

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Pustaka**

##### **1. Depresi**

Depresi merupakan salah satu gangguan perasaan dan juga mood yang cukup banyak di masyarakat, yang mana dapat mengakibatkan seseorang bersikap tidak seperti biasanya, seperti gairah hidup menurun, nafsu makan menurun maupun malas untuk beraktifitas, selain itu, ada beberapa ahli yang mendefinisikan dan menjelaskan tentang depresi, sebagai berikut:

###### **a. Definisi Depresi**

Depresi 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). Pernyataan ini dipertegas oleh Nasir dan Muhith (2011) yang juga mendefinisikan depresi sebagai keadaan emosional yang ditandai kesedihan yang sangat, perasaan bersalah dan tidak berharga, menarik diri dari orang lain, kehilangan minat untuk tidur dan melakukan hubungan seksual dengan pasangannya, serta kehilangan minat untuk melakukan hal-hal menyenangkan lainnya.

## b. Epidemiologi Depresi

Depresi merupakan penyakit yang menyebabkan morbiditas terbesar di seluruh dunia (WHO, 2011). Sekitar 6,7% orang dewasa di Amerika menderita depresi, dimana 30,4% tergolong ke dalam depresi berat (*National Institute of Mental Health, 2011*). Sebesar 70% wanita memiliki kecenderungan mengalami depresi dibanding pria sepanjang hidupnya. Perbandingan pria dan wanita untuk mengalami depresi adalah 1:2-3. Usia 18-29 tahun memiliki kecenderungan 95% mengalami depresi dibanding dengan usia >60 tahun. Usia 30-44 tahun memiliki kecenderungan 80% mengalami depresi. Usia rata-rata kejadian depresi ini, yaitu 32 tahun (*National Institute of Mental Health, 2011*).

## c. Etiologi Depresi

Beberapa faktor yang berpengaruh terhadap terjadinya depresi dari segi faktor biologis terdapat *monoamine neurotransmitter* yang berperan dalam terjadinya gangguan depresi seperti *norepinephrin* yang berperan dalam penurunan sensitivitas dari reseptor  $\alpha_2$  adrenergik dan penurunan respon terhadap antidepressan, dopamin, serotonin yang ditemukan pada pasien percobaan bunuh diri mempunyai kadar serotonin dalam cairan *cerebrospinal* yang rendah dan konsentrasi rendah dari *uptake* serotonin pada platelet dan histamin, gangguan *neurotransmitter* lainnya yakni pada neuron-neuron yang terdistribusi secara menyebar pada korteks cerebrum

terdapat *Acethylkholine* (Ach). Neuron-neuron yang bersifat kolinergik terdapat hubungan yang interaktif terhadap semua sistem yang mengatur *monoamine neurotransmitter*. Kadar kolin yang abnormal merupakan perkursor untuk pembentukan Ach ditemukan abnormal pada penderita yang mengalami gangguan depresi.

Hormon telah diketahui berperan penting dalam gangguan *mood*, khususnya gangguan depresi. Sistem neuroendokrin meregulasi hormon penting yang berperan dalam gangguan *mood*, yang akan mempengaruhi fungsi dasar, seperti: gangguan tidur, makan, seksual dan ketidakmampuan dalam mengungkapkan perasaan senang. Tiga komponen penting dalam sistem neuroendokrin, yaitu hipotalamus, kelenjar pituitari dan korteks adrenal yang bekerja sama dalam *feedback* biologis dan secara penuh berkoneksi dengan sistem limbik dan korteks serebral.

Studi *neuroimaging* menggunakan *Computerized Tomography* (CT) *Scan*, *Positron Emission Tomography* (PET) dan *Magnetic Resonance Imaging* (MRI) telah menemukan abnormalitas pada 4 area otak pada individu yang mengalami gangguan *mood*. Area tersebut adalah korteks prefrontal, hippocampus, korteks *cingulate anterior*, dan amigdala. Reduksi dari aktivitas metabolik dan reduksi volume dari *gray matter* pada korteks prefrontal, secara partikuler pada bagian kiri, ditemukan pada individu dengan depresi berat atau gangguan bipolar (Sadock dan Sadock, 2010).

#### d. Gejala Depresi

Menurut ICD-10, depresi dikelompokkan berdasarkan gejala, sebagai berikut: gejala utama yaitu mood depresi, hilangnya minat atau semangat dan mudah lelah dan gejala tambahan, seperti konsentrasi menurun, harga diri berkurang, perasaan bersalah, pesimis melihat masa depan, ide bunuh diri atau menyakiti diri sendiri, pola tidur berubah dan nafsu makan menurun. Selain pernyataan dari ICD-10, gejala episode depresif terbagi menjadi beberapa aspek berdasarkan PPDGJ-III, sebagai berikut:

- 1) Gejala utama (pada derajat ringan, sedang dan berat): afek depresif, kehilangan minat dan kegembiraan dan berkurangnya energi yang menuju meningkatnya keadaan mudah lelah (rasa lelah yang nyata sesudah kerja sedikit saja) dan menurunnya aktifitas.
- 2) Gejala lainnya, seperti konsentrasi dan perhatian berkurang, harga diri dan kepercayaan diri berkurang, gagasan tentang rasa bersalah dan tidak berguna, serta pandangan masa depan yang suram dan pesimistik, gagasan atau perbuatan membahayakan diri atau bunuh diri, tidur terganggu dan nafsu makan berkurang.

Episode depresif dari ketiga tingkat keparahan tersebut diperlukan masa sekurang-kurangnya 2 minggu untuk penegakkan diagnosis, tetapi periode lebih pendek dapat dibenarkan jika gejala luar biasa beratnya dan berlangsung cepat.

a) Episode Depresif Ringan

Pedoman diagnostik: sekurang-kurangnya harus ada 2 dari 3 gejala utama depresi seperti tersebut di atas ditambah sekurang-kurangnya 2 dari gejala lainnya, tidak boleh adanya gejala yang berat diantaranya, lamanya seluruh episode berlangsung sekurang-kurangnya sekitar 2 minggu dan hanya sedikit kesulitan dalam pekerjaan dan kegiatan sosial yang biasa dilakukan.

b) Episode Depresif Sedang

Pedoman diagnostik: sekurang-kurangnya harus ada 2 dari 3 gejala utama depresi seperti pada episode depresi ringan, ditambah sekurang-kurangnya 3 (dan sebaiknya 4) dari gejala lainnya, lamanya seluruh episode berlangsung minimum sekitar 2 minggu, menghadapi kesulitan nyata untuk meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan dan urusan rumah tangga.

c) Episode Depresif Berat tanpa Gejala Psikotik

Pedoman diagnostik: semua 3 gejala utama depresi harus ada, ditambah sekurang-kurangnya 4 dari gejala lainnya dan beberapa diantaranya harus berintensitas berat, bila ada gejala penting (misalnya agitasi atau retardasi psikomotor) yang mencolok, maka pasien mungkin tidak mau atau tidak mampu untuk melaporkan banyak gejalanya secara rinci, penilaian

secara menyeluruh terhadap episode depresif berat masih dapat dibenarkan dan episode depresif biasanya harus berlangsung sekurang-kurangnya 2 minggu, tetapi jika gejalanya amat berat dan beronset sangat cepat, maka masih dibenarkan untuk menegakkan diagnosis dalam kurun waktu kurang dari 2 minggu, sangat tidak mungkin pasien akan mampu meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan atau urusan rumah tangga, kecuali pada taraf yang sangat terbatas.

d) Episode Depresif Berat dengan Gejala Psikotik

Episode depresif berat yang memenuhi kriteria di atas, disertai waham, halusinasi atau stupor depresif. Waham biasanya melibatkan ide tentang dosa, kemiskinan atau malapetaka yang mengancam dan pasien merasa bertanggung jawab atas hal itu. Halusinasi auditorik atau olfaktorik biasanya berupa suara yang menghina atau menuduh atau bau kotoran atau daging membusuk. Retardasi psikomotor yang berat dapat menuju pada stupor. Jika diperlukan, waham atau halusinasi dapat ditentukan sebagai serasi atau tidak serasi dengan afek (*mood congruent*).

e) Episode Depresif Lainnya

f) Episode Depresif YTT

#### e. Klasifikasi Depresi

Para ahli mengklasifikasikan gangguan depresi yang terdiri dari berbagai macam jenis, yang pertama yaitu gangguan depresi mayor yang memiliki gejala, seperti perubahan dari nafsu makan dan berat badan, perubahan pola tidur dan aktivitas, kekurangan energi, perasaan bersalah dan pikiran untuk bunuh diri yang berlangsung setidaknya  $\pm 2$  minggu (Sadock dan Sadock, 2010), yang kedua adalah gangguan distimia yang bersifat ringan tetapi kronis (berlangsung lama). Gejala distimia berlangsung lama dari gangguan depresi mayor yaitu selama 2 tahun atau lebih. Distimia bersifat lebih berat dibanding dengan gangguan depresi mayor, tetapi individu dengan gangguan ini masih dapat berinteraksi dengan aktivitas sehari-harinya, selanjutnya adalah gangguan depresi minor dengan gejala mirip dengan gangguan depresi mayor dan distimia, tetapi gangguan ini bersifat lebih ringan dan atau berlangsung lebih singkat. Tipe lain dari gangguan depresi adalah gangguan depresi psikotik yang berarti gangguan depresi berat yang ditandai dengan gejala, seperti halusinasi dan delusi dan yang terakhir adalah gangguan depresi musiman yaitu gangguan depresi yang muncul pada saat musim dingin dan menghilang pada musim semi dan musim panas (*National Institute of Mental Health, 2010*).

## **2. Faktor Demografi**

Faktor demografi adalah faktor-faktor yang terdapat dalam struktur penduduk dan perkembangannya seperti umur, jenis kelamin, pendidikan,

pekerjaan, status pernikahan dan lain sebagainya (Hanum, 2000). Faktor-faktor demografi yang berkaitan dengan penelitian ini:

1. Umur adalah rentang kehidupan yang diukur dengan tahun yang terhitung mulai saat dilahirkan sampai saat berulang tahun. Umur merupakan salah satu variabel penting dalam bidang penelitian komunitas. Umur dapat menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi perkembangan penyakit secara langsung atau tidak langsung bersama dengan variabel lain sehingga menyebabkan perbedaan di antara angka kesakitan dan kematian pada masyarakat atau sekelompok masyarakat (Chandra, 2008).
2. Pendidikan: Orang dengan pendidikan formal yang lebih tinggi akan mempunyai pengetahuan yang lebih tinggi dibanding orang dengan tingkat pendidikan formal yang lebih rendah, karena akan lebih mampu dan mudah memahami arti dan pentingnya kesehatan serta pemanfaatan pelayanan kesehatan (Notoatmodjo, 2003).
3. Pekerjaan adalah sekumpulan kedudukan (posisi) yang memiliki persamaan kewajiban atau tugas-tugas pokoknya.
4. Jenis Kelamin (seks) adalah perbedaan antara perempuan dengan laki-laki secara biologis sejak seseorang lahir. Seks berkaitan dengan tubuh laki-laki dan perempuan, di mana laki-laki memproduksi sperma, sementara perempuan menghasilkan sel telur dan secara biologis mampu untuk menstruasi, hamil dan menyusui. Perbedaan biologis dan fungsi biologis laki-laki dan perempuan tidak dapat dipertukarkan diantara

keduanya, dan fungsinya tetap dengan laki-laki dan perempuan pada segala ras yang ada di muka bumi (Hungu, 2007).

5. Pernikahan sebagai ekspresi akhir seorang individu dari suatu hubungan yang mendalam: dimana dua individu bersumpah di depan umum didasarkan pada keinginan untuk menetapkan hubungan sepanjang hidupnya (Brehm, 1992). Ada pula definisi lain dari Pernikahan dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia adalah suatu proses pembentukan keluarga dengan lawan jenis.

### **3. Stroke**

#### **a. Definisi Stroke**

Stroke menurut WHO (2006) adalah sindroma klinis dengan gejala berupa gangguan fungsi otak baik secara fokal maupun global yang dapat menimbulkan kematian atau kecacatan yang menetap >24 jam tanpa penyebab lain kecuali gangguan vaskuler yang dapat berupa infark maupun hemoragik.

Definisi stroke lainnya menurut *World Health Organization* (2006) tersebut mengeksklusikan: *Transient Ischemic Attack* (TIA), dimana juga merupakan gejala neurologis fokal tetapi berlangsung kurang dari 24 jam, lalu perdarahan subdural dan perdarahan epidural, keracunan dan gejala-gejala yang disebabkan trauma.

#### **b. Epidemiologi Stroke**

Menurut Ginsberg (2008), stroke merupakan penyebab kematian ketiga pada negara maju dengan insidensi tiap tahunnya mencapai 2 kasus

tiap 1000 populasi. Mayoritas stroke adalah dengan infark serebral sebagai penyebab. Selain di negara maju, prevalensi penderita stroke di Asia 50-400 orang per 100000 penduduk per tahun (Bethesda Stroke Center, 2007).

### c. Klasifikasi Stroke

*World Health Organization* (WHO) (2006) menyatakan bahwa stroke diklasifikasikan menjadi tiga sub grup mayor, yaitu:

#### 1) Stroke Iskemik

##### a) Definisi dan Etiologi

Stroke yang disebabkan karena oklusi secara tiba-tiba pada arteri yang menyuplai aliran darah ke otak. Oklusi ini dapat disebabkan oleh pembentukan thrombus pada tempat oklusi tersebut (stroke iskemik trombotik) maupun pembentukan trombus di tempat lain yang kemudian terbawa aliran darah dan menyumbat arteri di otak (stroke iskemik embolik). Penegakan diagnosis jenis stroke ini berdasarkan *neuroimaging*.

##### b) Patofisiologi

Arteri yang tersumbat oleh trombus maupun embolus akan mengganggu suplai darah ke otak. Jika tidak ada pembuluh darah kontralateral yang adekuat, maka area yang disuplai akan mengalami infark. Daerah sekitar zona infark total terdapat penumbra iskemik yang fungsinya bisa pulih kembali jika aliran darah baik kembali. Iskemia pada otak ini dapat diperberat oleh edema otak baik itu yang

sitotoksik (akumulasi air pada sel-sel glia dan neuron yang rusak) maupun yang vasogenik (akumulasi cairan ekstraseluler akibat perombakan sawar darah otak). Edema tersebut dapat menyebabkan peningkatan tekanan intrakranial dan kompresi struktur otak di sekitarnya.

## 2) Perdarahan Intraserebral

Perdarahan yang berasal dari arteri di otak ke jaringan otak. Prevalensinya mungkin lebih tinggi pada negara-negara berkembang dikarenakan diet, aktivitas fisik, pengobatan hipertensi yang tidak adekuat maupun predisposisi genetik. Penegakan diagnosis jenis stroke ini berdasarkan neuroimaging.

## 3) Perdarahan Subaraknoid

Perdarahan pada arteri yang terletak di antara dua meninges yaitu pia mater dan arakhnoid mater. Gejala yang terjadi ialah adanya kejadian sakit kepala tajam secara tiba-tiba dan biasanya disertai kesadaran yang menurun. Penegakan diagnosis jenis stroke ini berdasarkan *neuroimaging* atau pungsi lumbal (Ginsberg, 2008).

### c) Faktor risiko

*World Health Organization* (WHO) (2006) menambahkan bahwa faktor risiko stroke diklasifikasikan menjadi dua, yaitu:

Faktor risiko mayor yang bisa dimodifikasi, meliputi peningkatan tekanan darah, merokok juga aktivitas fisik yang kurang dan diet (konsumsi sayuran dan buah-buahan yang kurang), lalu

konsumsi alkohol yang berlebih, kelebihan berat badan dan diabetes yang menjadi faktor mayor yang bisa dimodifikasi. Faktor risiko mayor lain dari lingkungan meliputi: perokok pasif, akses terhadap terapi kesehatan yang sulit. Faktor yang tidak bisa dimodifikasi, meliputi umur (peningkatan risiko pada usia lanjut), jenis kelamin (peningkatan risiko pada jenis kelamin laki-laki) dan genetik.

Faktor risiko minor pada negara berkembang seperti diabetes mellitus, fibrilasi atrium dan beberapa penyakit jantung lainnya merupakan faktor risiko stroke iskemik yang bisa dimodifikasi. Hiperkolesterolemia juga merupakan faktor risiko kejadian stroke.

*World Health Organization* (WHO) (2006), juga mengklasifikasikan gejala stroke menjadi dua, yaitu:

Gejala mayor yang gejala-gejalanya harus berasal dari gangguan vaskuler dan harus meliputi satu atau lebih dari beberapa gangguan fokal maupun global pada fungsi otak pada gangguan motorik unilateral atau bilateral (termasuk berkurangnya koordinasi), gangguan sensorik unilateral atau bilateral, afasia/ disfasia (bicara yang terganggu), dan juga adanya hemianopia (gangguan pada separuh sisi lapang pandang).

Gejala minor merupakan gejala-gejala yang mungkin terlihat tetapi tidak mencukupi untuk menegakkan diagnosis stroke, antara lain: pusing, vertigo, sakit kepala yang terlokalisir, penglihatan yang kabur pada kedua mata, diplopia, disartria (bicara pelo atau cadel),

gangguan fungsi kognitif (termasuk kebingungan) dan juga gangguan kesadaran.

#### d. Efek Stroke

Stroke merupakan penyakit yang menyerang system saraf pusat, namun efek yang dihasilkan dapat berpengaruh pada seluruh tubuh. Menurut *National Institute of Neurological Disorders and Stroke* (NINDS) (2003), efek yang mungkin terjadi dapat berupa:

##### 1) Paralisis

Biasanya terjadi unilateral (hemiplegia) dan paralisis terjadi kontralateral dari lesi di hemisfer otak. Paralisis dapat menyebabkan kesulitan dalam aktivitas sehari-hari seperti berjalan, berpakaian, makan atau menggunakan kamar mandi. Beberapa pasien stroke juga mengalami kesulitan saat menelan (disfagia).

##### 2) Defisit Fungsi Kognitif

Stroke dapat menimbulkan permasalahan dalam proses berfikir, pemusatan perhatian, proses pembelajaran, pembuatan keputusan, maupun daya ingat. Defisit fungsi kognitif yang parah menimbulkan keadaan yang disebut apraksia dan agnosia.

##### 3) Defisit Bahasa

Pasien stroke sering mengalami kesulitan dalam memahami (afasia) atau menyusun perkataan (disartria). Hal ini disebabkan kerusakan regio temporal kiri atau lobus parietal otak.

#### 4) Defisit Emosional

Pasien stroke dapat mengalami kesulitan dalam mengontrol emosi mereka. Depresi sering terjadi pada pasien stroke. Depresi post stroke dapat menghalangi pemulihan dan rehabilitasi stroke bahkan dapat mengarah pada percobaan bunuh diri.

#### 5) Rasa Sakit

Rasa sakit, sensasi aneh, dan rasa kebas pada pasien stroke mungkin disebabkan banyak faktor meliputi kerusakan region sensorik otak, sendi yang kaku, atau tungkai yang lumpuh. Tipe sakit yang tidak biasa pada stroke disebut central stroke pain atau central pain syndrome (CPS). CPS disebabkan oleh kerusakan pada area di thalamus. Rasa sakit tersebut merupakan campuran dari rasa panas, dingin, terbakar, perih, mati rasa, dan rasa tertusuk. Rasa sakit tersebut terasa lebih parah di ekstremitas dan semakin parah dengan perubahan gerak dan temperature terutama dingin.

#### e. Faktor Risiko Stroke

Faktor risiko stroke cukup banyak, Shing, (1998) membaginya menjadi 6 faktor. Yang pertama adalah hipertensi yang merupakan faktor risiko yang paling besar, setidaknya empat dari lima pasien dengan hipertensi akan mengalami serangan stroke berulang. Yang kedua adalah diabetes melitus. Pasien diabetes melitus dengan kadar glukosa darah yang tinggi setelah stroke berisiko tinggi untuk mengalami serangan stroke berulang, kematian, dan ketidakberhasilan dalam rehabilitasi.

Yang ketiga adalah hiperlipidemi, yang mana satu dari tiga pasien stroke berulang mengalami peningkatan kadar kolesterol. Penyakit lainnya adalah penyakit jantung. Shing (1998) dalam penelitiannya mengemukakan bahwa satu dari tiga pasien yang mengalami serangan stroke berulang memiliki riwayat penyakit jantung. Penyebabnya dimungkinkan karena aterosklerosis pembuluh darah yang kemudian dapat menyebabkan stenosis atau oklusi pada arteri di otak. Fibrilasi atrium juga merupakan faktor risiko karena merupakan sumber potensial dari kardioemboli Yang kelima adalah perokok. Penyebab yang terakhir adalah Hiperurisemi. Terdapat sekitar 20% pasien stroke berulang memiliki riwayat kadar asam urat darah yang tinggi.

#### **4. Hubungan Stroke dengan Depresi**

Depresi adalah kelainan yang sering terjadi setelah suatu serangan stroke. Depresi dijumpai pada sekitar 10-27% penderita stroke dan menyebabkan gangguan motivasi dan fungsi-fungsi kognitif. Prevalensi depresi pasca stroke bervariasi menurut kelompok etnis dan ras, tetapi pada umumnya tidak ada perbedaan prevalensi gangguan perasaan dasar (mood) yang menyolok. Tingginya prevalensi depresi pasca stroke seringkali dikaitkan dengan lokasi lesi anatomis dari stroke. Beberapa temuan menunjukkan bahwa depresi pasca stroke dapat menghambat proses penyembuhan fungsi aktivitas kehidupan sehari-hari (Suwantara, 2004).

Prevalensi kejadian stroke ini semakin meningkat dengan meningkatnya umur penderita. Ini menunjukkan adanya korelasi positif antara umur dan depresi. Prevalensi yang paling tinggi terdapat sekitar 3-6 bulan pasca stroke dan tetap tinggi sampai 1-3 tahun kemudian, tetapi umumnya prevalensi akan menurun sampai setengahnya setelah 1 tahun terjadinya stroke. Robinson (2003) mengatakan bahwa penderita stroke yang pada saat serangan akut tidak menunjukkan tanda-tanda depresi, pada pemeriksaan ulang yang dilakukan 6 bulan kemudian dijumpai sekitar 30%-nya memperlihatkan gejala depresi. Sementara setengah dari penderita yang mengalami depresi dalam waktu 2-3 bulan setelah terjadinya serangan stroke akan tetap menunjukkan tanda-tanda depresi selama kurang lebih 1 tahun.

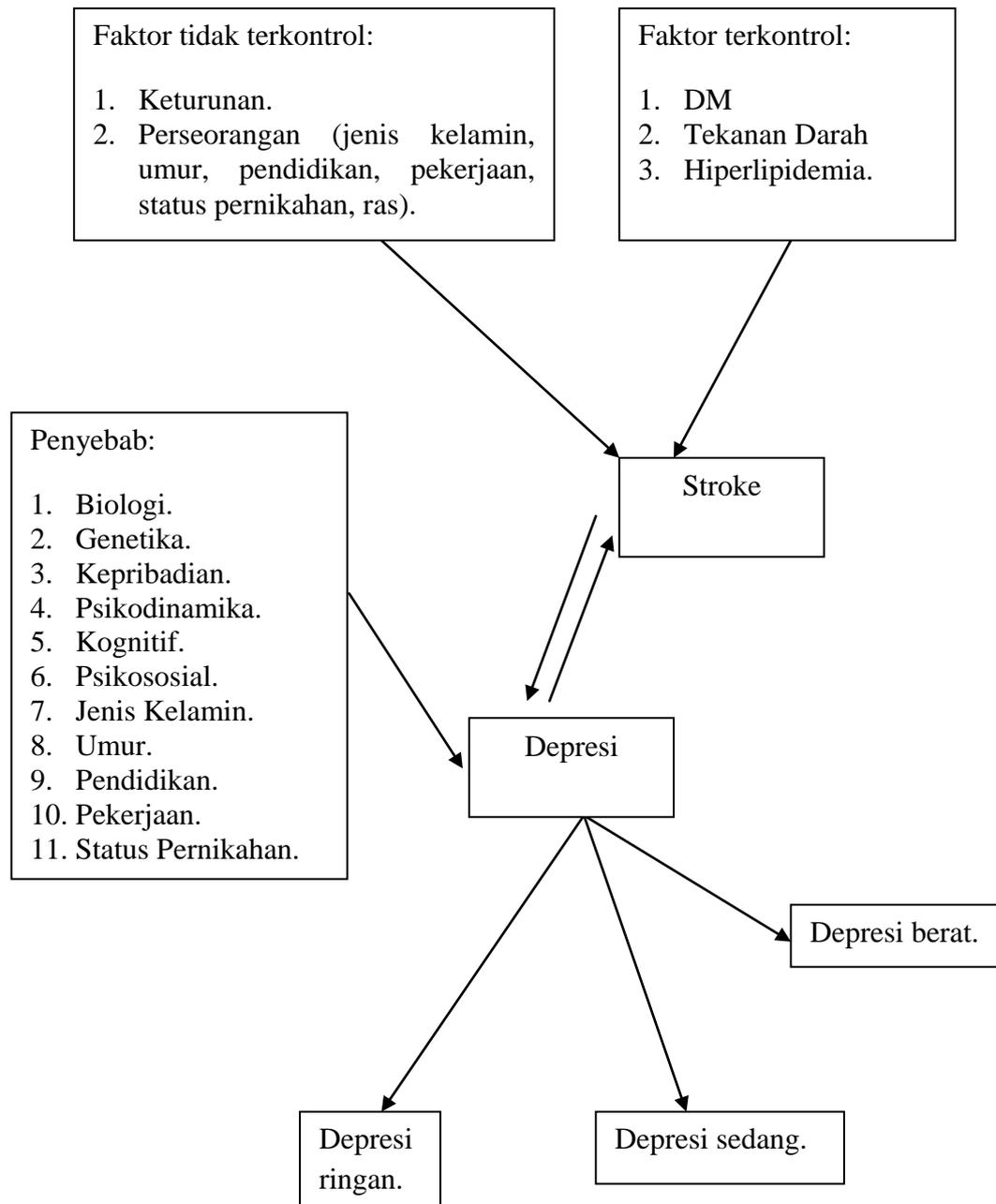
Menurut Ghoge, dkk (2003) angka prevalensi depresi pasca stroke adalah 10-25% untuk perempuan dan 5-12% untuk laki-laki. Ghoge juga mengatakan bahwa pada perempuan, adanya riwayat kelainan psikiatris dan kelainan kognitif sebelum terjadinya stroke menyebabkan gejala depresi yang timbul menjadi lebih berat, sedangkan pada laki-laki depresi pasca stroke berhubungan dengan gangguan yang lebih besar dari aktivitas hidup sehari-hari serta fungsi sosial.

Komplikasi neuropsikologis (seperti gangguan emosional, perilaku, dan kognitif) tidak saja dapat memberi dampak negatif pada fungsi sosial penderita stroke dan kualitas hidup mereka secara keseluruhan, tetapi juga mempunyai pengaruh terhadap penyembuhan fungsi motorik

mereka. Selain itu, beratnya depresi pasca stroke sangat erat hubungannya dengan tingkat gangguan aktivitas hidup sehari-hari.

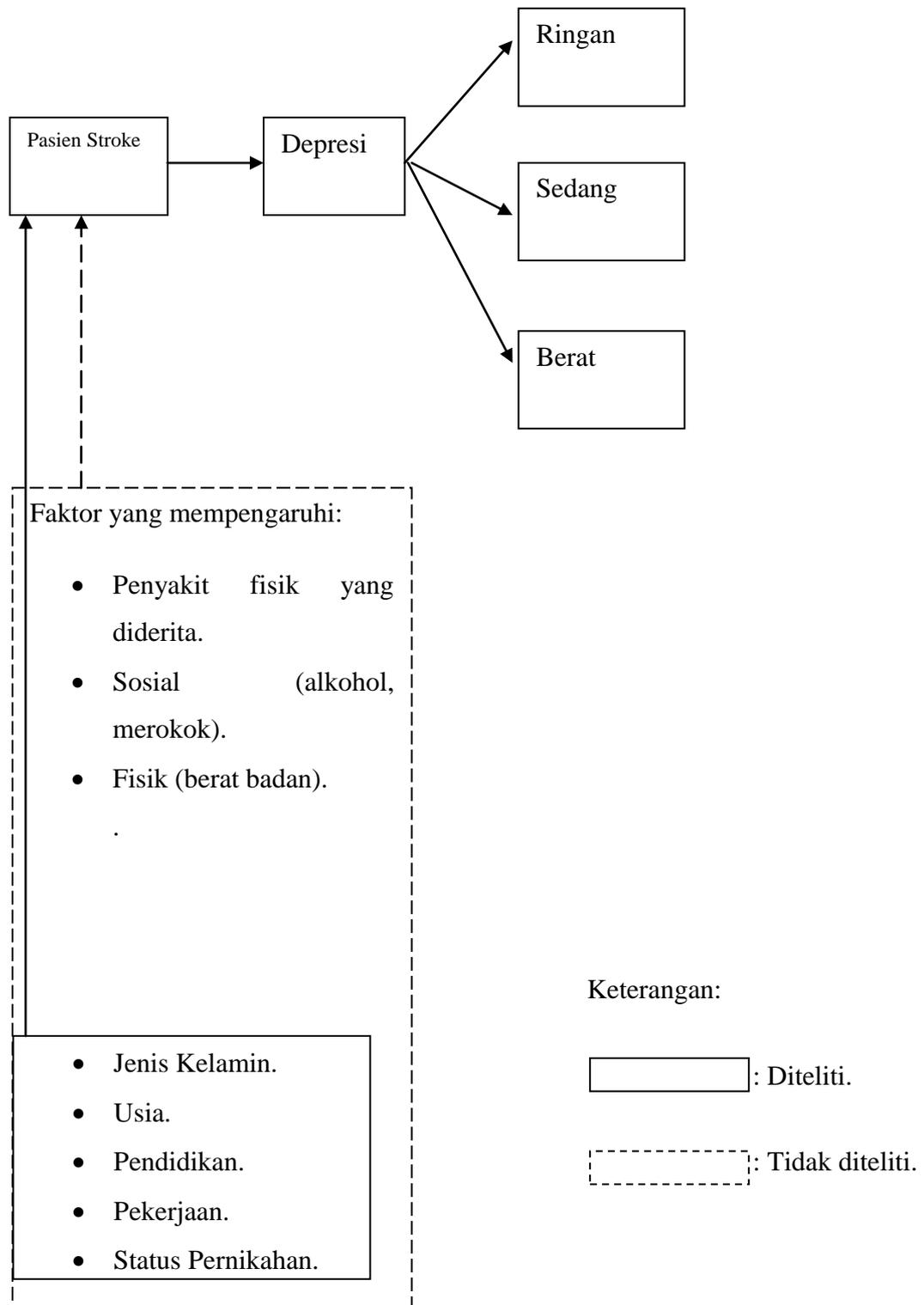
Depresi pasca stroke dapat diklasifikasikan dalam 3 bentuk, yaitu ringan, distimik dan berat. Depresi berat dapat menyebabkan gangguan berupa perasaan ketidakberdayaan yang berkepanjangan dan berlebihan sehingga mendorong penderita stroke untuk bunuh diri. Perasaan takut jatuh, terjadinya serangan stroke ulangan, dan bahkan perasaan tidak nyaman oleh pandangan orang lain terhadap cacat dirinya dapat menyebabkan penderita stroke membatasi diri untuk tidak keluar dari lingkungannya. Keadaan ini selanjutnya dapat mendorong penderita ke dalam gejala depresi yang berdampak pada motivasi dan rasa percaya dirinya. Maka terjadilah suatu lingkaran debilitatis yang tidak ada kaitannya dengan ketidakmampuan fisiknya. Ketidakmampuan fisik (*physical disability*) bersama-sama dengan gejala depresi dapat menyebabkan aktivitas penderita stroke menjadi sangat terbatas pada tahun pertama (Irawan, 2013).

## B. Kerangka Teori



Gambar 1. Kerangka Teori

### C. Kerangka Konsep



Gambar 2. Kerangka Konsep

**D. Hipotesis**

Hipotesis yang diajukan dalam penelitian ini adalah terdapat hubungan antara faktor demografi dengan depresi pada riwayat penderita stroke di Kabupaten Gunungkidul DIY.