mencegah tekanan dan distorsi pada jaringan yang masih sehat dan struktur batang otak (Price dan Wilson, 2006).

7. Komplikasi

Kowalak et al (2011) menyebutkan bahwa komplikasi yang dapat terjadi pada pasien stroke bervariasi menurut intensitas dan tipe stroke misalnya

tekanan darah yang tidak stabil (akibat kehilangan control vasomotor), edema serebral, ketidakseimbangan cairan, kerusakan sensorik, infeksi (pneumonia), perubahan tingkat kesadaran, aspirasi, kontraktur, emboli paru dan kematian.

B. Tinjauan tentang Depresi

1. Rentang Respon Emosional

Alam perasaan (mood) adalah perpanjangan keadaan emosional yang mempengaruhi seluruh kepribadian dan fungsi kehidupan seseorang. Alam perasaan ini meliputi emosi seseorang yang kuat dan menyebar dan mempunyai arti yang sama dengan afek, keadaan perasaan, dan emosi. Sama halnya dengan aspek lain dari kepribadian, emosi atau alam perasaan memberikan suatu peran adaptif terhadap individu. Jika memandang ekspresi emosi dalam suatu rentang sehat sakit, akan tampak beberapa parameter relevan dalam gambar berikut.

- a) Respon emosional termasuk dipengaruhi oleh dan berperan aktif dalam dunia internal dan eksternal seseorang. Tersirat bahwa orang tersebut terbuka dan sadar akan perasaannya sendiri.
- b) Reaksi berduka yang tidak terkomplikasi terjadi sebagai respons terhadap kehilangan dan tersirat bahwa seseorang sedang menghadapi suatu kehilangan yang nyata serta terbenam dalam proses berdukanya.
- c) Supresi emosi mungkin tampak sebagai penyangkalan (denial) terhadap perasaan sendiri, terlepas dari perasaan tersebut, atau internalisasi terhadap semua aspek dari dunia afektif seseorang.

- d) Penundaan reaksi berduka adalah ketiadaan yang persisten respons emosional terhadap kehilangan. Ini dapat terjadi pada awal proses berkabung, dan menjadi nyata pada proses berduka, atau keduanya. Penundaan dan penolakan proses berduka kadang terjadi bertahun-tahun.
- e) Depresi, atau melankolia adalah suatu kesedihan dan perasaan duka yang berkepanjangan atau abnormal. Dapat digunakan untuk menunjukkan berbagai fenomena, seperti tanda, gejala, sindrom, keadaan emosional, reaksi, penyakit atau klinis.
- f) Mania ditandai dengan alam perasaan yang meningkat, bersemangat atau mudah terganggu. Hipomania digunakan untuk menggambarkan sindrom klinis serupa, tetapi tidak separah mania atau episode manik Stuart (2007).

2. Pengertian depresi

Depresi adalah suatu gangguan perasaan hati dengan ciri khusus sedih, merasa sendiri, rendah diri, putus asa, biasanya disertai tanda-tanda retradasi psikomotor atau kadang-kadang agitasi, menarik diri dan terdapat gangguan vegetatif seperti insomnia, dan anoreksia (Kaplan & Saddock, 2003).

3. Tanda dan gejala depresi

Ciri-ciri orang yang mengalami depresi dapat dilihat dari cara berpikir, perasaan dan sampai kepada bentuk perilaku. Adapun perilaku yang berhubungan dengan depresi menurut Stuart (2007) sebagai berikut :

a) Afektif

Ditandai dengan kemarahan, ansietas, apatis, kepahitan, kekesalan, penyangkalan perasaan, kemurungan, rasa bersalah, keidakberdayaan,

keputusasaan, kesepian, harga diri rendah, kesedihan, dan rasa tidak berharga.

b) Kognitif

Ditandai dengan ambivalensi, kebingungan, ketidakmampuan berkonsentrasi, tidak dapat mengambil keputusan, kehilangan minat dan motivasi, pesimis, menyalahkan diri sendiri, mencela diri sendiri, pikiran yang destruktif tentang diri sendiri, dan ketidakpastian.

c) Fisiologis-lanjutan

Ditandai dengan konstipasi, pusing, kelelahan, sakit kepala, impotensi, gangguan pencernaan, insomnia, kelesuan, perubahan haid, mual, makan berlebihan, tidak responsive secara seksual, gangguan tidur, muntah dan perubahan berat badan.

d) Perilaku

Ditandai dengan agresif, agitasi, alkoholisme, perubahan tingkat aktifitas, kecanduan obat, intoleransi, mudah tersinggung, kurang spontanitas, sangat tergantung, kebersihan diri yang kurang, retradasi psikomotor, isolasi sosial, mudah menangis, kurang mampu mencapai hasil dan menarik diri.

4. Faktor Predisposisi

Berbagai teori telah diajukan untuk menjelaskan gangguan alam perasaan yang parah. Faktor-faktor penyebab yang mungkin bekerja sendiri atau dalam kombinasi:

- a) Faktor Genetik dianggap mempengaruhi transmisi gangguan efektif melalui riwayat keluarga dan keturunan.
- b) Teori agresi yang ditujukan kepada diri menunjukkan bahwa depresi terjadi karena perasaan marah yang ditunjukkan kepada diri sendiri.
- c) Teori kehilangan objek merujuk kepada perpisahan traumatik individu dengan benda yang sangat berarti.
- d) Teori organisasi kepribadian menguraikan bagaimana konsep diri yang negatif dan harga diri rendah mempengaruhi sistem keyakinan dan penilaian seseorang terhadap stressor.
- e) Model kognitif menyatakan bahwa depresi merupakan masalah kognitif yang didominasi oleh evaluasi negatif seseorang terhadap diri sendiri, dunia, dan masa depan diri sendiri.
- f) Model ketidakberdayaan yang dipelajari menunjukkan bahwa bukan hanya trauma yang menyebabkan depresi, tetapi keyakinan bahwa seseorang tidak mempunyai kendali terhadap hasil yang penting dalam kehidupannya; oleh karena itu, berhenti melakukan respons yang adaptif
- g) Model perilaku berkembang dari kerangka teori belajar sosial, yang mengasumsikan penyebab depresi terletak pada kurangnya keinginan positif dalam berinteraksi dengan lingkungan.
- h) Model biologis menguraikan perubahan kimia dalam tubuh yang terjadi selama masa depresi, termasuk defisiensi katekolamin, disfungsi endokrin, hipersekresi kortisol, disregulasi neurotransmitter dan variasi periodik dalam irama biologis.

5. Faktor Presipitasi

Gangguan alam perasaan juga disebabkan oleh faktor eksternal. Menurut Stuart (2007) terdapat empat stressor yang dapat mencetuskan terjadinya gangguan alam perasaan:

- a) *Kehilangan keterikatan*, yang nyata atau yang dibayangkan, termasuk kehilangan cinta, seseorang, fungsi fisik, kedudukan atau harga diri. Karena elemen aktual dan simbolis terdapat pada konsep kehilangan, persepsi pasien merupakan hal yang penting.
- b) *Peristiwa besar dalam kehidupan* sering dilaporkan sebagai pendahulu episode depresi dan mempengaruhi masalah-masalah individu saat ini dan kemampuan menyelesaikan masalah.
- c) *Ketegangan peran* mempengaruhi perkembangan depresi, terutama pada wanita.
- d) *Perubahan fisiologis* yang diakibatkan oleh obat-obatan atau berbagai penyakit fisik (seperti infeksi, neoplasma, ketidak seimbangan metabolik) dapat mencetuskan gangguan alam perasaan. Berbagai macam obat antihipertensi dan penyalahgunaan zat adiktif adalah factor pencetus yang lazim. Kebanyakan penyakit kronik yang melemahkan tubuh juga sering disertai dengan depresi. Depresi yang dialami oleh lansia biasanya bersifat kompleks karena untuk menegakkan diagnosisnya sering melibatkan evaluasi kerusakan otak organik dan depresi klinis.

6. Faktor resiko Depresi

Faktor-faktor yang dapat menyebabkan resiko depresi adalah terjadinya episode depresi sebelumnya, riwayat keluarga tentang depresi, pernah melakukan percobaan bunuh diri sebelumnya, jenis kelamin wanita, usia saat awitan depresi <40 tahun, masa pascapartum, komorbiditas medis, kurang dukungan sosial, peristiwa kehidupan yang penuh stress, riwayat personal tentang penganiayaan seksual, dan penyalahgunaan zat saat ini (Stuart, 2007).

C. Tinjauan tentang Depresi pada Pasien Stroke

1. Prevalensi dan Etiologi DPS (Depresi Pasca Stroke)

Depresi pasca stroke (DPS) memiliki prevalensi yang tinggi. Kejadian ini dapat terjadi kapan saja setelah kejadian stroke dengan angka prevalensi antara 20-50%. Meify & Agus (2009) menemukan bahwa DPS memiliki efek yang buruk terhadap pasien jika dihubungkan dengan masalah keberhasilan fungsi afek, perbaikan kognitif, Penarikan diri setelah serangan, dan peningkatan angka kematian.

Terdapat 2 teori yang dapat menjelaskan penyebab terjadinya depresi pada pasien stroke, yaitu:

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

2. Dampak Depresi Post Stroke (DPS)

Akibat yang ditimbulkan oleh DPS menurut Meify & Agus (2009) bahwa DPS memiliki efek yang buruk terhadap pasien jika dihubungkan dengan masalah keberhasilan fungsi afek, perbaikan kognitif, penarikan diri setelah serangan, dan peningkatan angka kematian. Timbulnya ide bunuh diri juga sering terjadi yakni sekitar 25%. Faktor penyebabnya adalah kecacatan fisik, dukungan sosial yang kurang dan pikiran yang kalut dan adanya rasa bersalah yang sangat tinggi.

Kecacatan fisik menimbulkan perasaan tidak nyaman oleh pandangan orang lain terhadap dirinya mengakibatkan penderita stroke membatasi dirinya untuk tidak keluar dari lingkungannya. Persepsi penderita yang tidak proporsional mengenai ketidakmampuan fisiknya perlu diwaspadai pada periode akut.

3. Terapi Medis dan Psikoterapi terhadap DPS

Terapi medis yang dapat diberikan pada penderita DPS adalah:

a. Tricyclic Antidepressant TCA

TCA bukan merupakan pilihan utama dalam penanganan DPS karena dapat menimbulkan berbagai efek samping berupa hipotensi ortostatik, AV blok, aritmia jantung yang mengancam nyawa pasien, delirium atau *confusing*, pusing, blok jantung, *urinary outlet obstruction*, dan *narrow angle glaucoma*.

b. Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI)

SSRI merupakan pilihan utama karena lebih efektif daripada placebo dan TCA serta memiliki efek samping yang rendah. Efek samping SSRI adalah mual, sakit kepala, agitasi, ansietas, dan insomnia.

c. Trazodone dan lisuride maleat

Kedua jenis obat ini dapat merupakan alternative yang baik jika dibandingkan dengan obat SSRI.

d. Obat Psikostimulan

Pemakaian obat ini seperti methylphenidate, dextroamphetamine merupakan pilihan yang menarik terutama kemampuannya dalam mengatasi gejala apatis dan *fatigue*. Efek samping dari obat ini adalah takikardi dan hipertensi sering membuat pasien menghentikan pemakaian obat ini (Meify & Agus, 2009).

Terapi lain yang dapat diberikan kepada pasien stroke yang mengalami depresi adalah psikoterapi individu, psikoterapi keluarga dan terapi kelompok. Psikoterapi individu diberikan dalam bentuk terapi supportif seperti mengangkat kembali harga diri pasien yang menurun. Adanya gangguan kognitif, perjalanan penyakit yang kronis, dan perawatan di rumah sakit yang berulang dapat menimbulkan gangguan emosional sehingga pasien memerlukan ventilasi, dukungan, perbaikan mekanisme dan mentolerir terhadap ketidakmampuan serta ketergantungan yang dialami.

Terapi keluarga merupakan komponen perencanaan terapi yang komprehensif pada pasien gangguan emosional pasca stroke. Tujuan

terapi ini adalah untuk mengurangi disfungsi tingkah laku pada anggota keluarga dalam berhubungan dengan pasien. Adanya hubungan antara fungsi keluarga dengan kesembuhan dari gangguan emosional pasca stroke. Kritikan lingkungan atau lingkungan yang sangat terlibat dapat memperlambat penyembuhan. Perbaikan atau pengurangan perawatan di rumah sakit tergantung dari kemampuan keluarga untuk menurunkan ekspresi emosi.

Terapi kelompok memiliki tujuan untuk mengurangi isolasi, mendorong hubungan interpersonal. Terapi ini dapat memperbaiki harga diri pasien, orientasi, tingkah laku, pemecahan masalah, dan mengurangi depresi serta kecemasan. Suatu terapi kelompok yang efektif ditandai dengan terbentuknya lingkungan terapeutik yang kohesif, saling mendukung sehingga dapat memberikan kesempatan perbaikan adaptasi terhadap disabilitas yang sebenarnya (Andri & Susanto, 2008).

D. Tinjauan tentang Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Depresi Post Stroke

Yuliami (2006), mengemukakan bahwa, depresi pada pasien yang mengalami stroke bisa dipengaruhi oleh beberapa faktor. diantaranya adalah usia, jenis kelamin, status marital, gangguan komunikasi (ada tidaknya gejala afasia yang ditemukan), dan adanya riwayat gangguan psikiatrik sebelum terkena penyakit stroke. Selain itu, depresi post stroke juga memiliki hubungan yang erat dengan tingkat ketergantungan ADL (*Activity Daily Living*), dan letak lesi pada otak.

a. Korelasi Ketidakmampuan Fisik Akibat Stroke dengan Depresi Post Stroke

Beberapa gejala sekuele (gejala sisa) yang terjadi pada pasien stroke seperti gangguan motorik, gangguan komunikasi, gangguan penglihatan, gangguan persepsi sensori dan beberapa gangguan lain yang menyebabkan ketidakmampuan fisik dapat mencetuskan terjadinya depresi. Depresi muncul sebagai gejala berupa rasa sedih yang persisten, suasana kejiwaan yang terasa kosong, hilangnya perhatian dan minat, perasaan putus asa dan pesimis, rasa bersalah dan tak berguna, rasa lelah yang berlebihan, kesulitan berkonsentrasi, insomnia, serta hilangnya nafsu makan. Ketidakmampuan fisik yang menyebabkan hilangnya peran hidup yang dimiliki penderita stroke sebelum sakit dapat menyebabkan gangguan persepsi akan arti diri dan dengan sendirinya akan mengurangi kualitas hidupnya (Suwantara, 2004) . hal ini juga telah dibuktikan berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Ratnasari (2012), yang menunjukkan bahwa adanya korelasi sedang antara kejadian depresi dengan tingkat ketergantungan ADL (*Activity Daily Living*).

Keterbatasan fisik yang dinilai oleh Kauhanen (1999) dengan menggunakan instrument ADL membuktikan adanya asosiasi antara gangguan-gangguan yang diakibatkan oleh stroke. Frekuensi depresi berat mengalami peningkatan pada tahun pertama. Gangguan komunikasi merupakan pencetus depresi terbesar. Hal tersebut ditegaskan

kembali oleh Amir (2005) bahwa keterbatasan motorik atau hendaya yang ditimbulkan oleh penyakit stroke mmemilik hubungan dengan depresi. Pasien stroke yang tidak depresi tidak menunjukkan perubahan fungsi sehari-hari. Bahkan seiring berjalannya waktu, fungsi kehidupan sedikit lebih meningkat.

b. Korelasi Lesi Anatomis dengan Depresi Post Stroke

Pengamatan klinis oleh beberapa peneliti menunjukkan bahwa perilaku emosional dan reaksi katastrofik lebih sering dijumpai pada penderita stroke yang mengalami lesi di daerah hemisfer kiri, sedangkan pendrita dengan lesi di hemisfer kanan terdapat pola indiiferen. Chemerinski & Robinson dalam Suwantara (2004) melaporkan penderita dengan lesi hemisfer kiri 64% menunjukkan gangguan depresi ringan sampai berat sedangkan kelainan ini hanya didapatkan pada 14% penderita dengan lesi pada hemisfer kanan.

Amir (2005) melihat perbedaan persentase kejadian DPS berdasarkan letak lesi pad korteks dan subkorteks . Dari penelitian tersebut didapatkan sekitar 44% pasien dengan lesi di korteks kiri mengalami depresi dan pada subkortekskiri sekitar 39%. Depresi pada korteks kanan 11% dan di subkorteks kanan 14%. Tidak terdapat perbedaan kejadian depresi yang bermakna antara lesi korteks dengan subkorteks. Tetapi prevalensi depresi lebih tinggi secara bermakna pada lesi pada di hemisfer kiri dibandingkan dengan lesi di hemisfer kanan.

Bila dilihat lebih jauh, pasien dengan lesi korteks frontal kiri anterior lebih sering mengalami depresi jika dibandingkan dengan pasien dengan lesi korteks frontar kiri posterior. Dengan kata lain, depresi akan lebih berat jika lesi dekat ke kutub frontal.

c. Korelasi Usia dengan Kejadian depresi Post Stroke

Makin muda usia penderita, kecenderungan mengalmi depresi lebih besar, meskipun sebenarnya mereka yang berusia lanjut mungkin lebih berisiko mengalami depresi. Depresi timbul sebagai dampak dari gangguan fungsional, institusional dan tidak adanya dukungan sosial. Penelitian Burvill dkk dalam Yuliami (2006), didapatkan bahwa setelah stroke, pada penderita pria persentase yang mengalami depresi diantara mereka yang berusia dibawah 60 tahun lebih tinggi dibandingkan dengan berusia diatas 60 tahun (48% - 20%), sementara pada wanita justru sebaliknya (23% - 31%).

d. Korelasi Jenis Kelamin dengan Depresi Post Stroke

Berdasarkan jenis kelamin, pada beberapa penelitian didapatkan bahwa depresi pada stroke lebih banyak dialami oleh penderita stroke yang berjenis kelamin wanita jika dibandingkan dengan penderita stroke dengan jenis kelamin laki-laki. Pada penelitian Paradiso & Robinson dalam Yuliami (2006), didapatkan bahwa depresi berat post stroke bahkan terjadi dua kali lebih banyak dialami oleh wanita daripada laki-laki. Namun pada wanita, beratnya depresi berkaitan dengan letak lesi pada hemisfer kiri, gangguan fungsi kognitif dan riwayat gangguan psikiatrik sebelumnya.

Sementara pada laki-laki, beratnya depresi berkaitan dengan gangguan kemampuan melakukan aktifitas kehidupan sehari-hari dan gangguan fungsi sosial.

e. Korelasi Gangguan Komunikasi dengan Kejadian depresi Post Stroke

Gangguan komunikasi yang sering terjadi pada pasien stroke adalah afasia dan disatria. Afasia adalah gangguan kemampuan berbahasa yang didapat dimana penderita sebelum terserang stroke adalah normal. Afasia dialami oleh sepertiga penderita stroke pada fase akut. Secara klinis, jelas bahwa gangguan komunikasi berperan terhadap berat dan berkepanjangannya gangguan depresi post stroke (Yuliami, 2006).

f. Korealsi Status Marital dengan Depresi Post Stroke

Pada penelitian Burvill, didapatkan bahwa persentase depresi pada stroke yang tertinggi adalah diantara penderita yang bercerai (40%), lalu yang hidup berpisah (33%), yang menduda – menjanda karena kematian pasangan hidup (28%), sedangkan diantara mereka yang bujangan atau yang masih terikat pernikahan, persentasenya lebih rendah masing-masing 21% dan 20% (Yuliami, 2006).

g. Korealsi Riwayat Gangguan Depresi Sebelum Stroke dengan Kejadian depresi Post Stroke

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa para penderita stroke yang mengalami depresi cenderung sudah mempunyai riwayat gangguan psikiatrik sebelumnya atau mempunyai keluarga yang mempunyai gangguan psikiatrik. Ada beberapa penelitian yang menyatakan bahwa

pernah menderita gangguan jiwa sebelumnya merupakan faktor risiko penderita depresi stroke pada penderita wanita saja (Yuliami, 2006).

Pekerjaan dengan tingkat pendapatan yang rendah juga berperan dalam menimbulkan adanya gejala depresi. Zhang (2011) di China menemukan bahwa keluarga dengan penghasilan rendah mengalami depresi yang lebih tinggi bila dibandingkan dengan keluarga dengan penghasilan yang lebih tinggi.

Berg (2009) mengemukakan bahwa, ada banyak faktor yang bisa mempengaruhi terjadinya kejadian depresi pada pasien stroke seperti tingkat pendidikan, faktor sosial, sifat atau pembawaan individu itu sendiri, dan kurangnya adaptasi. Namun, belum ada cukup literature yang akurat dalam melihat hubungan faktor- faktor tersebut sebagai penyebab yang potensial terhadap depresi post stroke. Namun belum ada literatur yang bisa menjelaskan keakuratan faktor tersebut yang memicu terjadinya depresi. Adanya perubahan waktu dan adanya faktor penyebab lain yang membutuhkan penelitian lebih lanjut.