

BAB I

PENGANTAR

A. Latar Belakang Permasalahan

Depresi merupakan masalah kesehatan utama dewasa ini. WHO (1974) menyebutkan angka 17% pasien yang berobat adalah pasien depresi dan diperkirakan prevalensi depresi pada populasi masyarakat dunia adalah 3%. Data WHO menyebutkan bahwa pada tahun 2020, depresi akan menjadi beban global penyakit kedua di dunia setelah penyakit jantung iskemik. Prevalensi per tahun diperkirakan berkisar 5-10% per tahun sedangkan life time prevalence bisa mencapai dua kali lipatnya. Sartorius (1974) memperkirakan 100 juta penduduk dunia mengalami depresi. Angka ini semakin bertambah untuk masa yang akan datang disebabkan semakin bertambahnya usia harapan hidup, stress psikososial, penyakit kronis, dan kehidupan beragama semakin ditinggalkan. (Asmawati, dkk, 2009).

Penyebab depresi dapat berupa sebab-sebab dari luar individu maupun dari dalam individu. Sedangkan bisa jatuh dalam keadaan depresi apabila tidak mampu menanggulangi stressor psikososial yang dialaminya. Gejala depresi dapat dialami pada orang yang mengalami stroke yang disebut depresi pasca stroke. Menurut Kaplan dan Saddock (2000), prevalensi depresi pada pasien stroke mencapai 40-60% dalam bulan pertama setelah terjadi stroke. Depresi pasca stroke terjadi pada 11-68% penderita pasca stroke dan 50-80% kasus depresi pasca stroke tidak

terdiagnosa oleh dokter non psikiater. Prevalensi depresi pasca stroke pada fase akut dan pada satu tahun pertama stroke mencapai 25-31%.

Depresi merupakan kasus yang secara dramatis dapat merubah perilaku atau membatasi kemampuan seseorang untuk berfungsi atau berkomunikasi, dan merupakan hal sulit bagi seseorang di sekeliling kita untuk menghadapi ketidakmampuan sehingga depresi. Beberapa ilmuan percaya bahwa stroke memicu injury otak yang dapat menyebabkan depresi. Kebanyakan pasien berkembang menjadi depresi sekunder akibat injury otak tersebut. Salah satu journal Hospital Medicine menyatakan ketidakmampuan penderita pasca stroke berat memiliki 2-3x lebih besar berisiko untuk depresi. (Asmawati, dkk, 2009).

Dari semua kasus *stroke* lebih sering menimbulkan cacat daripada fatal, oleh karena itu beban menjadi luar biasa beratnya tidak hanya pada diri pasien sendiri tetapi juga pada suami atau isteri, keluarga dan masyarakat umum. Negara berkembang seperti Pilipina yang tergantung pada populasi pekerja orang muda untuk kemajuan negaranya, dampak *stroke* menjadi sektor penting yang sangat diperhatikan oleh masyarakatnya (Jose dkk, 2003).

Depresi yang dialami oleh pasien pasca *stroke* disebabkan oleh tidak mampu lagi untuk bekerja, bersosialisasi seperti sediakala, merasa kehilangan pekerjaan, kehilangan harga diri dan merasa diri dikasihani serta tidak berdaya. Apalagi penyakit yang dideritanya itu meninggalkan cacat, tidak berfungsinya lagi salah satu atau lebih anggota tubuh, atau mengalami kerusakan secara permanen (*invalid*). Hal ini mengakibatkan pasien pasca stroke menjadi sangat membutuhkan dan sangat tergantung pada orang lain.

Pada umumnya, pasien yang mengalami kelumpuhan di salah satu atau lebih anggota tubuh ataupun yang mengalami kerusakan secara permanen akan mengalami stress psikis melihat kondisi perubahan fisiologis yang terjadi. Adanya penurunan fungsi fisiologis maka akan memicu stress psikososial karena keterbatasan mobilitas dan menjadi tergantung kepada orang lain atau hilangnya kemandirian, akibatnya terjadi perubahan lainnya seperti perubahan *mood* yang diakibatkan oleh pikiran-pikiran negatif terhadap diri sendiri, orang lain dan dunia luar. Dengan demikian pasien pasca *stroke* mengalami depresi. Hal ini tergantung pada seberapa jauh efek penyakit itu melekat pada diri penderita serta penerimaan diri terhadap kecacatan yang timbul.

Menurut Mangoenprasodjo (2005), penderitaan yang sangat umum terjadi pada pasien *stroke* adalah depresi. Pengaruh tidak berfungsi atau kurang berfungsinya salah satu anggota (organ) tubuh terhadap munculnya masalah-masalah psikis merupakan hal yang telah mendapat perhatian dalam penelitian. Penelitian yang telah dilakukan Fuchs, dkk, (2003) terhadap 2740 orang yang menguji adanya hubungan kecacatan dengan tingkah laku sehat menerangkan bahwa secara signifikan kecacatan akibat *stroke* terdapat pada orang yang dilatarbelakangi oleh faktor risiko kolesterol tinggi dan pada orang-orang yang aktivitas fisiknya lebih rendah (Fuchs, dkk, 2003).

Robinson, dkk (1992) juga membuktikan bahwa pada penderita *stroke* dengan lesi di hemisfer kiri lebih banyak dijumpai depresi daripada lesi di hemisfer kanan (Hartanti, 2001). Selanjutnya menurut Luthfi, dkk (2003), bahwa prognosis pasien pasca *stroke* memburuk bila ada depresi dan inteligensi yang

rendah. Sejarah psikiatrik pasien sebelum sakit perlu mendapat perhatian, depresi yang muncul pada penderita *stroke* berhubungan erat dengan diagnosis sakit sebelumnya. Hal ini dikarenakan bahwa sebelum terjadinya serangan *stroke*, pasien sudah terlebih dahulu menderita suatu penyakit, seperti *diabetes mellitus*, jantung, hipertensi, dan penyakit lainnya sebagai faktor risiko terjadinya *stroke*.

Menurut Robinson & Feibel (Hartanti, 2001), penderita *stroke* merupakan *high risk group* yang memerlukan perhatian khusus, namun dalam penanganan kelompok ini terasa adanya kurang perhatian dari petugas kesehatan. Khususnya mengenai depresi pasca *stroke*, seperti yang diungkapkan oleh Binder, dkk (dalam Hartanti, 2001) bahwa prevalensi penderita *stroke* yang mengalami depresi sangat tinggi berkisar antara 20% - 60%.

Feibel, dkk (1989) melakukan *follow up* selama 6 bulan dan melaporkan bahwa sepertiga dari 113 pasien pasca *stroke* mengalami depresi. Depresi pasca *stroke* ini makin berat dan makin sering dijumpai sesudah 6 bulan sampai 2 tahun, sedangkan menurut penelitian Amstrom, dkk (1993) pada 80 penderita yang diikutinya mulai keluar rumah sakit sampai 3 tahun, ternyata angka depresi sesudah 3 bulan meningkat lagi pada tahun ke 3. Kepuasan hidup pun akan berkurang sesudah 2, 4, dan 5 tahun serangan *stroke* (Hartanti, 2001).

Robinson, dkk (Hartanti, 2001) melaporkan bahwa keadaan depresi banyak dijumpai pada saat 2 bulan sampai dengan 2 tahun setelah *stroke*, 2 – 9 tahun setelah serangan, prevalensi dan beratnya depresi meningkat lagi. Menurut Santoso, dkk (Hartanti, 2001) di Indonesia angka-angka statistik belum terkumpul, baik *stroke* ataupun depresi sesudah serangan *stroke*.

Menurut Hartanti (2001), selain kecacatan jasmaniah yang diderita, penderita *stroke* merasakan atau mengeluhkan adanya gangguan psikologis. Dari gangguan psikologis yang timbul, keadaan depresi paling sering ditemui setelah serangan otak akut, dan sangat mengganggu penderita, keluarga dan masyarakat.

Secara medis, faktor-faktor depresi karena kerusakan pada jaringan otak seperti yang diuraikan oleh Coleman, dkk (1990) yaitu akibat dari kerusakan pada jaringan otak yang mengganggu fungsi fisiologis di daerah tersebut sehingga mengganggu fungsi berpikir, perasaan dan tingkah laku. Gejala psikiatris pada kelainan otak ini tergantung pada lokasi dan luasnya kerusakan. Luasnya lesi (kerusakan) kurang memegang peran pada timbulnya depresi, tetapi lokasi lesi memegang peranan.

Di Indonesia, terjadi sekitar 800-1.000 kasus *stroke* setiap tahunnya. Salah satu penyebab meningkatnya kasus penyakit pembuluh darah, seperti jantung dan *stroke* adalah kurangnya kesadaran masyarakat untuk menerapkan pola hidup sehat. *Stroke* di Indonesia merupakan pembunuh nomor tiga setelah penyakit infeksi dan jantung koroner. Sekitar 28,5% penderita penyakit *stroke* di Indonesia meninggal dunia (Mangoenprasodjo, 2005). Angka kematian paling tinggi pada rentang usia 55-64 tahun yaitu 26.8%, kejadian *stroke* berkisar 51.6/100.000 penduduk dan kecacatan yang menetap sebesar 1.6% dan 4.3% semakin memberat (Perdossi, 2011).

Berdasarkan profil kesehatan dari Departemen Kesehatan RI tahun 2008, *stroke* merupakan penyebab kematian paling tinggi dari penyakit lainnya yaitu

sebesar 15,4% dan hal ini merupakan salah satu masalah kesehatan di Indonesia.[<http://digilb.litbang.depkes.go.id>.]

Data terbaru dari hasil Riskesdas (Riset Kesehatan Dasar) jumlah penderita *stroke* di tahun 2007 usia 45-54 sekitar 8 persen, sedangkan pada tahun 2013 mencapai 10 persen. Selanjutnya jumlah penderita *stroke* usia 55-64 tahun pada Riskesdas 2007 sebanyak 15 persen, sedangkan pada Riskesdas 2013 mencapai 24 persen. Pada Riskesdas 2013 jumlah penderita *stroke* pada usia 15-24 tahun sudah ada yakni 0,2 persen. Hal ini disebabkan salah satu dari pola makan yang salah, masyarakat lebih banyak makan gorengan dari pada makan sayur dan buah. (<http://www.republika.co.id/berita/nasional/jawa-tengah-diy-nasional/14/02/02/n0cz1r-jumlah-penderita-strokeee-di-indonesia-terus-meningkat>).

Di Yogyakarta, proporsi *stroke* meningkat hampir dua kali lipat (1.79 per 100 penderita) di lima rumah sakit di Yogyakarta pada tahun 1991 (Mangoenprasodjo, 2005). Menurut laporan Sutantoro & Lamsudin, angka kematian karena *stroke* di RSUP DR.Sardjito menduduki urutan ketiga, RS PKU Muhammadiyah urutan keempat, RS Bethesda urutan keempat, sedangkan di RS Panti Rapih dan RS Puri Nirmala urutan pertama (Luthfi, dkk, 2003).

Data Dinas Kesehatan Propinsi D.I.Yogyakarta mengenai profil kesehatan tahun 2005 tentang jumlah penderita *stroke* pada tahun 2004 berjumlah 1.030 orang, terdiri dari 533 pria dan 497 wanita, dengan jumlah penderita *stroke* meninggal dunia sebanyak 213 orang (6,14%). Data profil kesehatan tahun 2006 tentang jumlah penderita *stroke* pada tahun 2005 berjumlah 1.448 orang, terdiri

dari 820 pria dan 628 wanita, dari angka tersebut kasus serangan *stroke* mengalami kenaikan 40,58 % di tahun 2005, dengan jumlah penderita *stroke* meninggal dunia berjumlah 147 orang (4,59%). Data-data tersebut menunjukkan ada kenaikan jumlah penderita *stroke* di D.I.Yogyakarta, sedangkan angka kematian akibat *stroke* mengalami penurunan dari 6,14% di tahun 2004 menjadi 4,59% di tahun 2005.

Data terakhir yang diperoleh dari laporan Rumah Sakit ke Dinas Kesehatan Propinsi DIY, tahun 2008 menunjukkan persentase yang cukup tinggi yaitu sebesar 11,29% pasien meninggal dunia karena *stroke*. Pada umumnya penderita *stroke* telah berusia di atas 45 tahun.

Belakangan ini usia penderita *stroke* semakin muda, yakni sekitar 35-an tahun. *Stroke* yang terjadi pada kelompok usia muda biasanya dikarenakan darah tinggi ganas (*hypertension maligna*) dan *stroke* perdarahan yang kadang bersifat fatal. Penyakit ini sedikit demi sedikit mulai menjalari usia muda di bawah 35 tahun, padahal sebelumnya penyakit ini biasa diidap oleh kalangan usia 60 tahun ke atas. Menurut Wiryanto (Mangoenprasodjo, 2005), saat ini bertambah banyak orang muda yang terserang *stroke*.

Berdasarkan hasil penelitian Jose, dkk (2003) terhadap 897 pasien *stroke* yang dilakukan dari Januari 1999 sampai Juni 2000, sekitar 159 pasien (17,7%) berusia 18-49 tahun (rata-rata umur : 41,8 tahun), dengan 109 kasus (68,5%) *cerebral infarction*, 37 (23.2%) *intracerebral hemorrhage*, dan 13 kasus (8,2%) *subarachnoid hemorrhage*. Hasil penelitian Jose, dkk (2003) menjelaskan bahwa proporsi *stroke hemorrhagic* pada pasien-pasien muda lebih tinggi dibandingkan

pada pasien-pasien yang lebih tua (31,4% Vs 21,7%). Sementara 4,2% dari kasus *infarctions* tidak ada kejelasan etiologi yang terbukti, dan lebih dari separoh orang-orang selamat dari serangan *stroke* mengalami cacat ringan sampai cacat berat.

Yang paling ditakuti dari serangan *stroke* adalah bahwa penderita yang terserang *stroke* dan selamat dari serangan pada umumnya mengalami kecacatan, yakni lumpuh dimensial atau pikun dan gangguan lain, seperti sulit bicara dan sulit melakukan kegiatan lainnya. Penderita *stroke* dapat ditolong dari kecacatan apabila dalam waktu kurang dari enam jam segera ditangani, bila lebih dari enam jam, maka kemungkinan besar pasien menderita kecacatan (Sustrani, dkk, 2004).

Penanganan dan pemulihan *stroke* ini membutuhkan waktu panjang bahkan mungkin seumur hidup. Dari berbagai studi dikatakan bahwa 6 bulan pertama sejak terjadi serangan *stroke* disebut *golden period* yaitu masa peluang emas untuk mencapai pemulihan optimal, oleh karena merupakan tahap laju pemulihan tertinggi selama periode dua tahun berikutnya. Pemulihan masih bisa diharapkan namun dengan laju pemulihan yang lebih rendah. Dalam fase pemulihan pasca serangan *stroke*, kerjasama yang baik antara tim medis, terapis, perawat dan keluarga penderita sangatlah diperlukan. Bila hanya mengandalkan pada obat-obatan saja, maka hasil terapi yang optimal akan sulit dicapai (Hartanti, 2001).

Bagi mereka yang mengalami sakit (*stroke*) selama bertahun-tahun, penderitaan itu dirasa tak kunjung selesai. Selain ada rasa sakit, ketidaknyamanan juga terjadi karena aktivitas fisik dan mental terhambat. Belum lagi jika

kehilangan pekerjaan, kehilangan atau berkurangnya fungsi bagian tubuh karena penyakit *stroke*. Tak jarang pasien menjadi putus asa hingga bunuh diri. Baylor (<http://kompas.com>, 16 Maret 2010) mengutip pandangan seorang humanis, Joyce Travelbee, bahwa sakit dan penderitaan dapat menjadi aktualisasi diri jika seseorang dibantu untuk menemukan makna dalam pengalaman sakitnya.

Selain itu, spiritual yang rendah pada pasien menambah keadaan semakin berat. Hal ini ditandai dengan kurangnya penerimaan diri terhadap keadaan sakit serta kurang kesabaran dalam menghadapi cobaan. Umumnya kondisi sakit dirasa tidak menyenangkan, walaupun demikian banyak pasien yang melaporkan bahwa pengalaman sakit dapat bernilai atau merupakan peristiwa yang bermakna.

Jadi spiritualitas merupakan kata kunci yang membuat seseorang menemukan makna hidupnya. Spiritualitas adalah suatu kualitas yang melebihi afiliasi religius, membangkitkan inspirasi, penghormatan, perasaan kagum, makna, dan tujuan. Spiritualitas meliputi usaha untuk menjaga harmoni dengan alam semesta dan berusaha keras menemukan jawaban-jawaban atas sesuatu yang tak terbatas dan menemukan fokus ketika seseorang menghadapi tekanan emosional, sakit fisik, dan kematian (Foster, 2005).

Namun Puchalsky (2001), praktisi dari George Washington University Medical Center, mengemukakan adanya hasil survei yang menunjukkan bahwa spiritualitas sangat penting dalam proses penyembuhan pasien. Kebanyakan pasien menginginkan dokter yang merawat mendiskusikan tentang keyakinan spiritual dengan mereka. Hasil survei menyatakan, banyak orang yang justru menemukan makna hidupnya melalui pengalaman sakit. Hal tersebut tampaknya

terjadi karena mereka yang sakit, seperti halnya orang lain yang sedang menghadapi penderitaan atau kesulitan hidup lainnya, membutuhkan jawaban atas kondisi mereka yang terbatas. Mereka merindukan jawaban atas masalah yang tidak sanggup dihadapi sendiri dengan keterbatasannya.

Spiritualitas berkaitan erat dengan komitmen religius. Sejumlah studi menemukan kaitan antara komitmen religius dan keadaan tak sehat (*morbidity, mortality*) pada pasien dengan berbagai penyakit. Diantaranya adalah orang yang lebih sering mengunjungi tempat berdoa, jumlah kematiannya lebih sedikit dibandingkan yang tidak pernah mengunjungi tempat pelayanan doa (Puchalsky, 2001). Hal ini menunjukkan bahwa spiritualitas atau komitmen religius sangat bermanfaat untuk kesehatan penderita sakit.

Dalam kondisi tak seimbang akibat penyakit yang diderita, seseorang dihadapkan pada kenyataan untuk menjaga harmoni dengan alam semesta, berusaha keras menemukan jawaban atas sesuatu yang tak terbatas, dan menemukan fokus ketika menghadapi tekanan emosional, sakit fisik, dan kematian. Dari sini lahirlah inspirasi, perasaan hormat dan kagum akan kehidupan, perasaan akan makna dan tujuan. Itulah spiritualitas yang berkembang dalam keadaan sakit (Widyarini, 2010).

Berdasarkan hasil survei Puchalsky (Widyarini, 2010), maka penting dilakukan intervensi-intervensi yang melibatkan spiritual agar pasien dapat mengembangkan dirinya walau dalam keadaan sakit. Oleh karena itu, maka peneliti tertarik ingin melakukan penelitian dengan menggunakan intervensi di bidang spiritual dipadukan dengan pendekatan kognitif. Hal ini juga didukung

oleh beberapa hasil penelitian yang pernah dilakukan oleh peneliti sebelumnya tentang intervensi yang pernah dilakukan terhadap pasien pasca *stroke* untuk menurunkan depresi yang dialami. Seperti, hasil penelitian Hartanti (2001) menunjukkan bahwa pemberian terapi kognitif yang diberikan secara sendiri dan secara bersama-sama dengan stimulasi humor yang merupakan terapi alternatif efektif dan mampu mengurangi tingkat depresi penderita pasca *stroke*, sedangkan stimulasi humor yang diberikan secara sendiri tidak efektif untuk menurunkan tingkat depresi penderita pasca *stroke*. Efektifitas ini terlihat dan tetap bertahan setelah satu dan dua bulan pasca perlakuan (Hartanti, 2001).

Selanjutnya, Williamson & Schultz (Sholichatun, 2004) menyarankan perlunya strategi tritmen dan rehabilitasi multidisipliner yang disusun baik untuk meningkatkan kemampuan untuk melakukan aktivitas rutin keseharian, mereduksi depresi serta meningkatkan kualitas hidup. Depresi terjadi akibat adanya kesedihan yang mendalam, perasaan itu muncul karena kecewa mengalami situasi yang sama sekali tak terduga dan tidak diharapkan terjadi dalam hidup. Razak (2013) telah membuktikan efektifitas terapi spiritual Islami terhadap penanggulangan depresi maupun gangguan psikologis lainnya, terapi spiritual sangat berpengaruh untuk membangun rasa penerimaan diri (*self acceptance*) sehingga pasien tidak depresi lagi dan tidak menyesali nasibnya. Bahkan sebaliknya, pasien mampu mengekspresikan perasaannya kepada kehidupan dan kesehatan mentalnya menjadi lebih baik.

Pendekatan spiritual berperan penting dalam mengekspresikan perasaan dan memberikan kenyamanan bagi klien. Penerimaan keadaan sakit pada pasien

akan mendorong individu tersebut akan lebih dekat dengan Tuhan dan menerima penyakitnya sebagai cobaan dari Tuhan. Pada terapi spiritual Islami, qalbu dan akal pikiran sebagai sasaran terapi dalam menangani berbagai penyakit psikologis. Terapi spiritual Islami bersifat fleksibel, preventif, kreatif dan rehabilitasi (Razak, 2013).

Penulis berpendapat bahwa terapi kognitif spiritual Islam diharapkan akan berpengaruh terhadap penurunan gangguan psikologis seperti depresi pada pasien pasca *stroke* yang berusia paruh baya (≥ 50 tahun). Oleh karena pada usia paruh baya terdapat pola perubahan minat, ada kecenderungan meningkatnya minat keagamaan, sementara minat-minat lainnya seperti minat dalam penampilan dan pakaian, minat terhadap uang, minat terhadap seks mengalami penurunan. (Mappiare, 1983).

Penelitian yang dilakukan ini berbeda dengan penelitian sebelumnya karena memfokuskan pada pemberian konseling kognitif spiritual Islam terhadap penurunan tingkat depresi pasien pasca *stroke*. Penelitian ini didorong oleh permasalahan tentang adanya gangguan depresi yang banyak dialami oleh penderita *stroke* yang notabene pasien usia paruh baya dan membutuhkan intervensi psikologis dengan harapan agar dapat menurunkan tingkat depresi.

Dari fenomena di atas, dan dari penelitian sebelumnya, penulis akan meneliti apakah pemberian konseling kognitif spiritual Islam dapat mempengaruhi penurunan tingkat depresi pasien pasca *stroke*.

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan di atas, maka dirumuskan permasalahan penelitian apakah konseling kognitif spiritual Islam dapat menurunkan tingkat depresi pasien pasca *stroke*?

C. Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk membuktikan pengaruh konseling kognitif spiritual Islam dalam menurunkan tingkat depresi pada pasien pasca *stroke*.

D. Manfaat Penelitian

Jika hipotesis penelitian ini terbukti, maka konseling kognitif spiritual Islam dapat digunakan sebagai usaha membantu pasien pasca *stroke* mengurangi/menurunkan depresi yang dialami.

Penelitian ini diharapkan juga mampu memberikan tambahan pengetahuan tentang teknik intervensi yang dapat dipakai untuk menurunkan tingkat depresi pasien pasca *stroke*.

E. Keaslian Penelitian

Penelitian sebelumnya pernah dilakukan oleh Hartanti (2001) yaitu efektifitas terapi kognitif dan stimulasi humor untuk menurunkan gangguan depresi penderita *pasca stroke*, dan hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pemberian terapi kognitif yang diberikan secara sendiri dan secara bersama-sama

dengan stimulasi humor yang merupakan terapi alternatif efektif dan mampu mengurangi tingkat depresi penderita pasca *stroke*, sedangkan stimulasi humor yang diberikan secara sendiri tidak efektif untuk menurunkan tingkat depresi penderita pasca *stroke*. Efektifitas ini terlihat dan tetap bertahan setelah satu dan dua bulan pasca perlakuan.

Penelitian sebelumnya juga pernah dilakukan oleh Rizki (2014) yaitu pengaruh *cognitive behavior therapy* (CBT) untuk menurunkan simptom depresi pada pasien pasca *stroke*, dan hasil penelitian ini menunjukkan bahwa CBT berpengaruh dalam menurunkan derajat simptom depresi pada subjek penelitian, yang ditandai dengan menurunnya simptom emosi negatif pasca *stroke*, meningkatnya motivasi untuk meningkatkan kondisi kesehatan dan menurunnya keluhan fisik pada subjek penelitian.

Selain itu, Penulis pernah melakukan penelitian pada tahun 2006 di Instalasi Rehabilitasi Medis RSUP Dr.Sardjito yaitu pengaruh terapi reiki ling-chi terhadap tingkat depresi pada penderita *stroke*, dan hasil penelitian telah menunjukkan bahwa terapi reiki ling-chi terbukti efektif menurunkan depresi pasien pasca *stroke*.

Sepengetahuan penulis, penelitian tentang intervensi konseling kognitif spiritual Islam pada pasien pasca *stroke* guna menurunkan tingkat depresi pasien pasca *stroke* belum pernah dilakukan.

Penelitian ini berbeda dengan penelitian sebelumnya, perbedaannya adalah dalam pemberian intervensi, persamaannya adalah sama-sama bertujuan untuk menurunkan depresi pasien pasca *stroke*.