

BAB II

KAJIAN PUSTAKA DAN KERANGKA PEMIKIRAN

2.1 Kajian Pustaka

2.1.1 Depresi

2.1.1.1 Definisi Depresi

Menurut *American Psychiatric Association*, depresi merupakan penyakit medis serius yang memengaruhi perasaan secara negatif, dengan perubahan pola pikir dan tindakan seseorang seperti perasaan sedih yang mendalam, kehilangan minat, atau kesenangan dalam beraktivitas.⁹

Depresi merupakan satu masa terganggunya fungsi manusia yang berkaitan dengan alam perasaan yang sedih dan gejala penyertanya, termasuk perubahan pada pola tidur dan nafsu makan, psikomotor, konsentrasi, anhedonia, kelelahan, rasa putus asa dan tidak berdaya, serta keinginan bunuh diri.¹⁰

2.1.1.2 Etiologi Depresi

Penelitian telah menunjukkan beberapa faktor yang diduga berpengaruh terhadap etiologi depresi, sebagai berikut:

1) faktor lingkungan.

Faktor lingkungan berupa keadaan situasional dapat memperburuk gangguan depresi secara signifikan, seperti paparan kekerasan, penelantaran, kemiskinan, dan gangguan kondisi medis secara terus-menerus dapat membuat orang rentan terhadap depresi;⁹

2) faktor sosial.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa status perkawinan orangtua, jumlah sanak saudara, status sosial keluarga, status sosial ekonomi, perpisahan orangtua, dan perceraian banyak berperan dalam terjadinya depresi;¹⁰

3) tipe kepribadian.

Tipe kepribadian dengan harga diri yang rendah, sulit beradaptasi dalam menghadapi stres, atau yang umumnya tampak pesimis rentan terhadap depresi;⁹

4) faktor genetik.

Studi mengungkapkan kejadian depresi dengan sanak keluarga turunan pertama dari penderita depresi memiliki insidensi lebih tinggi terkena depresi, bahkan jika mereka dibesarkan oleh keluarga angkat yang tidak mengalami gangguan;¹¹

5) faktor biokimia.

Beragam teori mengenai neurotransmiter dikemukakan. Terdapat dua hipotesis yang terfokus pada terganggunya regulator sistem *monoamine-neurotransmitter*, termasuk norepinefrin dan serotonin.⁹

2.1.1.3 Etiologi Depresi pada Lansia

Terdapat beberapa etiologi depresi pada lansia, di antaranya faktor biologis, fisik, psikologis, dan sosial yang membuat seorang lansia rentan terhadap depresi. Kondisi multipatologi dengan berbagai penyakit kronik dapat meningkatkan kejadian depresi pada lansia.¹¹

Faktor-faktor psikososial juga ikut berperan sebagai faktor predisposisi depresi. Lansia sering kali mengalami periode kehilangan seseorang yang dikasihinya. Faktor penurunan fungsi fisik juga meningkatkan kerentanan terhadap depresi seperti penurunan kemampuan daya ingat, kehilangan pekerjaan, kehilangan penghasilan, dan kehilangan dukungan sosial.

2.1.1.4 Gejala Depresi

Depresi merupakan suatu keadaan patologis. Gangguan depresi menurut PPDGJ III (Penggolongan Diagnostik Gangguan Jiwa III). Gejala-gejala depresi terdiri atas:¹³

- 1) gejala utama: ditandai dengan Perasaan (*mood*) yang menurun atau depresif, hilangnya minat dan semangat, mudah merasa lelah dan tenaga hilang (biasanya sudah ada rasa lelah yang nyata sesudah beraktivitas sedikit saja).
- 2) gejala lain: ditandai dengan konsentrasi dan perhatian yang menurun, harga diri dan kepercayaan diri menurun, gagasan tentang perasaan bersalah dan tidak berguna, pesimis terhadap masa depan, gagasan membahayakan diri atau bunuh diri, gangguan tidur, gangguan nafsu makan, serta menurunnya libido.

2.1.1.5 Penegakan Diagnosis dan Derajat Depresi

Gangguan depresi pada seseorang dapat ditegakkan dengan Pedoman Penggolongan Diagnostik Gangguan Jiwa III (PPDGJ III) yang merujuk pada *International Statistical Clasification of Diseases and Related Health Problems Tenth* (ICD-10). Gangguan depresi dibedakan dalam depresi berat, sedang, dan ringan yang terdapat pada Tabel 2.1.¹²

Tabel 2.1 Penggolongan Tingkat Depresi Menurut ICD-10

Tingkat Depresi	Gejala Utama	Gejala Lain	Fungsi	Keterangan
Ringan	2	2	Baik	-
Sedang	2	3 sampai 4	Terganggu	Nampak distress
Berat	3	≥4	Sangat Terganggu	Sangat distress

Dikutip dari: Sudoyono, dkk.¹²

2.1.1.6 Penatalaksanaan Depresi

Tiga cara yang paling umum untuk menyembuhkan depresi pada saat ini adalah farmako terapi, psikoterapi, dan terapi kejang listrik.^{9,11}

1) Farmako Terapi.

Obat-obatan yang sering digunakan saat ini dari golongan *serotonin reuptake inhibitors* (SRI), *tricyclic antidepressant* (TCA), dan *monoamine oxidase inhibitors* (MAOI).

2) Psikoterapi.

Psikoterapi adalah pengobatan dengan konsultasi. Pasien yang depresi berbicara dengan terbuka kepada penasehat. Penasehat akan menilai pasien dan akan mempelajari bagaimana cara pasien berhubungan dan berinteraksi.

3) Terapi Kejang Listrik.

Terapi kejang listrik atau disebut *electro convulsive therapy* (ECT) adalah pengobatan yang paling umum digunakan pada pasien dengan depresi berat atau gangguan bipolar yang tidak menanggapi pengobatan lain, ini melibatkan stimulasi listrik singkat otak saat pasien berada di bawah anestesi.

2.1.1.7 Skala Ukur Depresi pada Lansia

The Geriatric Depression Scale (GDS) adalah suatu alat ukur penelitian yang sederhana, singkat, jelas, dan memiliki spesifisitas dan sensitivitas yang tinggi dirancang khusus untuk mengidentifikasi depresi pada lansia.¹⁴ Penilaian terdiri atas 15 item pertanyaan untuk *short form* dan terdiri atas 30 item pertanyaan untuk *total version*. *The Geriatric Depression Scale (GDS)* merupakan tes yang telah direliabilitas dan divalidasi, terdiri atas tiga kategori depresi di antaranya dengan hasil 0–4 (normal), 5–9 (depresi ringan), 10–15 (depresi yang lebih berat) untuk *short form* dan dengan hasil 0–9 (normal), 10–19 (depresi ringan), 20–30 (depresi yang lebih berat) untuk *total version*.¹⁵

2.1.2 Hipertensi

2.1.2.1 Definisi Hipertensi

Hipertensi adalah tekanan darah sistol sama dengan atau di atas 140 mmHg dan/atau tekanan darah diastol sama dengan atau di atas 90 mmHg.¹⁶ *The Seventh Report of the Joint National Comitee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC VII)* mendefinisikan tekanan darah pada dewasa yang terdapat pada Tabel 2.2.¹⁶

Tabel 2.2 Kategori Hipertensi Menurut JNC VII

Kategori	TDS (mmHg)		TDD (mmHg)
Normal	<120	Dan	<80
Prahipertensi	120 sampai 139	atau	80 sampai 89
Hipertensi			
Tingkat 1	140 sampai 159	atau	90 sampai 99
Tingkat 2	≥160	atau	≥100

Dikutip dari: *The Seventh Report of the Joint National Comitee*¹⁶

2.1.2.2 Klasifikasi Hipertensi

Klasifikasi hipertensi terdiri atas:¹²

- 1) hipertensi esensial/idiopatik (primer): merupakan hipertensi yang belum diketahui penyebabnya dengan jelas dikaitkan dengan kombinasi faktor gaya hidup yang tidak baik seperti pola makan dan kurang bergerak (*inaktivasi*). Tipe ini terjadi sekitar 95% kasus penderita hipertensi;
- 2) hipertensi sekunder: merupakan hipertensi yang dapat ditetapkan penyebabnya dengan jelas. Tipe ini jarang terjadi, hanya sekitar 6% kasus penderita hipertensi. Hampir semua hipertensi sekunder didasarkan pada dua mekanisme yaitu gangguan sekresi hormon dan gangguan fungsi ginjal.

2.1.2.3 Faktor Risiko Hipertensi

Faktor risiko hipertensi terbagi ke dalam dua kategori utama, yaitu faktor risiko yang tidak dapat diubah seperti usia, jenis kelamin, faktor genetik, dan ras. Juga terdapat faktor risiko yang dapat diubah seperti gangguan psikologis, berat badan berlebih, asupan tinggi natrium, asupan rendah kalium, konsumsi alkohol, merokok, dan aktivitas fisik yang berkurang.¹⁷

Faktor psikologis berupa stres maupun depresi sangat berpengaruh terhadap peningkatan tekanan darah, kondisi emosional yang tidak stabil juga dapat memicu tekanan darah tinggi. Tekanan psikologis akan mengakibatkan resistensi darah perifer dan curah jantung sehingga akan merangsang aktivasi saraf simpatis.¹²

2.1.2.3 Gejala Hipertensi

Hipertensi biasanya tidak menimbulkan gejala apapun atau gejala yang timbul samar-samar (*insidious*) dan tersembunyi (*occult*) sering kali terlihat adalah gejala akibat komplikasi atau penyakit lain yang menyertai.³

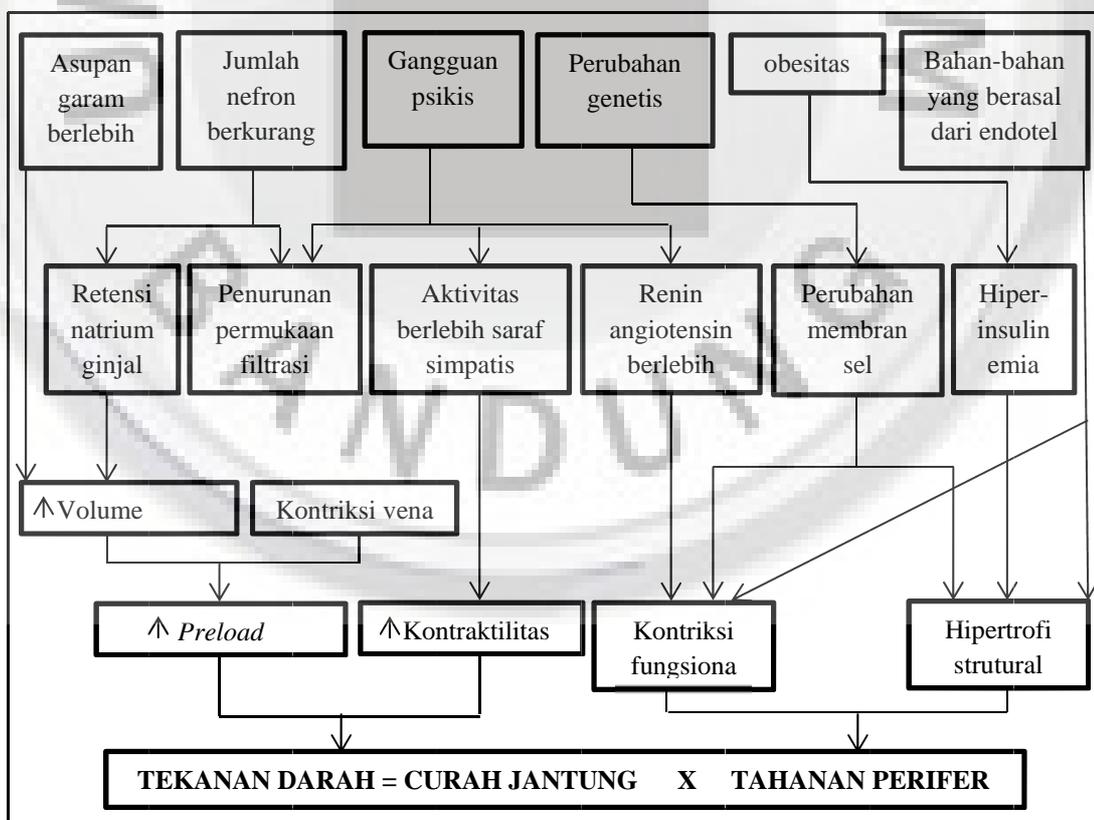
2.1.2.4 Patofisiologi Hipertensi

Autoregulasi tekanan darah (*arterial pressure*) dipengaruhi oleh curah jantung (*cardiac output*) dan resistensi perifer (*peripheral resistance*). Curah jantung dipengaruhi oleh *stroke volume* dan *heart rate*, sedangkan resistensi perifer dipengaruhi oleh *vascular structure* dan *vascular function*.¹⁸

Semua yang terlibat dalam autoregulasi dipengaruhi oleh faktor risiko yang berperan di antaranya asupan garam berlebih yang dapat meningkatkan volume cairan dan *preload*. Jumlah nefron ginjal yang menurun dapat meningkatkan retensi natrium ginjal dan penurunan permukaan filtrasi ginjal yang secara langsung dapat meningkatkan volume cairan dan meningkatkan *preload* pula. Perubahan genetik dapat menyebabkan perubahan pada membran sel. Obesitas dapat menyebabkan hiperinsulinemia dan perubahan pada membran sel. Hiperinsulinemia serta bahan-bahan yang berasal dari endotel secara langsung mengakibatkan hipertropi struktural (Gambar 2.1).¹²

Selain faktor risiko di atas, terdapat pula faktor risiko lain yang berperan penting pada kejadian hipertensi yaitu faktor psikis berupa stres dan depresi yang secara langsung mengganggu sistem saraf simpatis dan mengakibatkan arterioli konstriksi sehingga tubuh melakukan kompensasi berupa peningkatan tekanan darah. Berasal dari faktor psikis pula terjadi gangguan neurotransmitter,

neurotransmitter yang terganggu berupa norepinefrin, serotonin, dan dopamin secara langsung memengaruhi vasokonstriktor pembuluh darah. Faktor psikis juga dapat merangsang kelenjar adrenal untuk menyekresikan hormon epinefrin yang bekerja untuk vasokonstriksi pembuluh darah, ditambah dengan sekresi hormon kortisol dan steroid lainnya mengakibatkan penurunan aliran darah ke ginjal sehingga renin dilepas. Fungsi renin disini adalah untuk mengubah angiotensinogen menjadi angiotensinogen I dan angiotensin I akan menjadi angiotensinogen II sebagai vasokonstriktor kuat dengan bantuan *angiotensin converting enzyme* (ACE), angiotensinogen II melalui *angiotensin receptor I* (AT₁R) akan menyekresi hormon aldosteron pada korteks adrenal ginjal yang berfungsi untuk meretensi natrium dan air di tubulus ginjal sehingga terjadi peningkatan intravaskular.^{12,18}



Gambar 2.1 Patofisiologi Hipertensi

Dikutip dari: Maslim¹³

2.1.2.5 Diagnosis Hipertensi

Diagnosis hipertensi didapat setelah dilakukannya pengukuran tekanan darah, sebaiknya di ruangan yang tenang dan dalam kondisi yang tenang. Pemeriksaan menggunakan tensimeter air raksa/spigmomanometer pada salah satu lengan. Jika salah satu lengan konsisten menunjukkan tekanan darah yang lebih tinggi maka lengan tersebut sebaiknya dijadikan patokan untuk interpretasi tekanan darah. Dilakukan pengukuran tiga kali pada posisi duduk dengan jarak pemeriksaan satu menit, jika pasien berdiri lakukan dengan jarak pemeriksaan dua menit. Untuk pengukuran pertama diabaikan, kemudian diambil rata-rata dari dua pengukuran selanjutnya.¹³

2.1.2.6 Penatalaksanaan Hipertensi

Joint National Comitee on Hypertension VII (JNC VII) memberi pedoman penatalaksanaan hipertensi secara umum berlaku pula pada penatalaksanaan hipertensi pada lansia dengan target penurunan tekanan darah yang baik adalah tekanan darah sistol ≤ 130 mmHg, diastol ≤ 70 mmHg dengan sasaran yang lebih realistis adalah $\leq 140/80-85$ mmHg. Upaya penatalaksanaan nonfarmakologik dan farmakologik dilaksanakan pada lansia yang mengalami hipertensi yang terdiri atas^{3,12}

- 1) penatalaksanaan nonfarmakologik: berhenti merokok, berhenti atau mengurangi mengonsumsi alkohol, penurunan berat badan yang berlebih, mengurangi asupan garam yang berlebih, latihan fisik, meningkatkan konsumsi buah dan sayur, menurunkan asupan lemak, serta mengurangi stres dan beban pikiran;

2) penatalaksanaan farmakologik: menurut JNC VII untuk pasien prahipertensi diberikan terapi obat awal diuretika jenis tiazid, dan dapat dipertimbangkan *angiotensin-converting enzyme inhibitor* (ACEI), *angiotensin receptor blockers* (ARB), *beta blockers* (BB), *calcium channel blockers* (CCB), atau obat kombinasi. Untuk pasien hipertensi derajat satu dan dua diberikan kombinasi dua obat untuk sebagian besar kasus, umumnya diuretika jenis tiazid dan ACEI atau ARB atau BB, atau CCB.

2.1.2.7 Komplikasi Hipertensi

Seseorang dengan riwayat hipertensi dua kali lipat lebih berisiko terkena komplikasi berupa penyakit kardiovaskular, termasuk penyakit jantung koroner, gagal jantung kongestif, strok iskemik maupun hemoragik, gagal ginjal, dan penyakit arteri perifer dibanding dengan orang yang tidak memiliki riwayat.¹⁸

2.1.3 Lansia

2.1.3.1 Definisi Lansia

Menurut UU Kesejahteraan Lanjut Usia No.13 Tahun 1998 pasal 1 ayat 2, lansia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas.¹⁹

2.1.3.2 Kategori Lansia

UU Kesejahteraan Lansia No.13 Tahun 1998 membagi lansia pada dua kategori.¹⁹

1) Lansia potensial: lansia yang masih mampu melakukan pekerjaan dan/atau kegiatan yang dapat menghasilkan barang dan/atau jasa.

- 2) Lansia tidak potensial: lansia yang tidak berdaya mencari nafkah sehingga hidupnya bergantung pada bantuan orang lain.

Berdasarkan UU tentang kesejahteraan lansia, yang terbanyak di Indonesia adalah lansia tidak potensial. Sebab, berdasarkan pekerjaan hanya sedikit penduduk Indonesia yang tersalurkan di sektor formal, sedangkan mayoritasnya adalah di sektor informal yang tidak jelas jaminan sosial hidupnya.

2.1.3.3 Perubahan-Perubahan pada Lansia

Perubahan pada lansia terbagi menjadi tiga yaitu perubahan psikologis, sosiologis dan biologis.²⁰

1) Perubahan Psikologis.

Perubahan psikologis pada lansia meliputi *short term memory*, perasaan sedih ditinggal orang yang dicintai, takut kehilangan kebebasan, takut menghadapi kematian, perubahan keinginan, depresi, dan kecemasan.

2) Perubahan Sosiologis.

Kehidupan sosiologis lansia sangat dipengaruhi oleh tingkat pendidikan dan pemahaman lansia itu atas dirinya sendiri. Status sosial seseorang sangat penting bagi kepribadiannya di lingkungan masyarakat, keluarga, dan pekerjaan. Perubahan status sosial lansia perlu dihadapi dengan persiapan yang baik dalam menghadapi perubahan tersebut. Ketidakmampuan untuk mengadakan penyesuaian terhadap perubahan situasi yang dihadapi mengakibatkan sedih yang berkepanjangan dan berujung depresi.

3) Perubahan Biologis.

Massa otot yang berkurang secara progresif dan massa lemak tubuh yang bertambah mengakibatkan jumlah cairan tubuh berkurang sehingga kulit kelihatan kering, keriput, dan menyebabkan penurunan berat badan.

Penurunan indra penglihatan akibat katarak pada lansia dihubungkan dengan kekurangan vitamin A, vitamin C, dan asam folat. Gangguan indera pengecap dihubungkan dengan kekurangan kadar *zink* (Zn), sedangkan penurunan indra pendengaran terjadi karena kemunduran fungsi sel saraf pendengaran.

Terjadi penurunan fungsi sel otak menyebabkan penurunan daya ingat, kesulitan berkomunikasi, mengenal benda-benda, kegagalan melakukan gerakan (apraksia), gangguan menyusun rencana, dan kesulitan melakukan aktivitas sehari-hari disebut demensia atau pikun. Inkontinensia urin di luar kesadaran juga merupakan salah satu masalah kesehatan yang besar yang sering diabaikan pada kelompok lansia.

2.1.3.5 Hipertensi pada Lansia

Faktor-faktor yang memengaruhi hipertensi pada lanjut usia adalah³

- 1) terjadi retensi natrium ginjal yang terus menerus karena menurunnya jumlah nefron akibat proses menua, hal ini menyebabkan hipertensi yang berlangsung terus menerus;
- 2) peningkatan sensitivitas terhadap asupan natrium. Dengan bertambahnya usia semakin sensitif terhadap peningkatan atau penurunan kadar natrium;

- 3) penurunan elastisitas pembuluh darah perifer akibat proses penuaan akan meningkatkan resistensi pembuluh darah perifer yang mengakibatkan hipertensi sistolik;
- 4) akibat proses menua menyebabkan disfungsi endotel yang berlanjut pada pembentukan berbagai sitokin dan substansi kimiawi lain yang kemudian menyebabkan resorpsi natrium di tubulus ginjal, meningkatkan proses sklerosis pembuluh darah perifer, dan keadaan lain berhubungan dengan kenaikan tekanan darah.

2.1.4 Hubungan Depresi dengan Hipertensi pada Lansia

Mekanisme fisiologis yang mendasari hubungan depresi dengan hipertensi adalah ketidakseimbangan neurotransmitter berupa serotonin, norepinefrin, dan dopamin. Serotonin memengaruhi *mood*/perasaan, keinginan/hasrat, berperan dalam aktivitas memori dan proses pembelajaran. Serotonin juga memengaruhi fungsi sistem kardiovaskular/jantung dan sistem endokrin. Fungsi dopamin adalah mengatur pergerakan, pembelajaran, daya ingat, emosi, tidur, dan kognisi. Pada ginjal dopamin sebagai pengatur pengeluaran garam dan keseimbangan elektrolit sementara pada pembuluh darah dan jantung dopamin menyebabkan pembuluh darah berkontraksi sehingga meningkatkan tekanan darah dan denyut jantung. Norepinefrin berfungsi sebagai pengaturan tekanan darah, jika terjadi ketidakseimbangan mengakibatkan gangguan sistem saraf simpatis sehingga dapat meningkatkan aktivitas laju metabolisme dan merangsang konstriksi arteriol maka terjadilah vasokonstriksi terus menerus dan tubuh mengompensasi hal ini dengan meningkatkan aliran tekanan darah.⁶

Keadaan tersebut dapat diperparah dengan faktor-faktor pendukung terjadinya hipertensi pada lansia seperti penurunan fungsi tubuh dan peningkatan sensitivitas terhadap asupan natrium membuat lansia menjadi golongan yang rentan untuk terkena hipertensi.³

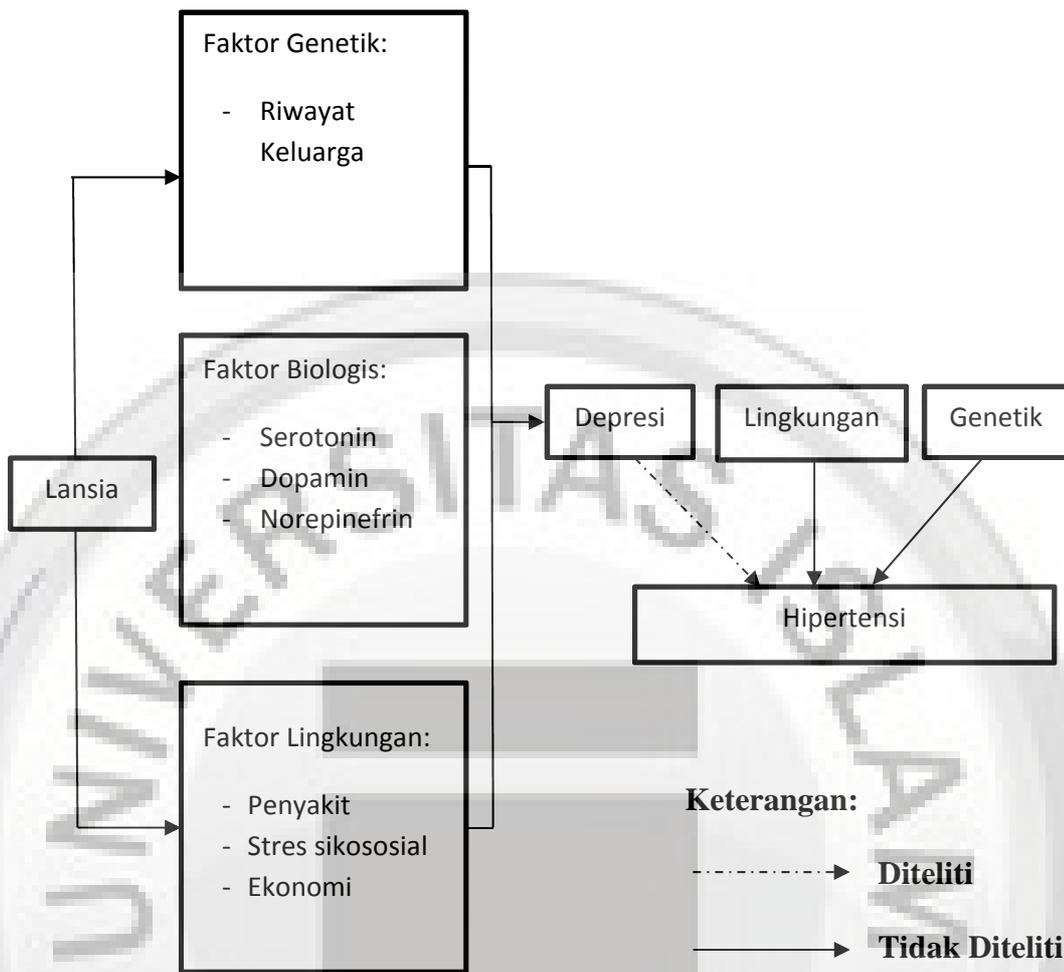
2.2 Kerangka Pemikiran dan Hipotesis

2.2.1 Kerangka Pemikiran

Lansia adalah populasi yang rentan terkena berbagai risiko penyakit, pada lansia terdapat beberapa faktor yang dapat menyebabkan depresi di antaranya dari faktor genetik, penelitian telah mengungkapkan hubungan antara riwayat keluarga dan depresi.¹¹ Faktor biologis juga ikut serta berperan yaitu dengan ketidakseimbangan neurotransmitter berupa serotonin dan norepinefrin erat kaitannya dengan depresi.⁶ Tekanan pada lansia didapat pula dari faktor lingkungan berupa timbulnya penyakit, stres psikososial, dan kondisi ekonomi yang berubah ikut berperan terhadap terjadinya depresi.¹⁰

Faktor risiko hipertensi terbagi ke dalam dua kategori utama, yaitu faktor risiko yang tidak dapat diubah seperti usia, jenis kelamin, faktor genetik, dan ras. Terdapat juga faktor risiko yang dapat diubah, berasal dari pengaruh lingkungan serta pola hidup seperti gangguan psikologis, berat badan berlebih, asupan tinggi natrium, asupan rendah kalium, konsumsi alkohol, merokok, dan aktivitas fisik yang berkurang.¹⁷ Depresi merupakan salah satu faktor risiko terjadinya hipertensi dari faktor risiko yang dapat diubah.

Secara sistematis kerangka pemikiran dibuat untuk membagi faktor risiko mana yang akan diteliti dan faktor risiko mana yang tidak diteliti (Gambar 3.1).



Gambar 2.2 Bagan Kerangka Pemikiran