

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Pustaka

1. Faktor Demografi

Faktor demografi adalah faktor-faktor yang terdapat dalam struktur penduduk dan perkembangannya, seperti jenis kelamin, kelompok umur, tingkat pendidikan, jenis pekerjaan, status pernikahan dan sebagainya (Hanum, 2000). Beberapa faktor demografi yang berpengaruh pada penderita depresi, antara lain:

a. Jenis Kelamin.

Jenis kelamin merupakan pensifatan atau pembagian dua jenis kelamin manusia yang ditentukan oleh Tuhan secara biologis, yaitu jenis kelamin laki-laki dan perempuan (Fakih, 2012). Ditambahkan *National Institute of Mental Health* (2011) bahwa sebesar 70% wanita memiliki kecenderungan mengalami depresi dibanding pria sepanjang hidupnya. Sartika (2014) juga menjelaskan bahwa wanita selalu membuat satu permasalahan menjadi kompleks karena adanya penghubung otak kanan dan otak kiri pada wanita, selain itu, secara fisiologis pun, otak wanita lebih kecil daripada otak pria, meskipun begitu, otak wanita bekerja 7-8 kali lebih keras dibandingkan pria pada saat mengalami masalah.

b. Umur.

Umur adalah rentang kehidupan yang diukur dengan tahun, yang dihitung pada individu mulai saat dilahirkan sampai saat berulang tahun (Candra, 2008).

Friedman (2003) menambahkan bahwa kemunduran kemampuan fisik, kemunduran kesehatan dan penyakit fisik, seperti hipertensi dapat menyebabkan depresi dan terjadi lebih sering pada lansia. Sejalan dengan penelitian Igwe, dkk. (2013) bahwa tingkat depresi pada penderita hipertensi berdasarkan umur terdapat 36,7% berumur 50-59 tahun lebih banyak di antara kelompok umur lainnya, hal ini disebabkan karena proses menua merupakan proses alami yang disertai adanya penurunan kondisi fisik dengan terlihat adanya penurunan fungsi organ tubuh, diikuti dengan perubahan emosi secara psikologis dan kemunduran kognitif seperti suka lupa dan hal yang mendukung lainnya, seperti kecemasan yang berlebihan, kepercayaan diri menurun, insomnia yang akan berakhir pada depresi, juga kondisi biologis dan psikologis yang semuanya saling berinteraksi satu sama lain.

c. Pendidikan.

Notoatmodjo (2003) menjelaskan bahwa pendidikan adalah tahapan pembelajaran yang ditetapkan berdasarkan tingkat perkembangan peserta didik, tujuan yang akan dicapai dan kemampuan yang dikembangkan, terdiri dari pendidikan dasar (jenjang pendidikan awal selama sembilan tahun pertama masa sekolah anak yang melandasi

jenjang pendidikan menengah), pendidikan menengah (jenjang pendidikan lanjutan pendidikan dasar) dan pendidikan tinggi (jenjang pendidikan setelah pendidikan menengah yang mencakup program sarjana, magister, doktor dan spesialis yang diselenggarakan oleh perguruan tinggi).

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).

d. Pekerjaan.

Pekerjaan adalah sekumpulan kedudukan yang memiliki persamaan kewajiban atau tugas pokoknya, ditambahkan oleh Sartika (2014) bahwa dalam masyarakat yang tingkat ekonominya relatif menengah ke bawah menyebabkan berpenghasilan tidak tetap bahkan ada juga yang tidak berpenghasilan. Bekerja atau memiliki aktivitas merupakan salah satu bentuk perilaku hidup aktif, hal ini berkaitan dengan penghasilan dan penghasilan sering dikaitkan dengan pemenuhan kebutuhan manusia. Seseorang dapat melakukan sesuatu untuk meningkatkan kualitas hidupnya dan meningkatkan interaksinya dengan bekerja dan apabila tidak bekerja, maka menyebabkan kurangnya perilaku hidup aktif yang berkaitan dengan tingginya waktu kosong

termasuk dalam berinteraksi sosial dan mendorong rasa bosan atau jenuh, sehingga dapat mengarahkan pada depresi.

e. Status Pernikahan.

Pernikahan adalah salah satu bentuk interaksi antara manusia, ditambahkan Hanum (2000) bahwa menikah juga didefinisikan sebagai hubungan pria dan wanita yang diakui dalam masyarakat yang melibatkan hubungan seksual, adanya penguasaan dan hak mengasuh anak, saling mengetahui tugas masing-masing sebagai suami dan istri dan sebagai upacara pengakuan dan pernyataan menerima kewajiban baru dalam tata susunan masyarakat. Depresi terjadi 4 kali lebih sering dengan status tidak menikah dibandingkan yang status menikah dan gangguan depresif berat sering terjadi pada orang yang tidak memiliki hubungan interpersonal yang erat, pada umumnya, individu yang berstatus tidak menikah sering kehilangan dukungan yang cukup besar yang menyebabkan suatu keadaan yang tidak menyenangkan dan kesendirian (Wirasto, 2007).

2. Depresi

Istilah depresi cukup *popular* di dalam masyarakat. Depresi merupakan gangguan perasaan hati yang ditandai dengan suasana perasaan yang murung, hilangnya minat dan kegembiraan, serta berkurangnya energi untuk aktivitas sehari-hari, kondisi tersebut dapat memengaruhi pikiran, tingkah laku dan keadaan fisik seseorang, selain ini, ada pula beberapa ahli mengungkapkan tentang depresi, sebagai berikut:

a. Definisi

Depresi seringkali digunakan dalam pembahasan mengenai gangguan *mood*. Istilah depresi digunakan untuk menyatakan kesedihan yang tidak wajar, dejeski atau melankoli (Dorland, 1998). Kamus Besar Bahasa Indonesia juga mengungkapkan, depresi sebagai gangguan jiwa pada seseorang yang ditandai dengan perasaan yang merosot (seperti suram, sedih, perasaan tertekan).

Depresi merupakan masa terganggunya fungsi manusia yang berkaitan dengan alam perasaan yang sedih dengan gejala penyertainya, termasuk perubahan pola tidur dan nafsu makan, psikomotor, konsentrasi, kelelahan, rasa putus asa dan tidak berdaya, serta gagasan bunuh diri (Sadock dan Sadock, 1998), selain itu ditambahkan menurut *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM) IV*, gejala pengikutnya, meliputi: insomnia, sulit berkonsentrasi dan perasaan bersalah berlebihan (Mudjaddid, 2001).

Depresi juga dikemukakan oleh Maramis (2009) bahwa depresi merupakan gangguan perasaan dengan semangat berkurang, rasa harga diri rendah, menyalahkan diri sendiri, gangguan tidur dan makan. Sama halnya dengan Sadock dan Sadock (2010), depresi didefinisikan sebagai gangguan jiwa dengan gejala utama sedih, merasa sendirian, putus asa, rendah diri dan disertai gangguan psikomotor atau kadang-kadang agitasi, menarik diri dari pergaulan sosial dan terdapat gangguan vegetatif, seperti nafsu makan berubah dan terdapat gangguan tidur.

b. Epidemiologi

Dunia telah mengakui bahwa depresi merupakan masalah kesehatan masyarakat dan sangat mendesak untuk mendapat perhatian. Depresi merupakan penyakit yang menyebabkan morbiditas terbesar di seluruh dunia (*World Health Organization (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 antara pria dan wanita 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 dan usia rata-rata kejadian depresi ini, yaitu 32 tahun (*National Institute of Mental Health*, 2011).

Prevalensi depresi pada penyakit kardiovaskular secara khusus belum diketahui dengan tepat oleh karena penelitian pada bidang ini masih kurang, terutama depresi pada hipertensi. Secara umum, pada penyakit kardiovaskular tentunya prevalensi depresi lebih tinggi dibandingkan prevalensi depresi pada populasi umum yang berkisar 1-5%. Penelitian pada pasien hipertensi, mendapat lebih kurang 10% yang mendapat pengobatan depresi, maka dapat diperkirakan prevalensi depresi pada hipertensi dapat berkisar 20-30%. Setelah keadaan akut dari penyakit kardiovaskular dapat diatasi selama perawatan, gejala-gejala tersebut akan berkurang, tetapi pada sebagian kasus, gejala depresi terus

berlangsung dan menjadi gejala depresi yang menetap sekitar 20-40% (Shatri, 2002).

c. Etiologi

Depresi merupakan penyakit umum yang banyak dijumpai dan dapat menyerang siapa saja, di mana saja dan kapan saja. Hal yang terkait menjadi penyebab terjadinya menurut Sadock dan Sadock (2010) dibagi menjadi: faktor biologis yang berhubungan dengan *monoamine neurotransmitter*, seperti norepinefrin, dopamin, serotonin dan histamin yang menjadi teori utama penyebab gangguan mood pada depresi, selanjutnya terdapat faktor biogenik *amine* yang terbagi menjadi norepinefrin yang bekerja dengan cara penurunan sensitivitas dari reseptor α_2 adrenergik dan penurunan respon terhadap antidepresan dan serotonin yang mengalami penurunan pada pasien depresi dan berhubungan pada percobaan bunuh diri yang mempunyai kadar serotonin dalam cairan serebrospinal yang rendah dan konsentrasi rendah dari *uptake* serotonin pada platelet, gangguan *neurotransmitter* lainnya, seperti pada neuron yang terdistribusi secara menyebar pada korteks serebrum terdapat *Acetylcholine* (Ach), selain itu, faktor neuroendokrin dengan tiga komponen, yaitu: hipotalamus yang disfungsi berakibat pada perubahan regulasi tidur, selera makan, dorongan seksual dan memacu perubahan biologi dalam endokrin dan imunologik, kelenjar pituitari dan korteks adrenal yang bekerja sama dalam *feedback* biologis yang berhubungan dengan sistem limbik yang berpengaruh pada produksi

alam perasaan, berupa emosi, depresi dan mania dan korteks serebral, abnormalitas otak pada korteks prefrontal, khususnya reduksi dari aktivitas metabolik dan reduksi volume dari *gray matter* secara partikuler pada bagian kiri ditemukan pada individu dengan depresi berat atau gangguan bipolar, hippocampus, korteks *cingulate anterior* dan amigdala.

Gunawan (2006) juga menambahkan adanya faktor kepribadian, seperti dependen, anankastik, histrionik diduga mempunyai resiko tinggi untuk terjadinya depresi. Nevid dkk. (2005) juga menjelaskan faktor kognitif berhubungan dengan interpretasi keliru terhadap sesuatu menyebabkan distorsi pikiran menjadi negatif tentang pengalaman hidup, penilaian diri negatif, pesimisme dan keputusan, pandangan negatif tersebut menyebabkan perasaan depresi. Faktor genetik juga dikemukakan oleh Durand dan Barlow (2006) bahwa sebanyak 50% pasien bipolar memiliki satu orang tua dengan gangguan alam perasaan atau gangguan afektif, yang tersering adalah unipolar (depresi saja). Jika salah satu orang tua mengidap gangguan bipolar (manik dan depresif), maka 27% anaknya memiliki resiko mengidap gangguan alam perasaan, faktor psikososial yang berkaitan dengan traumatik kehidupan dan lingkungan sosial dengan suasana yang menegangkan, seperti kehilangan orangtua dan pasangan hidup.

d. Gejala

Seringkali penderita depresi lebih mengedepankan keluhan fisiknya dibandingkan keluhan psikisnya. Menurut Maramis (2009), terdapat gejala psikologik dan gejala somatik. Gejala psikologiknya, antara lain: menjadi pendiam, rasa sedih, pesimistik, putus asa, nafsu bekerja dan bergaul berkurang, tidak dapat mengambil keputusan, mudah lupa dan timbul pikiran-pikiran bunuh diri, sedangkan gejala somatiknya, antara lain: penderita depresi kelihatan tidak senang, tidak bersemangat, apatis, bicara dan gerak-geriknya pelan, terdapat anoreksia, insomnia dan konstipasi.

Episode depresif berdasarkan PPDGJ-III dapat dibagi menjadi gejala utama (pada derajat ringan, sedang dan berat), seperti: adanya 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, selain itu ada juga gejala lainnya, seperti: konsentrasi dan perhatian berkurang, harga diri dan kepercayaan diri berkurang, gagasan tentang rasa bersalah dan tidak berguna, 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.

1) Episode depresif ringan.

Pedoman diagnostik:

- a) Sekurang-kurangnya harus ada 2 dari 3 gejala utama depresi seperti tersebut di atas.
- b) Ditambah sekurang-kurangnya 2 dari gejala lainnya.
- c) Tidak boleh adanya gejala yang berat di antaranya.
- d) Lamanya seluruh episode berlangsung sekurang-kurangnya sekitar 2 minggu.
- e) Hanya sedikit kesulitan dalam pekerjaan dan kegiatan sosial yang biasa dilakukan.

2) Episode depresif sedang.

Pedoman diagnostik:

- a) Sekurang-kurangnya harus ada 2 dari 3 gejala utama depresi seperti pada episode depresi ringan.
- b) Ditambah sekurang-kurangnya 3 (dan sebaiknya 4) dari gejala lainnya.
- c) Lamanya seluruh episode berlangsung minimum sekitar 2 minggu.
- d) Menghadapi kesulitan nyata untuk meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan dan urusan rumah tangga.

3). Episode depresif berat tanpa gejala psikotik.

Pedoman diagnostik:

- a) Semua 3 gejala utama depresi harus ada.
- b) Ditambah sekurang-kurangnya 4 dari gejala lainnya dan beberapa diantaranya harus berintensitas berat.
- c) 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.
- d) 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 <2 minggu.
- e) Sangat tidak mungkin pasien akan mampu meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan atau urusan rumah tangga, kecuali pada taraf yang sangat terbatas.

4). Episode depresif berat dengan gejala psikotik.

Pedoman diagnostik:

- a) Episode depresif berat yang memenuhi kriteria tersebut di atas.
- b) 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*).

5) Episode depresif lainnya.

6) Episode depresif YTT.

Gejala yang tampak pada penderita depresi menurut ICD-10, depresi dikelompokkan berdasarkan gejala utama, seperti: munculnya mood depresi, hilangnya minat atau semangat dan mudah lelah, ada pula gejala tambahannya, 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. Depresi ringan bila terdapat minimal 2 gejala utama dan 2 gejala tambahan, depresi sedang bila terdapat minimal 2 gejala utama dan 3-4 gejala tambahan, depresi berat bila terdapat minimal 3 gejala utama dan 4 gejala tambahan (Mudjaddid, 2001 dan Soerjono, 2007).

e. Klasifikasi

Penggolongan depresi sampai saat ini belum memuaskan semua pihak. Klasifikasi depresi menurut *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) IV dibagi menjadi empat gangguan, yaitu gangguan depresi mayor unipolar dan bipolar dengan gejala berupa perubahan nafsu makan, berat badan, pola tidur, aktivitas, kekurangan

energi, perasaan bersalah dan pikiran bunuh diri yang berlangsung setidaknya 2 minggu (Sadock dan Sadock, 2010), gangguan mood spesifik lainnya, seperti: gangguan distimik depresi minor yang bersifat ringan tetapi kronis (2 tahun atau lebih) dengan ciri penderita masih dapat berinteraksi dengan aktivitas sehari-harinya (*National Institute of Mental Health*, 2010), gangguan siklotimik depresi dan hipomanik saat ini atau baru saja berlalu (secara terus menerus selama 2 tahun), gangguan depresi atipik, depresi postpartum, depresi menurut musim yang muncul pada saat musim dingin dan menghilang pada musim semi dan musim panas (*National Institute of Mental Health*, 2010), gangguan depresi akibat kondisi medik umum dan gangguan depresi akibat zat dengan gejala halusinasi dan delusi (*National Institute of Mental Health*, 2010) dan gangguan penyesuaian dengan mood disebabkan oleh stressor psikososial.

f. Terapi

Terapi dilakukan untuk meningkatkan efektivitas pengobatan dan mengurangi berbagai efek samping yang mungkin muncul selama pengobatan. Dengan kata lain, pengobatan depresi tidak hanya dengan menggunakan psikofarmaka semata, tetapi sejak awal sudah melakukan dengan pengobatan dengan psikofarmaka, seperti: adanya antidepresi golongan trisiklik, tetrasiklik, *Reversible Inhibitory Monoamin Oksidase (RIMA) type A*, atipikal dan *Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI)*, yang mana golongan obat di atas bekerja dengan meningkatkan

jumlah *aminergic neurotransmitter* pada sinaps neuron di susunan saraf pusat dengan menghambat *reuptake aminergic neurotransmitter* dan menghambat penghancuran 5HT oleh enzim *monoamine oksidase* (Mudjaddid, 2001), selain itu dengan pengobatan psikoterapi, seperti: ventilasi (menjalin hubungan dokter pasien dengan lebih baik dan menimbulkan kepercayaan), edukasi, terapi kognitif dan perilaku (merubah pikiran negatif pada penderita menjadi pikiran positif dan menguntungkan) dan terapi agama.

3. Hipertensi

Hipertensi dapat menyerang siapa saja. Istilah hipertensi sering juga disebut sebagai tekanan darah tinggi. Beberapa ahli menjelaskan terkait hipertensi, yakni:

a. Definisi

Hipertensi dapat terjadi ketika darah memberikan gaya yang lebih tinggi dibandingkan kondisi normal secara persisten pada sistem sirkulasi. Hipertensi didefinisikan sebagai tekanan sistolik >140 mmHg dan tekanan diastolik >90 mmHg (Palmer dan Williams, 2007).

Kamus kedokteran Dorland (2008) menambahkan bahwa hipertensi adalah peningkatan tekanan darah dalam arteri.

b. Klasifikasi

Tekanan darah yang disebut juga sebagai gaya atau dorongan darah ke dinding arteri saat darah dipompa ke seluruh tubuh menjadi sangat penting, karena tanpanya, darah tidak akan mengalir, maka dari itu,

hipertensi menurut *Joint National Committee (JNC) VII* dapat dibedakan menjadi kelompok normal: $<120/<80$ mmHg, prahipertensi: 120-139/80-89 mmHg, hipertensi derajat 1: 140-159/90-99 mmHg dan hipertensi derajat 2: $\geq 160/\geq 100$ mmHg (Yogiantoro, 2009).

c. Epidemiologi

Data epidemiologi menunjukkan bahwa dengan makin meningkatnya populasi usia lanjut, maka jumlah pasien dengan hipertensi kemungkinan besar juga akan bertambah, dimana baik hipertensi sistolik maupun kombinasi hipertensi sistolik dan diastolik sering timbul pada lebih dari separuh orang yang berusia >65 tahun, selain itu, laju pengendalian tekanan darah yang dahulu terus meningkat, dalam dekade terakhir tidak menunjukkan kemajuan lagi (pola kurva mendatar) dan pengendalian tekanan darah ini hanya mencapai 34% dari seluruh pasien hipertensi (Gunawan, 2001).

Data hipertensi yang lengkap hingga saat ini, sebagian besar berasal dari negara yang sudah maju. Data dari *The National Health and Nutrition Examination Survey (NHNES)* menunjukkan bahwa dari 1999-2000, insidensi hipertensi pada orang dewasa adalah sekitar 29-31% yang berarti terdapat 58-65 juta orang hipertensi di Amerika dan terjadi peningkatan 15 juta dari tahun 1988-1991. Hipertensi esensial sendiri merupakan 95% dari seluruh kasus hipertensi (Staff Bagian Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada, 2012).

d. Etiologi

Tekanan darah secara alami berfluktuasi sepanjang hari. Tekanan darah tinggi menjadi masalah hanya bila tekanan darah tersebut persisten. Penyakit hipertensi berdasarkan penyebabnya dapat dibagi menjadi dua golongan, yaitu:

1). Hipertensi Essensial atau Primer.

Penyebab dari hipertensi essensial sampai saat ini masih belum diketahui. Kurang lebih 90% penderita hipertensi tergolong hipertensi essensial. Kebanyakan pasien dengan hipertensi primer terdapat kecenderungan herediter yang kuat (Guyton dan Hall, 2008). Berbagai hal, seperti genetik, aktivitas saraf simpatis, faktor hemodinamik, gangguan mekanisme pompa natrium, faktor renin, angiotensin dan aldosteron dilaporkan mempunyai kaitan dengan peningkatan tekanan darah hipertensi essensial (Sidabutar dan Wiguno, 1990). Faktor genetik dibuktikan bahwa kejadian hipertensi lebih banyak dijumpai pada penderita kembar monozigot daripada heterozigot. Tahap awal hipertensi essensial, peningkatan aktivitas tonus simpatis menyebabkan peningkatan curah jantung, sedangkan tahanan perifer normal, pada tahap selanjutnya, curah jantung kembali normal, sedangkan tahanan perifer meningkat akibat terjadinya refleksi autoregulasi.

2). Hipertensi Sekunder.

Hipertensi sekunder adalah hipertensi yang penyebabnya dapat diketahui, antara lain kelainan pembuluh darah ginjal, gangguan kelenjar tiroid (hipertiroid), penyakit kelenjar adrenal (hiperaldosteronisme) dan konsumsi obat kortikosteroid, NSAID, siklosporin dan eritropoietin yang tidak normal yang berkisar sekitar 10% (Depkes RI, 2006).

e. Faktor Risiko

Penyebab tekanan darah tinggi pada sebagian besar kasus tidak diketahui, hal ini terutama terjadi pada hipertensi esensial, walaupun demikian, terdapat beberapa faktor risiko, meliputi: kelebihan berat badan, kurang berolahraga, mengonsumsi makanan berkadar garam tinggi, kurang mengonsumsi buah dan sayuran segar, terlalu banyak minum alkohol, merokok dan makan terlalu banyak lemak (terutama lemak jenuh yang ditemukan pada daging dan produk susu) yang berkaitan dengan tingginya kadar kolesterol dalam darah (Brunner dan Suddarth, 2002). Untungnya, faktor risiko yang dapat dimodifikasi tadi dapat dikurangi dengan sedikit mengubah gaya hidup, namun demikian, ada beberapa faktor risiko yang tidak dapat diubah, misalnya: usia tua (tekanan darah cenderung meningkat seiring bertambahnya usia), riwayat tekanan darah tinggi dalam keluarga, etnis (tekanan darah tinggi lebih sering terjadi pada orang berkulit hitam) dan jenis kelamin (tekanan darah tinggi sedikit lebih sering terjadi pada pria dari pada wanita).

Tekanan darah tinggi juga dapat meningkat selama kehamilan dan keadaan stress. “*White coat hypertension*” adalah contoh dimana tekanan darah seseorang meningkat saat mereka berada di ruang praktek dokter atau di rumah sakit, namun kembali normal di luar waktu tersebut (Palmer dan Williams, 2007).

f. Gejala Klinis

Individu yang menderita hipertensi kadang tidak menunjukkan gejala sampai bertahun-tahun. Oleh karena itu, hipertensi dikenal sebagai *silent killer*. Palmer dan Williams (2007) menyebutkan bila tekanan darah tidak terkontrol dan menjadi sangat tinggi (keadaan ini disebut hipertensi berat atau hipertensi maligna), maka timbul gejala, seperti: nyeri kepala atau pusing saat terjaga, kadang-kadang disertai mual dan muntah, akibat peningkatan tekanan darah intrakranial, penglihatan kabur akibat kerusakan retina akibat hipertensi, ayunan langkah yang tidak mantap karena kerusakan susunan saraf pusat atau kebingungan, nokturia karena peningkatan aliran darah ginjal dan filtrasi glomerulus, edema dependen dan pembengkakan akibat peningkatan tekanan kapiler, mengantuk dan sulit bernafas.

g. Diagnosis

Evaluasi pada penderita hipertensi bertujuan untuk menilai gaya hidup dan identifikasi faktor risiko kardiovaskular atau penyakit penyerta yang mungkin dapat mempengaruhi prognosis sehingga dapat memberi petunjuk dalam pengobatan, mencari penyebab tekanan darah tinggi,

menentukan ada tidaknya kerusakan organ target dan penyakit kardiovaskular (Brunner dan Suddarth, 2002).

Yogiantoro (2009) menambahkan bahwa diagnosis hipertensi tidak dapat ditegakkan dalam satu kali pengukuran. Diagnosis baru dapat ditetapkan setelah dua kali atau lebih pengukuran pada kunjungan yang berbeda, kecuali terdapat kenaikan yang tinggi atau gejala klinis. Penegakan diagnosis hipertensi adalah dengan melakukan anamnesis terhadap keluhan penderita, riwayat penyakit dahulu dan penyakit keluarga, pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan penunjang.

Pemeriksaan fisik dilakukan pengukuran tekanan darah setelah pasien beristirahat 5 menit. Posisi pasien adalah duduk bersandar dengan kaki di lantai dan lengan setinggi jantung. Ukuran dan letak manset, serta stetoskop harus benar. Ukuran manset standar untuk orang dewasa adalah panjang 12-13 cm dan lebar 35 cm. Penentuan sistolik dan diastolik dengan menggunakan *Korotkoff* fase I dan V. Pengukuran dilakukan dua kali dengan jeda 1-5 menit. Pengukuran tambahan dilakukan jika hasil kedua pengukuran sangat berbeda. Konfirmasi pengukuran pada lengan kontralateral dilakukan pada kunjungan pertama dan jika didapatkan kenaikan tekanan darah.

Pemeriksaan penunjang yang dibutuhkan, antara lain tes darah rutin, glukosa darah (sebaiknya puasa), kolesterol total serum, kolesterol LDL dan HDL serum, trigliserida serum (puasa), asam urat serum,

kreatinin serum, kalium serum, Hb dan Het, urinalisis dan EKG (Yogiantoro, 2009).

h. Komplikasi

Hipertensi dapat menimbulkan kerusakan organ tubuh, baik secara langsung maupun tidak langsung. Kerusakan organ target yang umum ditemui pada pasien hipertensi adalah: jantung, yakni: hipertrofi ventrikel kiri, angina atau infark miokardium dan gagal jantung (Yogiantoro, 2009), otak, seperti: stroke atau *transient ischemic attack*, penyakit ginjal kronis, penyakit arteri perifer, retinopati (Palmer dan Williams, 2007).

i. Terapi

Tujuan pengobatan pasien hipertensi adalah terget tekanan darah <140/90 mmHg, untuk individu berisiko tinggi (diabetes, gagal ginjal proteinuria) <130/80 mmHg, penurunan morbiditas dan mortalitas kardiovaskular, menghambat laju penyakit ginjal proteinuria (Yogiantoro, 2009).

Pengobatan hipertensi terdiri dari terapi non farmakologis dan farmakologis. Terapi non farmakologis harus dilaksanakan oleh semua pasien hipertensi dengan tujuan menurunkan tekanan darah dan mengendalikan faktor risiko, serta penyakit penyerta lainnya (Dekker, 1996), seperti menurunkan berat badan dengan indeks massa tubuh 20-25 kg/m², mengurangi asupan garam, membatasi konsumsi alkohol, mengonsumsi makanan sehat, seperti buah, sayuran dan produk susu

rendah lemak dan melakukan aktivitas fisik aerobik (Palmer dan Williams, 2007), selain itu perlu juga dilakukan adanya terapi farmakologis, seperti: obat utama diuretik, alfa-bloker, beta-bloker, bloker kanal kalsium, inhibitor ACE dan bloker reseptor angiotensin.

4. Hubungan Hipertensi dengan Depresi

Banyaknya angka kejadian dari penyakit hipertensi di dunia khususnya Indonesia, maka timbul permasalahan yang kompleks pada penderita hipertensi tersebut, seperti masalah pada organ tubuh penderita, misalnya pada jantung, pembuluh darah, otak dan ginjal, selain itu, juga akan timbul masalah yang terkait dengan mental penderita, misalnya sulit tidur, mudah marah dan gangguan mood. Masalah tersebut akan membuat penderita hipertensi rentan menderita depresi. Hipertensi menimbulkan perubahan psikologis, antara lain perubahan konsep diri dan depresi (Darmaningtyas, 2002).

Hipertensi yang dialami sering kali disertai dengan beban psikologis dalam menjalani proses perawatan. Penderita hipertensi harus menjalani perawatan, pengobatan, perilaku diet, serta berbagai aturan yang mungkin dirasakan sebagai beban, perawatan yang rumit dan berkelanjutan membuat penderita merasa terbebani, putus asa dan merasa sakitnya tidak sembuh-sembuh, hal inilah yang menyebabkan terjadinya depresi pada penderita hipertensi. Didukung pendapat dari Mangoenprasodjo (2004) menyebutkan depresi semakin meningkat karena penyakit kronis dan perawatan yang lama. Doengoes (2000) menambahkan, ketakutan penderita

akan berbagai komplikasi hipertensi menyebabkan semakin mengalami depresi yang berkepanjangan.

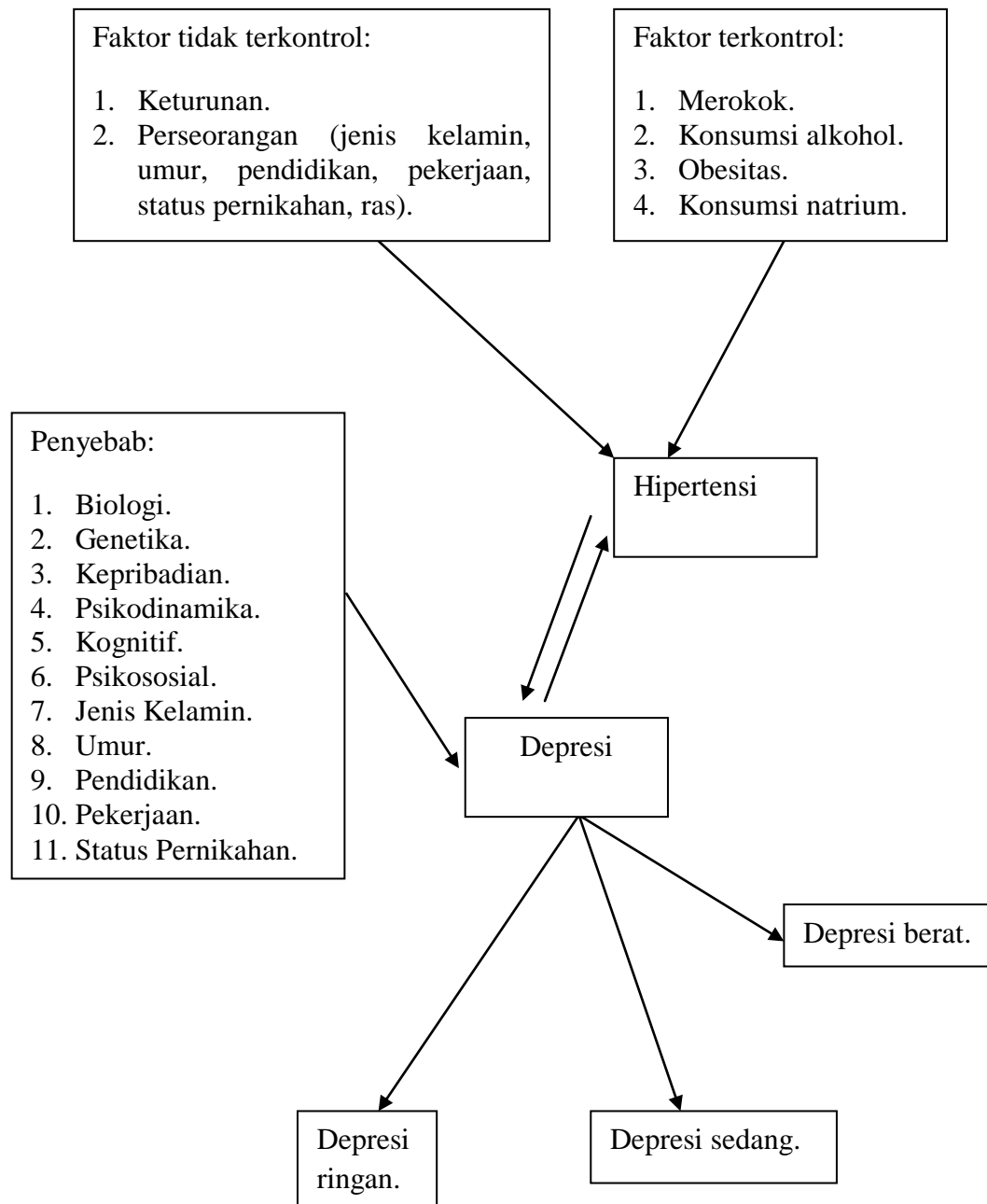
Hipertensi berat menyebabkan berbagai keterbatasan untuk melakukan aktivitas, seperti menjadi kehilangan peran dalam lingkungan sosial yang menyebabkan semakin tertekan. Keadaan ini juga menjadi faktor yang dapat meningkatkan depresi. Pendapat dari Friedman (2003) yang menyebutkan kemunduran kemampuan fisik, kemunduran kesehatan, penyakit fisik seperti hipertensi dapat menyebabkan depresi, yang mana kebanyakan terjadi pada lansia.

Menanggapi uraian sebelumnya, sebenarnya, dapat pula terjadi hubungan timbal balik antara depresi terlebih dahulu yang menyebabkan hipertensi ataupun hipertensi berkepanjangan memberikan dampak depresi, depresi dapat menyebabkan peningkatan tekanan darah, karena saat seseorang dalam kondisi stress akan terjadi pengeluaran beberapa hormon yang akan menyebabkan penyempitan dari pembuluh darah dan produksi cairan lambung yang berlebihan, akibatnya seseorang akan mengalami mual, muntah, mudah kenyang, nyeri lambung yang berulang dan nyeri kepala, kondisi stress yang terus menerus dapat menyebabkan komplikasi hipertensi lebih jauh (Anonim, 2008).

Depresi yang terjadi di keluarga dan masyarakat dapat memicu kenaikan tekanan darah dengan mekanisme peningkatan kadar adrenalin dan respon adrenokortikal. Depresi akan meningkatkan resistensi pembuluh darah perifer dan curah jantung sehingga akan menstimulasi aktivitas saraf

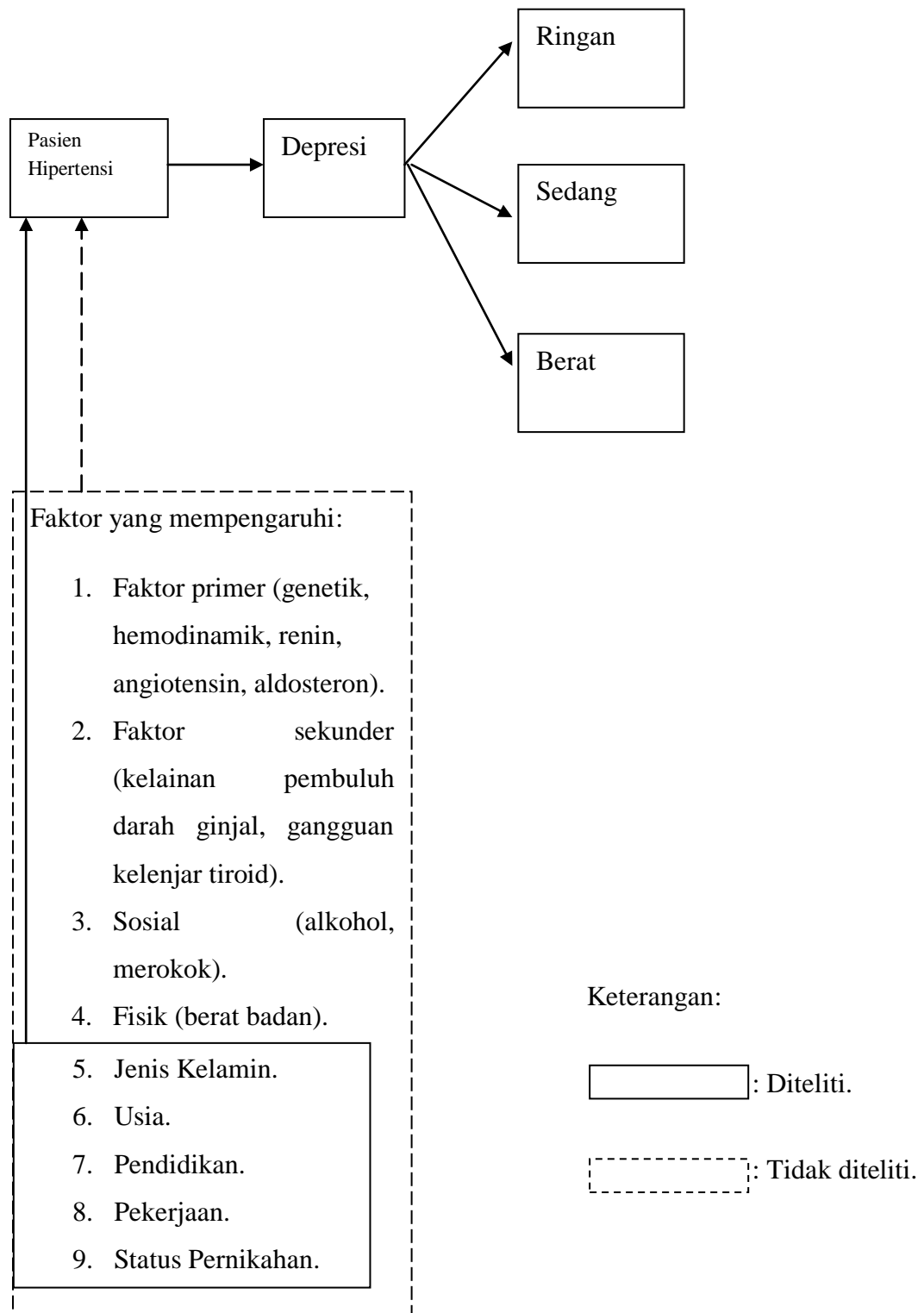
simpatik (Simon, 2002). Oleh karena depresi, maka tubuh akan bereaksi, antara lain berupa meningkatnya ketegangan otot, meningkatnya denyut jantung dan meningkatnya tekanan darah. Reaksi ini dipersiapkan tubuh untuk bereaksi secara cepat, yang apabila tidak digunakan, maka akan dapat menimbulkan penyakit, termasuk hipertensi (Handayani, 2008).

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 penderita hipertensi di Kabupaten Gunungkidul DIY.