

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 *Activity of Daily Living (ADL)*

2.1.1 *Pengertian Activity of Daily Living (ADL)*

Menurut Smeltzer & Bare (2018) menjelaskan bahwa *Activity of Daily Living (ADL)* ialah kegiatan dasar berupa merawat diri yang dilaksanakan setiap hari untuk memenuhi segala kebutuhan hidup tiap harinya. Sedangkan menurut Whitehead et al., (2015) bahwa *Activity of Daily Living (ADL)* merupakan kegiatan sehari-hari yang diperlukan untuk hidup mandiri dan juga melibatkan pengelolaan dalam merawat diri, seperti makan, mandi, memakai pakaian, toilet, pengelolaan kontinensia, ambulasi dasar dan mobilitas. Aktivitas kehidupan sehari-hari (*ADL*) dibagi menjadi 2, yakni *Basic Activity of Daily Living (BADL)* dan *Instrumental Activity of Daily Living (IADL)*. Adapun *BADL* meliputi hal yang dibutuhkan mendasar contohnya perawatan tidur termasuk gerak, berpakaian, berdandan, mandi, makan, dan toileting. Sering buang air besar dan kecil pada *Basic Activity of Daily Living (BADL)*. Aktivitas instrumental kehidupan sehari-hari adalah aktivitas yang melibatkan penggunaan alat-alat untuk membantu melakukan *Activity of Daily Living (ADL)* termasuk berpindah-pindah, menggunakan telepon, menyiapkan makanan, pengelolaan obat-obatan, pengelolaan keuangan, pekerjaan rumah tangga, mencuci dan berbelanja (Setiati, 2015).

Menurut Maryam dalam Kamila (2017) *Activity of Daily Living (ADL)* meliputi: kegiatan berupa fisik adalah gerakan bagian tubuh manusia yang menjadikan keluarnya energi dan sangat dibutuhkan oleh manusia. Adapun contoh kegiatan tiap hari yang relevan antara lain berbelanja, aktivitas ringan, membersihkan rumah, dan mencuci pakaian. Aktivitas mental yang dilakukan seseorang membantu menjaga pikiran tetap baik, mengembangkan kesukaan (hobi), dan menikmati kegiatan waktu luang yang membahagiakan. Misalnya kegiatan tiap hari yang relevan adalah mengelola keuangan rumah tangga, mengikuti kegiatan keagamaan, atau meluangkan waktu untuk melakukan sesuatu yang Anda sukai. Aktivitas sosial

merupakan kemampuan seseorang dalam menerima perubahan dalam hidup. Contoh aktivitas sehari-hari yang relevan antara lain bisa berinteraksi dengan orang-orang di sekitar, menekuni hobi, dan berpartisipasi dalam aktivitas kelompok.

Dalam penelitiannya, Fadlulloh et al (2014) menjelaskan bahwa kejadian stroke dapat menimbulkan kecacatan bagi penderita yang mampu bertahan hidup. Salah satunya adalah ketidakmampuan perawatan diri akibat kelemahan pada ekstremitas dan penurunan fungsi mobilitas yang dapat menghambat pemenuhan *Activity of Daily Living* (ADL). *Activity of Daily Living* (ADL) merupakan kegiatan sehari-hari yang dilakukan seseorang untuk memenuhi kebutuhan hidupnya. Pemenuhan kebutuhan dasar pada penderita stroke dilakukan secara dependen dengan bantuan caregiver baik perawat ataupun keluarga. Hasil penelitiannya menunjukkan bahwa sekitar 22,70% penderita stroke tergantung pada pasangan atau perawatnya dalam melakukan perawatan diri.

Kebanyakan orang dewasa menjalani aktivitas rutin yang mereka lakukan setiap hari tanpa memberikan perhatian khusus pada olahraga. Sulit untuk berpikir untuk menghilangkan kebutuhan untuk mandi, berpakaian, makan, atau buang air kecil kecuali terjadi sesuatu yang mengganggu kehidupan normal sehari-hari. Namun, seiring berlalunya waktu dan kesehatan serta keadaan berubah, aktivitas yang sebelumnya mudah dilakukan mungkin memerlukan perubahan pendekatan atau dukungan lainnya. Selain memberikan dukungan langsung kepada *Activity of Daily Living* (ADL), perawat juga membantu lansia dalam berpakaian sehari-hari dan menggunakan alat bantu untuk menjaga kemandirian.

Perawat juga memberikan dukungan dan nasehat kepada anggota keluarga dan teman yang membantu lansia dalam melakukan aktivitas dasar kehidupan tiap hari, misal mengemudi, berbelanja, masak, pekerjaan RT, dan bertelepon. Independensi dalam pelaksanaan *Activity of Daily Living* (ADL) juga mempunyai hubungan yang signifikan dengan status penyakit. Pasien stroke merasakan lemahnya otot dan

menurunnya daya tahan otot, berkurangnya rentang dalam bergerak, keterbatasan sensorik, serta bermasalah dalam jalan. Berkaitan dengan di atas, menjadikan berkurangnya kemampuan pasien stroke dalam menjalani *Activity of Daily Living* (ADL). Salah satu kondisi yang dapat memperparah penurunan kemampuan *Activity of Daily Living* (ADL) adalah stroke berulang. (Yusuf & Kongkoli, 2015).

Semakin bertambahnya usia, semakin tinggi ketergantungan pasien dalam melakukan aktivitas. Sebab, pasien semakin tua sehingga fungsi tubuhnya menurun, cenderung merasa tua dan mengalah terhadap keadaan, serta cenderung kurang aktif saat menjalani pengobatan sehingga memperlambat proses penyembuhan., yang memakan waktu dan kurang optimal (Parekh, 2015). Menurut Potter (2016), gender berkontribusi terhadap keterampilan perawatan diri. Pria lebih mungkin mengalami masalah kesehatan. Dengan kurang memperhatikan berat badan dan perawatan diri dibandingkan wanita. Perawatan diri lebih mudah dilakukan oleh wanita karena mereka lebih teliti dibandingkan pria.

Berdasarkan penjelasan di atas, dapat disimpulkan bahwa *Activity of Daily Living* (ADL) adalah kemampuan seseorang dalam melakukan serangkaian aktifitas rutin yang biasanya kita lakukan setiap hari tanpa mengandalkan bantuan orang lain. Aktifitas ini mencakup perawatan diri dan kebutuhan dasar seperti berpakaian, makan, minum, mandi, berhias, buang air kecil dan besar, serta berpindah tempat. Berkaitan dengan pasien stroke, tingkat ketergantungan *Activity of Daily Living* (ADL) tergantung keadaan stroke yang dialami oleh pasien.

2.1.2 Macam-macam *Activity of Daily Living* (ADL)

Menurut Sugiarto (2015) menjelaskan ada macam-macam *Activity of Daily Living* (ADL), yaitu :

2.1.2.1 ADL dasar, yaitu kemampuan mendasar yang wajib dilakukan orang untuk merawat dirinya meliputi berpakaian, makan & minum, toileting, mandi, berhias dan mobilitas. Ada juga yang memasukkan kontinensi buang air besar dan buang air kecil dalam kategori ADL dasar ini.

2.1.2.2 ADL Instrumental, yakni jenis ADL yang menyangkut menggunakan alat dan benda untuk menunjang aktivitas kehidupan sehari-hari, seperti: Menyiapkan makanan, menelepon, menulis, mengetik, dan mengelola uang kertas..

2.1.2.3 ADL vokasional, yakni jenis ADL yang berkaitan dengan hal bekerja atau aktifitas bersekolah.

2.1.2.4 ADL non-vokasional, yakni jenis ADL yang sifatnya menyenangkan/rekreasi, kegiatan kesenangan, dan beraktifitas di waktu kosong.

2.1.3 Faktor yang Mempengaruhi Pemenuhan *Activity of Daily Living* (ADL)

Beberapa faktor mempengaruhi pasien berkemampuan melaksanakan *Activity of Daily Living* (ADL) Menurut Hardywinoto (2017), yakni:

2.1.3.1 Umur dan status perkembangan

Umur dan status perkembangan seorang klien menunjukkan tanda kemandirian dan kemampuan, ataupun bagaimana klien bereaksi terhadap ketidakmampuan melaksanakan *Activity of Daily Living* (ADL). Saat perkembangan dari bayi sampai dewasa, seseorang secara perlahan-lahan menjadi ganti dari membutuhkan orang lain menjadi serba dilakukan sendiri dalam melakukan *Activity of Daily Living* (ADL).

2.1.3.2 Kesehatan fisiologis

Kesehatan fisiologis seseorang dapat mempengaruhi kemampuan partisipasi dalam *Activity of Daily Living* (ADL), contoh system nervous mengumpulkan, menghantarkan dan mengolah informasi dari lingkungan. Sistem muskuloskeletal mengkoordinasikan dengan sistem nervous sehingga dapat merespon sensori yang masuk dengan cara melakukan gerakan. Gangguan pada sistem ini misalnya karena penyakit, atau trauma injuri dapat mengganggu pemenuhan *Activity of Daily Living* (ADL) secara mandiri (Hardywinoto, 2017).

2.1.3.3 Fungsi Kognitif

Tingkat kognitif dapat mempengaruhi kemampuan seseorang dalam melakukan *Activity of Daily Living* (ADL). Fungsi kognitif menunjukkan proses menerima, mengorganisasikan dan menginterpretasikan sensor stimulus untuk berpikir dan menyelesaikan masalah. Proses mental memberikan kontribusi pada fungsi kognitif dapat mengganggu dalam berpikir logis dan menghambat kemandirian dalam melaksanakan *Activity of Daily Living* (ADL) (Hardywinoto, 2017).

2.1.3.4 Fungsi Psiko sosial

Fungsi psikologi menunjukkan kemampuan seseorang untuk mengingat sesuatu hal yang lalu dan menampilkan informasi pada suatu cara yang realistis. Proses ini meliputi interaksi yang kompleks antara perilaku intrapersonal dan interpersonal. Gangguan pada intrapersonal contohnya akibat gangguan konsep diri atau ketidakstabilan emosi dapat mengganggu dalam tanggung jawab keluarga dan pekerjaan. Hardywinoto (2007) juga menjelaskan bahwa gangguan interpersonal seperti masalah komunikasi, gangguan interaksi sosial atau disfungsi dalam berpenampilan sebagai peran dapat mempengaruhi akan pemenuhan *Activity of Daily Living* (ADL).

2.1.3.5 Tingkat stress

Stress merupakan respon fisik nonspesifik terhadap berbagai macam kebutuhan. Faktor yang dapat menyebabkan stress (stressor), dapat timbul dari tubuh atau lingkungan atau dapat mengganggu keseimbangan tubuh. Stressor tersebut dapat berupa fisiologis seperti injuri atau psikologi seperti kehilangan.

2.1.3.6 Ritme biologi

Ritme atau irama biologi membantu makhluk hidup mengatur lingkungan fisik disekitarnya dan membantu homeostasis internal (keseimbangan dalam tubuh dan lingkungan). Salah satu irama biologi yaitu irama

sirkadian, berjalan pada siklus 24 jam. Perbedaan irama sirkadian membantu pengaturan aktivitas meliputi tidur, temperatur tubuh, dan hormon. Beberapa faktor yang ikut berperan pada irama sirkadian diantaranya faktor lingkungan seperti hari terang dan gelap, seperti cuaca yang mempengaruhi *Activity of Daily Living* (ADL).

2.1.3.7 Status mental

Status mental menunjukkan keadaan intelektual seseorang. Keadaan status mental akan memberi implikasi pada pemenuhan kebutuhan dasar individu. Seperti yang diungkapkan oleh Cahya yang dikutip dari Baltes, salah satu yang dapat mempengaruhi ketidakmandirian individu dalam memenuhi kebutuhannya adalah keterbatasan status mental. Seperti halnya lansia yang memorinya mulai menurun atau mengalami gangguan, lansia yang mengalami apraksia tentunya akan mengalami gangguan dalam pemenuhan kebutuhan-kebutuhan dasarnya (Hardywinoto, 2017).

Faktor lain yang mempengaruhi *Activity of Daily Living* (ADL) Menurut Junaidi (2016) yaitu faktor sakit, pasien sakit cenderung sangat bergantung pada orang lain dalam pemenuhan kebutuhan *Activity of Daily Living* (ADL) terutama pasien sakit yang berdampak kelumpuhan pada anggota gerakanya seperti Stroke, Kecacatan yang diakibatkan stroke seringkali menjadikan adanya sisaan berupa lumpuh salah satu sisi anggota tubuh(hemiplegia) atau kelumpuhan (lemahnya otot). Hal ini dapat mengakibatkan cacat permanen dan selanjutnya mengganggu kemampuan manusia dalam melakukan aktivitas. *Activity of Daily Living* (ADL) terbatas.

Pada penelitian yang dilakukan oleh Surastri (2018) di RS Bethesda Yogyakarta, sebagian besar pasien stroke hemoragik yang mendapat pengobatan rawat jalan di klinik khusus neurologi adalah responden *Activity of Daily Living* (ADL) dengan kategori supervisi dibandingkan dengan pasien stroke non-hemoragik yang menerima pengobatan perawatan dirumah/jalan. Setelah berobat di tempat berobat khusus ahli saraf, kebanyakan besar responden termasuk dalam kategori *Activity of*

Daily Living (ADL). Stroke hemoragik lebih serius dibandingkan stroke non-hemoragik karena otak mengalami pendarahan dan mengalami peningkatan tekanan intrakranial (PTIC) akibat kekurangan oksigen. Otak mengalami pendarahan metabolik, menyebabkan matinya sel dan rusaknya yang bersifat tetap dalam jangka 3 hingga 10 menit setelah pasif.

Hartati (2022) menggambarkan faktor dukungan keluarga terhadap pemenuhan *Activity of Daily Living* (ADL) pada pasien stroke. Berdasarkan penelitian Lutz & Young (2016), ditemukan yakni adanya pasien stroke yang menerima sistem dorongan sosial yang tepat dan peran pengasuhan anggota berkeluarga dapat menunjang memulihkan *Activity of Daily Living* (ADL). Berdasarkan data Family Caregiver Alliance (FCA) (2015), 51 juta pengasuh pasien penyandang disabilitas berusia antara 18 dan 49 tahun. Di samping itu pula, tinggi rendahnya pendidikan orang yang membantu juga berpengaruh pada kemampuan dan perilakunya dalam mengasuh pasien.

Activity of Daily Living (ADL) pada Penderita Stroke: Kecacatan yang diakibatkan stroke seringkali menjadikan adanya sisaan yakni hemiplegia (lumpuh salah satu sisi anggota badan) serta kelumpuhan (lemahnya otot) yang berujung pada cacat permanen. Kemampuan fungsional seseorang saat melakukan aktivitas *Activity of Daily Living* (ADL). Mengembalikan kemampuan melakukan sendiri dalam berkegiatan keseharian pasien pasca stroke menjadi target sasaran pemulihan stroke pada tahap rehabilitasi (Bastian, 2017). Selama rehabilitasi, tergantung pada beberapa faktor, termasuk status ketergantungan pasien stroke, pasien mungkin dirawat di rumah sakit, pusat rehabilitasi, atau di rumah. Sepulang dari rumah sakit, Pasien stroke selalu dimotivasi untuk melaksanakan kegiatan merawat secara mandiri bila memungkinkan. Setidaknya pasien mampu melaksanakan *Activity of Daily Living* (ADL) seperti makan, berpakaian, mandi, kebersihan diri, toileting, dan inkontinensia. pengendalian, transfer dan mobilisasi.

Pasien juga dianjurkan untuk menggunakan kedua sisi tubuhnya saat melakukan *Activity of Daily Living* (ADL). contohnya, bila bagian kanan terkena, yang bersangkutan diajari memakai tangan kiri dalam beraktifitas. Namun, pastikan tangan yang terkena dampak dilibatkan dalam semua aktivitas. Semakin cepat pasien dapat melakukan segala sesuatunya sendiri, semakin cepat pula mereka menjadi mandiri. Hanya aktivitas yang berisiko terjatuh atau membahayakan pasien itu sendiri yang memerlukan bantuan keluarga (Adika et al, 2015).

2.1.4 Cara Pengukuran ADL

ADL mencakup kategori yang sangat luas dan dibagi-bagi menjadi sub kategori atau domain seperti berpakaian, makan minum, toileting/higieni pribadi, mandi, berpakaian, transfer, mobilitas, komunikasi, vokasional, rekreasi, instrumental ADL dasar, sering disebut ADL saja, yaitu ketrampilan dasar yang harus dimiliki seseorang untuk merawat dirinya meliputi berpakaian, makan & minum, toileting, mandi, berhias. Ada juga yang memasukkan kontinensi buang air besar dan buang air kecil dalam kategori ADL dasar ini. Dalam kepustakaan lain juga disertakan kemampuan mobilitas (Sugiarto,2015).

Pengkajian ADL penting untuk mengetahui tingkat ketergantungan atau besarnya bantuan yang diperlukan dalam kehidupan sehari-hari. Pengukuran kemandirian ADL akan lebih mudah dinilai dan dievaluasi secara kuantitatif dengan sistem skor. ADL dasar, sering disebut ADL saja, yaitu ketrampilan dasar yang harus dimiliki seseorang untuk merawat dirinya meliputi berpakaian, makan & minum, toilet, mandi, berhias. Ada juga yang memasukkan kontinensi buang air besar dan buang air kecil dalam kategori ADL dasar ini. Dalam kepustakaan lain juga disertakan kemampuan mobilitas (Sugiarto,2015).

Azmi (2021) menjelaskan bahwa untuk melihat kemampuan fungsional seseorang dapat diamati dari kemampuan *Activity of Daily Living* (ADL). *Activity of Daily Living* (ADL) adalah fungsi-fungsi yang bersifat fundamental terhadap kehidupan mandiri klien yang meliputi mandi, berpakaian, pergi ke kamar mandi berpindah

kontinen, dan makan. Salah satu alat ukur/instrumen dalam menilai kemandirian lansia adalah Katz Index yang meliputi kemampuan mandiri lansia untuk mandi, berpakaian, toileting, berpindah tempat, kontinen, dan makan. Indeks Katz membentuk suatu kerangka kerja untuk mengkaji kehidupan hidup mandiri lansia atau bila ditemukan terjadi penurunan fungsi maka akan disusun titik fokus perbaikannya.

Tabel 2. 1 Kuesioner Katz Index of ADL

No	Aktifitas	Kemandirian	Ketergantungan	Nilai
1	Mandi	Dapat mandi sendiri dengan benar atau membutuhkan bantuan hanya pada satu bagian tubuh seperti bagian unggung, bagian genital atau ekstremitas yang bermasalah.	Membutuhkan bantuan dengan mandi lebih dari satu bagian tubuh, saat masuk atau keluar dari bak mandi atau shower. Secara total membutuhkan bantuan	
2	Berpakaian	Dapat berpakaian dari lemari dan laci dan menempatkan baju dan baju bagian luar lengkap dengan kancing. Mungkin membutuhkan bantuan untuk mengikat tali sepatu.	Membutuhkan bantuan untuk berpakaian sendiri atau membutuhkan bantuan dalam berpakaian secara lengkap	
3	Menggunakan toilet	Pergi ke toilet, menggunakan dan selesai menggunakan , merapikan baju, membersihkan bagian genital tanpa bantuan	Membutuhkan bantuan saat berpindah ke toilet, membersihkan diri sendiri atau menggunakan pispot atau kloset	
4	Berpindah	Bergerak naik dan turun dari tempat tidur atau kursi tanpa bantuan. Bantuan berpindah dapat diterima.	Membutuhkan bantuan saat berpindah dari tempat tidur ke kursi atau membutuhkan transfer secara lengkap	
5	Buang air kecil (BAK)	Latihan control diri penuh saat buang air kecil dan buang air besar	Apakah sebagian atau sepenuhnya mengalami inkontinensia pada kandung kemih dan usus	
6	Makan	Dapat makan dari piring ke mulut. Menyiapkan makanan mungkin dibuat oleh orang lain tanpa bantuan.	Membutuhkan sebagian atau sepenuhnya bantuan saat makan atau membutuhkan makan secara parenteral	
Total Skor				

Sumber : Azmi (2021)

Skala yang ditetapkan Katz Index dalam ADL terdiri dari dua kategori yaitu kemandirian tinggi (index A, B, C, D) dan kemandirian rendah (E, F dan G).

2.1.4.1 Indeks Katz A yaitu kemandirian dalam 6 aktivitas yaitu makan, kontinen, berpindah, kamar kecil, berpakaian dan mandi.

2.1.4.2 Katz Index B yaitu kemandirian dalam 5 aktivitas.

2.1.4.3 Katz Index C yaitu kemandirian dalam semua hal kecuali mandi dan satu fungsi tambahan.

2.1.4.4 Katz Index D yaitu kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian dan satu fungsi tambahan.

2.1.4.5 Katz Index E yaitu kemandiri dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, kamar kecil dan satu fungsi tambhan.

2.1.4.6 Katz Index F yaitu kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, kamar kecil, berpindah dan satu fungsi tambahan.

2.1.4.7 Katz Index G yaitu ketergantungan terhadap keenam fungsi tersebut.

Perhatikan gambar di bawah ini.

Tabel 2.2 Indeks Katz

Indeks Katz	
Skor	Kriteria
A	Kemandirian dalam hal makan, kontinen (BAK/BAB), berpindah, kamar kecil, berpakaian dan mandi.
B	Kemandirian dalam semua aktifitas hidup sehari-hari, kecuali satu dari fungsi tersebut.
C	Kemandirian dalam semua aktifitas kecuali mandi dan satu fungsi tambahan.
D	Kemandirian dalam semua aktifitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian dan satu fungsi tambahan.
E	Kemandirian dalam semua aktifitas kecuali mandi, berpakaian, kamar kecil, dan satu fungsi tambahan.
F	Kemandirian dalam semua aktifitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, kamar kecil, berpindah dan satu fungsi tambahan.
G	Ketergantungan pada enam fungsi tersebut.

Sumber : Azmi (2021)

2.2 Depresi

2.2.1 Pengertian Depresi

Menurut Seligman (2013) bahwa depresi adalah emosi yang terjadi ketika individu berusaha mencapai kekuasaan yang belum dapat diwujudkan, di tengah perasaan tidak berdaya dan kegagalan pribadi. Selain itu, menurut Kaplan & Sadock (2013)

menjelaskan bahwa depresi merupakan hal yang dirasakan sedih, pesimisme, dan kesepian yang menjadi bagian depresi berat dan gangguan perasaan lain. Depresi merupakan hal yang dirasakan sedih secara psikopatologis dan disertai anggapan hilangnya minat dan kesenangan, kurangnya energi, sehingga menimbulkan rasa lelah yang semakin meningkat, yang terlihat jelas bahkan setelah bekerja dalam waktu singkat. Penurunan aktivitas dapat mengindikasikan adanya gangguan Kesehatan.

Depresi dapat mempengaruhi, nafsu makan, konsentrasi, psikomotorik, pola tidur, kelelahan, anhedonia, dan perasaan putus asa. Merupakan masa disfungsi manusia yang disertai perasaan sedih dan gejala penyertanya, seperti perasaan tidak berdaya, tidak berdaya, dan perubahan kecenderungan bunuh diri. Diri (Kaplan, 2013). Depresi menyebabkan Anda merasa sedih, kehilangan semangat terhadap hal yang sering Anda lakukan, dan kurang mampu mengungkapkan perasaan gembira. Hal ini sering terjadi antara masa dewasa muda dan usia paruh baya. Bisa terjadi sekali, bisa sering terjadi, bisa terjadi sementara, bisa terjadi seumur hidup, bisa terjadi bertahap, atau bisa menjadi parah secara tiba-tiba (Sarwono, 2010). Depresi adalah gangguan mood dimana seseorang merasa tidak bahagia, tidak termotivasi, meremehkan dirinya sendiri dan sangat bosan. Penderita terus-menerus merasa tidak enak badan, mudah kehilangan stamina, nafsu makan menurun, kurang semangat, dan kurang motivasi (Halgin & Whitbourne, 2010).

Beck dan Alford (2009) menyatakan bahwa depresi dapat didefinisikan dengan adanya ciri-ciri antara lain suasana hati yang selalu berubah, seperti merasa sedih, merasa sepi, dan apatis; citra diri tidak baik terkait pada sikap menyalahkan dirinya sendiri; rasa frustrasi dan ingin menganiaya diri sendiri, seperti ingin melarikan diri, bersembunyi, atau mati; Perubahan kondisi fisik seperti kehilangan nafsu makan, susah tidur, dan menurunnya hasrat seksual serta perubahan tingkat aktivitas, seperti: kelambatan dan kebingungan.

Beck (Kring et al, 2014) mengidentifikasi tiga komponen negatif depresi antara lain memandang diri sendiri yang tidak baik; dunia (situasi); dan masa yang akan datang (future). Seseorang menderita depresi cenderung menganggap dirinya tidak berharga, kesepian, dan tidak mampu. Orang-orang ini percaya bahwa lingkungan dan keadaan mempersulit mereka untuk mencapai tujuan mereka. Selain itu, penderita depresi juga menunjukkan perasaan putus asa, lelah, dan apatis terhadap masa depan (Sharf, 2015).

2.2.2 Gejala Depresi

Indikasi klinis pasien depresi dianggap sebagai jenis gangguan jiwa (gangguan emosi/emotional disorder) pada ranah emosi, yang ditandai dengan rasa melankolis, apatis, kurang bergairah dalam hidup, perasaan tidak berdaya, dan putus asa. Gejala depresi meliputi kesedihan yang mendalam dan ketidakmampuan merasakan kegembiraan. Gejala fisik seperti tingkat energi yang rendah dan perasaan tidak enak badan juga umum terjadi pada depresi. Seseorang yang depresi seringkali merasakan lelah, kesulitan tidur, serta selalu terbangun dalam tidur (Davison et al., 2014).

Menurut Keltner et al. (dalam Wijayanti, 2019) menyatakan terkait seseorang mengalami masalah depresi jika terjadi lima atau lebih indikasi depresi bahwa dalam kurun waktu 2 minggu dan menunjukkan adanya perubahan dari keadaan normal orang tersebut. Gejala depresi adalah keadaan emosional yang tertekan hampir sepanjang waktu, hampir setiap hari, baik dilaporkan secara langsung dari yang bersangkutan (contoh, merasakan sedih/hampa) maupun diamati orang lain (contoh, merasa seolah-olah ingin menangis).

Menurut Keltner et al (dalam Wijayanti, 2019), gejala yang terjadi pada orang yang mengalami depresi antara lain:

2.2.2.1 Hilangnya semuanya kegembiraan maupun hampir semua kegiatan tiap harinya (seperti yang disampaikan oleh laporan subjektif atau observasi orang lain);

- 2.2.2.2 Penurunan yang drastic terkait berat badan tanpa ada program diet maupun penambahan BB yang cukup drastis (contoh: berat badan yang berubah lebih 5% dari berat badan semula kurun waktu 1 bulan).
- 2.2.2.3 Insomnia atau hipersomnia hampir setiap hari;
- 2.2.2.4 Kegelisahan atau kelambanan psikomotor (dapat diamati pada orang lain serta perasaan subjektif dari kegelisahan atau kelambanan);
- 2.2.2.5 Perasaan lelah atau kehilangan kekuatan hampir setiap hari;
- 2.2.2.6 Anggapan tidak memiliki harga diri dan selalu merasa bersalah tiap hari;
- 2.2.2.7 Kesulitan berpikir, berkonsentrasi, atau mengambil keputusan (sesuai laporan subjektif dan observasi orang lain) hampir setiap hari;
- 2.2.2.8 sering muncul dalam benak pikiran terkait kematian (tidak hanya takut mati), berulang kali muncul pikiran untuk bunuh diri tanpa rencana yang jelas, atau usaha bunuh diri atau rencana yang spesifik untuk mengakhiri nyawa sendiri.

Adapun gejala depresi berdasarkan yang dikemukakan oleh Keltner et al. (dalam Wijayanti, 2019) antara lain:

2.2.2.1 Gejala fisik

Gejala fisik penderita depresi antara lain sakit kepala, pusing, sakit perut, mual, bahkan gejala somatik seperti sesak napas, nyeri dada, muntah, detak jantung berlebihan, sulit tidur, penurunan gairah seksual, nafsu makan yang menurun, diare, makan berlebihan, diare. Semangat menurun, penurunan berat badan, lambat dalam bergerak, kurang tanggap saat berhubungan badan (Keltner et al. dalam Wijayanti, 2019).

2.2.2.2 Gejala Psikis

Menurut Keltner et al. (dalam Wijayanti, 2019), menjelaskan gejala gangguan kognitif pada penderita depresi antara lain kurangnya kemampuan berpikir logis, penurunan konsentrasi, kehilangan ingatan, dan disorientasi. Gejala gangguan mood antara lain mudah tersinggung, mudah marah, malu, cemas, bersalah disertai rasa terbebani, dan selalu melihat segala sesuatu dari sudut pandang pribadi, seperti

menghargai keberhasilan orang lain padahal mereka tidak punya keberhasilan sendiri. Selain itu, Keltner et al. (dalam Wijayanti, 2019) juga menambahkan ciri indikasi perilaku penderita depresi antara lain merasakan cemas berlebihan serta tidak mampu mengendalikan perilaku, Langkah tanpa tujuan, ketidakmampuan mengambil keputusan, ketidakmampuan melakukan aktivitas, kesedihan yang mendalam, penampilan suram, pandangan mata kosong.

2.2.2.3 Gejala Sosial

Gejala gangguan sosial pada pasien depresi antara lain suka hidup menyendiri atau tidak mau bersosialisasi, serta perasaan bersalah dan saat berbicara dengan orang yang lebih baik kariernya. Seseorang merasakan minder dan rendahnya rasa percaya diri dalam menjalin interaksi sosial Keltner et al. (dalam Wijayanti, 2019).

2.2.3 Etiologi Depresi

Depresi biasanya disebabkan kejadian kehidupan tertentu, namun nyatanya kejadian kehidupan tersebut berujung pada depresi. Biasanya, depresi jarang disebabkan oleh satu faktor saja. Namun karena bersifat multifaktorial, maka dapat menimbulkan kondisi yang mempengaruhi frekuensi depresi (Keltner et al. dalam Wijayanti, 2019)

Menurut Keltner et al. (dalam Wijayanti, 2019), beberapa faktor penyebab depresi, antara lain:

2.2.3.1 Faktor Internal

2.2.3.1.1 Stress

Stres merupakan suatu keadaan maupun kejadian yang mempunyai kemiripan dengan pengalaman traumatis yang sudah dilalui seseorang. Pengalaman traumatis yang berlalu dianggap sebagai penyebab utama sikap negatif yang kuat. Situasi yang dapat menyebabkan stres diantaranya keadaan yang melemahkan atau merendahkan diri Anda, seperti hubungan yang gagal dalam percintaan atau mengalami putus hubungan kerja, atau keadaan yang mengganggu pikiran orang ketika berhadapan dengan dilema yang tidak mudah diselesaikan (misalnya impian Anda menjadi polisi). Tapi orang tua menuntutnya. Seorang anak yang bersekolah

di sekolah kedokteran, menderita penyakit atau kecacatan yang menyebabkan pikiran negatif tentang penurunan fisik, dan serangkaian stres berulang yang mengganggu toleransi terhadap stres.

2.2.3.1.2 Faktor umur dan jenis kelamin

Berdasarkan hasil penelitian meeyatakan bahwa kaum muda/remaja/dewasa (18 hingga 44 thun), tampaknya banyak lebihnya rentan mengalami depresi. Wanita umumnya mempunyai risiko lebih tinggi terkena depresi dibandingkan pria. Menurut data Bank Dunia, sekitar 30% wanita menderita depresi sedangkan 12,6% laki-laki menderita depresi. Perbedaan jenjang depresi laki-laki dan perempuan disebabkan oleh factor biologis contoh perubahan hormon dan system reproduksi, factor ligkungan contoh berubahnya peran sosial yang menimbulkan kejadian, serta situasi yang mengakibatkan stres.

2.2.3.1.3 Kepribadian

Kepribadian adalah kualitas atau karakteristik unik seseorang. Aspek kepribadian berperan penting dalam menentukan tingkat kerentanan seseorang terhadap depresi. Orang dengan gambaran diri dan pola pikir negatif dan pesimistis lebih mungkin menderita depresi.

2.2.3.1.4 Faktor biologis

Selama seseorang mengalami depresi, akan terjadi ketidakseimbangan pelepasan neurotransmiter terpenting : serotonin, noradrenalin, dopamin, dan asetilkolin. Selama tahap depresi, terjadi kekurangan neurotransmiter utama yang mengendalikan enzim pengatur dan memproduksi bahan kimia. Di samping itu, poros adrenergik hipotalamus hipofisis, mengatur lepasnya kortisol, terjadi disfungsi.

2.2.3.1.5 Faktor psikologis

Penyebab depresi antara lain perasaan bersalah, sedih, negatif yang mendalam dan terus-menerus, perasaan negatif terhadap dirinya sendiri, merasa dirinya tidak

tanggung jawab, sulit dalam bersosialisasi, serta perasaan kurang berdaya (*hopelessness*).

2.2.3.2 Factor eksternal

Adapun Factor external penyebab depresi sebagai berikut:

- 2.2.3.2.1 Faktor keluarga seperti kedekatan anggota keluarga satu sama lain, dorongan emosional pasangan hidupnya, interaksi atau komunikasi, dan kondisi suasana rumah tangganya.
- 2.2.3.2.2 Faktor lingkungan meliputi dukungan sosial, latar belakang pendidikan, dan peran social.
- 2.2.3.2.3 Faktor tekanan kehidupan, yaitu keseluruhan kejadian kehidupan yang menimbulkan trauma atau stress.

2.2.4 Tingkatan Depresi

Menurut Vina et.al 2021 tingkat depresi terbagi menjadi 3 yaitu :

2.2.4.1 Depresi Ringan

Suasana hati seperti kehilangan minat, kehilangan kesenangan, dan kelelahan umumnya dianggap sebagai gejala klasik depresi, dan setidaknya dua dari gejala ini harus disertai dengan setidaknya dua gejala lainnya untuk membuat diagnosis pasti. Gejala tersebut antara lain adalah:

- 2.2.4.1.1 Konsentrasi dan perhatian kurang
- 2.2.4.1.2 Harga diri dan kepercayaan diri berkurang
- 2.2.4.1.3 Merasa selalu bersalah dan tidak berguna
- 2.2.4.1.4 Pandangan masa depan yang suram dan pesimis
- 2.2.4.1.5 Berusaha untuk membahayakan diri sendiri atau bunuh diri
- 2.2.4.1.6 Gangguan tidur
- 2.2.4.1.7 Menurunnya nafsu makan

Episode ini berlangsung setidaknya dua minggu. Orang yang menderita depresi ringan biasanya khawatir dengan gejalanya dan sangat sulit melakukan aktivitas sehari-hari..

2.2.4.2 Depresi Sedang

Setidaknya dua dari tiga gejala khas depresi ringan dan setidaknya tiga gejala harus ada. Beberapa gejala mungkin terlihat. Episode ini berlangsung kurang lebih dua minggu. Penderita depresi sedang biasanya mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

2.2.4.3 Depresi Berat

Gejala depresi tingkat ini antara lain: Untuk semua gejala klasik depresi ringan dan sedang, empat gejala lagi harus ditambahkan. Jika gejala-gejala penting, seperti keterlambatan perkembangan atau kegelisahan, menonjol, orang tersebut mungkin tidak dapat menjelaskannya secara rinci. efek (tatapan kosong, sering melankolis, perasaan hampa), diam lama, kurang perawatan diri, kehilangan nafsu makan, kecenderungan menarik diri dari lingkungan.

2.2.5 Penanganan Depresi

Orang yang menderita depresi memerlukan pengobatan segera. Menurut Hawari (dalam Azmi, 2021) Jika tidak ditangani dapat menyebabkan perilaku bunuh diri. Salah satu cara untuk mengobati depresi adalah konseling. Konsultasi adalah proses terbuka dan pribadi di mana para ahli kami membantu Anda memecahkan masalah Anda. Menurut Wanda et al (dalam Azmi, 2021) Konseling diberikan dengan menggunakan pendekatan konseptual holistik yang mencakup 6 bidang kesejahteraan, meliputi : kesejahteraan emosional, akademik, fisik, sosial, kejuruan, serta spiritual. Menurut pendapat Lesmana (dalam Azmi, 2021) bahwa Pendekatan dalam konseling salah satunya adalah pendekatan kognitif perilaku. Berkaitan dengan Pendekatan konseling kognitif berfokus atau berkaitan dengan mental dan pengaruhnya terhadap kesehatan mental maupun perilaku. Pendekatan tersebut berasumsi bahwasanya pikiran orang menentukan sejauhmana perasaan dan perilaku orang.

Menurut Seligman (dalam Fadlulloh, 2014) menyatakan bahwa ada 4 pengobatan yang meringankan atau mengatasi gangguan depresi: dua biologis dan dua

psikologis. Meskipun terapi biologis dapat meredakan gejala secara efektif, keduanya mempunyai efek samping yang penting. Karena terapi secara biologis tidak mampu menyelesaikan problem yang mendasarinya, maka depresi dapat muncul lagi kecuali penderita depresi selalu terus menerus meminum obatnya. Adapun Terapi biologis meliputi terapi elektrokonvulsif (ECS) dan terapi obat. Jenis terapi obat utama adalah trisiklik (Tofranil, Elavil, Synequan), inhibitor MAO (Nardil, Marplan, Parnate), serta inhibitor reuptake serotonin (Prozac). Semuanya membutuhkan waktu antara 10 hari hingga 3 minggu. Keampuhan mengurangi depresi sebenarnya mencapai 65%. Adapun Sekitar 25% penderita depresi tidak mampu/tidak mau meminum obat rutin dikarenakan efek sampingnya. Kejutan elektrokonvulsif (ECS) sebagai pengobatan yang sangat ditakuti pasien. Perawatan demikian menekan depresi berat pada sejumlah 75% kasus. Sebagian besar orang merasa tidak nyaman dengan ECS dikarenakan efek sampingnya yang serius contohnya hilang ingatan, merasa kebingungan serta perubahan kardiovaskular.

Psikoterapi meliputi terapi kognitif dan terapi interpersonal. Terapi kognitif bertujuan mengganti cara berpikirnya orang yang depresi berkaitan pengalaman kekalahan, kegagalan, ketidakberdayaan serta kehilangan. Terapi kognitif cukup efektif dan membantu kesembuhan yang baik bagi sejumlah 70% penderita depresi. Adapun Terapi interpersonal (IPT) berpusat pada interaksi sosial dan berasal dari pengobatan psikoanalitik jangka panjang, tetapi biasanya terdiri dari 12 hingga 16 sesi mingguan. Dalam IPT, ia akan disuruh untuk menilai kembali peranan yang hilang, mengungkapkan perasaan mereka berkaitan dengan kehilangan, pengembangan kecakapan sosial sesuai dengan peran yang baru, serta mewujudkan dorongan sosial yang baru. Terapi interpersonal adalah pengobatan jangka pendek yang tidak mahal dan tidak adanya efek samping serta sudah teruji dan terbukti sangat efektif dan efisien melawan depresi, mengurangi gejala sejumlah 70% kasus.

Menurut Davison dan Naela (dalam Irma Handayani, 2019) menyatakan depresi dapat ditangani dengan 4 pendekatan, yakni:

2.2.5.1 Pendekatan Psikodinamik

Berkaitan dengan Pendekatan Psikodinamik membantu pasien mendapatkan hikmah dari kejadian yang sudah dilaluinya dan memfasilitasi lepasnya amarah ada dalam dirinya. Selain itu, Pendekatan Psikodinamik membantu pasien mengungkapkan motif yang disembunyikannya.

2.2.5.2 Pendekatan *Cognitive Behavioral*

Pendekatan *Cognitive Behavioral* ini mengharuskan konselor membujuk klien depresi agar mengubah cara pandang terhadap diri sendiri dan peristiwa negatif.

2.2.5.3 Pelatihan Keterampilan Sosial

Pelatihan Keterampilan Sosial berfokus pada upaya meningkatkan interaksi sosial klien.

2.2.5.4 Pendekatan Biologis

Pendekatan Biologis Salah satu wujud terapi biologis yang digunakan pasien depresi adalah Electroconvulsive Therapy (ECT). ECT sebagai obat alternatif pilihan depresi berat. Perawatan lain termasuk memberikan obat depresi seperti tricyclis(imipramine atau amitrityline), inhibitor reuptake serotonin selektif (fluoxetine atau sertraline), dan inhibitor monoamine oksidase (parnate).

Pasca terserang stroke akan membuat tingkat ketergantungan seseorang terhadap orang lain menjadi semakin meningkat, sehingga orang tidak mandiri dalam melakukan aktivitas sehari-hari (Karunia, 2016). Masalah yang sering dialami oleh penderita stroke adalah ketidakmampuan dalam melaksanakan aktivitas sehari-hari atau perawatan diri akibat kelemahan pada ekstremitas dan penurunan fungsi mobilitas yang dapat menghambat pemenuhan activity daily living, serta menyebabkan ketidakmandirian pasien dalam melakukan perawatan diri seperti makan, berpakaian, mandi, berpindah tempat, BAB, BAK, dan bersosialisasi (Linggi, Alfani and Mertiana Lembang, 2018). Kemampuan seseorang melakukan ADL tergantung pada beberapa faktor yaitu umur, kesehatan fisiologis, fungsi kognitif, fungsi psikologis, Tingkat stres dan ritme biologis. (Karunia, 2016). Penelitian yang dilakukan oleh Pinzon, dkk (2019) terhadap status fungsional pasien stroke saat keluar rumah sakit didapatkan sebanyak 37% pasien stroke

mandiri dalam melakukan aktivitas, 42% pasien dengan tingkat ketergantungan sedang dan 21% pasien dengan tingkat ketergantungan ringan. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Santoso (2003) terhadap kemandirian aktivitas makan, mandi, dan berpakaian pada penderita stroke 6-24 bulan pasca rehabilitasi, menunjukkan responden yang melakukan aktivitas mandiri sebanyak 7,7% dan tidak mandiri sebanyak 92,3% (Sri, 2016).

2.2.6 Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)

Ada berbagai macam cara untuk mengukur tingkat depresi. Salah satu cara termudah untuk mengukur tingkat depresi ialah dengan menggunakan skala dalam bentuk kuisioner. Terdapat berbagai macam skala yang dapat digunakan, antara lain *Hamilton Depression Rating Scale* (HDRS), *The Beck Depression Inventory* (BDI), *Geriatric Depression Scale* (GDS), *Montgomery-Asberg Depression Rating Scale* (MADRS), *The Quick Inventory of Depressive Symptomatology* (QIDS) dan lain-lain. Dari semua skala di atas, yang menjadi gold standard untuk mengukur tingkat depresi dalam penelitian klinik adalah *Hamilton Depression Rating Scale* (HDRS).

Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) dikembangkan oleh Max Hamilton pada awal tahun 1960 yang kemudian secara luas digunakan dan diterima untuk mengevaluasi beratnya depresi. HDRS terdiri dari 21 item pertanyaan dengan focus primer pada gejala somatic (Idrus, 2016). Versi ini umumnya kebanyakan menggunakan 17 pertanyaan, walaupun versi dengan jumlah pertanyaan yang berbeda, meliputi 24 versi pertanyaan, telah digunakan pada beberapa penelitian (Nurul Utami, 2019). *Hamilton Depression Rating Scale* (HDRS) versi 17 item lebih banyak digunakan dalam standar penelitian-penelitian klinikal selama beberapa tahun terakhir dan paling banyak digunakan untuk penelitian-penelitian klinikal pada depresi. Pertanyaan dalam HDRS dinilai 0 hingga 2 atau 0 hingga 4, dengan total nilai pada 17 pertanyaan dengan range dari 0 hingga 50; nilai ≤ 7 adalah normal, 8-13 ringan; 14-18 sedang; 19-22 berat; dan ≥ 23 sangat berat (Cusin C et al, 2015).

Gambar 2.3 Item *Hamilton Depression Rating Scale* (HDRS)

No	Item
1	Keadaan perasaan sedih (sedih, putus asa, tak berdaya, tak berguna)
2	Perasaan bersalah
3	Bunuh diri
4	Insomnia Dini (kesulitan untuk memulai tidur)
5	Insomnia Tengah (kesulitan tidur pada tengah malam)
6	Insomnia Akhir (Kesulitan tidur dini hari sampai pagihari)
7	Kerja dan Aktivitas
8	Retardasi Psikomotor (lambat dalam berpikir dan berbicara, kemampuan berkonsentrasi , penurunan aktivitas motorik)
9	Agitasi (kegelisahan)
10	Anxietas (kecemasan psikologis)
11	Anxietas Somatik (kecemasan somatik)
12	Gejala Somatik Pencernaan (gastrointestinal)
13	Gejala Somatik Umum (tubuh secara umum)
14	Gejala Kelamin (misalnya: hilangnya hasrat seksual, gangguan menstruasi)
15	Hipokondriasis (merasa diri sendiri sakit, walaupun setelah didiagnosis oleh dokter tidak sakit. Merasa sangat yakin bahwa diri mempunyai penyakit dan sangat takut terhadap penyakit tersebut sampai-sampai tidak percaya pada dokter yang menyatakan bahwa dirinya tidak sakit.
16	Kehilangan berat badan (pilih antara A atau B)
17	Wawasan Diri Sendiri (pemahaman diri)
18	Variasi diurnal (kapan timbul gejala sakit dan depresi pagi atau sore)
19	Depersonalisasi dan derealisasi (misalnya: merasa hal ini tidak nyata, ide nihilistik, merasa diri sendiri tidak ada)
20	Gejala Paranoid (selalu merasa berburuk sangka terhadap orang lain, atau selalu merasa orang lain mempunyai maksud yang jahat)
21	Gejala obsesif dan kompulsif (merasa harus dan ingin melakukan sesuatu secara berlebihan, bahkan seringkali berulang-ulang)

Sumber : Cusin C et al (2015)

Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) adalah salah satu skala paling awal yang dikembangkan untuk depresi, dan merupakan skala klinis yang bertujuan menilai tingkat keparahan depresi di antara pasien. *Hamilton Depression Rating Scale* (HDRS) asli mencakup 21 item, tetapi Hamilton menunjukkan bahwa empat item terakhir (variasi diurnal, depersonalisasi, gejala paranoid dan gejala obsesif kompulsif) tidak boleh dihitung terhadap skor total karena gejala-gejala ini tidak umum atau tidak mencerminkan keparahan depresi (Cusin C et al, 2015).

Tabel 2.4 Tingkat Skala Depresi HDRS

No	Tingkat Depresi
1	≤ 7 kategori normal
2	8-13 kategori ringan
3	14-18 kategori sedang
4	19-22 kategori berat
5	≥ 23 kategori sangat berat

Sumber : Cusin C et al (2015)

Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) adalah skala multidimensi dan ini menyiratkan bahwa skor item tertentu tidak dapat dianggap sebagai prediktor yang baik dari skor total. Ini juga berarti bahwa skor total identik dari dua pasien yang berbeda mungkin memiliki makna klinis yang berbeda (yaitu, peringkat yang sangat tinggi pada beberapa item dapat menghasilkan skor yang sama dengan peringkat moderat pada banyak item). Sejumlah penelitian telah menunjukkan konsistensi internal dari berbagai versi *Hamilton Rating Scale for Depression* dengan jangkauan luas dari 0,48 hingga 0,92. Nilai-nilai alpha koefisien yang lebih tinggi dicapai dengan menggunakan wawancara terstruktur. Sebuah studi baru-baru ini melaporkan koefisien konsistensi internal 0,83 untuk HDRS 17item. Nilai reliabilitas 0,81 dan Validitas *Hamilton Rating Scale for Depression* berkisar antara 0,65 hingga 0,90 (Cusin C et al, 2015).

HDRS biasa digunakan dalam mengukur tingkat depresi seseorang berusia dewasa hingga lansia. Dalam mengukur tingkat depresi menggunakan HDRS, biasanya klinisi membutuhkan waktu sekitar 20 menit. Awalnya HDRS hanya memiliki 17 unsur penilaian untuk menilai perubahan mood, perasaan bersalah keinginan untuk bunuh diri, agitasi, retardasi, kecemasan, penurunan berat badan, insomnia dan gejala somatik. Namun seiring berjalannya waktu terdapat versi baru dari HDRS yang menambahkan 4 unsur baru untuk menilai subtype dari depresi yang disebut dengan HDRS₂₁. Namun, 4 unsur baru ini tidak bisa digunakan untuk menilai tingkat depresi sehingga dalam menentukan tingkat depresi seseorang hanya menggunakan 17 unsur awal dari HDRS. Dari uraian di atas dapat disimpulkan bahwa HDRS adalah metode pengukuran yang mudah dan efisien dalam segi waktu maupun tenaga untuk mengukur tingkat depresi seseorang.

2.3 Stroke

2.3.1 Pengertian Stroke

Stroke yang dikenal juga dengan *Cerebral Circulation Disorder* (CPDO) adalah sindrom yang disebabkan terkendalanya aliran darah pada otak sehingga memunculkan terkendalanya fungsi otak yakni defisit neurologis. atau lumpuh syaraf (Dinata dkk, 2015). Menurut Yastroki (dalam Sofyan, 2017) menyatakan bahwa Stroke merupakan terkendalanya fungsi otak yang timbul secara mendadak dan terjadi lebih dari 24 jam yang disebabkan oleh kendala aliran darah menuju otak. Selain itu, menurut Brunner dan Suddrat (dalam Pudiasuti, 2016) Stroke adalah hilangnya fungsi otak yang disebabkan terputusnya suplai darah ke bagian otak.

WHO menjelaskan stroke sebagai kelainan neurologis lokal (atau global) yang disebabkan adanya kendala fungsi otak yang berlangsung mendadak, terjadi lebih 24 jam, dan tidak berakibat fatal karena sebab lain cacat masalah pembuluh darah/vascular (WHO 2014, Eka dkk, 2014). Menurut Junaidi (2016), bahwa Stroke merupakan jenis penyakit atau disfungsi otak akut lokal atau global yang dikarenakan gangguan aliran darah menuju otak. Adapun gangguan aliran darah otak yang terjadi berupa oklusi atau pembuluh darah otak yang mengalami pecah. Otak seharusnya mengantarkan oksigen dan nutrisi menjadi bingung. Kurangnya pasokan oksigen ke otak dapat menyebabkan matinya sel-sel saraf pada neuron. Terganggunya fungsi otak inilah yang menyebabkan penyakit stroke.

Menurut Smeltzer C., (2015) bahwa Stroke/cedera serebrovaskular (CVA) adalah kendala aliran darah ke otak yang menyebabkan gangguan fungsi otak dan jika gangguannya besar dapat menyebabkan kematian beberapa sel saraf. Penyakit serebrovaskular dapat berkembang selama beberapa tahun karena kematian sel saraf menyebabkan otak berhenti menyuplai suplai darah ke bagian otak berkurang.

Berdasarkan definisi tersebut, disimpulkan bahwa stroke merupakan penyakit yng disebabkan oleh terkendalanya aliran darah di otak, dan berakibat kurangnya air di otak mampu menyebabkan kematian. Perubahan syaraf dan perkembangan penyakit serebrovaskular. Stroke merupakan serangan mendadak pada otak yang dapat menyebabkan kerusakan sebagian atau seluruh otak akibat terganggunya sirkulasi pada aliran pembuluh darah yang mengangkut darah menuju otak, dan umumnya terjadi selama beberapa jam atau lebih dari 24 hari.

2.3.2 Etiologi Stroke

Menurut Smeltzer C. Suzann (2014), etiologi stroke terdiri dari:

2.3.2.1 Trombosis (penggumpalan cairan pada pembuluh darah otak)..

2.3.2.2 Emboli serebral (trombus atau bahan lainnya).

2.3.2.3 Iskemia (berkurangnya aliran darah ke suatu area otak)

2.3.2.4 Pendarahan otak adalah pecahnya pembuluh darah di otak sehingga menyebabkan pendarahan pada jaringan otak atau ruang sekitar otak. Akibatnya suplai darah ke otak terhenti, mengakibatkan hilangnya gerakan, berpikir, ingatan, bahasa, atau sensasi untuk sementara atau permanen.

2.3.3 Klasifikasi Stroke

Menurut Ratna (dalam Sugiarto,2015) bahwa Stroke terjadi jika suplay darah terputus atau darah bocor dari pembuluh darah sehingga terjadinya kerusakan pada otak. Adapun jenis utama stroke ada 2, yakni: stroke hemoragik dan stroke iskemik.

2.3.3.1 Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik merupakan stroke yang disebabkan oleh pembuluh darah yang pecah(baik intrakranial maupun subarachnoid di otak). Hal ini mengganggu aliran darah normal dan memungkinkan darah memasuki area otak, menyebabkan kerusakan otak. Sejumlah 70% kasus stroke hemoragik menimpa pada penderita hipertensi. Selain itu, Stroke hemoragik biasanya dikarenakan adanya perdarahan intrakranial dan berhubungan meningkatnya tekanan darah sistolik lebih dari 200 mmHg pada kasus hipertensi, peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari 180

mmHg pada kasus non-motorik, bradikardia, wajah ungu, sianosis, dan pernafasan mendengkur (Francisca, dalam Dewi 2018).

Stroke hemoragik dibagi menjadi 2 macam, yaitu :

- 2.3.3.1.1 Hemoragik intraserebral : pendarahan yang terjadi pada jaringan otak.
- 2.3.3.1.2 Hemoragik Subaraknoid: Perdarahan yang menimpa ruang subarachnoid (ruang kecil antara permukaan otak dan bagian jaringan yang menutupinya).

2.3.3.2 Stroke Iskemik

Stroke iskemik muncul ketika pembuluh darah tersumbat, menghalangi sebagian atau seluruh aliran darah ke otak. Penyebabnya adalah arteriosklerosis, dimana kolesterol menumpuk di dinding pembuluh darah dan gumpalan darah menyumbat pembuluh darah menuju otak.

Sebagian besar pasien (sekitar 83%) menderita stroke iskemik. Gangguan biasanya pada sepanjang arteri yang menuju ke otak. Stroke iskemik paling sering adalah gabungan beberapa penyakit pembuluh darah dan indikatornya gejala menurunnya tekanan darah secara tiba-tiba, takikardia, pucat, dan pernapasan tidak teratur (Francisca, dalam Dewi 2018).

Adapun jenis stroke iskemik terbagi atas 3 jenis antara lain :

- 2.3.3.2.1 Stroke trombotik: Proses dari terbentuknya bekuan darah hingga terbentuknya bekuan darah.
- 2.3.3.2.2 Strke emboliik: pembuluh arteri tertutup bekuan darah.
- 2.3.3.2.3 Hipoperfusion systemik: kendala detak jantung mengurangi aliran darah menuju menuju semua bagian tubuh. Berkurangnya aliran darah keseluruh bagian tubuh karena terjadi kendala denyut jantung.

2.3.4 Gejala Stroke

Menurut NAH & Rokhayah (2016) menyamapaikan Sering kesemutan ringan tanpa adanya sebab, tiba-tiba sulit menggerakkan mulut, sakit kepala dan pusing ringan, sulit berbicara, lumpuh salah satu sisi, tiba-tiba menea dan tidak bisa melihat. Bagi orang yang pernah mengalami stroke kemudian menderita stroke kedua kalinya, maka ancaman stroke yang berulang lebih membahayakan dan dapat mengakibatkan mati.

2.3.5 Pattofisiologi

Infark fokal kortikal, subkortikal, atau batang otak terjadi disebabkan area perdarahan pada arteri tidak adanya suplai darah atau tidak mendapat suplai darah yang cukup. Kosongnya jatah darah yang dikirim ke lokasi tersebut. Lesi yang diakibatkannya disebut infark iskemik jika arteri tersumbat atau infark hemoragik jika arteri pecah. Oleh karena itu, “stroke” dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

2.3.5.1 Stroke iskemik / NonHemoragik

Stroke Iskemik/Non-Hemoragik dikarenakan adanya sumbatan aliran darah di otak oleh bekuan darah atau embolus. Adapu Trombus biasanya terjadi karena perkembangan aterosklerosis pada dnding pembuluh darah, sehingga mengakibatkan oklusi arteri, berkurangnya aliiran darah ke trombus, sehingga terjadi iskemia, iskemia yang semakin rumit, dan akhirnya kerusakan pada jaringan otak. Emboli dikarenakan embolus yang melewati arteri karotis dan mencapai arteri serebral. Oklusi arteri ini menjadikan perkembangan iskemia mendadak dan defisit neurologis lokal. Pendarahan otak dikarenakan pecahnya dnding pmbuluh darah akibat emboli.

2.3.5.2 Stroke Hemoragik

Ketika pembuluh darah pecah, darah memasuki bahan atau ruang subarachnoid, mengakibatkan perubahan pada komponen intrakranial yang seharusnya konstan. Perubahan komponen intrakranial yang tidak dapat dikompensasi oleh tubuh menyebabkan peningkatan ICP (tekanan intrakranial), yang jika berkepanjangan dapat menyebabkan pecahnya otak dan akhirnya kematian. Selain itu, darah yang

mengalir ke substansi otak atau ruang subarachnoid dapat menyebabkan edema, spasme pembuluh darah otak, dan kompresi pada area tersebut sehingga mengakibatkan berkurang atau tidak adanya aliran darah dan nekrosis jaringan otak (Wijayanti, 2019).

2.3.6 Manifestasi Klinis

Stroke dapat terjadi dalam berbagai cara, tergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), luas area aliran darah yang tidak mencukupi, dan jumlah aliran darah kolateral (darah sekunder atau tambahan). Menyebabkan kerusakan neurologis. Fungsi otak yang rusak tidak dapat diperbaiki sepenuhnya. Menurut Smeltzer & Bare (dalam Azmi, 2019), gejala klinis stroke meliputi : gangguan lapang pandang, motorik, sensorik, bahasa, kognitif, dan emosional.

2.3.6.1 Defisit Lapang Pandangan

2.3.6.1.1 Mengalami gangguan dalam penglihatan

2.3.6.1.2 Kesulitan menilai jarak

2.3.6.1.3 Diplopia

2.3.6.2 Defisit Motorik

2.3.6.2.1 Hemiparesis (kelemahan pada wajah, lengan, atau tungkai pada sisi yang sama).

2.3.6.2.2 Hemiplegia (kelumpuhan wajah, lengan, atau tungkai pada sisi yang sama).

2.3.6.2.3 Ataksia (Berjalan tidak mantap, dan tidak mampu menyatukan kaki).

2.3.6.2.4 Disartria (kesulitan berbicara). Hal ini disebabkan oleh kelumpuhan otot-otot yang terlibat dalam produksi ucapan dan dimanifestasikan oleh suara-suara yang sulit dipahami.

2.3.6.2.5 Disfagia (Kesulitan dalam menelan)

2.3.6.3 Defisit Sensorik : kebas dan kesemutan pada bagian tubuh

2.3.6.4 Defisit Verbal

- 2.3.6.4.1 Afasia ekspresif (Tidak dapat membuat kata yang dapat dipahami)
- 2.3.6.4.2 Afasia reseptif (Tidak mampu memahami kata yang dibicarakan)
- 2.3.6.4.3 Afasia global (kombinal baik afasia reseptif dan ekspresif)

2.3.6.5 Defisit Kognitif

- 2.3.6.5.1 Kehilangan memori jangka pendek dan Panjang
- 2.3.6.5.2 Penurunan lapang perhatian
- 2.3.6.5.3 Kerusakan kemampuan untuk berkonsentrasi
- 2.3.6.5.4 Perubahan penilaian

2.3.6.6 Defisit Emosional

- 2.3.6.6.1 Kehilangan kontrol diri
- 2.3.6.6.2 Labilitas emosional
- 2.3.6.6.3 Penurunan toleransi pada situasi yang menimbulkan stress
- 2.3.6.6.4 Depresi
- 2.3.6.6.5 Menarik diri, Rasa takut, bermusuhan dan marah
- 2.3.6.6.6 Perasaan isolasi

2.3.7 Komplikasi Stroke

Menurut Smeltzer & Bare (2015) , macam-macam komplikasi stroke antara lain:

- 2.3.7.1 Hipoksia serebral diminimalkan dengan memberi oksigenasi darah adekuat ke otak. Fungsi otak bergantung pada ketersediaan oksigen yang dikirimkan ke jaringan. Pemberian oksigen suplemen dan mempertahankan hemoglobin serta hemotokrit pada tingkat dapat diterima akan membantu dalam mempertahankan oksigenasi jaringan.
- 2.3.7.2 Aliran darah cerebral berhubungan dengan curah jantung, tekanan darah, dan integritas pembuluh darah serebral. Hidrasi adekuat (cairan intravena) harus menjamin penurunan viskositas darah dan memperbaiki aliran darah serebral. Hipertensi atau hipotensi ekstrem perlu dihindari untuk

mencegah perubahan pada aliran darah serebral dan potensi meluasnya area cedera.

2.3.7.3 Embolisme serebral dapat terjadi setelah infark miokard, fibrilasi atrium, atau akibat katup jantung prostetik. Embolisme menyebabkan penurunan aliran darah ke otak, yang pada akhirnya menyebabkan penurunan aliran darah otak.

2.3.8 Jenis Stroke

2.3.8.1 Berdasarkan serangan

2.3.8.1.1 Transient Ischemic Attack (TIA) adalah serangan stroke ringan yang berlangsung lebih kurang dari 24 jam lalu hilang kembali.

2.3.8.1.2 Reversible Ischemic Neurologis Deficit (RIND) adalah berarti gejala neurologis hilang dalam 24 jam hingga 21 hari pertama.

2.3.8.1.3 Stroke komplit atau Stroke komplit adalah penyakit neurologis yang persisten dan nonprogresif.

2.3.8.2 Berdasarkan etiologi (Smeltzer & Bare 2015).

2.3.8.2.1 Stroke haemorragic, merupakan pendarahan intra serebral dan pendarahan sub arachnoid yang disebabkan oleh karena pecahnya pembuluh darah pada otak. Biasanya terjadi karena dinding pembuluh darah robek.

2.3.8.2.2 Stroke non haemorragic, adalah penyakit stroke yang dikarenakan aliran darah berkurang/berhenti di otak, penyebabnya oleh adanya emboli, iskemik, dan thrombosis serebral.

2.3.8.3 Berdasarkan patologi (Smeltzer & Bare 2015).

2.3.8.3.1 Stroke sumbatan/iskemik. Karena adanya pembuluh darah ke otak mengalami sumbatan. Sumbatan tersebut bisa akibat thrombus dan sumbatan akibat emboli. Proporsi sumbatan (infark) pada umumnya mencapai 70% kasus.

2.3.8.3.2 Stroke hemoragik. Stroke hemoragik terjadi ketika pembuluh darah yang menuju ke otak pecah. Stroke ini terdiri dari perdarahan intraserebral (di dalam jaringan otak) dan perdarahan subarachnoid (di bawah selaput otak). Angka kejadian stroke adalah 25% dan angka perdarahan subarachnoid adalah 5%. Perdarahan otak primer (80-85%) berhubungan dengan hipertensi yang tidak terkontrol. Perdarahan intraserebral sekunder (15-20%) disebabkan oleh kelainan pembuluh darah, penggunaan antikoagulan, penyakit hati, dan penyakit pada sistem darah (seperti leukemia).

2.3.9 Faktor Penyebab Stroke

Meskipun banyak penyakit yang dapat menyebabkan stroke, penyakit ini awalnya terjadi karena pengerasan pembuluh darah, yang juga dikenal sebagai arteriosklerosis. Palsunya arteriosklerosis merupakan gaya hidup modern yang penuh dengan stres, pola makan tinggi lemak, dan kurang olahraga. Ketiganya sebenarnya tergolong faktor risiko yang dapat dikendalikan. Selain itu, ada juga faktor lain yang tidak dapat dikendalikan yakni:

2.3.9.1 Faktor Risiko Tidak Terkendali

2.3.9.1.1 Usia

Semakin tua usia Anda, semakin tinggi risikonya. Setelah usia 55 tahun, risikonya meningkat dua kali lipat setiap 10 tahun. Dua pertiga dari seluruh stroke terjadi pada orang berusia di atas 65 tahun. Namun, bukan berarti stroke hanya terjadi pada orang lanjut usia, karena stroke dapat menyerang semua usia. Stroke dapat terjadi pada semua usia, namun sebagian besar terjadi pada orang berusia di atas 55 tahun. Insiden stroke terbukti meningkat secara eksponensial seiring bertambahnya usia, meningkat 100 kali lipat antara usia 80 dan 90 tahun. Prevalensi pada kelompok umur 30-40 tahun adalah 3 dari 10.000 dibandingkan dengan 300 dari 10.000 pada kelompok umur 80-90 tahun (Susilawati & SK, 2018).

2.3.9.1.2 Jenis kelamin

Laki-laki memiliki risiko lebih tinggi terkena stroke dibandingkan perempuan. Telah terbukti bahwa kejadian stroke sebelum menopause lebih tinggi pada pria dibandingkan pada wanita (1,3: 1), namun setelah menopause keduanya memiliki risiko yang sama. Dibandingkan dengan subtype stroke yang terjadi, pria lebih mungkin menderita infark serebral dan perdarahan intraserebral dibandingkan wanita, dan perdarahan subarachnoid lebih sering terjadi pada wanita.

2.3.9.1.3 Keturunan stroke dalam keluarga

Stroke tampaknya terkait secara genetik. Faktor genetik seperti tekanan darah tinggi, penyakit jantung, diabetes, dan cacat bentuk pembuluh darah berperan besar. Gaya hidup dan kebiasaan keluarga Anda juga dapat meningkatkan risiko stroke. Cacat geometri vaskular (Cadasil) mungkin merupakan faktor genetik yang paling berpengaruh dibandingkan faktor risiko stroke lainnya (Susilawati & SK, 2018).

2.3.9.1.4 Suku/ras

Orang Asia lebih besar kemungkinannya terkena stroke dibandingkan orang Eropa. Hal ini berkaitan dengan lingkungan tempat tinggal, pola makan, dan status sosial ekonomi mereka. Makanan Asia mengandung lebih banyak minyak dibandingkan makanan Eropa. Menurut data kesehatan AS, orang Amerika keturunan Afrika dua kali lebih mungkin terkena stroke dibandingkan keturunan Eropa. Situasi ini meningkat hampir empat kali lipat pada usia 50 tahun, namun pada usia 65 tahun, jumlah pasien stroke di Amerika Serikat sama dengan jumlah pasien stroke keturunan Afrika-Amerika (Susilawati & SK, 2018).

2.3.9.2 Faktor risiko yang dapat dikendalikan

2.3.9.2.1 Hipertensi

Hipertensi (tekanan darah tinggi) adalah faktor risiko utama yang menyebabkan arteriosklerosis dan penyumbatan. Orang dengan tekanan darah tinggi empat sampai enam kali lebih mungkin terkena stroke dibandingkan orang tanpa tekanan

darah tinggi, dan sekitar 40 sampai 90 persen orang dengan stroke mempunyai tekanan darah tinggi sebelum terkena stroke. Secara medis, tekanan darah di atas 140-90 mmHg tergolong hipertensi. Oleh karena itu, meskipun risiko stroke akibat hipertensi secara keseluruhan menurun seiring bertambahnya usia, faktor lain selain hipertensi secara signifikan mempengaruhi frekuensi stroke pada orang lanjut usia. Risiko terkena stroke terus meningkat hingga usia 90 tahun (Susilawati & SK, 2018).

2.3.9.2.2 Penyakit jantung

Faktor risiko tekanan darah tinggi berikutnya adalah penyakit jantung, khususnya penyakit yang disebut fibrilasi atrium, yaitu penyakit jantung yang melibatkan detak jantung tidak teratur di bilik kiri atas jantung. Denyut jantung di atrium kiri empat kali lebih cepat dibandingkan di bagian jantung lainnya. Hal ini dapat menyebabkan aliran darah tidak teratur dan memperlambat pembentukan bekuan darah. Gumpalan darah ini dapat mencapai otak dan membatasi aliran darah ke otak sehingga menyebabkan stroke. Bagi orang lanjut usia yang berusia 60 hingga 80 tahun ke atas, penyakit jantung merupakan penyebab utama kematian pada satu dari empat stroke (Susilawati & SK, 2018).

2.3.9.2.3 Diabetes mellitus (DM)

Penderita diabetes tiga kali lebih mungkin terkena stroke, dan puncaknya terjadi pada usia 50 dan 60 tahun. Namun terdapat juga faktor penyebab lain yang dapat meningkatkan risiko stroke, karena sekitar 40% penderita diabetes umumnya memiliki tekanan darah tinggi (Susilawati & SK, 2018).

2.3.9.2.4 Merokok

Merokok merupakan faktor risiko terjadinya stroke pada remaja putri. Merokok meningkatkan risiko stroke pada wanita muda sebesar 2,6 kali lipat. Merokok meningkatkan kecenderungan sel darah untuk menggumpal di dinding arteri, menurunkan jumlah HDL (high-density lipoprotein), menurunkan kemampuan HDL untuk membuang kelebihan kolesterol LDL (low-density lipoprotein), dan

meningkatkan oksidasi lemak. Ini berperan dalam perkembangan arteriosclerosis (Susilawati & SK, 2018).

2.3.9.2.5 Alkohol

Alkohol berlebih dapat meningkatkan tekanan darah sehingga meningkatkan risiko stroke iskemik dan hemoragik. Namun, minum alkohol dalam jumlah cukup justru dapat melindungi Anda dari stroke iskemik. Namun, *New England Journal of Medicine* edisi 18 November 2000 melaporkan bahwa *Physicians Health Study* memantau 22.000 pria yang mengonsumsi alkohol sekali sehari selama rata-rata 12 tahun. Tampaknya hasilnya menunjukkan penurunan risiko stroke secara keseluruhan. Klaus Berger, MD, dari Brigham and Women's Hospital di Boston, juga menemukan bahwa manfaat tersebut tetap terlihat meski hanya mengonsumsi satu gelas per minggu. Namun, sangat sulit mengontrol kedisiplinan untuk memanfaatkan alkohol saat minum, dan efek samping alkohol bahkan lebih berbahaya. Selain itu, penelitian lain menyimpulkan bahwa konsumsi alkohol berlebihan dapat memengaruhi jumlah trombosit dalam darah, yang pada akhirnya memengaruhi kekentalan dan pembekuan darah yang dikirim ke otak sehingga meningkatkan risiko stroke Iskemik (Susilawati & SK, 2018).

2.3.9.2.6 Kolesterol dalam darah

Kolesterol tinggi dapat menyebabkan aterosklerosis, penyempitan atau pengerasan pembuluh darah, yang dapat menyebabkan penyakit jantung, stroke, dan masalah kesehatan serius lainnya. Kolesterol yang terus menumpuk dan terbentuknya plak di pembuluh darah dapat mengganggu transportasi darah ke seluruh tubuh dan mempengaruhi fungsi seluruh tubuh. Hiperkolesterolemia terjadi ketika kolesterol dan lipid menumpuk di dinding pembuluh darah. Penelitian menunjukkan bahwa makanan kaya lemak jenuh dan kolesterol, seperti daging, telur, dan produk susu, dapat meningkatkan kadar kolesterol dalam tubuh dan menurunkan risiko aterosklerosis dan penebalan pembuluh darah. Zat lemak (lipid) merupakan bagian penting dalam tubuh kita, namun kadar lemak darah yang tinggi (terutama kolesterol dan trigliserida) meningkatkan risiko arteriosklerosis dan penyakit

jantung koroner. Keadaan ini juga dikaitkan dengan sekitar 20% peningkatan risiko stroke iskemik atau TIA (Susilawati & SK, 2018).

2.3.9.2.7 Obesitas

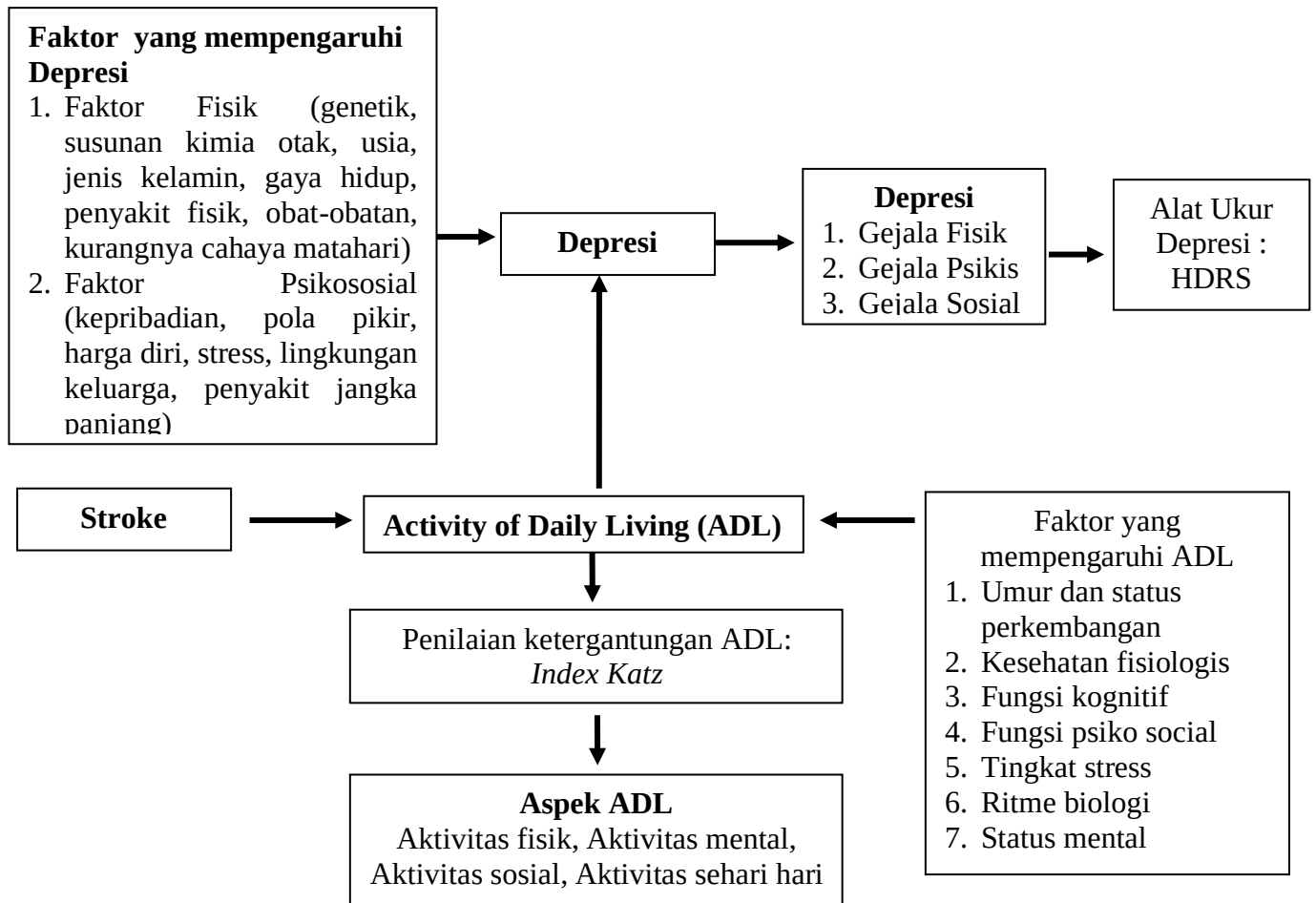
Obesitas merupakan faktor risiko stroke akibat asupan makanan tinggi lemak dan kolesterol serta kurang olah raga. Makanan tinggi kolesterol dapat menumpuk di dinding pembuluh darah sehingga menyebabkan aterosklerosis yang dapat memicu penyakit jantung dan stroke. Namun bila dibarengi dengan aktivitas fisik yang teratur, kelebihan energi dalam tubuh akan dilepaskan sehingga metabolisme dapat berfungsi dengan lancar dan mencegah berkembangnya aterosklerosis penyebab stroke (Ritonga et al., Nurmala Sari, 2016).

2.3.9.2.8 Olahraga

Orang yang tidak rutin berolahraga mungkin memiliki risiko lebih tinggi terkena stroke pada usia lebih muda dibandingkan orang yang rutin berolahraga lebih sering. Olahraga teratur dapat menurunkan tekanan darah dan kadar gula darah, meningkatkan kadar kolesterol HDL, menurunkan kadar kolesterol LDL, membantu menurunkan berat badan, dan membantu Anda berhenti merokok. Olahraga teratur tidak hanya memperkuat kinerja sistem kardiovaskular, tetapi juga kemampuan mengatasi stres fisik dan psikis (Susilawati & SK, 2018).

2.4 Kerangka Teori

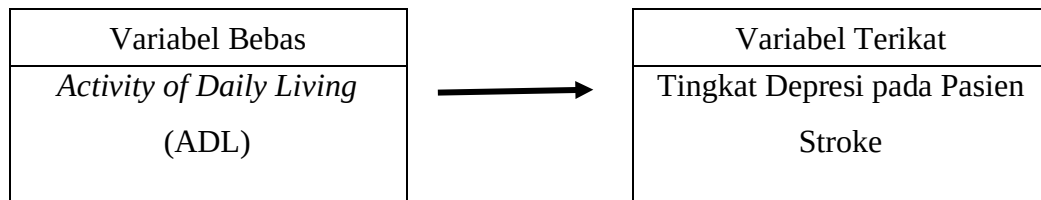
Berdasarkan tinjauan teori pada uraian sebelumnya sehingga dibuat kerangka teori sebagai berikut:



Gambar 2.1 Kerangka Teori Penelitian

Sumber: Maryam dalam kamila (2017), Hurlock (2012), Saryono, (2010). Lumongga (2016). Yusuf & kongkoli (2013). Sulastri (2018). Hartati (2018)

2.5 Kerangka Konsep Penelitian



Gambar 2.2 Kerangka Konsep Penelitian

2.6 Hipotesis

Adapun hipotesis penelitian ini terdiri hipotesis nol dan hipotesis kerja sebagai berikut:

- H_0 : Tidak ada hubungan antara tingkat *Activity of Daily Living* (ADL) dengan tingkat depresi pada pasien stroke di Rumah Sakit Mitra Siaga Tarub.
- H_a : Ada hubungan antara tingkat *Activity of Daily Living* (ADL) dengan tingkat depresi pada pasien stroke di Rumah Sakit Mitra Siaga Tarub.