

BAB I
PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Penyakit jantung merupakan penyebab kematian nomor satu pada orang dewasa di Amerika. Setiap tahunnya, di Amerika Serikat 1,5 juta orang mengalami serangan jantung, 478.000 orang meninggal karena PJK, 407.000 orang mengalami operasi peralihan, 300.000 orang menjalani *angioplasti* (<http://www.medicastore.com>, diakses 17 April 2010). Di Indonesia, jumlah penderitanya pun terus bertambah. Angka kesakitan dan angka kematian PJK di Indonesia meningkat tajam dalam dua puluh tahun terakhir ini, sebagaimana terlihat pada Survei Kesehatan Rumah Tangga Nasional (SKRTN) 1991.

Tingginya angka kematian di Indonesia akibat PJK mencapai 26%. Berdasarkan hasil Survei Kesehatan Rumah Tangga Nasional (SKRTN), dalam 10 tahun terakhir angka tersebut cenderung mengalami peningkatan. Pada tahun 1991, angka kematian akibat PJK adalah 16%, kemudian di tahun 2001 angka tersebut melonjak menjadi 26,4%. Angka kematian akibat PJK diperkirakan mencapai 54 per 100.000 penduduk di negara kita. Saat ini diperkirakan jumlah penderita PJK di Tanah Air berkisar 300 ribu sampai 400 ribu orang, menurut Tarmizi Hakim, Ketua Panitia acara 18th Biennial Congress Association of Thoracic & Cardiovascular Surgeons of Asia (ATCSA), di Nusa Dua, Bali.

Salah satu sebabnya, adalah telah terjadi perubahan pola hidup, terutama konsumsi makanan yang cenderung kurang sehat. Selain itu, tekanan lingkungan kerja yang menyebabkan stress berkepanjangan juga meningkatkan risiko munculnya PJK. Para dokter di John Hopkin Medical School menemukan bahwa orang-orang yang emosional dan pemurung cenderung menderita penyakit yang serius dan berumur pendek. Kini, umumnya para spesialis jantung mengakui bahwa orang dengan kepribadian “tipe A” (individu yang tidak mau kalah, tidak sabar, terburu-buru dan mudah jengkel) lebih berpeluang terhadap penyakit dan serangan jantung (**Betz dan Thomas, 1981**, dalam Namora L. L., 2009).

PJK pada mulanya disebabkan oleh penumpukan lemak pada dinding dalam pembuluh darah jantung (pembuluh koroner), dan hal ini lama-kelamaan diikuti oleh berbagai proses seperti penimbunan jaringan ikat, perkapuran, pembekuan darah, dan lain-lain, yang kesemuanya akan mempersempit atau menyumbat pembuluh darah tersebut. Hal ini akan mengakibatkan otot jantung di daerah tersebut mengalami kekurangan aliran darah dan dapat menimbulkan berbagai akibat yang cukup serius, dari *Angina Pectoris* (nyeri dada) sampai *Infark* jantung, yang dalam masyarakat di kenal dengan serangan jantung yang dapat menyebabkan kematian mendadak. Nyeri dada merupakan keluhan yang paling sering dirasakan oleh penderita PJK. Menurut **dr. Yoga Yuniadi, SpJp**, spesialis jantung dan pembuluh darah dari Rumah Sakit Mitra Keluarga Kelapa Gading, Jakarta Utara, nyeri dada yang disebut juga *Angina Pectoris* bukanlah satu-satunya gejala PJK. Penyakit mematikan ini ditandai pula oleh penjalaran nyeri hingga ke lengan kiri, leher, bahkan menembus ke punggung. Nyeri dada

khas PJK timbul hanya ketika melakukan aktivitas fisik dan akan berkurang jika istirahat (**Indonesian Nutrition Network (INN), 2001** dalam http://www.republika.co.id/ASP/koran_detail.asp., diakses 25 April 2010).

Penyakit mematikan (salah satunya Penyakit Jantung Koroner/PJK) merupakan suatu penyebab depresi dengan tingkat stress yang sangat tinggi (**Namora L. L., 2009**). Individu yang menderita PJK mempunyai anggapan bahwa penyakitnya tersebut adalah hukuman mati. Penderita biasanya takut akan mengalami hal yang sama dengan orang lain yang meninggal karena serangan jantung. Kondisi ini dapat memunculkan perasaan sedih, gelisah, dan takut. Selain itu, pengalaman penderita ketika mendapat perawatan medis di CCU serta keharusan menjalani proses pengobatan yang dianjurkan oleh dokter dapat pula berpotensi menimbulkan gangguan emosional, terutama depresi (**Pagehgiri, 2000**, dalam Namora L. L., 2009).

PJK dapat memberikan pengaruh secara fisik maupun psikologis. Pengaruh secara fisik, yaitu kondisi tubuh penderita menjadi lemah, kurang dapat melakukan banyak aktivitas berat seperti berlari, membawa beban berat, dan sebagainya, harus meminum banyak obat antibiotik, berulang kali harus memeriksakan diri ke dokter, menjaga pola makan, dan pantang memakan makanan yang berkolesterol tinggi. Penderita yang sering mendapatkan serangan mendadak diharuskan banyak melakukan tirah baring atau *bedrest* agar proses pengobatan berjalan optimal, semua aktivitasnya harus dibatasi untuk menghindari stress. Sedangkan pengaruh secara psikologis misalnya seperti

merasa tidak berguna lagi, hanya menjadi beban keluarga, stress, frustrasi, kecemasan berlebihan, kehilangan semangat hidup, dan depresi.

Tekanan psikologis merupakan keadaan emosional yang sering timbul pada penderita PJK terlebih lagi bila penderita memiliki pengetahuan tentang pengalaman dan nasib penderita PJK pada masa lalu yang telah memberi kesan umum tentang prognosinya yang kurang baik. Suatu studi telah menyimpulkan bahwa penderita yang menderita suatu penyakit dengan kondisi akut sebagian besar akan menunjukkan adanya gangguan psikologis diantaranya adalah depresi. Hadirnya depresi pada penderita PJK bukan saja membahayakan kesejahteraan emosionalnya, tetapi juga akan semakin memperberat penyakit yang diderita dan menghambat kemajuan rehabilitasi yang ditujukan pada penderita.

Dalam suatu studi yang dilakukan **Frasure Smith** dan rekan-rekannya (1993 dalam Namora L. L., 2009), menemukan bahwa kondisi depresi dengan derajat yang berat merupakan faktor resiko penyebab kematian setelah 6 bulan penderita mengalami serangan jantung. Dengan kata lain, penderita PJK dengan kondisi yang tidak terlalu parah namun mengalami depresi dengan derajat yang berat memiliki resiko dua kali lebih besar timbulnya risiko kematian dan *reinfark* daripada penderita PJK yang sangat parah namun tidak mengalami depresi.

Dalam studi, baik yang dilakukan oleh **Schleifer** dan rekan-rekannya (1989) ataupun oleh **Frasure Smith** dan rekan-rekannya (1993), ditemukan bahwa pada penderita pasca-serangan jantung dengan kondisi depresi dengan derajat yang berat akan menyebabkan penderita merasa tidak berdaya, tidak dapat merasakan suatu kebahagiaan lagi dalam hidupnya, kehilangan kepuasan saat

melakukan aktivitas sehari-hari, malas mengikuti rehabilitasi yang diperuntukkan baginya, tidak pernah kembali untuk menjalani pemeriksaan medis, dan timbul pikiran untuk bunuh diri. Sedangkan depresi dengan derajat yang ringan yang dialami penderita dapat disamakan dengan perasaan sedih yang normal dan cenderung membatasi diri. Dari studi yang sama ditemukan pula perbedaan derajat depresi diantara penderita PJK yang mengalami serangan jantung, mulai dari depresi dengan taraf ringan sampai berat. Diperkirakan 45% mengalami depresi berat dan ringan, dengan rincian depresi berat sebanyak 18% dan depresi ringan sebanyak 27%.

Penelitian telah menunjukkan bahwa penyakit jantung dan depresi dapat muncul bersamaan. Pada pria, depresi menjadi faktor risiko meningkatnya kematian karena serangan jantung. Penelitian Ohio State University menemukan bahwa pria yang depresi berkemungkinan 70% lebih besar menderita gangguan jantung dan hanya 12% wanita depresi yang menderita gangguan jantung (**Brees, 2008**, dalam Namora L. L., 2009).

Menurut **dr. Frida A. Lesmana**, dokter dari sebuah Rumah Sakit swasta di Bandung, penderita PJK yang mengalami depresi adalah penderita yang telah menjalani operasi atau sudah mengalami serangan kedua kalinya. Para penderita PJK tersebut biasanya kehilangan semangat hidup, gairah kerja menurun, dan menyusutnya berat badan, walaupun mereka tetap rajin memeriksakan diri ke dokter.

Dosen Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia (FK-UI), **dr. Suryo Dharmono, SpKJ(K)**, (dalam <http://www.inherent.petra.ac.id>., diakses 29

November 2010) mengatakan bahwa depresi merupakan penyakit serius yang mengenai jutaan orang dengan berbagai macam gejala. Depresi dapat menyebabkan seseorang merasa bersalah tanpa alasan, merasa tidak berguna, meskipun telah melakukan apa saja yang menurutnya adalah yang terbaik, menyebabkan seseorang tidak berminat terhadap hal-hal yang sebelumnya amat disukai. Selain itu, energi pun akan terkuras, sehingga akan merasa letih dan lelah.

Dari survey awal dan pengamatan yang peneliti lakukan kepada beberapa penderita PJK di dua Rumah Sakit swasta di Bandung, beberapa penderita yang sedang menunggu untuk diperiksa oleh dokter terlihat biasa saja, namun beberapa diantaranya terlihat murung, matanya menatap hanya ke satu arah (terlihat seperti sedang melamun), ada juga yang hanya memandangi hasil rontgen yang dibawanya, tidak tertarik untuk berbincang dengan orang lain di sekitarnya, dan beberapa orang lainnya tampak gelisah karena berkali-kali melihat ke arah ruang periksa.

Studi-studi tentang depresi pada penderita penyakit jantung di Indonesia menunjukkan angka prevalensi sebesar 18-60%. Studi-studi epidemiologis menunjukkan adanya peningkatan angka morbiditas (derajat kesakitan) dan mortalitas (risiko kematian) penderita penyakit jantung dengan depresi. Studi yang dilakukan **dr. Diah Mutiara Brilliantina, SpKJ** (dalam <http://www.inherent.petra.ac.id>., diakses 29 November 2010) pada tahun 2004 menunjukkan proporsi terbesar dari gangguan depresi ditemukan pada responden yang mengalami penyumbatan pada pembuluh darah jantung (*infark miokard akut* atau AMI) sebesar 69%. **dr. Suryo Dharmono, SpKJ(K)**, menambahkan bahwa

pengelolaan yang benar terhadap depresi merupakan faktor yang penting untuk tercapainya pemulihan yang optimal.

Bagi sebagian penderita, PJK dirasa amat berat sehingga mereka mengalami depresi namun bagi sebagian penderita PJK lainnya hal tersebut tidak dijadikan beban dan menganggap hal tersebut adalah bagian dari hidup sehingga mereka tidak mengalami depresi. Maka berdasarkan fakta yang menarik tentang derajat depresi pada penderita PJK di Bandung, peneliti ingin melakukan studi deskriptif pada penderita PJK di Bandung.

1.2 Identifikasi Masalah

Dari penelitian ini ingin diketahui bagaimana derajat depresi penderita PJK di Bandung.

1.3 Maksud dan Tujuan Penelitian

1.3.1 Maksud Penelitian

Memperoleh gambaran mengenai derajat depresi penderita PJK di Bandung.

1.3.2 Tujuan Penelitian

Mengetahui derajat depresi penderita PJK di Bandung, menurut gejala emosional, kognitif, motivasional, dan fisik.

1.4 Kegunaan Penelitian

1.4.1 Kegunaan Teoritis

- 1) Memberikan sumbangan informasi mengenai derajat depresi penderita PJK bagi ilmu Psikologi Klinis.
- 2) Memberikan masukan dan sebagai bahan acuan atau referensi bagi peneliti lain yang berminat melakukan penelitian mengenai derajat depresi.

1.4.2 Kegunaan Praktis

- 1) Memberi informasi kepada keluarga dan penderita PJK mengenai derajat depresi dan hal-hal yang berhubungan dengan depresi pada penderita PJK agar keluarga dan penderita PJK dapat mendeteksi lebih dini mengenai gejala depresi dan mengatasi depresi yang dialami penderita PJK dengan penanganan yang tepat, misalnya berkonsultasi pada ahli.
- 2) Memberi informasi kepada dokter, perawat, dan paramedis mengenai derajat depresi penderita PJK agar dapat dimanfaatkan dalam upaya merawat dan memotivasi para penderita agar tetap berjuang dan mampu beradaptasi dalam menghadapi penyakitnya.

1.5 Kerangka Pemikiran

Individu yang menderita PJK mengalami suatu perubahan hidup yang dapat dikatakan sebagai suatu stressor. Perubahan emosional yang terjadi membuat penderita harus melakukan penyesuaian terhadap penyakit yang

dideritanya. Penderita yang mengalami penyesuaian diri yang rendah setelah terjadinya serangan jantung, depresi dan rendahnya *social support* dapat memperburuk kesehatan. Depresi sering merupakan faktor penting bagi pencetus serangan *Angina Pectoris* (nyeri dada karena gangguan jantung) dan terkadang bahkan *Myocardial Infarction* (serangan jantung). Depresi dan kecemasan merupakan reaksi umum yang dialami selama fase akut pada penderita PJK. Namun jika depresi dan kecemasan terus berlanjut maka akan memperburuk keadaan penderita bahkan menyebabkan kematian (**Namora L. L., 2009**).

Beck (1967) mendefinisikan depresi sebagai keadaan abnormal organisme yang dimanifestasikan dengan gejala-gejala seperti: menurunnya *mood* subjektif, rasa pesimis dan sikap nihilistic, kehilangan kespontanan dan gejala vegetatif (seperti kehilangan berat badan dan gangguan tidur). Depresi juga merupakan kompleks gangguan yang meliputi gangguan afeksi, kognisi, motivasi dan komponen perilaku. Menurut kriteria dari **DSM IV-TR** (2000) seseorang dikatakan menderita depresi jika mengalami keadaan *mood* depresi selama lebih dari 2 minggu, dan pada seseorang yang baru mengalami kejadian yang menimbulkan kesedihan berat, misalnya baru saja mengalami kematian orang yang sangat dicintai, depresi harus sudah berlangsung selama 5 minggu.

Beck (1967) membuat kategori gejala depresi menjadi empat gejala, yaitu gejala emosional, gejala kognitif, gejala motivasional, dan gejala fisik. Gejala emosional adalah perubahan perasaan atau tingkah laku yang merupakan akibat langsung dari keadaan emosi. Dalam penelitiannya, **Beck** menyebutkan sebagai manifestasi emosional yang meliputi penurunan *mood*, pandangan negatif

terhadap diri sendiri, tidak lagi merasakan kepuasan, menangis, hilangnya respon yang menggembirakan.

Gejala yang kedua adalah gejala kognitif, **Beck** (1967) menyebut manifestasi kognitifnya antara lain penilaian diri yang rendah, harapan-harapan yang negatif, menyalahkan serta mengkritik diri sendiri, tidak dapat membuat keputusan, distorsi "*body image*".

Gejala yang ketiga adalah gejala motivasional. Hilangnya motivasi dijumpai 65 sampai 86% dari penderita depresi. Inti masalahnya adalah penderita PJK mengetahui apa yang harus dilakukannya, namun tidak ada kemauan untuk melaksanakannya. Kemudian masalah lainnya adalah penderita memiliki keinginan untuk menghindar dari tugas sehari-hari, lebih sering melamun daripada mengerjakan sesuatu sehingga produktivitas kerja menurun. Gejala motivasional yang lainnya adalah keinginan bunuh diri, misalnya muncul pada pikiran berulang kali, baik yang bersifat pasif (misalnya "saya berharap saya mati") atau pikiran yang bersifat aktif (misalnya "saya ingin bunuh diri"). Gejala motivasional lainnya menurut **Beck** (1967) adalah dependensi. Dependensi didefinisikan sebagai keinginan untuk memperoleh pertolongan, petunjuk, pengarahan ketimbang melakukan proses aktual pada orang lain. Bila dihadapkan pada suatu tugas, penderita yang dependen akan meminta bantuan dari orang lain sebelum mengerjakannya sendiri.

Gejala yang paling akhir adalah gejala fisik, menurut **Beck** (1967) gejalanya adalah kehilangan nafsu makan, gangguan tidur, mudah lelah dan kehilangan libido. Mengenai gangguan tidur, para ahli telah memperoleh bukti-

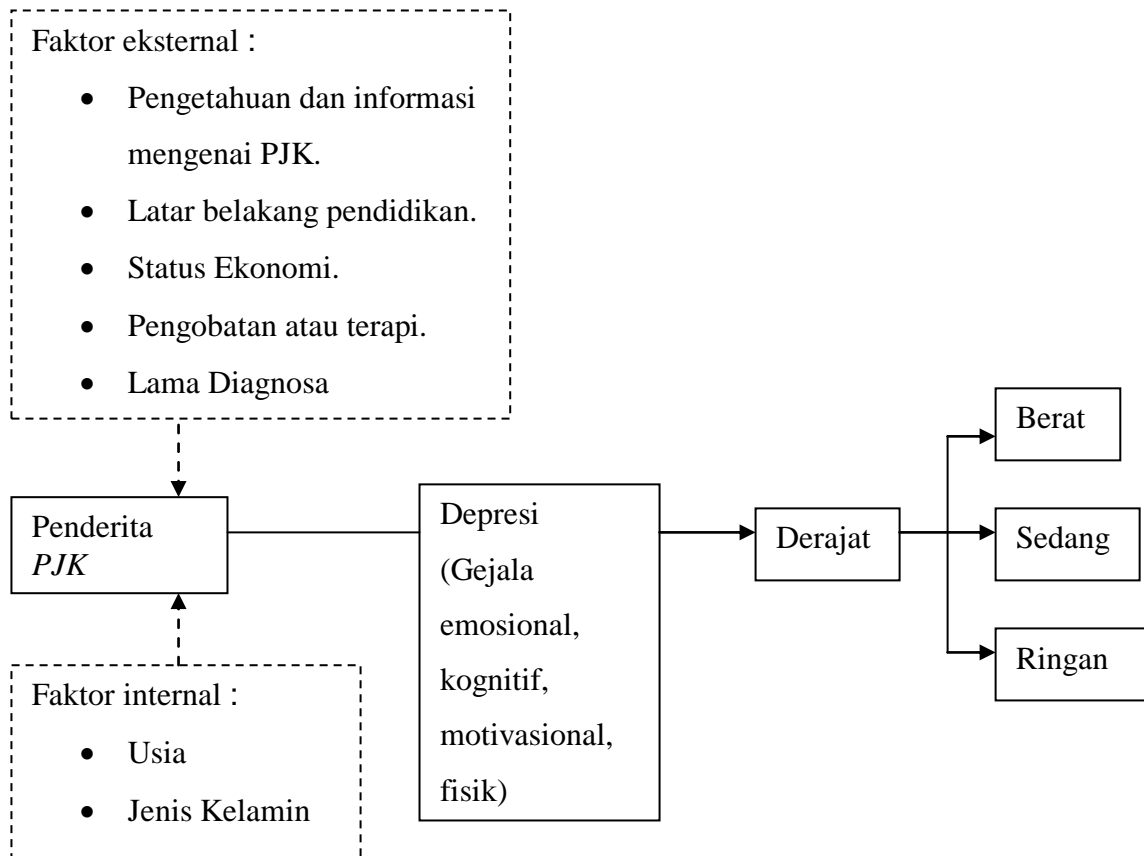
bukti kuat berdasarkan observasi langsung dan rekaman-rekaman EEG sepanjang malam, bahwa penderita depresi kurang tidur dan ditemukan gerakan-gerakan yang berlebihan. Berkaitan dengan hilangnya nafsu makan, kondisi ini bagi banyak penderita merupakan tanda awal depresi. Kemudian gejala fisik lainnya adalah mudah lelah, beberapa penderita mengalami gejala mudah lelah ini sebagai gejala fisik sepenuhnya, maksudnya anggota badan (tangan dan kaki) terasa berat dan penderita mengeluh karena merasa lemah untuk bergerak dan tidak bergairah.

Beberapa penderita PJK yang mengalami depresi akan merasa dirinya tidak berharga, merasa lemah dan tidak berdaya, sehingga aktivitas menurun, bahkan kegiatan yang berhubungan dengan kebutuhan dasar seperti makan, minum dan hubungan seks menjadi berkurang. Namun sebaliknya kegiatan pasif seperti tidur dan bersantai menjadi meningkat frekuensinya. Pandangan yang negatif sering menjadi sumber frustrasi bagi teman-teman, keluarga, dan dokter yang merawat penderita PJK. Pikiran atas semakin memburuknya keadaan diri atau masalah yang dihadapi penderita PJK sehingga tidak dapat pulih kembali akan menjadi dasar pertimbangan untuk bunuh diri sebagai suatu langkah yang masuk akal dan satu-satunya solusi dari semua masalah yang dihadapi.

Keempat gejala tersebut akan mempengaruhi derajat depresi pada penderita PJK. Semakin kuat gejala depresi pada penderita PJK, maka akan semakin berat derajat depresinya. Semakin lemah gejala depresi pada penderita PJK, maka akan semakin ringan derajat depresinya. Alat ukur yang akan dipakai untuk mengukur berat, sedang, atau ringannya derajat depresi adalah BDI (*Beck Depression Inventory*) yang terdiri dari 21 item (Beck, 1979).

Beberapa hal yang harus dipertimbangkan juga dalam penelitian ini adalah faktor eksternal dan faktor internal dari penderita PJK. Faktor eksternalnya adalah pengetahuan dan informasi mengenai PJK, apakah pengetahuan dan informasi yang dimiliki penderita PJK kurang atau cukup, latar belakang pendidikan penderita PJK, kondisi finansial penderita PJK, pengobatan atau terapi yang harus dijalani, dan latar belakang ekonomi (**Beck, 1979**). Sedangkan faktor internalnya adalah usia dan jenis kelamin penderita PJK. Faktor eksternal dan internal tersebut dapat mempengaruhi penderita PJK dan secara langsung atau tidak langsung dapat menyebabkan depresi dengan derajat yang berbeda.

Untuk melihat gambaran kerangka pemikiran secara singkat dapat dilihat bagan di bawah ini :



Bagan 1.1 Kerangka Pemikiran

1.6 Asumsi

- Penderita yang didiagnosa PJK akan mengalami depresi.
- Derajat depresi setiap penderita PJK berbeda-beda.
- Depresi yang dihayati penderita PJK akan ditentukan oleh faktor internal dan faktor eksternal.