

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Di dunia kesehatan sekarang ini telah menempatkan penyakit stroke sebagai penyakit yang paling sering menimbulkan kecacatan pada usia dewasa dan merupakan penyebab tersering kematian nomer dua setelah penyakit jantung iskemik (Lipska *et al*, 2007). *World Health Organisation* (WHO) memperkirakan ada sekitar 5,5 juta jiwa orang di dunia meninggal karena stroke (Juniarti, 2008). *World Stroke Organisation* mengingatkan bahwa 1 diantara 6 orang diseluruh dunia akan terkena stroke selama hidupnya. Pasien yang selamat dari fase stroke diperkirakan 80% dan 50-70% nya menderita kecacatan kronis dengan derajat yang bervariasi (WHO, 2004). Hampir sebagian besar penderita atau sebesar 83% penderita stroke mengalami stroke iskemik (Misbach & Kalim, 2007). Pada stroke iskemik, aliran darah ke otak terhenti kurang dari 24 jam (Williams & Hopper, 2003). Prevalensi penyebab serangan diketahui bahwa angka kejadian stroke iskemik lebih tinggi dibanding stroke hemoragik, yaitu sebanyak 80% sampai 85% dari seluruh kejadian stroke (Wong, 2010).

Di negara maju yaitu Amerika Serikat, stroke merupakan penyebab kematian ketiga setelah jantung koroner dan kanker. Diperkirakan bahwa sekitar 550.000 orang penduduk Amerika Serikat meninggal setiap tahunnya akibat stroke (Black & Hawks, 2005). Di negara berkembang jumlah stroke cukup tinggi hingga mencapai dua

pertiga dari total penderita stroke di seluruh dunia (WHO, 2004). Di Negara berkembang juga menyumbang 85,5 % dari total kematian akibat stroke (Kamal *et al*, 2009). Di negara Asia terutama Cina, India, dan Indonesia terjadi peningkatan stroke yang dihubungkan dengan faktor resiko stroke seperti merokok, kolestrol tinggi, diabetes dan hipertensi (*Bathesda Stoke Center*, 2014).

Prevalensi stroke di Indonesia mencapai 8,3 per 1.000 penduduk. Prevalensi tertinggi adalah Nangro Aceh Darussalam (16,6 per 1.000 penduduk) dan yang terendah adalah berada di Papua (3,8 per 1000 penduduk). Dari 8,3 per 1.000 penduduk, yang telah terdiagnosis oleh tenaga kesehatan adalah 6 per 1.000 penduduk. Hal ini menunjukkan 72,3 % kasus stroke di masyarakat telah didiagnosis oleh tenaga kesehatan. Data menunjukkan bahwa stroke penyebab kematian dan kecacatan utama semua umur nomer 1 diantara pasien yang dirawat di rumah sakit di Indonesia (Departemen Kesehatan R.I, 2009).

Tingginya angka kematian dan kecacatan yang disebabkan oleh stroke dipengaruhi adanya proses patofisiologi yang terjadi didalam jaringan cerebral penderita. Penurunan aliran darah ke cerebral/ *Cerebral Blod Flow* (CBF) berpengaruh terhadap terganggunya hemodinamika cerebral. Dalam keadaan normal seharusnya *CBF* mempertahankan sebesar 20% Cardiac Output (CO) secara kontinyu. Nilai normal CBF berkisar antara 50 sampai 55 ml per 100 g permenit (Castro, Marchut, & Wurster, 2002). Gangguan perubahan aliran darah yang membawa oksigen ke otak tersebut menyebabkan terjadinya gangguan pada sistem saraf pusat dan saraf kranialis dan berakibat pada kecacatan fisik, mental dan

kematian (WHO, 2010). Kecacatan fisik atau perubahan perilaku yang disebabkan oleh stroke adalah kelumpuhan alat gerak, kehilangan kemampuan menelan, gangguan kognitif dan psikologis (Black & Walk, 2005).

Akibat iskemik jaringan otak menyebabkan penurunan aliran darah yang membawa oksigen berkurang sehingga keadaan ini menyebabkan neuron tidak mampu mempertahankan respirasi oksigen yang memadai (*aerob respiration*) dan menyebabkan mitokondria melakukan metabolisme anaerob dan menghasilkan asam laktat dalam jumlah besar yang dapat menyebabkan perubahan level PH (Asidosis). Perubahan level PH menyebabkan neuron tidak mampu menghasilkan *Adenosine Triphosphate* (ATP) untuk proses depolarisasi yaitu proses perubahan muatan ion di dalam sel dari negatif menjadi positif, pompa membran untuk mempertahankan keseimbangan elektrolit gagal dan terjadi gangguan fungsi sel, pembentukan radikal bebas dan penurunan produksi protein yang menyebabkan sel neuron mengalami injuri dan berakhir dengan kematian sel, akibat neuron mengalami injury maka menyebabkan gangguan pada system syaraf pusat dan syaraf kranialis yang dapat menyabkan kecacatan fisik dan mental (Smeltzer & Barre, 2005).

Bentuk kecacatan fisik atau gejala sisa pascastroke berupa kehilangan fungsi motorik, kehilangan komunikasi atau kesulitan berbicara (*disatria*), gangguan persepsi, kerusakan fungsi kognitif yang menyebabkan gangguan mental psikologi yang dapat berupa penurunan konsep diri, penurunan fungsi peran dan cenderung menyalahkan diri sendiri. Hal ini disebabkan karena adanya distorsi kognitif terhadap diri, dunia dan masa depannya, sehingga dalam mengevaluasi diri dan

menginterpretasikan hal-hal yang terjadi mereka cenderung mengambil kesimpulan yang tidak cukup dan berpandang negatif sehingga mengalami gangguan psikologis (Lubis, 2009). Salah satu komplikasi gangguan psikologis yang berkaitan dengan status fisik pasien setelah serangan stroke biasa disebut depresi pasca stroke atau DPS

Depresi pascastroke merupakan faktor utama yang dapat menghambat penyembuhan fungsi neurologi dan aktivitas harian pada pasien stroke dan berhubungan dengan peningkatan mortalitas. Sebenarnya depresi bisa mengenai siapa saja, akan tetapi orang yang memiliki penyakit serius seperti stroke memiliki frekuensi lebih tinggi. Depresi sendiri merupakan gangguan mental yang ditandai dengan munculnya gejala penurunan *mood*, kehilangan minat terhadap sesuatu, perasaan bersalah, gangguan tidur atau nafsu makan, kehilangan energi, dan penurunan konsentrasi (*World Health Organization*, 2010). Seringkali depresi pascastroke kurang mendapat perhatian sehingga sering terjadi *miss* diagnosis. Sumber lain menyebutkan kira-kira 40% pasien stroke iskemik terdiagnosis depresi pascastroke (DPS), studi lain melaporkan insiden yang lebih tinggi yaitu 72%. Depresi menetap setelah 20 tahun pada 34% pasien stroke usia tua berhubungan dengan keluaran kognitif dan fisik yang buruk (Loubinoux, 2012).

Depresi apabila tidak ditangani dapat menimbulkan hormon kortisol yang mempengaruhi penurunan sistem imun sehingga ketahanan tubuh penderita juga semakin menurun yang menyebabkan penderita juga lebih mudah terkena infeksi, kadar glukosa dan tekanan darah juga meningkat yang menyebabkan berulangnya serangan stroke (Auryn, 2007). Depresi pascastroke memiliki dampak negatif pada

proses rehabilitasi dan penurunan ADL. Selain itu juga mempengaruhi pemulihan fungsional, fungsi kognitif, kualitas hidup dan kesehatan penggunaan penderita stroke (Carod-Artal, 2010). Berdasarkan studi kasus yang dilakukan Yuliami di bangsal saraf RS. Kariadi Semarang selama periode Januari-Desember 2005, didapatkan suatu kesimpulan bahwa penderita stroke dengan depresi membutuhkan waktu lama untuk terjadinya perbaikan defisit neurologis dibandingkan penderita tanpa depresi. Salah satu terapi komplementer yang dapat memperbaiki peredaran darah, merilekskan ketegangan pada otot-otot, mengurangi nyeri dan meningkatkan relaksasi fisik serta psikologis adalah SSBM (Shocker, 2008)

Dalam *review Jurnal of Clinical of Nursing* menyimpulkan bahwa SSBM dapat meningkatkan relaksasi sehingga akan menurunkan depresi. Dalam jurnal tersebut peneliti memberikan terapi SSBM selama 3 menit selama 3 hari didapatkan hasil penurunan tekanan darah, *heart rate*, *finger temperature* dan respon verbal yang mengindikasikan relaksasi sehingga mengurangi depresi. Penelitian yang dilakukan Mook and Woo (2004) menggunakan 20 pertanyaan dengan *Spielberger Self-Evaluation Questionnaire* (STAI) pada 21 responden lanjut usia untuk menganalisa *effect psychological* dari SSBM didapatkan hasil yang signifikan terhadap penurunan kecemasan, dimana depresi merupakan suatu respon banyaknya kejadian kecemasan atau stress kronik dalam kehidupan. Mook & Woo pada tahun 2004 juga melakukan *Slow Stroke Back Massage* kepada 102 lansia di rumah sakit Cina dan setelah 10 menit dinilai menggunakan STAI diperoleh peningkatan relaksasi yang *significant* ( $p < 0,05$ ). Dalam jurnal *Assesment of Depression After Stroke* tahun

2009 didapatkan hasil bahwa penilaian depresi pascastroke bisa menggunakan *Beck Depression Inventory II* yang merupakan alat ukur bagi tenaga profesional, BDI II ini yang merupakan standar baku alat ukur yang ditetapkan oleh Aaron Beck dimana juga telah di uji kembali nilai validitas dan reliabilitasnya di Indonesia oleh Ginting, Sriyasekti pada tahun 2012 dan sudah diaplikasikan ke dalam penelitian untuk menilai tingkat derajat depresi pada penderita pascastroke (Berg *et al*, 2009)

SSBM adalah tindakan massage pada punggung dengan usapan perlahan selama 3-10 menit (Potter & Perry, 2005). SSBM merupakan tindakan keperawatan mandiri perawat non farmakologi yang efektif menurunkan depresi dengan tidak mempunyai efek samping (*minim risk*) dibandingkan dengan farmakologi yang dapat mempengaruhi disfungsi seksual, peningkatan berat badan, dan gangguan tidur selama terapi jangka panjang (Wong, 2010). Dengan memberikan terapi komplementer ini diharapkan dapat mengurangi atau menghilangkan depresi yang biasa dialami oleh pasien pascastroke. SSBM secara patofisiologi mempengaruhi kontraksi dinding kapiler sehingga terjadi vasodilatasi pembuluh darah kapiler dan pembuluh getah bening, memperlancar aliran oksigen dalam darah, pembuangan metabolisme semakin lancar sehingga memacu hormon endorfin sehingga memberi rasa nyaman, merangsang saraf reseptor saraf sensorik menuju ke sistem saraf pusat dan apabila mengenai impuls bagian kelabu pada otak tengah (*periaqueductus*) kemudian dari *periaqueductus* ini disampaikan ke hipotalamus, dari hipotalamus inilah melalui saraf desenden hormon endorfin dikeluarkan sehingga menimbulkan rasa rileks (Shocker, 2008). Dalam keadaan tubuh yang rileks maka tubuh juga akan

menghentikan produksi hormon adrenalin dan hormon kortisol yang diperlukan saat kita tertekan atau depresi. Depresi pascastroke ditunjukkan dalam BDI II dengan komponen psikologis berupa kesedihan, pesimistik, merasa gagal, kehilangan kesenangan, perasaan bersalah, perasaan merasa dihukum, benci diri sendiri, pengkritikan terhadap diri sendiri, pikiran untuk bunuh diri, menangis, tidak bisa istirahat, kehilangan minat, keragu-raguan, ketidakberartian, kehilangan energi, perubahan pola tidur, mudah tersinggung, perubahan dalam selera makan, kesulitan berkonsentrasi, lelah dan kehilangan minat sex (Berg, 2009).

Puskesmas Kartasura berada di wilayah Kabupaten Sukoharjo merupakan tempat pelayanan kesehatan dan menjadikan puskesmas ini sebagai ujung tombak dalam preventif, kuratif, serta rehabilitatif. Dari survei Dinas Kesehatan Jawa Tengah pada 2005 diketahui bahwa Sukoharjo merupakan Kabupaten dengan prevalensi kasus stroke tertinggi kedua setelah Kabupaten Semarang yaitu 3.164 kasus (14,22%). Observasi atau studi pendahuluan pada hari rabu tanggal 20 Agustus 2015 terdapat 47 pasien pascastroke dalam 1 bulan terakhir, yaitu terhitung dari Juni - Juli 2015. Hasil wawancara dengan mendatangi rumah pasien ditemukan bahwa kepada 6 pasien pasca stroke, didapatkan 4 diantaranya menunjukkan tanda-tanda depresi dengan onset dini 3-6 bulan seperti suasana hati tertekan berupa murung dan terlihat sedih, perasaan bersalah karena merasa penyakitnya adalah suatu hukuman sehingga menyalahkan diri sendiri, takut akan merepotkan keluarganya, pasien mengatakan tidak bisa tidur di malam hari, penurunan produktivitas dikarenakan sakitnya sehingga tidak bisa bekerja. 2 pasien yang lain yang dengan onset lanjut

yaitu 24 bulan pasca stroke menunjukkan gejala depresi juga yaitu terlihat murung dan sedih sama seperti diatas.

Dari hasil wawancara dapat disimpulkan bahwa penderita pascastroke iskemik memiliki masalah baik secara fisik dan psikologis yang dapat menimbulkan depresi, yang biasa disebabkan pasien sudah jenuh dengan penyakit yang dideritanya karena memerlukan waktu yang lama untuk kesembuhan penyakitnya. Dengan mengembangkan keperawatan komplementer yang juga disebut dengan terapi holistik yang bisa mempengaruhi individu secara menyeluruh yaitu sebuah keharmonisan individu untuk mengintegrasikan pikiran, badan dan jiwa dalam satu kesatuan fungsi yang erat sekali kaitannya dalam mengatasi depresi (Smith *et al*, 2004). Berdasarkan hasil referensi dan data yang ada maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian berjudul “*Slow Stroke Back Massage* terhadap penurunan tingkat depresi pada pasien pascastroke iskemik di Puskesmas Kartasura Sukoharjo”.

## **B. Rumusan Masalah**

Stroke adalah penyebab kematian dan kecacatan utama semua umur no.1 diantara pasien yang dirawat di rumah sakit di Indonesia. Hampir sebagian besar penderita stroke mengalami stroke iskemik yaitu sebesar 83%. Pada stroke iskemik, aliran darah ke otak terhenti kurang dari 24 jam yang dapat menyebabkan penurunan aliran darah yang membawa oksigen ke otak menyebabkan terjadinya gangguan pada sistem saraf pusat dan saraf kranialis dan berakibat pada kecacatan fisik mental dan kematian.



Depresi pascastroke ditunjukkan dalam BDI II dengan komponen psikologis berupa kesedihan, pesimistik, merasa gagal, kehilangan kesenangan, perasaan bersalah, perasaan merasa dihukum, benci diri sendiri, pengkritikan terhadap diri sendiri, pikiran untuk bunuh diri, menangis, tidak bisa istirahat, kehilangan minat, keragu-raguan, ketidakberartian, kehilangan energi, perubahan pola tidur, mudah tersinggung, perubahan dalam selera makan, kesulitan berkonsentrasi, lelah dan kehilangan minat sex. Peran perawat dalam upaya menurunkan stressor harus terus berkelanjutan, karena penderita pasca serangan stroke membutuhkan perawatan yang komprehensif, termasuk upaya pemulihan dan rehabilitasi dalam jangka waktu yang lama bahkan sepanjang waktu sisa hidup penderita. Dengan mengetahui bahwa manfaat komplementer SSBM yang dapat memperbaiki peredaran darah, mengurangi ketegangan pada otot-otot, mengurangi nyeri dan meningkatkan relaksasi fisik serta psikologis diharapkan dapat menurunkan depresi penderita pascastroke sehingga kondisi penderita membaik, resiko serangan stroke berulang menurun, tidak terjadi komplikasi dan kematian mendadak.

Penelitian tentang pengaruh SSBM belum banyak dilakukan dan jika dikaitkan dengan depresi pasca stroke juga belum pernah dilakukan. sehingga pertanyaan penelitian yang ingin dijawab dalam penelitian ini adalah : bagaimana pengaruh SSBM terhadap penurunan depresi pasien pascastroke iskemik di Puskesmas Kartasura Sukoharjo?

### **C. Tujuan Penelitian**

#### 1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui pengaruh SSBM terhadap penurunan depresi pada pasien pascastroke iskemik di Puskesmas Kartasura Sukoharjo

#### 2. Tujuan Khusus

- a. Untuk menganalisa tingkat depresi *pre* dan *post* pada kelompok intervensi.
- b. Untuk menganalisa tingkat depresi *pre* dan *post* pada kelompok kontrol
- c. Untuk mengetahui perbedaan tingkat depresi *pre* dan *post* pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

### **D. Manfaat Penelitian**

#### 1. Pelayanan keperawatan/ klinik

- a) Penelitian ini dapat dijadikan dasar dalam memberikan asuhan keperawatan, dimana perawatan yang komprehensif untuk pasien pascastroke adalah mengetahui terapi komplementer yang efektif dalam menurunkan depresi karena kesembuhan penderita yang sifatnya memerlukan waktu yang lama atau selama sisa hidupnya.
- b) Hasil penelitian ini juga diharapkan mampu menjadi dasar yang paling penting dalam membuat dan menilai tingkat depresi dari pasien pascastroke iskemik dengan menitikberatkan pada adanya terapi komplementer.

## 2. Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan mampu menambah referensi dalam dunia penelitian terkait SSBM terhadap penurunan tingkat depresi pada penderita pascastroke iskemik yang masih belum ada.

## 3. Pendidikan dan ilmu keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan mampu dijadikan sebagai pedoman dalam pendidikan keperawatan dengan menambahkan hasil penelitian dijadikan bahan atau topik dalam mata ajar keperawatan komprehensif atau keperawatan komplementer dan diakui bahwa SSBM merupakan terapi komplementer mandiri dari keperawatan.