

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Di dalam ruang lingkup ilmu penyakit dalam, depresi masih sering terlupakan, padahal kasusnya cukup banyak ditemukan, hal ini terjadi karena seringkali pasien depresi lebih mengedepankan keluhan fisiknya dibandingkan keluhan psikisnya, akibatnya sering keluhan fisik ini ditelusuri ke arah kelainan organik dengan melakukan pemeriksaan yang sebenarnya tidak terlalu penting (Mudjaddid, 2001).

Mudjaddid (2001) menjelaskan pada populasi umum, depresi ditemukan sebanyak <6,5%, sedangkan depresi yang menyertai kelainan bidang penyakit dalam prevalensinya bervariasi.

Di bidang penyakit dalam, depresi dapat ditemukan sebagai bagian dari gangguan psikosomatik murni yaitu tanpa disertai kelainan organik, tetapi sering pula depresi ditemukan bersama-sama dengan penyakit organik atau kondisi medik yang sudah ada sebelumnya (biasanya disebut komorbiditas). Depresi sering tidak terdiagnosis karena keluhan fisik yang samar, tidak mendapat perhatian yang serius, akibatnya tata laksana juga sering tidak memadai.

Maramis (2009) juga beranggapan semua depresi baik yang tidak disertai kelainan medik maupun yang disertai dengan kelainan medik harus mendapat pengobatan yang sempurna, karena bila tidak diobati dapat memperburuk penyakit yang sudah ada, menyulitkan pengobatan, mempengaruhi kepatuhan

berobat, memperpanjang masa perawatan atau perawatan menjadi sering berulang akhirnya meningkatkan biaya perawatan bahkan meningkatkan angka kematian.

Prevalensi depresi pada beberapa penyakit tertentu memberikan gambaran bahwa depresi perlu mendapatkan perhatian karena kasusnya cukup banyak. Menurut Silverstone (1996) dalam Mudjaddid (2001), seperti: jantung koroner 18-23%, *infark miokard* 16-19%, stroke 23-29% dan diabetes melitus 9-27%.

Meninjau lebih jauh mengenai kelainan dalam ruang lingkup ilmu penyakit dalam, kedokteran psikosomatik menjembatani tumpang tindih antara kedokteran medik dan psikiatrik, antara kelainan fisik dan psikis termasuk gangguan psikis pada penyakit kardiovaskular (PKV). Shatri (2002) melanjutkan, depresi sering dijumpai bersama-sama PKV, seperti pada hipertensi, penyakit jantung koroner (PJK) dan *infark miokard* (IM) terutama pasca *infark miokard* akut (IMA). Saat ini, beberapa penelitian prospektif berhasil membuktikan bahwa depresi merupakan faktor risiko independen hipertensi dan PJK, serta pada perjalanan penyakitnya dapat mencetuskan IMA dan gagal jantung. Depresi dapat memperlambat penyembuhan dan meningkatkan komplikasi selama perawatan, depresi dapat memperburuk prognosis, meningkatkan morbiditas dan mortalitas, serta menurunkan kualitas hidup.

Khususnya pada hipertensi yang peneliti teliti, hipertensi atau tekanan darah tinggi merupakan gangguan pada sistem peredaran darah yang dapat menyebabkan kenaikan tekanan darah di atas nilai normal. Menurut *World*

Health Organization (WHO) (2012), prevalensi hipertensi di dunia sekitar 972 juta orang atau 26,4% penghuni bumi dengan perbandingan 26,6% pria dan 26,1% wanita. Angka ini kemungkinan akan meningkat menjadi 29,2% di tahun 2025. Dari 972 juta penderita hipertensi, 333 juta berada di negara maju dan 639 juta sisanya berada di negara sedang, termasuk Indonesia. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) (2007), prevalensi hipertensi di Indonesia mencapai 31,7% dari total jumlah penduduk dewasa. Hipertensi lebih banyak menyerang pada usia setengah baya dengan golongan umur 55-64 tahun (Adib, 2009). Sementara itu, berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) (2013), prevalensi kasus hipertensi di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta terdapat kurang lebih sekitar 25% dari total jumlah penduduk dengan kisaran umur ≥ 18 tahun yang tersebar di beberapa kabupaten, untuk Kabupaten Gunungkidul terdapat 4944 orang pada kurun waktu Januari-Desember 2015 yang tersebar di 30 puskesmas di beberapa kecamatan (Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul, 2015).

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) menambahkan

penderita hipertensi beranggapan bahwa penyakit hipertensi ini akan banyak menimbulkan permasalahan, seperti pengendalian diet, serta terapi yang lama dan kompleks, biaya pengobatan yang mahal, komplikasi penyakit, serta banyak kekhawatiran lain yang dapat menimbulkan potensi munculnya depresi.

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).

Gangguan depresi merupakan salah satu bentuk gangguan mood yang dapat terjadi pada semua umur. Data dari *World Health Organization* (WHO) (2013), sekitar 450 juta orang di dunia yang mengalami gangguan jiwa. *World Health Organization* (WHO) menyatakan setidaknya ada satu dari empat orang di dunia mengalami masalah mental dan masalah gangguan kesehatan jiwa yang ada di seluruh dunia sudah menjadi masalah yang sangat serius. Secara berurutan, gangguan depresi (80%), skizofrenia (10%), gangguan demensia dan delirium (5%) (*World Health Organization* (WHO) (2000)). Untuk prevalensi depresi di Indonesia, penduduk >15 tahun berdasarkan Riskesdas

(2007) mencapai 11,6% atau 19 juta orang dengan wanita (10-25%) dan pria (5-12%). Kejadian depresi lebih tinggi pada usia produktif dibanding pada usia anak remaja atau lanjut usia. Gangguan depresi mayor usia 30-44 tahun memiliki prevalensi 19,8%, usia 18-29 tahun 15,4%, sedangkan usia ≥ 60 tahun hanya 10,6%. Khususnya di Kabupaten Gunungkidul, berdasarkan Dinas Kesehatan Kabupaten Gunungkidul (2015) sebanyak 860 orang pada 2015. Depresi sebagai peringkat ke-4 pada prevalensi gangguan jiwa secara umum di Kabupaten Gunungkidul setelah somatoform, skizofrenia dan faktor psikologis dan perilaku yang berhubungan dengan gangguan atau penyakit YDK (yang diklasifikasikan di tempat lain), hal tersebut berhubungan dengan tingginya prevalensi hipertensi di Kabupaten Gunungkidul seperti yang telah dijelaskan di atas dan juga memiliki komplikasi secara langsung berhubungan dengan depresi. Prevalensi depresi pada hipertensi dapat berkisar 20-30% (Shatri, 2002).

Dua teori yang berpengaruh pada terjadinya depresi, yakni teori biologis dan teori kognitif. Teori biologis (*amine hypothesis*) mengatakan bahwa depresi disebabkan oleh sistem *amine* serebral yang bekerja di bawah aktivitas normal. Teori kognitif pertama kali dikembangkan berdasarkan kasus depresi pada orang dewasa. Ide yang mendampingi teori ini adalah berkembangnya persepsi yang berubah pada seseorang, seperti ekspektasi terhadap setiap hal yang selalu salah, hal ini akan menjadi kesulitan awal dan bila menetap, maka pengertian negatif ini akan bermanifestasi dan selanjutnya akan menjadi depresi. Depresi yang disebabkan karena adanya pengertian negatif akan

berdampak pada individu yang akan mengalami rasa takut dan sedih, perilaku ini sangatlah bertentangan seperti yang dijelaskan dalam Al-Quran, surat Al-Baqarah ayat 38 yang berbunyi sebagai berikut:

يَحْزَنُونَ هُمْ وَلَا عَلَيْهِمْ خَوْفٌ فَلَا هُدَايَ تَبِعَ فَمَنْ هُدىٰ مِنِّي يَأْتِيَنَّكُمْ فَأَمَّا ۖ جَمِيعًا مِنْهَا اهْبِطُوا فَلَنَا

Maka barangsiapa yang mengikuti petunjuk-Ku maka tidak ada atas mereka ketakutan dan tidaklah mereka bersedih.

Faktor penyebab depresi terbagi atas faktor biologi, faktor genetik dan faktor psikososial berdasarkan uraian fakta di atas, ketiga faktor tersebut juga dapat saling mempengaruhi satu sama lain.

Bertambahnya umur berdasarkan dari faktor biologi, individu dapat terjadi ketidakseimbangan zat kimia di otak yang menyebabkan sel di otak tidak berfungsi dengan baik, selain itu, dengan bertambahnya umur pula, individu dapat mengalami masalah gangguan fisik menahun, misalnya hipertensi, diabetes melitus dan rematik.

Aspek psikososial yang berperan dalam timbulnya depresi adalah perubahan status ekonomi, cenderung kehilangan dukungan anak, menantu dan teman (Santoso & Ismail, 2009). Menurut Sadock dan Sadock (2010), faktor psikososial lainnya meliputi hilangnya peranan sosial, peningkatan isolasi diri, keterbatasan finansial dan penurunan fungsi kognitif. selain itu, faktor demografi seperti jenis kelamin, kelompok umur, tingkat pendidikan, jenis pekerjaan dan status pernikahan juga dikaitkan dengan gejala depresi (Gao dkk., 2009). Untuk itu peneliti merasa tertarik untuk mengetahui hubungan antara faktor demografi dengan depresi pada penderita hipertensi di Kabupaten Gunungkidul DIY.

B. Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam penelitian ini berdasarkan latar belakang di atas adalah apakah faktor demografi berhubungan dengan depresi pada penderita hipertensi di Kabupaten Gunungkidul DIY?

C. Tujuan Penelitian

Tujuan yang ingin dicapai dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Tujuan Umum.

Menganalisis hubungan faktor demografi dengan depresi pada penderita hipertensi.

2. Tujuan Khusus.

Mengetahui hubungan faktor demografi dengan depresi pada penderita hipertensi di Kabupaten Gunungkidul DIY.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Praktis.

a. Bagi Peneliti.

- 1) Menjadi bahan referensi untuk bahan belajar selanjutnya.
- 2) Mengetahui apakah ada hubungan antara faktor demografi dengan depresi pada penderita hipertensi.

b. Bagi Mahasiswa Kedokteran.

- 1) Sumber data untuk penelitian selanjutnya.
- 2) Diharapkan bermanfaat bagi kemajuan ilmu pengetahuan khususnya di bidang kedokteran.

c. Bagi Masyarakat.

Meningkatkan pengetahuan tentang faktor-faktor yang meningkatkan depresi pada individu maupun keluarga, terutama pengetahuan mengenai hubungan faktor demografi dengan depresi pada penderita hipertensi, sehingga dapat memberikan informasi dalam terlaksananya kemandirian penanggulangan maupun pencegahan sedini mungkin.

2. Manfaat Teoritis.

- a. Diharapkan dengan hasil penelitian ini dapat memberikan sumbangan dalam ilmu pengetahuan di bidang kedokteran khususnya psikiatri.
- b. Diharapkan dengan hasil penelitian ini dapat memberikan masukan bagi penelitian selanjutnya di bidang kedokteran.

E. Keaslian Penelitian

Tabel 1. Keaslian Penelitian.

Nama Peneliti/Publikasi/Tahun	Judul Penelitian	Metode Penelitian	Perbedaan
Ninnda Dwi Kurniasari. Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, 2014.	Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Depresi Pada Lansia Di Dusun Kalimantan Ambarketawang Sleman Yogyakarta.	Teknik pengambilan sampel menggunakan <i>simple random sampling</i> , sebanyak 58 sampel. Data diperoleh dengan cara memberikan pertanyaan kepada responden berdasarkan kuisisioner yang dijawab oleh responden. Metode penelitian ini adalah penelitian <i>non eksperimental</i> deskriptif kuantitatif dengan pendekatan <i>cross sectional</i> , serta menggunakan teknik pengumpulan data dengan metode survei.	Variabel, subjek dan lokasi penelitian.
Sartika. Program Studi Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan 'Aisyiyah Yogyakarta, 2014.	Hubungan Tingkat Stress Dengan Tingkat Hipertensi Pada Dewasa Madya di Inten Nogatirto Gamping Sleman Yogyakarta.	Teknik pengambilan sampel menggunakan <i>non probability sampling</i> , sebanyak 30 sampel. Metode penelitian ini adalah penelitian <i>non eksperimental</i> dengan pendekatan <i>cross sectional</i> . Populasi dalam penelitian ini adalah dewasa madya di Niten Nogatirto Gamping Sleman Yogyakarta.	Variabel, subjek dan lokasi penelitian.
Sri Woroasih. Bagian Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Rumah Sakit Kariadi Semarang, 2000.	Hubungan Stresor Psikososial dan Dukungan Sosial Dengan Depresi Pada Lanjut Usia	Teknik pengambilan sampel menggunakan <i>judgmental sampling</i> sebanyak 61 sampel. Metode penelitian ini adalah penelitian <i>non eksperimental</i> dengan pendekatan <i>cross sectional</i> .	Variabel, subjek dan lokasi penelitian.