

# **SKRINING MASALAH KESEHATAN JIWA DENGAN KUESIONER DASS-42 PADA CIVITAS UIN SYARIF HIDAYATULLAH JAKARTA YANG MEMILIKI RIWAYAT HIPERTENSI**

Laporan penelitian ini ditulis sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar

**SARJANA KEDOKTERAN**



Universitas Islam Negeri  
**SYARIF HIDAYATULLAH JAKARTA**

**OLEH**

**Inayah Ulfah**

**NIM : 11151030000109**

**FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI  
SYARIF HIDAYATULLAH  
JAKARTA**

**1440H/2019M**

## LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN KARYA

Dengan ini saya menyatakan bahwa:

1. Laporan penelitian ini merupakan hasil karya asli saya yang diajukan untuk memenuhi salah satu persyaratan memperoleh gelar Sarjana Kedokteran di UIN Syarif Hidayatullah Jakarta
2. Semua sumber yang saya gunakan dalam penulisan ini telah saya cantumkan sesuai dengan ketentuan yang berlaku di UIN Syarif Hidayatullah Jakarta
3. Jika dikemudian hari terbukti bahwa karya ini bukan karya asli saya atau merupakan hasil jiplakan dari karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi yang berlaku di UIN Syarif Hidayatullah Jakarta

Ciputat, 6 Februari 2019



Inayah Ulfah

**LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING**

**SKRINING MASALAH KESEHATAN JIWA DENGAN KUESIONER DASS 42  
PADA CIVITAS UIN SYARIF HIDAYATULLAH JAKARTA YANG MEMILIKI  
RIWAYAT HIPERTENSI**

Laporan Penelitian

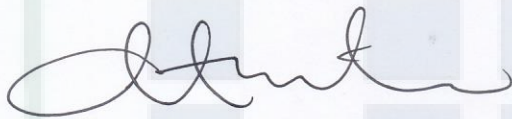
Diajukan kepada Program Studi Pendidikan Dokter, Fakultas Kedokteran untuk  
Memenuhi Persyaratan Memperoleh Gelar Sarjana  
Kedokteran (S.Ked)

Oleh :

**Inayah Ulfah**

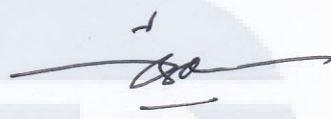
NIM: 11151030000109

**Pembimbing I**



dr. Dwi Tyastuti, M.Ph, PhD  
NIP. 197207172005012003

**Pembimbing II**



dr. Isa Multazam Noor, MSc, SpKJ(K)  
NIP. 197512052009121002

**FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI  
SYARIF HIDAYATULLAH  
JAKARTA**

**2019M/1440H**



## LEMBAR PENGESAHAN

Laporan penelitian berjudul **SKRINING MASALAH KESEHATAN JIWA DENGAN KUESIONER DASS 42 PADA CIVITAS UIN SYARIF HIDAYATULLAH JAKARTA YANG MEMILIKI RIWAYAT HIPERTENSI** yang diajukan oleh Inayah Ulfah (NIM: 11151030000109), telah diujikan dalam sidang di Fakultas Kedokteran pada 6 Februari 2019. Laporan penelitian ini telah diterima sebagai salah satu syarat memperoleh gelar Sarjana Kedokteran (S.Ked) pada Program Studi Kedokteran.

Ciputat, 6 Februari 2019

### DEWAN PENGUJI

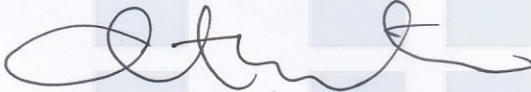
#### Ketua Sidang



dr. Dwi Tyastuti, M.Ph, PhD

NIP. 197207172005012003

#### Pembimbing I



dr. Dwi Tyastuti, M.Ph, PhD

NIP. 197207172005012003

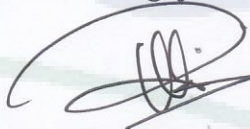
#### Pembimbing II



dr. Isa Multazam Noor, MSc, SpKJ(K)

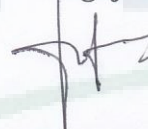
NIP. 197512052009121002

#### Penguji I



dr. Ullly Husna, Sp.S

#### Penguji II



dr. Fika Ekayanti, M.Med.Ed

NIP. 197901302006042001

### PIMPINAN FAKULTAS

#### Dekan Fakultas Kedokteran UIN



dr. Hari Hendarto, Ph.D, Sp.PD-KEMD

NIP. 196511232003121003

#### Kaprodi Fakultas Kedokteran UIN



Dr. dr. Achmad Zaki, M.Epid, Sp.OT

NIP. 197805072005011005

## KATA PENGANTAR

Assalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh

Puji syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT karena atas karunianya telah memberikan kenikmatan berupa ilmu pengetahuan, kesehatan, dan kesempatan sehingga penulis dapat menyelesaikan laporan penelitian ini. Shalawat beriring salam tidak lupa penulis sampaikan kepada Nabi Muhammad SAW uswatun hasanah bagi seluruh ummatnya. Pada perjalanan penulisan laporan penelitian ini tidak terlepas dari dukungan dan bimbingan serta bantuan dari berbagai pihak. Terkait hal tersebut penulis ingin mengucapkan terimakasih kepada:

1. Direktorat Pendidikan Diniyah dan Pondok Pesantren Kementrian Agama RI yang telah memberikan beasiswa sehingga saya bisa menjalani pendidikan di PSKed FK UIN Syarif Hidayatullah Jakarta.
2. dr. H. Hari Hendarto, Ph.D., Sp.PD-KEMD selaku dekan FK UIN Syarif Hidayatullah Jakarta.
3. dr. Dwi Tyastuti, M. Ph, Ph.D selaku dosen pembimbing 1 dan dr. Isa Multazam Noor, MSc, SpKJ(K) selaku dosen pembimbing 2 yang telah banyak menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan dan membimbing selama melakukan penelitian.
4. Dr. Ully Husna, Sp.S selaku dosen penguji 1 dan dr. Fika Ekayanti, M.Med., Ed selaku dosen penguji 2 yang telah memberikan bimbingan, saran dan kritik untuk penelitian ini.
5. Pihak akademisi dan staff UIN Syarif Hidayatullah Jakarta yang telah memberikan izin untuk melakukan penelitian ini.
6. drg Laifa Annisa, Ph.D selaku penanggung jawab (PJ) modul riset Program Studi Kedokteran FK UIN Syarif Hidayataullah Jakarta angkatan 2015.
7. Kedua orang tua penulis, Ayahanda Nasaruddin Mansur, S.Pd dan Ibunda Ir. Wahidah Umar yang sangat penulis sayangi dan menyayangi penulis, yang senantiasa mencurahkan cinta dan kasihnya, mendidik dengan baik, memberikan nasihat, semangat dan motivasi serta selalu mendoakan penulis untuk kebaikan penulis dalam menjalani pendidikan dan kesehatan penulis hingga saat ini.
8. Keluarga besar penulis yang terus mencurahkan semangat serta nasihat kepada saya untuk menempuh proses pendidikan di Fakultas Kedokteran UIN Syarif Hidayatullah Jakarta.

9. Atiqah Murtadha dan Nurlaelatul Qadria sebagai teman seperjuangan dalam penelitian ini yang merasakan, senang, susah bersama mencari tempat penelitian, mengambil data serta menghabiskan waktu, tenaga dan pikiran bersama dalam menyelesaikan penelitian ini.
10. Eneng Siti Nurazizah, Nur Avita, Wiwik Ayu Fratiwi, Mirah Pujiati Kasmar, Putri Adelia, dan Susan Ramadhani yang senantiasa membantu peneliti dalam proses pengambilan data penelitian.
11. Astuti Akin, Nesya Alifa, Ade Putri, Rahmat Munawir dan Nurkhofifah Tamsyur yang telah menemani penulis serta membantu penyelesaian penelitian ini.
12. Seluruh keluarga Pondok Pesantren Al-Ikhlas Ujung Bone yang senantiasa memberikan semangat dan menemani penulis dalam menyelesaikan penulisan ini.
13. Seluruh Keluarga Costavera CSSMoRA UIN Jakarta yang senantiasa membantu dan menyemangati penulis selama penelitian ini.
14. Seluruh Keluarga Amigdala FK UIN Syarif Hidayatullah Jakarta yang senantiasa membantu dan menyemangati penulis selama penelitian ini.
15. Serta seluruh pihak yang berperan dalam penelitian ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu-persatu.

Kemampuan hanya milik Allah. Oleh karena itu, penulis meminta saran dan kritik yang membangun untuk melengkapi laporan penelitian. Semoga penelitian ini dapat bermanfaat untuk masyarakat umum dan khususnya bagi Civitas UIN Syarif Hidayatullah yang menderita hipertensi. Amin.

Wassalamualaikum wr. wb.

Jakarta, 6 Februari 2019

Penulis

## ABSTRAK

### **Inayah Ulfah, Program Studi Kedokteran. Skrining Masalah Kesehatan Jiwa dengan Kuesioner DASS 42 Pada Civitas UIN Syarif Hidayatullah Jakarta yang Memiliki Riwayat Hipertensi**

**Latar belakang** Masalah kesehatan jiwa masih menjadi permasalahan kesehatan yang signifikan di dunia. Gangguan mental emosional merupakan masalah kesehatan jiwa yang mengindikasikan individu mengalami suatu perubahan emosional yang apabila terus berlanjut dapat berkembang menjadi keadaan patologis. Hipertensi salah satu dari penyakit kronis yang secara signifikan dapat mempengaruhi keadaan fisik, sosial dan psikologis seseorang.

**Tujuan:** Untuk menskrining masalah kesehatan jiwa pada civitas UIN Syarif Hidayatullah Jakarta yang memiliki riwayat hipertensi. **Metode:** Penelitian ini menggunakan studi deskriptif dengan pendekatan cross sectional. Sampel dalam penelitian ini sebesar 68 responden sehingga teknik pengambilannya dengan teknik purposive sampling. Pengumpulan data menggunakan kuesioner DASS 42 dan analisis data menggunakan uji univariat. **Hasil dan kesimpulan:** Penelitian ini didapatkan dari 68 responden yang mengalami masalah kesehatan jiwa sejumlah 23 orang (33,8%). yang mengalami stres sejumlah 5 orang (7,4%), depresi sejumlah 2 orang (2,9%), dan kecemasan sejumlah 23 orang (33,8%).

**Kata kunci :** stres, kecemasan, depresi, hipertensi

## ABSTRACT

### **Inayah Ulfah, Medical Study Program. Screening of Mental Health Problems With DASS 42 Questionnaires on Civitas UIN Syarif Hidayatullah Jakarta Who Has a History of Hypertension**

**Background:** Mental health problems are still a significant health problem in the world. Mental emotional disorders are mental health problems that indicate an individual experiences an emotional change that can continue to develop into a pathological state. Hypertension is one of chronic diseases that can significantly affect one's physical, social and psychological state. **Objective:** To screening mental health problems on Civitas UIN Syarif Hidayatullah Jakarta who has a history of hypertension. **Methods:** This research was a descriptive studies with cross sectional approach. The sample in this study was 68 respondents so that the technique is by purposive sampling. Data colletcion using DASS 42 questionnaire and data analysis using univariate test. **Results and conclusion:** The result of this study were obtained from 68 respondents who experiences mental health disorders is 23 people (33,8%), there were 5 people who experienced stress (7,4%), there were 2 people who depressed (2,8%), and there were 23 people who experienced anxiety (33,8%).

**Keywords:** stress, anxiety, depression, hypertension.

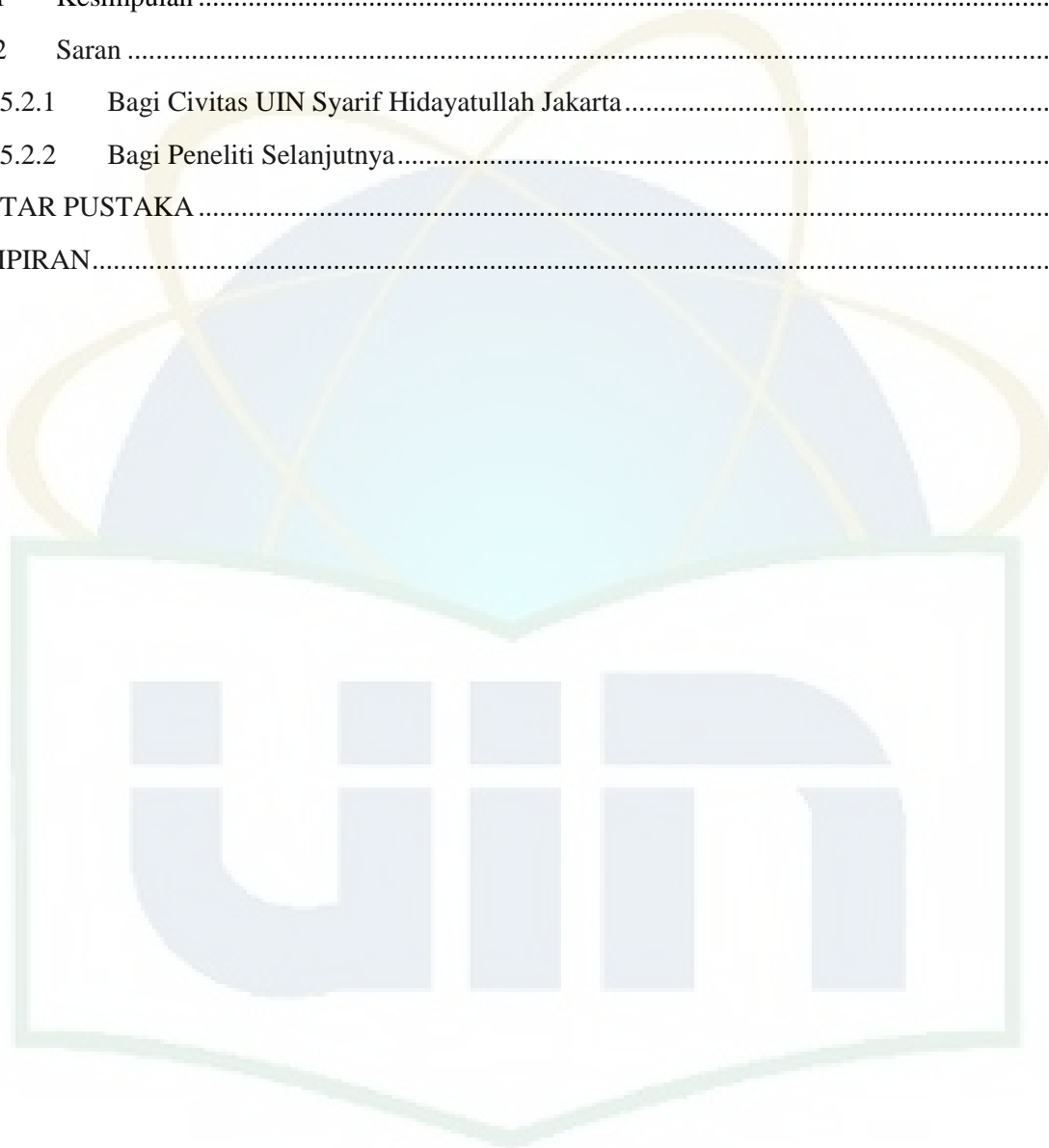


## DAFTAR ISI

LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN KARYA.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING .....	ii
LEMBAR PENGESAHAN .....	iii
KATA PENGANTAR .....	iv
ABSTRAK.....	vi
ABSTRACT.....	vii
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR BAGAN .....	xii
DAFTAR SINGKATAN .....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1    Latar Belakang .....	1
1.2    Rumusan Masalah.....	3
1.3    Tujuan Penelitian .....	3
1.3.1    Tujuan Umum.....	3
1.3.2    Tujuan Khusus .....	3
1.4    Manfaat Penelitian .....	3
1.4.1    Bagi Peneliti.....	3
1.4.2    Bagi Civitas UIN Syarif Hidayatullah Jakarta.....	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....	5
2.1.1    Hipertensi.....	21
2.1.2    Stres .....	6
2.1.3    Depresi.....	12
2.1.4    Kecemasan .....	17
2.1.4    Hipertensi Terhadap Masalah Kesehatan Jiwa .....	21
2.2    Macam-macam Alat Ukur Gangguan Mental .....	22
2.2.1    Instrumen SRQ-20/Self Reporting Questionnaire .....	22
2.2.2    Instrumen RQC/Report Questonnaire for Children .....	22
2.2.3    Kuesioner Instrumen SDQ/Strength and Difficulties Questionnaire .....	22
2.2.4    Kuesioner DASS-42 .....	22

2.3	Kerangka Teori .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
2.4	Kerangka konsep.....	24
2.5	Definisi Operasional .....	25
BAB III METODOLOGI PENELITIAN .....		29
3.1	Desain Penelitian .....	29
3.2	Lokasi dan Waktu Penelitian .....	29
3.3	Populasi dan Sampel Penelitian .....	29
3.3.1	Populasi dan Sampel yang diteliti.....	29
3.3.2	Jumlah Sampel.....	29
3.3.3	Cara Pengambilan Sampel .....	30
3.4	Kriteria Inklusi dan Eksklusi Subjek Penelitian.....	30
3.4.1	Kriteria Inklusi.....	30
3.4.2	Kriteria Eksklusi .....	30
3.5	Alur Penelitian .....	31
3.6	Cara Kerja Penelitian .....	31
3.7	Manajemen Data .....	32
3.7.1	Teknik Pengambilann Data.....	32
3.7.2	Pengolahan Data dan Analisis Data.....	32
3.7.3	Analisis Data.....	32
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN .....		33
4.1	Hasil Pengumpulan Data.....	33
4.2	Analisis Univariat .....	33
4.2.1	Karakteristik Usia, Jenis Kelmain, Pendidikan dan Pekerjaan Responden Hipertensi..	34
4.2.2	Distribusi Responden Berdasarkan Riwayat Hipertensi dan Riwayat Keturunan Hipertensi dalam Keluarga .....	35
4.2.3	Distribusi Responden Berdasarkan Kepatuhan Kontrol Berobat.....	36
4.2.4	Distribusi Responden Berdasarkan Kepatuhan Penggunaan Obat .....	37
4.2.5	Distribusi Gangguan Mental pada Responden yang Menderita Hipertensi .....	38
4.2.6	Penyebaran Pertanyaan Kuesioner DASS-42 Berdasarkan Tingkat Stres.....	39
4.2.7	Penyebaran Pertanyaan Kuesioner DASS-42 Berdasarkan Tingkat Kecemasan .....	40
4.2.8	Penyebaran Pertanyaan Kuesioner DASS-42 Berdasarkan Tingkat Depresi .....	41
4.2.9	Karakteristik Usia Jenis Kelamin, Pendidikan dan Pekerjaan Responden Gangguan Mental .....	42
4.2.10	Distribusi Responden Gangguan Kesehstan Jiwa Berdasarkan Riwayat Hipertensi dan Riwayat Keturunan Hipertensi dalam Keluarga .....	43

4.3	Pembahasan.....	43
4.4	Keterbatasan Penelitian.....	44
BAB V SARAN DAN KESIMPULAN.....		45
5.1	Kesimpulan .....	45
5.2	Saran .....	45
5.2.1	Bagi Civitas UIN Syarif Hidayatullah Jakarta.....	45
5.2.2	Bagi Peneliti Selanjutnya.....	45
DAFTAR PUSTAKA .....		46
LAMPIRAN.....		50



## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Definisi Operasional .....	25
Tabel 4.1 Karakteristik Jenis Kelmain, Pendidikan dan Pekerjaan Responden Hipertensi .....	34
Tabel 4.2 Distribusi Responden Berdasarkan Riwayat Hipertensi dan Riwayat Keturunan Hipertensi dalam Keluarga .....	35
Tabel 4.3 Distribusi Responden Berdasarkan Kepatuhan Kontrol Berobat.....	36
Tabel 4.4 Distribusi Responden Berdasarkan Kepatuhan Penggunaan Obat.....	37
Tabel 4.5 Distribusi Gangguan Mental pada Responden yang Menderita Hipertensi .....	38
Tabel 4.6 Karakteristik Usia Jenis Kelamin, Pendidikan dan Pekerjaan Responden Gangguan Mental .....	42
Tabel 4.7 Distribusi Responden Gangguan Mental Berdasarkan Riwayat Hipertensi dan Riwayat Keturunan Hipertensi dalam Keluarga.....	40



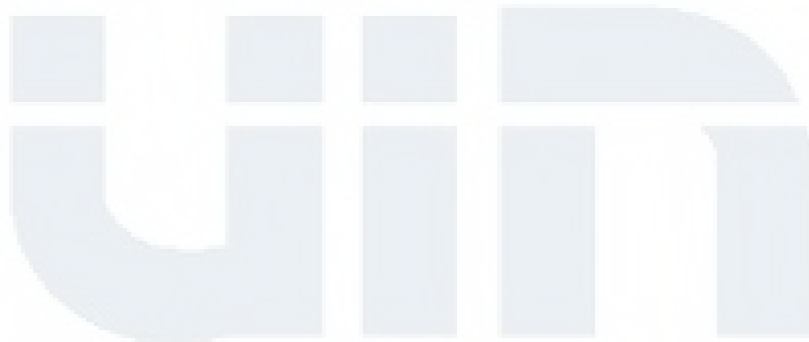
## DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Kerangka Teori .....	23
Bagan 2.2 Kerangka Konsep.....	24
Bagan 3.1 Alur Penelitian .....	31



## DAFTAR SINGKATAN

RISKESDAS	: Riset Kesehatan Dasar
WHO	: World Health Organization
AHA	: American Heart Association
JNC	: Joint National Committee
BB	: Beta Blocker
SMA	: Sekolah Menengah Atas
UIN	: Universitas Islam Negeri
GAD	: General Anxiety Disorder



## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 Lembar Persetujuan Responden

Lampiran 2 Kuesioner Penelitian

Lampiran 3 Hasil Analisis Unvariati

Lampiran 4 Surat Izin Penelitian

Lampiran 5 Riwayat Hidup



# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Kesehatan jiwa masih menjadi salah satu permasalahan kesehatan yang signifikan di dunia, termasuk di Indonesia. Menurut data WHO (*World Health Organization*) tahun 2016 terdapat sekitar 35 juta orang terkena depresi. WHO menyatakan bahwa depresi akan menjadi penyakit dengan beban global kedua terbesar di dunia setelah penyakit jantung iskemik pada tahun 2020. Di Indonesia, prevalensi depresi cukup tinggi sekitar 17-27%. Hal ini dapat dilihat dari data bunuh diri di Indonesia yang semakin meningkat, hingga terhitung 50.000 kasus bunuh diri di tahun 2014. Sangat jauh dibandingkan 5000 kasus bunuh diri di tahun 2010.<sup>1</sup>

Gangguan mental emosional merupakan masalah kesehatan jiwa yang mengindikasikan individu mengalami suatu perubahan emosional yang apabila terus berlanjut dapat berkembang menjadi keadaan patologis.<sup>2</sup> Dari hasil data Riskesdas tahun 2018, prevalensi gangguan mental emosional yang ditunjukkan dengan gejala-gejala depresi dan kecemasan untuk usia 15 tahun ke atas mencapai 9,8% dari jumlah penduduk Indonesia. Provinsi dengan prevalensi gangguan mental emosional tertinggi adalah Sulawesi Tengah, Gorontalo, Nusa Tenggara Timur, Banten, dan Maluku Utara.<sup>3</sup> Orang dengan gangguan kecemasan 10-15% juga mengalami depresi berat. Gangguan kecemasan pada umumnya terjadi pada usia dewasa muda, sekitar 25 tahun, tetapi bisa terjadi pada usia berapapun, termasuk anak-anak dan remaja.<sup>4</sup>

Hipertensi salah satu dari penyakit kronis yang dapat menimbulkan gejala depresi. Hipertensi secara signifikan dapat mempengaruhi keadaan fisik, sosial dan psikologis seseorang. Hipertensi merupakan manifestasi gangguan keseimbangan hemodinamik sistem kardiovaskular yang mana patofisiologinya multifaktor dan tidak bisa diterangkan dengan hanya satu mekanisme tunggal. Dikatakan hipertensi jika tekanan darah melebihi 140/90 mmHg secara persisten.<sup>5</sup>

Angka kejadian hipertensi di Indonesia masih termasuk tinggi. Menurut data Riskesdas 2018 prevalensi hipertensi di Indonesia yang didapat melalui pengukuran pada umur lebih dari 18 tahun sebesar 34,1%.<sup>3</sup> Hipertensi semakin meningkat prevalensinya dari tahun ke tahun karena jumlah penduduk yang terus bertambah, pola hidup tidak sehat, aktivitas fisik kurang, dan terpapar dengan stres psikologis. Pola hidup tidak sehat tersebut



antara lain adalah diet yang tidak sehat misalnya tinggi gula, lemak dan garam, dan kurang mengonsumsi makanan berserat. Selain itu adalah penggunaan tembakau dan alkohol.<sup>6</sup>

Hipertensi yang tidak terkontrol dapat menyebabkan terjadinya komplikasi berupa penyakit jantung koroner, *stroke*, dan gagal ginjal.<sup>7</sup> Komplikasi lain yang dapat ditimbulkan oleh hipertensi adalah gangguan psikiatri, salah satunya depresi. Gejala depresi sering muncul akibat pemikiran yang pesimis terhadap suatu penyakit. Pasien yang didiagnosis dengan penyakit kronis dan memiliki angka kesembuhan yang rendah seperti hipertensi akan cenderung merasa khawatir dalam jangka waktu yang lama sehingga dapat meningkatkan risiko terjadinya depresi.<sup>8</sup> Kepatuhan yang harus dijalani dalam mengonsumsi obat antihipertensi yang diminum pada waktu dan jumlah tertentu setiap harinya juga dapat meningkatkan perasaan putus asa dan jenuh pada pasien hipertensi yang berujung dengan kejadian depresi.<sup>9</sup>

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Grimsrud, Stein, Seedat, Williams, Myer tentang hubungan antara hipertensi, depresi dan kecemasan di Afrika Selatan diperoleh dari keseluruhan sebesar 16,7% melaporkan mengalami hipertensi, dan 8,1% dan 4,9% ditemukan memiliki kecemasan atau gangguan depresi.<sup>10</sup> Di Indonesia, penelitian yang menunjukkan adanya hubungan antara hipertensi dengan gangguan mental yaitu penelitian yang dilakukan oleh Idaiani dan Wahyuni dari sampel data Riskesdas 2013 menyatakan bahwa persentase penduduk Indonesia dengan gangguan mental emosional yang mengalami hipertensi sebanyak 34,4%.<sup>11</sup>

Melihat besarnya prevalensi hipertensi dan masalah kesehatan jiwa terkait stres, depresi dan kecemasan pada penduduk Indonesia yang terus bertambah serta beban biaya yang besar apabila penyakit hipertensi telah berkembang menjadi komplikasi penyakit jantung dan pembuluh darah, maka peneliti tertarik untuk melakukan skrining hipertensi dengan gangguan mental emosional khususnya pada Civitas UIN Syarif Hidayatullah Jakarta yang memiliki riwayat hipertensi.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang masalah diatas, rumusan masalah yang ditekankan peneliti adalah:

1. Apakah ada yang mengalami masalah kesehatan jiwa pada Civitas UIN Syarif Hidayatullah Jakarta yang memiliki riwayat hipertensi?

2. Berapa angka kejadian yang mengalami masalah kesehatan jiwa pada Civitas UIN Syarif Hidayatullah Jakarta yang memiliki riwayat hipertensi?
3. Apa faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan jiwa pada Civitas UIN Syarif Hidayatullah Jakarta yang memiliki riwayat hipertensi?

### **1.3 Tujuan Penelitian**

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Tujuan umum dilakukan penelitian ini untuk menskrining angka kejadian masalah kesehatan jiwa pada Civitas UIN Syarif Hidayatullah Jakarta yang memiliki riwayat hipertensi.

#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

Tujuan khusus penelitian ini adalah:

1. Mengetahui sebaran sosiodemografi pada Civitas UIN Syarif Hidayatullah yang memiliki riwayat hipertensi mengalami masalah kesehatan jiwa
2. Mengetahui angka kejadian pada Civitas UIN Syarif Hidayatullah yang memiliki riwayat hipertensi mengalami stres
3. Mengetahui angka kejadian pada Civitas UIN Syarif Hidayatullah yang memiliki riwayat hipertensi mengalami depresi
4. Mengetahui angka kejadian pada Civitas UIN Syarif Hidayatullah yang memiliki riwayat hipertensi mengalami kecemasan
5. Mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan jiwa pada Civitas UIN Syarif Hidayatullah yang memiliki riwayat hipertensi

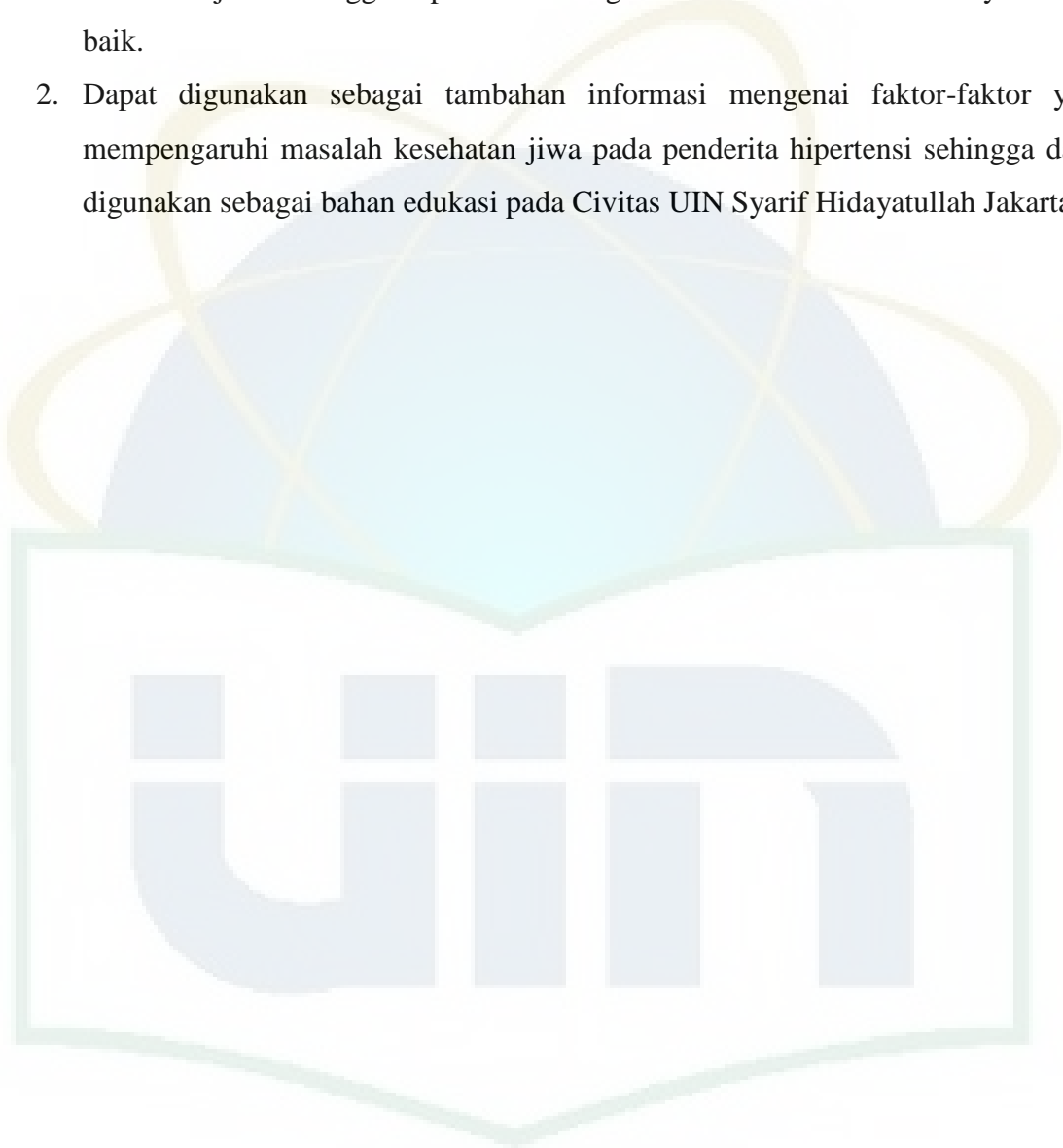
### **1.4 Manfaat Penelitian**

#### **1.4.1 Bagi Peneliti**

1. Menjadi syarat untuk memperoleh gelar dokter
2. Menambah wawasan dan pengetahuan mengenai penelitian
3. Sebagai bekal edukasi untuk dikemudian hari menjadi dokter ketika mendapatkan pasien yang memiliki riwayat hipertensi mengalami masalah kesehatan jiwa
4. Menerapkan ilmu yang dipelajari selama proses pembelajaran di preklinik ini

#### **1.4.2 Bagi Civitas UIN Syarif Hidayatullah Jakarta**

1. Dapat digunakan sebagai tambahan informasi bagi Civitas UIN Syarif Hidayatullah Jakarta yang memiliki riwayat hipertensi disertai dengan masalah kesehatan jiwa sehingga dapat lebih mengontrol kesehatan emosionalnya dengan baik.
2. Dapat digunakan sebagai tambahan informasi mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan jiwa pada penderita hipertensi sehingga dapat digunakan sebagai bahan edukasi pada Civitas UIN Syarif Hidayatullah Jakarta.



## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Kerangka Teori/Landasan Teori**

##### **2.1.1 Hipertensi**

###### **2.1.1.1 Pengertian Hipertensi**

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg pada dua kali pengukuran dengan selang waktu lima menit dalam keadaan cukup istirahat atau tenang.<sup>12</sup>

Menurut buku Ilmu Penyakit Dalam UI definisi hipertensi ialah tekanan darah harus persisten diatas atau sama dengan 140/90 mmHg. Persistensi diatas 140/90 harus terbukti, sebab bisa saja peningkatan tekanan darah tersebut bersifat transient atau hanya merupakan peningkatan diurnal dari tekanan darah yang normal sesuai siklus sirkadian (pagi sampai siang tekanan darah meningkat, malam hari tekanan darah menurun, tetapi masih dalam batas variasi normal).<sup>13</sup>

###### **2.1.1.2 Faktor Risiko Hipertensi**

Secara garis besar faktor risiko hipertensi dibagi menjadi 2 yaitu faktor risiko yang dapat diubah dan faktor risiko yang tidak dapat diubah.<sup>14</sup>

Faktor risiko yang tidak dapat diubah yaitu sebagai berikut:

###### **1. Usia**

Hipertensi dapat terjadi pada semua usia. Semakin bertambah usia seseorang, risiko terserang hipertensi semakin meningkat. Hal ini terjadi akibat perubahan alami pada jantung, pembuluh darah dan hormon. Penyakit tekanan darah tinggi lebih lazim diderita pria dewasa muda dan paruh baya daripada wanita di kelompok usia yang sama. Namun, usia 60 tahun atau lebih justru lebih cenderung diderita kaum wanita.<sup>15</sup> Semakin tua seseorang, tubuhnya



juga semakin sensitif terhadap natrium sehingga tubuhnya akan menahan natrium didalam tubuh sehingga terjadi retensi air dan peningkata tekanan darah.<sup>14</sup>

## 2. Riwayat keluarga

Hipertensi dapat diturunkan. Anak yang salah satu orang tuanya mengidap hipertensi, memiliki risiko 25% menderita hipertensi juga. Jika kedua orang tua hipertensi, 60% keturunannya mengalami hipetensi.<sup>14</sup> Hipertensi yang lebih banyak dijumpai pada kembar identik daripada kembar nonidentik.<sup>16</sup>

## 3. Jenis kelamin

Hipertensi banyak ditemukan pada laki-laki dewasa muda dan paruh baya. Sebaliknya, hipertensi sering terjadi pada sebagian besar wanita setelah berusia 55 tahun atau yang mengalami menopause.<sup>14</sup> Pada umumnya insidens hipertensi pada pria lebih tigggi daripada wanita. Namun pada usia pertengahan dan lebih tua, insiden pada wanita mulai meningkat, sehingga pada usia diatas 65 tahun, insidens pada wanita lebih tinggi.<sup>6</sup>

Yang kedua yaitu faktor risiko yang dapat diubah atau dapat dikendalikan, yaitu biasanya berupa gaya hidup yang terdiri dari:

### 1. Kurangnya aktivitas fisik

Aktivitas fisik adalah vasodilator artinya, olahraga dapat mengembangkan pembuluh darah dan juga mengoptimalkan otot jantung untuk beradaptasi dan bekerja lebih efisien dalam memompa darah. Kebiasaan bermalas-malasan dapat meningkatkan risiko serangan jantung karena otot jantung tidak bekerja secara efisien dan perlu bekerja lebih keras untuk memompa darah.<sup>15</sup> Jika seseorang kurang gerak, frekuensi denyut jantung menjadi lebih tinggi sehingga memaksa jantung bekerja lebih keras setiap kontraksi.<sup>14</sup>

### 2. Stres

Saat stres terjadi pelepasan hormon epinefrin atau adrenalin. Aktivitas hormon ini meningkatkan tekanan darah secara berkala. Jika stres berkepanjangan, peningkatan tekanan darah menjadi permanen.<sup>16</sup>

Stres dapat mempercepat produksi senyawa berbahaya, meningkatkan kecepatan denyut jantung dan kebutuhan akan suplai darah dan selang beberapa waktu dapat meningkatkan tekanan darah serta meningkatkan serangan jantung dan stroke.<sup>15</sup>

## 2.1.2 Stres

### 2.1.2.1 Definisi Stres

Menurut *American Institute of Stress* tahun 2010 disebutkan bahwa tidak ada definisi yang pasti untuk stres karena setiap individu akan memiliki reaksi yang berbeda terhadap stres yang sama, sedangkan menurut *National of American of School Psychologist* tahun 1998 disebutkan bahwa stres adalah perasaan yang tidak menyenangkan dan diinterpretasikan secara berbeda antara individu yang satu dengan individu yang lainnya.<sup>17</sup>

Menurut *Bans Selye*, stres merupakan respon tubuh yang bersifat tidak spesifik terhadap setiap tuntutan atau beban atasnya. Berdasarkan pengertian tersebut dapat dikatakan stres apabila seseorang mengalami beban atau tugas yang berat tetapi orang tersebut tidak dapat mengatasi tugas yang dibebankan itu, maka tubuh akan berespon dengan tidak mampu terhadap tugas tersebut, sehingga orang tersebut dapat mengalami stres. Respon atau tindakan ini termasuk respon fisiologis dan psikologis.<sup>18</sup>

### 2.1.2.2 Jenis-jenis Stres

Menurut *Sri Kusniati dan Desminarti*, berdasarkan penyebabnya stres dapat digolongkan menjadi:<sup>19</sup>

#### a. Stres fisik

Dapat disebabkan oleh suhu atau temperatur yang terlalu tinggi atau rendah, suara amat bising, sinar yang terlalu terang, atau tersengat arus listrik.

#### b. Stres kimiawi

Dapat disebabkan oleh asam-basa kuat, obat-obatan, zat beracun, hormon, atau gas. Stres mikrobiologik, disebabkan oleh bakteri, virus, atau parasit yang menimbulkan penyakit.

#### c. Stres fisiologik

Dapat disebabkan oleh gangguan struktur, fungsi jaringan, organ atau sistemik sehingga menimbulkan fungsi tubuh tidak normal. Stres proses pertumbuhan dan perkembangan, disebabkan oleh gangguan pertumbuhan dan perkembangan pada masa bayi hingga tua.

### 2.1.2.3 Klasifikasi Stres

**Stuart dan Sundenen (2013) mengklasifikasikan tingkat stres, yaitu:**<sup>20</sup>

#### a. Stres ringan

Pada tingkat stres ini sering terjadi pada kehidupan sehari-hari dan kondisi ini dapat membantu individu menjadi waspada dan bagaimana mencegah berbagai kemungkinan yang akan terjadi.

**b. Stres sedang**

Pada stres tingkat ini individu lebih memfokuskan hal penting saat ini dan mengesampingkan yang lain sehingga mempersempit lahan persepsinya.

**c. Stres berat**

Pada tingkat ini lahan persepsi individu sangat menurun dan cenderung memusatkan perhatian pada hal-hal lain. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi stres. Individu tersebut mencoba memusatkan perhatian pada lahan lain dan memerlukan banyak pengarahan.

#### **2.1.2.4 Faktor-faktor Penyebab Stres**

Stressor dapat dipicu dari berbagai sumber, diantaranya yaitu:<sup>21</sup>

**a. Lingkungan**

Yang termasuk dalam stressor lingkungan antara lain:

- 1). Sikap lingkungan, pengaruh nilai negatif dan positif dari lingkungan terhadap perilaku masing-masing individu sesuai pemahaman kelompok dalam masyarakat tersebut. Tuntutan inilah yang membuat individu tersebut harus selalu berlaku positif sesuai dengan pandangan masyarakat di lingkungan tersebut.
- 2). Tuntutan dan sikap keluarga, contohnya seperti tuntutan yang sesuai dengan keinginan orang tua untuk memilih jurusan saat akan kuliah perijodohan dan lain-lain yang bertolak belakang dengan keinginannya dan menimbulkan tekanan pada individu tersebut.
- 3). Perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi (IPTEK), tuntutan untuk selalu *update* terhadap perkembangan zaman membuat sebagian individu berlomba untuk menjadi pertama tahu tentang hal-hal yang baru. Tuntutan tersebut juga terjadi karena rasa malu yang tinggi jika disebut *gaptek*.

**b. Diri sendiri, terdiri dari**

- 1). Kebutuhan psikologis yaitu tuntutan terhadap keinginan yang ingin dicapai

- 2). Proses internalisasi diri adalah tuntutan individu untuk terus-menerus menyerap sesuatu yang diinginkan sesuai dengan perkembangan.

### **c. Pikiran**

- 1). Berkaitan dengan penilaian individu terhadap lingkungan dan pengaruhnya pada diri dan persepsinya terhadap lingkungan.
- 2). Berkaitan dengan cara penilaian diri tentang cara penyesuaian yang bisa dilakukan oleh individu yang bersangkutan.

#### **2.1.2.5 Fisiologi Stres**

Stres fisik atau emosional mengaktivasi amygdala yang merupakan bagian dari sisten limbik yang berhubungan dengan komponen emosional dari otak. Respon emosional yang timbul ditahan oleh input dari pusat yang lebih tinggi di forebrain. Respon neurologis dari amygdala ditransmisikan dan menstimulasi respon hormonal dari hipotalamus. Hipotalamus akan melepaskan hormon CRF (*corticotropin- releasing factor*) yang menstimulasi hipofisis untuk melepaskan hormon lain yaitu ACTH (*adrenocorticotropic hormone*) ke dalam darah. ACTH sebagai gantinya menstimulasi kelenjar adrenal untuk menghasilkan kortisol, suatu kelenjar kecil yang berada di atas ginjal. Semakin berat stres, kelenjar adrenal akan menghasilkan kortisol semakin banyak dan menekan sistem imun.<sup>17</sup>

Secara simultan, hipotalamus bekerja secara langsung pada sistem saraf otonom untuk merangsang respon yang segera terhadap stres. Sistem saraf otonom sendiri diperlukan dalam menjaga keseimbangan tubuh. Sistem saraf otonom terbagi dua yaitu sistem saraf simptis dan parasimpatis. sistem saraf simpatis bertanggung jawab terhadap adanya stimulasi atau stres. Reaksi yang timbul berupa peningkatan denyut jantung, napas yang cepat, penurunan aktivitas gastrointestinal. Sementara sistem saraf parasimpatis membuat tubuh kembali ke keadaan istirahat melalui penurunan denyut jantung, perlambatan pernapasan, meningkatkan aktivitas gastrointestinal. Perangsangan yang berkelanjutan terhadap sistem saraf simpatis menimbulkan respon stres yang berulang-ulang dan menempatkan sistem saraf otonom pada ketidakseimbangan. Keseimbangan antara kedua sistem saraf ini sangat penting bagi kesehatan tubuh. Dengan demikian tubuh dipersiapkan untuk melawan atau reaksi menghindar melalui satu mekanisme rangkap: satu respon saraf, jangka pendek, dan satu respon hormonal yang bersifat lebih lama.<sup>17</sup>



### 2.1.2.6 Gejala Adaptasi Umum Stres

Menurut Andrew Goliszek, gejala-gejala stres dapat dibagi menjadi tiga kategori, yaitu gejala fisik, emosional, dan gejala perilaku. Antara lain:<sup>22</sup>

- a. **Gejala fisik** : sakit kepala, nyeri otot, sakit pinggang, rasa lemah, gangguan pencernaan, rasa mual atau muntah-muntah, sakit perut, nafsu makan menurun atau bertambah, jantung berdebar-debar, sering buang air kecil, tekanan darah tinggi, tidak dapat tidur atau tidur berlebihan, berkeringat secara berlebihan, dan sejumlah gejala lain.
- b. **Gejala emosional** : mudah tersinggung, gelisah terhadap hal-hal kecil, suasana hati berubah-ubah, mimpi buruk, khawatir, panik, sering menangis, merasa tidak berdaya, perasaan kehilangan kontrol, muncul pikiran untuk bunuh diri, pikiran yang kacau, ketidakmampuan membuat keputusan dan sebagainya.
- c. **Gejala perilaku** : merokok, memakai obat-obatan atau mengonsumsi alkohol secara berlebihan, berjalan mondar-mandir, kehilangan ketertarikan pada penampilan fisik, menarik atau memutar-mutar rambut, perilaku sosial berubah secara tiba-tiba, dan lainnya.

Indikator stres dapat dilihat dari dua gejala, yaitu gejala fisik dan gejala mental. Adapun yang termasuk gejala fisik antara lain: tidak peduli dengan penampilan fisik, menggigit-gigit kuku, berkeringat, mulut kering, mengetukkan atau menggerakkan kaki berkali-kali, wajah tampak lelah, pola tidur yang terganggu, memiliki kecenderungan yang berlebihan pada makanan dan terlalu sering ke toilet.

Sedangkan untuk gejala mentalnya antara lain: kemarahan yang tak terkendali, atau lekas marah/agresivitas, mencemaskan hal-hal kecil, ketidakmampuan dalam memprioritaskan, berkonsentrasi dan memutuskan apa yang harus dilakukan, suasana hati yang sulit ditebak atau tingkah laku yang tak wajar, ketakutan atau fobia yang berlebihan, hilangnya kepercayaan pada diri sendiri, cenderung menjaga jarak, terlalu banyak berbicara atau menjadi benar-benar tidak komunikatif, ingatan terganggu dan dalam kasus-kasus yang ekstrim benar-benar kacau.

### 2.1.2.7 Dampak Stres

#### a. Pengaruh Positif

Stres dapat mendorong orang untuk membangkitkan kesadaran dan menghasilkan pengalaman baru.<sup>23</sup>

#### b. Pengaruh Negatif

Pengaruh negatif dari stres antara lain adalah; menimbulkan perasaan-perasaan tidak nyaman, tidak percaya diri, penolakan, marah, depresi, memicu sakit kepala, sakit perut, insomnia, tekanan darah tinggi, dan stroke. Selain itu, stres pada anak yang berkepanjangan akan berpengaruh negatif pada pertumbuhan kepribadiannya, yaitu kurang percaya diri dan takut melakukan sesuatu.<sup>23</sup>

#### 2.1.2.8 Cara Mengolah Stres

##### a. *Coping*

Mengelola stres disebut dengan istilah coping. Menurut R.S. Lazarus coping adalah proses mengelola tuntutan (internal atau eksternal) yang diduga sebagai beban karena di luar kemampuan individu. Coping terdiri atas upaya-upaya yang berorientasi kegiatan dan intrasikis (seperti menuntaskan, tabah, mengurangi atau meminimalkan) tuntutan internal dan eksternal. Adapun menurut Weiten dan Lloyd *coping* merupakan upaya-upaya untuk mengatasi, mengurangi atau mentoleransi beban perasaan yang tercipta karena stres.<sup>24</sup>

Faktor-faktor yang mempengaruhi *coping*:<sup>24</sup>

- 1) **Dukungan sosial.** Dukungan sosial dapat diartikan sebagai “bantuan orang lain yang memiliki kedekatan (orang tua, suami/istri, saudara atau teman) terhadap seseorang yang mengalami stres. Dukungan sosial memiliki empat fungsi: (a) sebagai *emotional support*, meliputi pemberian curahan kasih sayang, perhatian dan kepedulian; (b) sebagai *appraisal support*, meliputi bantuan orang lain untuk menilai dan mengembangkan kesadaran akan masalah yang dihadapi, termasuk usaha-usaha mengklarifikasi dan memberikan umpan balik tentang hikmah di balik masalah tersebut; (c) sebagai *informational support*, meliputi nasehat/pengarahan dan diskusi tentang bagaimana mengatasi atau memecahkan masalah; (d) sebagai *instrumental support*, meliputi bantuan material, seperti memberikan tempat tinggal, meminjamkan uang dan menyertai kunjungan ke biro layanan sosial.
- 2) **Kepribadian.** Kepribadian seseorang cukup besar pengaruhnya terhadap *coping* atau usaha-usaha dalam menghadapi atau mengelola stres. Adapun tipe-tipe kepribadian yang berpengaruh terhadap *coping* adalah sebagai berikut: (1) *Hardiness* (ketabahan, daya tahan) yaitu tipe kepribadian yang ditandai dengan sikap komitmen, *internal locus control* dan kesadaran akan tantangan (*challenge*); (2) *Optimisme*, yaitu

kecenderungan umum untuk mengharapkan hasil-hasil yang baik atau sesuai harapan;  
(3) *Humoris*.

### **2.1.3 Depresi**

#### **2.1.3.3 Definisi Depresi**

Gangguan depresi dalam buku *Synopsis of Psychiatri* termasuk dalam gangguan *mood*. Depresi adalah suatu gangguan mood, kondisi emosional berkepanjangan yang mewarnai seluruh proses mental (berpikir, berperasaan, dan berperilaku seseorang).<sup>18</sup>

#### **2.1.3.4 Epidemiologi Depresi**

Menurut *World Health Organization* (WHO), gangguan depresi menempati urutan ke empat penyakit di dunia. Pada tahun 2020 diperkirakan depresi akan menempati urutan ke dua untuk beban global penyakit tidak menular.<sup>25</sup> Menurut data Badan Kesehatan Dunia meningkatnya depresi yang tidak dapat dikendalikan dapat menyebabkan banyak orang untuk bunuh diri karena tidak mampu menghadapi beban hidup. Dan untuk mereka yang masih mampu bertahan hidup, akan mengalami keterbelakangan mental.<sup>26</sup>

Di Indonesia prevalensi depresi pada penduduk umur >15 tahun mencapai 6,1%. Perempuan dua kali lipat beresiko mengalami depresi dibandingkan laki-laki, hal ini diperkirakan adanya perbedaan hormon, pengaruh melahirkan, dan perbedaan stres psikososial.<sup>3</sup>

#### **2.1.3.5 Etiologi Depresi**

Kaplan menyatakan bahwa terdapat tiga faktor penyebab depresi, yaitu:<sup>27</sup>

##### **a. Faktor biologi**

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa terdapat kelainan pada amin biogenik, seperti 5 HIAA (5-Hidroksi indol asetic acid), HVA (Homovanilic acid), MPGH (5-Hidroxy-0-hidroksi phenil glikol), di dalam darah, urin dan cairan serebrospinal pasien gangguan *mood*. Neurotransmitter yang terkait dengan patologi depresi adalah serotonin dan epinefrin. Penurunan serotonin dapat mencetuskan depresi. Selain itu aktivitas dopamin pada depresi pun menurun. Hal tersebut tampak pada pengobatan yang menurunkan konsentrasi dopamin seperti resperin dan penyakit dengan konsentrasi dopamin menurun seperti Parkinson. Kedua penyakit tersebut disertai gejala depresi. Obat yang meningkatkan konsentrasi dopamin, seperti tyrosin, amphetamine, dan bupropion, dapat menurunkan gejala depresi.

### **b. Faktor genetik**

Penelitian genetik dan keluarga menunjukkan bahwa angka resiko diantara anggota keluarga tingkat pertama dari individu yang menderita depresi berat (unipolar) diperkirakan 2 sampai 3 kali dibandingkan dengan populasi umum. Angka keselarasan sekitar 11% pada kembar dizigot dan 40% pada kembar monozigot.

### **c. Faktor psikososial**

Menurut Freud dalam teori psikodinamiknya, penyebab depresi adalah kehilangan objek yang dicintai. Faktor psikososial yang mempengaruhi depresi meliputi peristiwa kehidupan dan stresor lingkungan, kepribadian, psikodinamika, kegagalan yang berulang, teori kognitif, dan dukungan sosial.

#### **2.1.3.6 Perjalanan Penyakit Depresi**

Gangguan mood merupakan suatu kondisi perasaan yang berlangsung lama dan cenderung kambuh. Pada gangguan mood lebih sering ditemukan adanya stressor kehidupan di awal episode dibandingkan episode berikutnya. Kondisi ini menunjukkan bahwa stressor psikososial berperan sebagai penyebab awal gangguan mood. Meskipun episode awal dapat diatasi, perubahan biologi yang menetap di otak menimbulkan risiko besar untuk timbulnya episode berikutnya.<sup>28</sup>

Sebelum episode pertama teridentifikasi, sekitar 50% gangguan depresi berat memperlihatkan gejala depresi yang bermakna. Gejala depresi yang teridentifikasi secara dini dan dapat teratasi lebih awal dapat mencegah berkembangnya gejala-gejala tersebut menjadi episode depresi penuh. Pada pasien dengan gangguan depresi berat, walaupun gejala telah ada, umumnya belum menunjukkan suatu pramorbid gangguan kepribadian. Sekitar 50% pasien dengan episode depresi pertama terjadi sebelum usia 40 tahun. Awitan yang terjadi setelah usia 40 tahun biasanya dihubungkan dengan tiak adanya riwayat gangguan mood dalam keluarga, gangguan kepribadian antisosial, dan penyalahgunaan alkohol.<sup>28</sup>

Episode depresi yang tidak ditangani akan berlangsung 6-13 bulan. Kebanyakan penanganan episode depresi sekitar 3 bulan. Prosedur baku tatalaksana gangguan depresi setidaknya dilakukan selama 6 bulan agar tidak mudah kambuh. Penghentian antidepresan sebelum 3 bulan hampir selalu mengakibatkan kembuhnya gejala. Apabila gangguan menjadi progresif maka episode akan cenderung lebih dan berlangsung lebih lama.<sup>28</sup>

#### **2.1.3.7 Tanda dan Gejala Depresi**

- a. Kehilangan minat dan berkurangnya energi (97%)

- b. Perasaan sedih
- c. Tidak mempunyai harapan
- d. Perasaan dicampakkan
- e. Perasaan tidak berharga
- f. Timbul keinginan bunuh diri pada dua per tiga pasien depresi
- g. 10-15 % pasien depresi melakukan bunuh diri
- h. Kesulitan menyelesaikan tugas
- i. Mengalami hendra di sekolah dan pekerjaan
- j. Menurunnya motivasi untuk terlibat dalam kegiatan baru
- k. Gangguan dan masalah tidur (80%)
- l. Terjaga dini hari
- m. Terbangun malam hari
- n. Peningkatan dan penurunan nafsu makan
- o. Peningkatan dan penurunan berat badan
- p. Mengalami tidur yang lebih lama dari biasanya
- q. Mengalami kecemasan (90%)
- r. Perubahan pola makan dan asupana serta pola istirahat menyebabkan timbulnya penyakit lain seperti diabetes, hipertensi, penyakit jantung, dan penyakit paru obstruktif kronik
- s. Gejala haid yang tidak normal
- t. Menurunnya minat serta aktivitas seksual
- u. Rasa lelah berkepanjangan
- v. Kecenderungan menyalahkan diri sendiri
- w. Pada orang tua gejala yang sering tampak adalah keluhan somatik. Penyebab depresi pada orang tua seperti ekonomi rendah dan isolasi.<sup>17</sup>

#### **2.1.3.8 Kriteria Diagnosis Depresi Berat**

- a. Pasien mengalami mood terdepresi, misalnya sedih, perasaan kosong, atau kehilangan minat dan kesenangan selama 2 minggu atau lebih ditambah 4 atau lebih gejala berikut:
- b. Insomnia atau hiperinsomnia hampir setiap hari
- c. Kehilangan minat dan kesenangan hampir pada semua kegiatan hampir sepanjang waktu

- d. Perasaan bersalah berlebihan atau tidak sesuai atau rasa tidak berharga hampir di sepanjang waktu
- e. Kehilangan energi atau lebih hampir di sepanjang waktu
- f. Konsentrasi dan daya pikir menurun serta sulit membuat keputusan hampir hampir di sepanjang waktu
- g. Selera makan menurun dan meningkat
- h. Ada agitasi atau retardasi
- i. Timbul pikiran berulang tentang mati atau ingin bunuh diri
- j. Gejalanya tidak memenuhi untuk kriteria episode campuran (episode depresi berat dan episode manik)
- k. Gejalanya menimbulkan penderitaan atau hendaya sosial, pekerjaan atau fungsi penting lainnya yang bermakna secara klinik
- l. Gejalanya bukanlah merupakan efek fisiologis langsung dari zat tertentu (sebagai contoh: alkohol atau narkoba) atau suatu kondisi medik umum (sebagai contoh: hipotiroidisme)
- m. Gejalanya tidak lebih baik dibandingkan dengan dukacita, misalnya, setelah kehilangan seseorang yang dicintai, gejala menetap lebih dari 2 bulan atau ditandai hendaya fungsi yang jelas, preokupasi rasa ketidakbahagiaan yang abnormal, ide bunuh diri, gejala psikotik atau retardasi psikomotor.<sup>17</sup>

#### **2.1.3.9 Tatalaksana Depresi**

Tujuan penatalaksanaan pasien gangguan mood (depresi):<sup>17</sup>

- a. Keselamatan pasien terjamin
- b. Kelengkapan evaluasi diagnostik pasien harus dilaksanakan
- c. Rencana terapi bukan hanya untuk gejala saja, tapi juga untuk memelihara kesehatan jiwa pasien di masa depan.

Macam-macam tatalaksana pada pasien gangguan depresi:<sup>17</sup>

##### **a. Rawat inap**

Indikasi rawat inap adalah ketika ada keinginan untuk bunuh diri, berkurangnya kemampuan pasien secara menyeluruh untuk asupan makan dan tempat perlindungan.

##### **b. Psikoterapi**



Psikoterapi telah dibuktikan bermakna untuk menangani pasien depresi. Psikologi diberikan untuk membantu pasien mengembangkan strategi *coping* yang lebih baik dalam menghadapi stresor kehidupan sehari-hari. Jenis-jenis psikoterapi yang diberikan tergantung pada kondisi pasien. Dapat diberikan psikoterapi suportif atau reduktif (misalnya: psikoterapi kognitif dan atau terapi perilaku). Perlu diingat pada pemilihan jenis psikoterapi pada pasien yang sedang dalam kondisi depresi berat, terlebih disertai adanya ciri psikotik, jangan dihibur atau langsung diberi nasihat (karena pasien akan bertambah sedih bila tidak mampu melaksanakan nasihat dokternya). Bila pasien sudah lebih tenang (tidak dipengaruhi gejala psikotiknya), dapat dipertimbangkan pemberian terapi kognitif, kognitif-perilaku, atau psikoterapi dinamik.

**c. Terapi Keluarga**

Terapi keluarga tidak umum digunakan sebagai terapi primer untuk gangguan depresi berat. Bukti klinis mendapatkan bahwa terapi keluarga dapat membantu pasien dengan gangguan mood untuk mengurangi dan menghadapi stres serta mengurangi kekambuhan. Tetapi keluarga diindikasikan untuk gangguan yang membahayakan perkawinan pasien atau fungsi keluarga atau jika gangguan mood didasari atau dapat ditangani oleh situasi keluarga.

**d. Farmakologi**

- 1) Antidepresan (SSRI/*Selective Serotonine Re-uptake Inhibitor*)
- 2) Litium

**2.1.3.10 Prognosis Depresi**

Gangguan depresi berat bukan merupakan gangguan yang ringan dan biasanya cenderung untuk menjadi kronik dan kambuh. Episode pertama gangguan depresi berat yang dirawat di rumah sakit sekitar 50% angka kesembuhannya pada tahun pertama. Kekambuhan depresi berat sekitar 25% pada 6 bulan setelah keluar dari rumah sakit, 30-50% dalam 2 tahun pertama, 50-75% dalam periode 5 tahun. Secara umum, semakin sering pasien mengalami episode depresi, maka akan semakin memperburuk keadaannya. Banyak pasien yang tidak pulihkan mengalami gangguan distimik.<sup>28</sup>

Kemungkinan prognosis baik pada depresi ringan tanpa gejala psikotik, waktu rawat inap singkat, indikator psikososial meliputi mempunyai teman akrab selama masa remaja, fungsi keluarga stabil, lima tahun sebelum sakit secara umum fungsi sosial baik, tidak ada komorbiditas gangguan psikiatri lain, tidak lebih dari sekali rawat inap dengan depresi berat,

dan onset awal pada usia lanjut. Kemungkinan prognosis buruk pada depresi berat bersamaan dengan distimik, penyalahgunaan alkohol dan zat lain, ditemukan gejala cemas, ada riwayat lebih dari sekali episode depresi sebelumnya.<sup>28</sup>

#### **2.1.4 Kecemasan**

##### **2.1.4.3 Definisi Gangguan Cemas Menyeluruh**

Gangguan cemas menyeluruh (*Generalized Anxiety Disorder, GAD*) merupakan kondisi gangguan yang ditandai dengan kecemasan dan kekhawatiran yang berlebihan dan tidak rasional bahkan terkadang tidak realistis terhadap berbagai peristiwa kehidupan sehari-hari. Kondisi ini dialami hampir sepanjang hari, berlangsung sekurangnya selama 6 bulan.<sup>29</sup>

##### **2.1.4.4 Epidemiologi Gangguan Kecemasan**

Pada populasi umum, gangguan kecemasan termasuk dalam suatu kelompok gangguan psikiatri yang prevalensinya paling tinggi, dengan perkiraan prevalensi dalam kehidupan 28,8% dan perkiraan prevalensi dalam 12 bulan adalah 18,1%. Survei komunitas di Amerika Serikat menunjukkan, selama perjalanan hidupnya wanita secara bermakna lebih tinggi mengalami gangguan cemas dibandingkan pria. Dengan perbandingan sebagai berikut : gangguan panik (7,7% : 2,9%), GAD (6,6% : 3,6%), dan PTSD (12,5% : 6,3%).<sup>30</sup>

##### **2.1.4.5 Etiologi Gangguan Kecemasan**

###### **a. Teori Biologi**

Area otak yang diduga terlihat pada timbulnya GAD adalah lobus oksipitalis yang mempunyai reseptor benzodiazepin tertinggi di otak. Basal ganglia, sistem limbik, dan korteks frontal juga dihipotesiskan terlibat pada etiologi timbulnya GAD. Pada pasien GAD juga ditemukan sistem serotonergik yang abnormal. Neurotransmitter yang berkaitan dengan GAD adalah GABA, serotonin, norepinefrin, glutamat, dan kolesistokinin. Pemeriksaan PET (*Positron Emission Tomography*) pada pasien GAD ditemukan penurunan metabolisme di ganglia basal dan massa putih otak.<sup>31</sup>

###### **b. Teori Genetik**

pada sebuah studi didapatkan bahwa terdapat hubungan genetik pasien GAD dan gangguan depresi mayor pada wanita. Sekitar 25% dari keluarga tingkat pertama penderita GAD juga menderita gangguan yang sama. Sedangkan penelitian pada

pasangan kembar didapatkan angka 50% pada kembar monozigotik dan 15% pada kembar dizigotik.<sup>31</sup>

### **c. Teori Psikoanalitik**

Teori psikoanalitik menghipotesiskan bahwa anxietas adalah gejala dari konflik bawah sadar yang tidak terselesaikan. Pada tingkat yang paling primitif anxietas dihubungkan dengan perpisahan dengan objek cinta. Pada tingkat yang lebih matang lagi anxietas dihubungkan dengan kehilangan cinta dari objek yang penting. Anxietas kastrasi berhubungan dengan fase oedipal sedangkan anxietas superego merupakan ketakutan seseorang untuk mengecewakan nilai dan pandangannya sendiri (merupakan anxietas yang paling matang).<sup>31</sup>

### **d. Teori Kognitif-Perilaku**

Penderita GAD berespon secara salah dan tidak tepat terhadap ancaman, disebabkan oleh perhatian selektif terhadap hal-hal negatif pada lingkungan, adanya distorsi pada pemrosesan informasi dan pandangan yang sangat negatif terhadap kemampuan diri untuk menghadapi ancaman.<sup>31</sup>

#### **2.1.4.6 Diagnosis Gangguan Kecemasan**

Pedoman diagnostik untuk gangguan kecemasan menyeluruh menurut PPDGJ-III (F41.1) (Maslim, 2013) :<sup>32</sup>

- a. Penderita harus menunjukkan anxietas sebagai gejala primer yang berlangsung hampir setiap hari untuk beberapa minggu sampai beberapa bulan, yang tidak terbatas atau hanya menonjol pada keadaan situasi khusus tertentu saja (sifatnya *free floating* atau mengambang).
- b. Gejala-gejala tersebut biasanya mencakup unsur-unsur berikut:
  - a) Kecemasan (khawatir akan nasib buruk, merasa seperti di ujung tanduk, sulit konsentrasi, dsb).
  - b) Ketegangan motorik (gelisah, sakit kepala, gemetaran, tidak dapat santai)
  - c) Over-aktivitas otonomi (kepala terasa ringan, berkeringat, jantung berdebar-debar, sesak napas, keluhan lambung, pusing kepala, mulut kering, dsb).

- c. Pada anak-anak sering terlihat adanya kebutuhan berlebihan untuk ditenangkan (*reassurance*) serta keluhan-keluhan somatik berulang yang menonjol.
- d. Adanya gejala-gejala lain yang sifatnya sementara (untuk beberapa hari), khususnya depresi, tidak membatalkan diagnosis utama gangguan anxietas menyeluruh, selama hal tersebut tidak memenuhi kriteria lengkap dari episode depresi (F32), gangguan dari episode depresi (F32), gangguan anxietas fobik (F40), gangguan panik (F41,0), gangguan obsesif-kompulsif (F42).

Kriteria diagnostik menurut DSM-V (300,02), sebagai berikut:<sup>32</sup>

- a. Kecemasan atau kekhawatiran yang berlebihan yang timbul hampir setiap hari, sepanjang hari, terjadi sekurangnya 6 bulan, tentang sejumlah aktivitas atau kejadian (seperti pekerjaan atau aktivitas sekolah).
- b. Individu sulit untuk mengendalikan kecemasan dan kekhawatiran.
- c. Kecemasan diasosiasikan dengan 6 gejala berikut ini (dengan sekurang-kurangnya beberapa gejala lebih banyak terjadi dibandingkan tidak selama 6 bulan terakhir), yaitu kegelisahan, mudah lelah, sulit berkonsentrasi atau pikiran kosong, iritabilitas, ketegangan otot, dan gangguan tidur (sulit tidur, tidur gelisah, atau tidak memuaskan).
- d. Kecemasan, kekhawatiran, atau gejala fisik menyebabkan distress atau terganggunya fungsi sosial, pekerjaan, dan fungsi penting lainnya.
- e. Gangguan tidak berasal dari zat yang memberikan efek pada fisiologis (memakai obat-obatan) atau kondisi medis lainnya (seperti hipertiroid).
- f. Gangguan tidak dapat dijelaskan lebih baik oleh gangguan mental lainnya (seperti kecemasan dalam gangguan panik atau evaluasi negatif pada gangguan kecemasan sosial atau sosial fobia, kontaminasi atau obsesi lainnya pada gangguan obsesif-kompulsif, mengingat kejadian traumatis pada gangguan stres pasca traumatik, penambahan berat badan pada anoreksia nervosa, keluhan fisik pada gangguan gejala somatik atau delusi pada gangguan skizofrenia).

#### **2.1.4.7 Gambaran Klinis Gangguan Kecemasan**

Gejala utama GAD adalah anxietas, tegangan motorik, hiperaktivitas otonom, dan kewaspadaan secara kognitif. Kecemasan bersifat berlebihan dan mempengaruhi berbagai aspek kehidupan pasien. Ketegangan motorik bermanifestasi sebagai bergetar, kelelahan, dan sakit kepala. Hiperaktivitas autonom timbul dalam bentuk pernapasan yang pendek, berkeringat, palpitasi, dan disertai gejala pencernaan. Terdapat juga kewaspadaan kognitif dalam bentuk iritabilitas.<sup>31</sup>

#### **2.1.4.8 Diagnosis Banding Gangguan Kecemasan**

Gangguan cemas menyeluruh perlu dibedakan dari kecemasan akibat kondisi medis umum maupun gangguan yang berhubungan penggunaan zat. Diperlukan pemeriksaan medis termasuk tes kimia darah, elektrokardiografi, dan tes fungsi tiroid. Klinis harus menyingkirkan adanya intoksikasi kafein, penyalahgunaan stimulan, kondisi putus zat atau obat seperti alkohol, hipnotik-sedatif, dan anxiolitik.<sup>17</sup>

#### **2.1.4.9 Prognosis Gangguan Kecemasan**

Gangguan cemas menyeluruh merupakan suatu keadaan kronis yang mungkin berlangsung seumur hidup. Sebanyak 25% penderita akhirnya mengalami gangguan panik, juga dapat mengalami gangguan depresi mayor.<sup>17</sup>

#### **2.1.4.10 Terapi Gangguan Kecemasan**

##### **a. Terapi kognitif-perilaku**

Pendekatan kognitif mengajak pasien secara langsung mengenali distorsi kognitif dan pendekatan perilaku, mengenali gejala somatik secara langsung, teknik utama yang digunakan pada pendekatan behavioral adalah relaksasi dan *biofeedback*.<sup>17</sup>

##### **b. Terapi suportif**

Pasien diberikan reassurance dan kenyamanan, digali potensi-potensi yang ada dan belum tampak, didukung egonya, agar lebih banyak bisa beradaptasi optimal dalam fungsi sosial dan pekerjaannya.<sup>17</sup>

##### **c. Psikoterapi berorientasi tilikan**

Terapi ini mengajak pasien untuk mencapai penyingkiran konflik bawah sadar, menilai *egostrength*, relasi obyek, serta keutuhan *self* pasien. Dari pemahaman akan komponen-komponen tersebut, kita sebagai terapis dapat memperkirakan sejauh mana pasien dapat diubah untuk menjadi lebih matur. Bila



tidak tercapai, minimal kita memfasilitasi agar pasien dapat beradaptasi dalam fungsi sosial dan pekerjaannya.<sup>17</sup>

### **2.1.5 Hipertensi Terhadap Masalah Kesehatan Jiwa**

Hipertensi merupakan salah satu penyakit kronis yang dapat menimbulkan gejala depresi. Hipertensi secara signifikan dapat mempengaruhi keadaan fisik, sosial dan psikologis seseorang. Hubungan antara depresi dengan hipertensi dapat disebabkan oleh banyak faktor diantaranya karena faktor biologis, faktor pengobatan dan faktor psikologis.<sup>33</sup>

#### **2.1.5.3 Faktor Biologis**

Depresi dapat memperburuk prognosis hipertensi dan hipertensi merupakan salah satu faktor risiko terjadinya depresi.<sup>34</sup> Penelitian oleh Angelo, *et al.* menyatakan bahwa depresi berkaitan dengan peningkatan kejadian hipertrofi ventrikel kiri konsentrik yang dapat menyebabkan peningkatan tekanan darah melebihi normal.<sup>35</sup>

#### **2.1.5.4 Faktor Pengobatan**

Penggunaan BB telah dihubungkan dengan timbulnya simptom depresi pada beberapa penelitian. Salah satunya yaitu penelitian yang dilakukan oleh Battes, *et al.* pada 68% pasien yang sedang menjalani terapi ditemukan tidak ada hubungan antara terapi BB dengan simptom depresi. Penggunaan BB selama 12 bulan menyebabkan penurunan risiko depresi sebanyak 49% dengan penurunan risiko depresi sebesar 36% pada dosis rendah dan 58% pada dosis tinggi.<sup>36</sup>

#### **2.1.5.5 Faktor Psikologis**

Kejadian depresi pada pasien hipertensi dapat juga disebabkan oleh stres psikologis. Stres psikologis dapat menyebabkan terganggunya suasana hati dan disfungsi kognitif yang merupakan faktor risiko utama dalam berkembangnya gejala depresi.<sup>37</sup> Pola khas dari kepribadian seseorang yang menderita hipertensi dalam jangka waktu yang lama memang belum ada, namun sebuah studi telah menunjukkan adanya tingkat kewaspadaan dan keputusan yang lebih tinggi pada penderita hipertensi.<sup>9</sup>

## **2.2 Macam-macam Alat Ukur Masalah Kesehatan Jiwa**

### **2.2.1 Instrumen SRQ-20/Self Reporting Questionnaire**

Merupakan kuesioner yang digunakan untuk menilai gangguan mental emosional, yang direkomendasikan oleh World Health Organization (WHO) untuk digunakan di negara berkembang. Kuesioner ini terdiri dari 20 pertanyaan yang



memerlukan jawaban “ya” atau “tidak”. Sampel diindikasikan mengalami gangguan mental emosional apabila menjawab “ya” paling sedikit 6 butir pertanyaan. Nilai batas pisah ini ditetapkan sesuai penelitian sebelumnya yang dilakukan Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.<sup>38,39</sup>

### **2.2.2 Instrumen RQC/Report Questionnaire for Children**

RQC adalah kuesioner yang ditujukan kepada anak usia 5-14 tahun. Kuesioner ini berisi 10 pertanyaan mengenai perilaku anak yang mencerminkan adanya gangguan emosional. Kuesioner dirancang untuk menyaring anak yang mengalami gangguan mental emosional dan ditanyakan atau diberikan kepada orang tua anak.<sup>40</sup>

### **2.2.3 Kuesioner Instrumen SDQ/Strength and Difficulties Questionnaire**

SDQ merupakan kuesioner perilaku dan emosi anak usia 4-16 tahun, dapat dilakukan oleh klinisi, orang tua dan guru. Kuesioner terdiri dari 25 poin psikologis dengan 3 interpretasi, yaitu: normal, borderline dan abnormal. Dalam kuesioner terbagi menjadi 5 bagian yang dapat dinilai, yaitu gejala emosional, masalah perilaku, hiperaktivitas, masalah hubungan antar sesama dan perilaku sosial.<sup>41</sup> Manfaat dari kuesioner ini ialah dapat digunakan pelayanan kesehatan dan gangguan mental untuk menilai gangguan pada anak dan remaja, evaluasi sebelum dan sesudah intervensi, pengambilan data dasar epidemiologi atau pemetaan masalah remaja, alat bantu penelitian di bidang perkembangan, genetik, klinis dan pendidikan.<sup>42</sup>

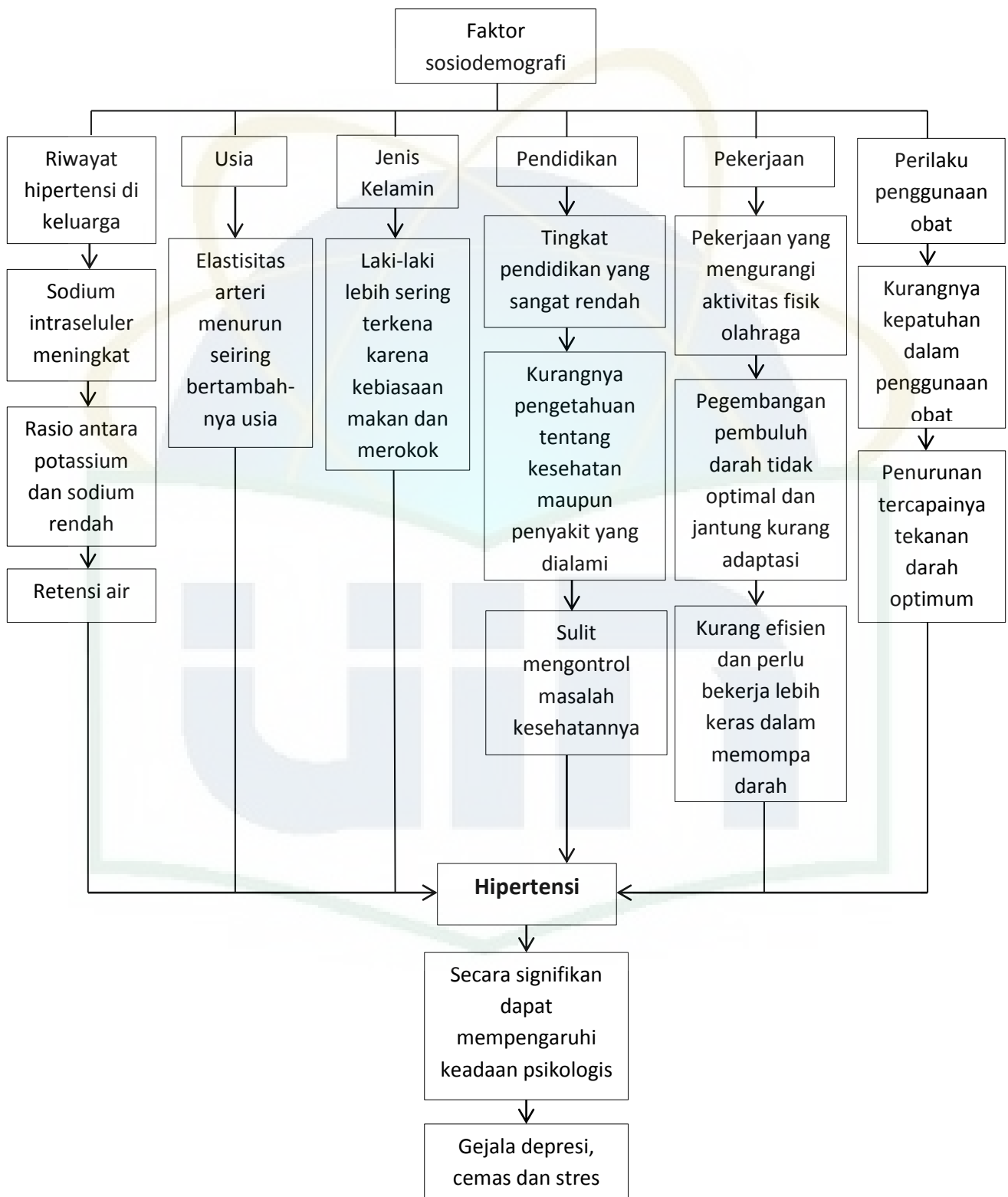
### **2.2.4 Kuesioner DASS-42**

Merupakan alat ukur tingkat stres, kecemasan, dan depresi yang berisi 42 pertanyaan yang terlampir di dalam lampiran 2. Kuesioner terdiri dari pertanyaan tentang gejala stres, gejala kecemasan, dan gejala depresi masing-masing dirincikan sebagai berikut:

1. Skala depresi : 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21, 24, 26, 31, 34, 37, 38, 42.
2. Skala kecemasan : 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20, 23, 25, 28, 30, 36, 40, 41.
3. Skala stres : 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18, 22, 27, 29, 32, 33, 35, 39.

## 2.3 Kerangka Teori

Bagan 1.1 Kerangka Teori

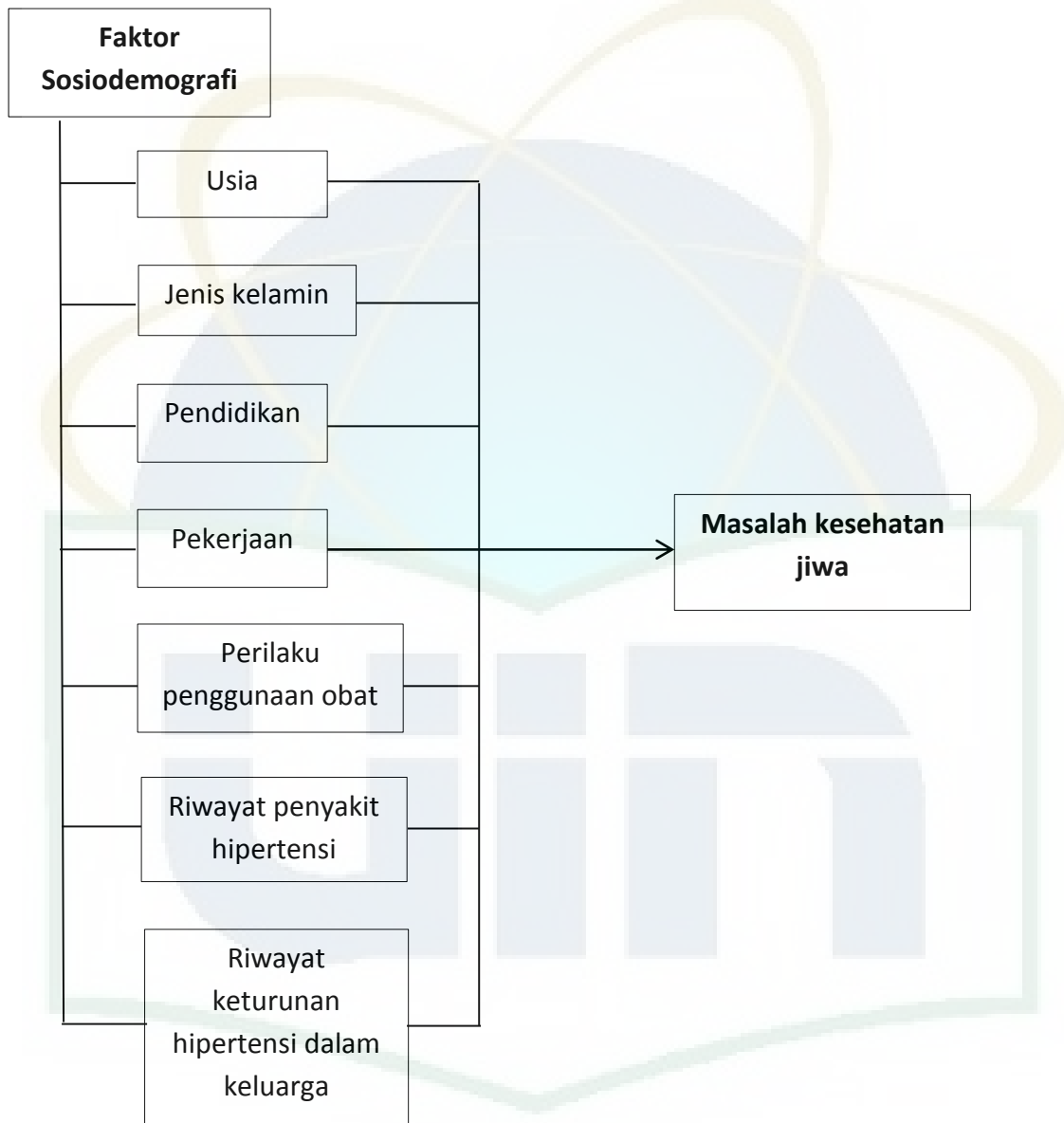


## 2.4 Kerangka konsep

Bagan 1.2 Kerangka Konsep

Variabel Independent

Varibael Dependent



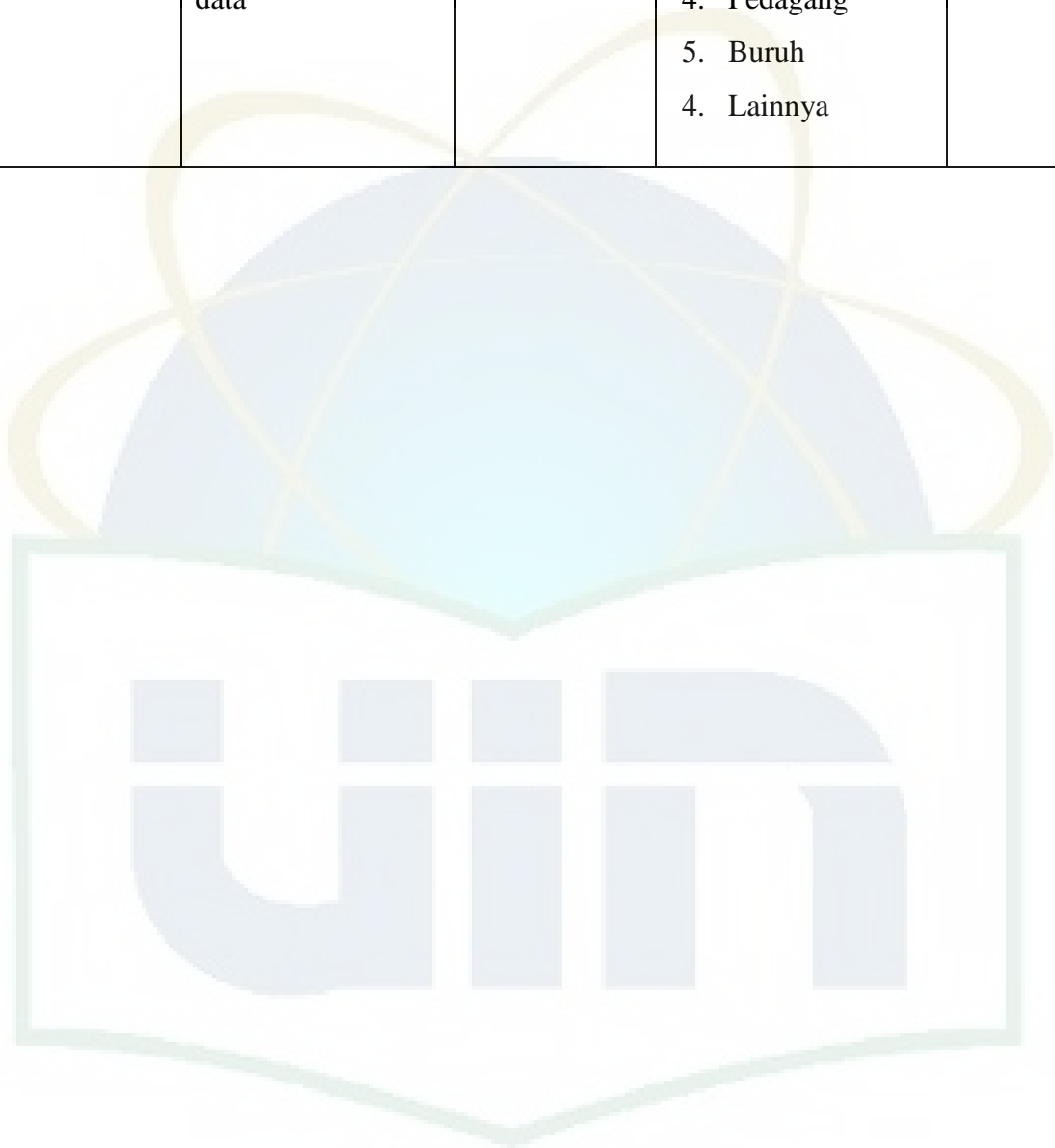
## 2.5 Definisi Operasional

**Tabel 1.1 Definisi Operasional**

No	Variabel	Definisi	Cara Pengukuran	Skala	Hasil Pengukuran
1	Responden dengan riwayat hipertensi	TD >140/90 mmHg dan/atau memiliki riwayat hipertensi sebelumnya	Persepsi riwayat penyakit responden	1. Ya (memiliki riwayat hipertensi) = ikut diwawancara 2. Tidak (tidak memiliki riwayat hipertensi) = tidak ikut diwawancara	Nominal
2	Stres	Perasaan yang tidak menyenangkan dan diinterpretasikan secara berbeda antara individu yang satu dengan yang lainnya yang merupakan respon tubuh yang bersifat tidak spesifik terhadap setiap tuntutan atau batas atasnya. <sup>17</sup>	Kuesioner	1. <b>Normal</b> (skor total DASS-42 sebesar <b>0-14</b> , tidak termasuk dalam kategori stres) 2. <b>Stres</b> (skor total DASS-42 sebesar <b>15-42</b> )	Nominal
3	Kecemasan	Kondisi gangguan yang ditandai dengan kecemasan dan kekhawatiran yang berlebihan dan tidak rasional bahkan terkadang tidak realistik	Kuesioner DASS-42	1. <b>Normal</b> (skor total DASS-42 sebesar <b>0-7</b> , tidak termasuk dalam kategori stres) 2. <b>Cemas</b> (skor total DASS-42	Nominal

		terhadap berbagai peristiwa kehidupan sehari-hari. Kondisi ini hampir dialami sepanjang hari, berlangsung sekurangnya selama 6 bulan. <sup>29</sup>		sebesar <b>8-42</b> )	
4	Depresi	Gangguan mood, kondisi emosional berkepanjangan yang mewarnai seluruh proses mental (berpikir, berperasaan, dan berperilaku seseorang). <sup>26</sup>	Kuesioner DASS-42	1. <b>Normal</b> (skor total DASS-42 sebesar <b>0-9</b> , tidak termasuk dalam kategori stres) 2. <b>Depresi</b> (skor total DASS-42 sebesar <b>10-42</b> )	Nominal
5	Usia	Usia responden pada saat dilakukan pengambilan data	Kuesioner	1. <40 th 2. 41-50 th 3. 51-60 th 4. >60 th	Ordinal
6	Jenis kelamin	Jenis kelamin responden	Kuesioner	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
6	Tingkat pendidikan	Jenjang pendidikan responden yang ditempuh pada saat pengambilan data	Kuesioner	1. SD 2. SMP/ sederajat 3. SMA/ sederajat 3. Perguruan tinggi	Ordinal
7	Pekerjaan	Profesi yang saat	Kuesioner	1. PNS	Nominal

		ini dijalani oleh responden pada saat pengambilan data		2. Wiraswasta 3. Karyawan Swasta 4. Pedagang 5. Buruh 4. Lainnya	
--	--	--	--	--	--





## **BAB III**

### **METODOLOGI PENELITIAN**

#### **3.1 Desain Penelitian**

Desain penelitian: desain penelitian dalam penelitian ini adalah studi deskriptif dengan metode pengumpulan data secara potong lintang (cross sectional).<sup>43</sup>

#### **3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian**

Lokasi : UIN Syarif Hidayatullah Jakarta

Waktu : September-Oktober 2018

Penelitian ini dilakukan pada periode bulan September hingga Oktober 2018 di UIN Syarif Hidayatullah Jakarta.

#### **3.3 Populasi dan Sampel Penelitian**

##### **3.3.1 Populasi dan Sampel yang diteliti**

Populasi target pada penelitian ini ialah seluruh Civitas UIN (semua yang bekerja dalam lingkungan UIN Syarif Hidayatullah Jakarta baik pegawai tetap, satpam, OB, Gb parkir, dan ibu kantin) yang menderita hipertensi. Sampel penelitian adalah populasi terjangkau yang telah terpilih secara random sampling.<sup>44</sup>

##### **3.3.2 Jumlah Sampel**

Karena penelitian ini bersifat deskriptif kategorik, maka perhitungan sampelnya yaitu sebagai berikut:

Deskriptif kategorik

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 PQ}{d^2}$$

Keterangan:

$Z_{\alpha}$  = derivat  $\alpha$  = 1,96

P = Proporsi berdasarkan kepastakaan = 34.4%

Q = 1-P

D = Presisi = 0,1

Maka besar sampel yang didapat ialah 86,6. Untuk memperoleh perluasan data jumlah sampel ditambah 10%, sehingga hasilnya 96 sampel.

### **3.3.3 Cara Pengambilan Sampel**

Untuk memenuhi besar sampel yang dibutuhkan, pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan cara pemilihan sampel tidak berdasarkan peluang (non-probability sampling) dengan teknik consecutive sampling (berurutan) yaitu semua subyek yang datang dan memenuhi kriteria pemilihan dimasukkan dalam penelitian sampai jumlah subyek yang diperlukan terpenuhi.

### **3.4 Kriteria Inklusi dan Eksklusi Subjek Penelitian**

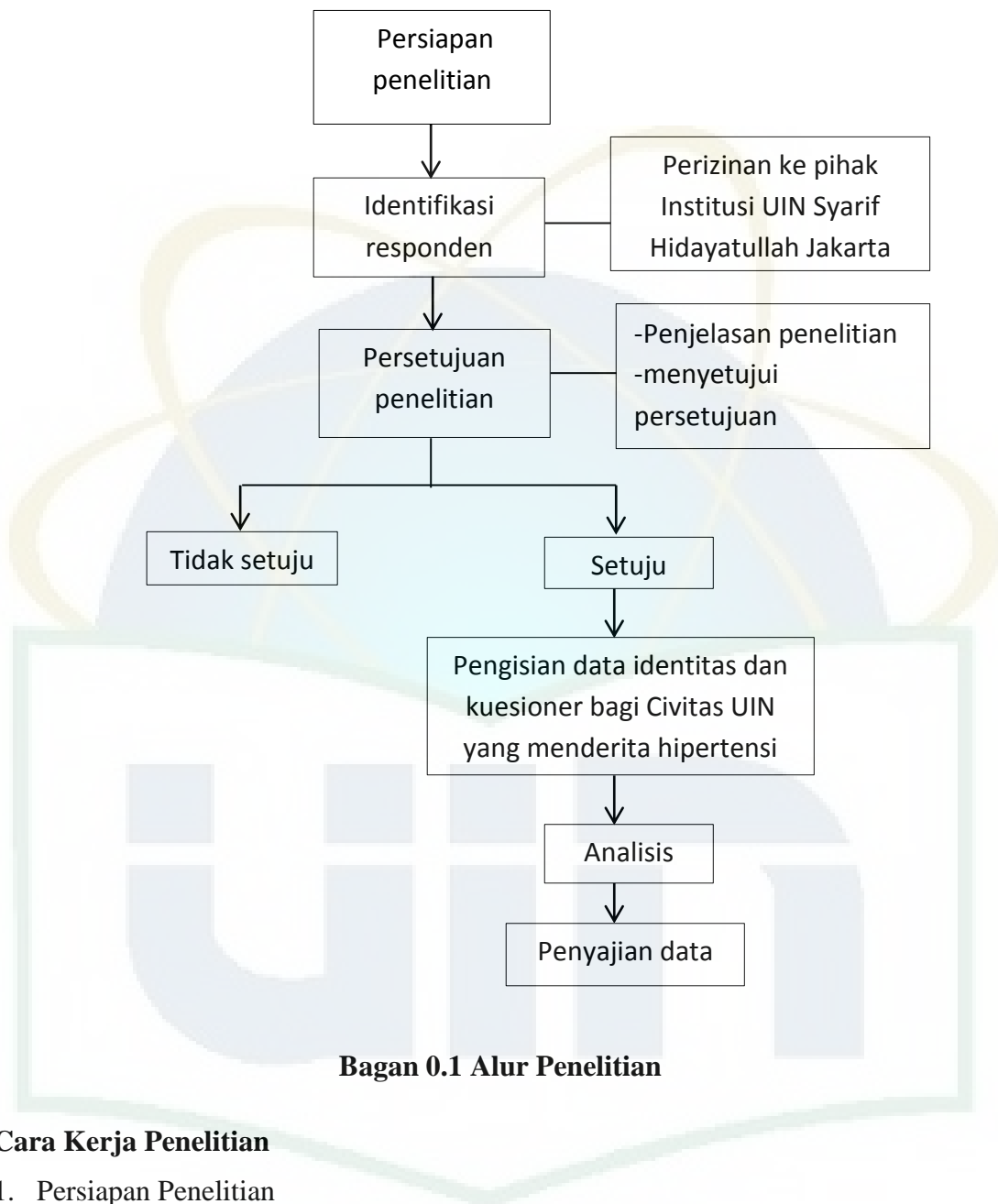
#### **3.4.1 Kriteria Inklusi**

1. Semua Civitas UIN yang menderita hipertensi.
2. Civitas UIN yang setuju menjadi sampel, mengisi lembar persetujuan penelitian, bersedia di edukasi serta mengisi kuesioner dengan lengkap.

#### **3.4.2 Kriteria Eksklusi**

1. Semua Civitas UIN yang tidak menderita hipertensi.
2. Civitas UIN yang tidak setuju menjadi sampel, tidak bersedia di edukasi lebih lanjut, dan tidak bersedia mengisi kuesioner, mengisi kuesioner tapi tidak lengkap.

### 3.5 Alur Penelitian



### 3.6 Cara Kerja Penelitian

#### 1. Persiapan Penelitian

Menggunakan kuesioner DASS42 (Depression Anxiety Stress Scales) untuk mengetahui tingkat depresi, kecemasan dan stress yang berjumlah 42 pertanyaan. Tes ini merupakan tes standar yang sudah diterima secara internasional.

#### 2. Identifikasi responden

Sebelum mengidentifikasi responden peneliti terlebih dahulu meminta izin kepada pihak institusi UIN Syarif Hidayatullah Jakarta untuk melakukan pengambilan data.

#### 3. Informed Consent

- a. Memberikan penjelasan kepada responden mengenai penelitian yang akan dilakukan
- b. Menanyakan ketersediaan responden untuk menerima persetujuan kuesioner penelitian
4. Pengisian identitas dan kuesioner oleh responden penelitian
5. Analisis data

Kuesioner yang telah diisi oleh responden dianalisis menggunakan SPSS versi 22.0

### **3.7 Manajemen Data**

#### **3.7.1 Teknik Pengambilan Data**

Penelitian ini dilakukan setelah mendapat persetujuan dari responden yang terdiri dari Civitas UIN Syarif Hidayatullah Jakarta yang menderita hipertensi.

Pengumpulan data dimulai pada bulan September dan bulan Oktober 2018. Responden yang diambil yaitu Civitas UIN Syarif Hidayatullah Jakarta yang menderita hipertensi dan bersedia diwawancarai mengenai kuesioner yang diajukan. Dalam mengambil data tersebut instrumen yang digunakan pertama kali yaitu kertas informed consent yaitu peneliti bertemu langsung dengan responden untuk meminta persetujuan menjadi sampel penelitian dan melakukan tanya jawab mengenai riwayat hipertensi dan riwayat diagnosis hipertensi oleh dokter sebelumnya. Selanjutnya, responden diberi kuesioner DASS42 dengan wawancara terpimpin.

#### **3.7.2 Pengolahan Data dan Analisis Data**

Pengolahan dan analisis data pada penelitian ini menggunakan program SPSS (*Statistic Package for Social Sciences*) versi 22.0.

1. Coding data  
Pemberian kode numerik pada data yang terdiri atas beberapa kategori
2. Editing data  
Mengecek konsistensi data dan juga kelengkapannya
3. Entry data  
Melakukan pemasukan data yang telah dikumpulkan ke dalam program SPSS

#### **3.7.3 Analisis Data**

Melakukan analisis data menggunakan SPSS versi 22.0

## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **4.1 Hasil Pengumpulan Data**

Selama periode penelitian, hasil pengumpulan data yang didapatkan ada 68 responden yang bersedia mengisi kuesioner dan ada beberapa yang tidak bersedia mengisi kuesioner karena alasan privasi responden. Responden pada penelitian ini tidak mencapai target sampel penelitian karena keterbatasan waktu.

#### **4.2 Analisis Univariat**

Analisis univariat dilakukan untuk mengetahui karakteristik data penelitian dengan menggunakan statistik deskriptif yang dilakukan pada variabel penelitian meliputi karakteristik responden, riwayat hipertensi, perilaku kontrol berobat, perilaku penggunaan obat hipertensi, dan riwayat hipertensi pada keluarga responden yang memiliki riwayat hipertensi, responden yang memiliki masalah kesehatan jiwa, responden yang memiliki tingkat stres, kecemasan, dan depresi.

#### 4.2.1 Karakteristik Usia, Jenis Kelamin, Pendidikan dan Pekerjaan Responden

##### Hipertensi

**Tabel 0.1 Karakteristik Jenis Kelamin, Pendidikan dan Pekerjaan Responden**

##### Hipertensi

Kategori	Variabel	Jumlah	
		N (68)	Persentase (%)
<b>Usia</b>	<40 th	10	14,7
	<b>41-50 th</b>	<b>29</b>	<b>42,9</b>
	51-60 th	20	29,4
	>60 th	9	13,2
	<b>Mean= 49,91 SD= 10,587 Min= 24 Max= 74</b>		
<b>Jenis Kelamin</b>	Laki-laki	24	35,3
	<b>Perempuan</b>	<b>44</b>	<b>64,7</b>
<b>Pendidikan</b>	SD	16	23,5
	SMP/ sederajat	8	11,8
	SMA/ sederajat	21	30,9
	<b>Perguruan Tinggi</b>	<b>23</b>	<b>33,8</b>
<b>Pekerjaan</b>	<b>PNS</b>	<b>20</b>	<b>29,4</b>
	Wiraswasta	8	11,8
	Karyawan Swasta	14	20,6
	Pedagang	10	14,7
	Lainnya	16	23,5

Berdasarkan tabel 4.1, dari hasil analisa univariat terhadap variabel sosial-demografi menunjukkan bahwa responden terbanyak adalah wanita sebanyak 44 orang (64,7%) dan rata-rata mean responden adalah 49,91, standar deviasi 10,8587, minimum 24 dan maximum 74 yang sebagian besar pada kelompok usia 41-50 tahun sebanyak 29 orang (42,9%). Pada kategori pendidikan menunjukkan responden dengan tingkat



pendidikan menengah sampai perguruan tinggi sebesar lebih dari 60% dan pekerjaan sebagai PNS sebanyak 20 orang (29,4%).

#### 4.2.2 Distribusi Responden Berdasarkan Riwayat Hipertensi dan Riwayat Keturunan

##### Hipertensi dalam Keluarga

**Tabel 0.2 Distribusi Responden Berdasarkan Riwayat Hipertensi dan Riwayat Keturunan Hipertensi dalam Keluarga**

Variabel	Kategori	Jumlah	
		N (68)	Persentase (%)
<b>1. Kategori Riwayat Hipertensi</b>	<1 tahun	20	29,4
	>1 tahun	48	70,6
<b>2. Riwayat keluarga menderita hipertensi</b>	Ya	36	52,9
	Tidak	32	47,1
<b>3. Di keluarga yang menderita hipertensi</b>	Ayah	9	13,3
	Ibu	23	33,8
	Kakek	3	4,4
	Nenek	3	4,4

Pada tabel 4.2, menunjukkan bahwa sebanyak 48 orang (70,6%) responden memiliki riwayat hipertensi lebih dari satu tahun, yang mana sebanyak 36 orang (52,9%) ada riwayat keluarga menderita hipertensi dan sebanyak 23 orang (33,8%) ada anggota keluarga yang juga menderita hipertensi saat ini.

#### 4.2.3 Distribusi Responden Berdasarkan Kepatuhan Kontrol Berobat

**Tabel 0.3 Distribusi Responden Berdasarkan Kepatuhan Kontrol Berobat**

Variabel	Kategori	Jumlah	
		N (68)	Persentase (%)
<b>1. Tempat kontrol berobat</b>	Puskesmas	11	16,2
	Rumah Sakit	19	27,9
	Klinik Praktik	35	51,5
	Tidak berobat	3	4,4
<b>2. Berapa kali kontrol berobat</b>	1 kali dalam sebulan	29	42,6
	>1 kali dalam sebulan	33	48,5
	Tidak berobat	6	8,8

Berdasarkan tabel 4.3, diketahui bahwa responden paling sering kontrol berobat ke klinik praktik sebanyak 35 orang (51,5%) dan responden kontrol berobat >1 kali dalam sebulan sebanyak 33 orang (48,5%).

#### 4.2.4 Distribusi Responden Berdasarkan Kepatuhan Penggunaan Obat

**Tabel 0.4 Distribusi Responden Berdasarkan Kepatuhan Penggunaan Obat**

Variabel	Kategori	Jumlah	
		N (68)	Persentase (%)
<b>1. Meminum obat hipertensi</b>	Ya	60	88,2
	Tidak	8	11,8
<b>2. Seberapa lama mengkonsumsi obat hipertensi</b>	<1 bulan	12	17,6
	<1 tahun	31	45,6
	>1 tahun	17	25,0
	Tidak	8	11,8
<b>3. Mengingat nama obat hipertensi</b>	Ya	42	61,8
	Tidak	26	38,2
<b>4. Nama obat hipertensi yang diminum</b>	Amlodipin	36	25,0
	Captopril	17	52,9
	Lainnya.....	3	4,4
	Tidak	12	17,6
<b>5. Membawa obat ketika bepergian</b>	Ya	28	41,2
	Tidak	40	58,8

Pada tabel 4.4, berkaitan dengan perilaku minum obat, sebanyak 60 orang (88,3%) responden minum obat hipertensi dan sebanyak 31 orang (45,6%) responden sudah minum obat kurang dari 1 tahun. Mengenai nama obat yang dikonsumsi, hanya 42 orang (61,8%) responden yang mengingat yaitu amlodipin sebanyak 36 orang (25,0%), dan captopril sebanyak 17 orang (17,6%). Khusus perilaku dalam bepergian, hanya 28 orang (41,2%) yg membawa obat.

#### 4.2.5 Distribusi Gangguan kesehatan jiwa pada Responden yang Menderita Hipertensi

**Tabel 0.5 Distribusi Gangguan Kesehatan Jiwa pada Responden yang Menderita Hipertensi**

Kategori	Jumlah	
	N (68)	Persentase (%)
Kesehatan Jiwa Normal	45	66,2
Gangguan Kesehatan Jiwa	23	33,8
Tidak Cemas (0-7)	45	66,2
Cemas (>8)	23	33,8
Mean=6,25 SD=5,357 Min=0 Max=22		
Tidak Derpresi (0-9)	66	97,1
Depresi (>10)	2	2,9
Mean=2,01 SD=3,169 Min=0 Max=16		
Tidak Stres (0-14)	63	92,6
Stres (>15)	5	7,4
Mean=7,10 SD=5,483 Min=0 Max=30		

Pada tabel 4.5, penilaian gangguan kesehatan jiwa pada responden dengan menggunakan skala DASS-42 dihitung dengan menggunakan standar tingkat kecemasan yaitu skor lebih dari 7 sebagai gangguan kesehatan jiwa, didapatkan bahwa responden yang mengalami gangguan kesehatan jiwa sebanyak 23 orang (33,8%). Kemudian pada kategori tingkat cemas didapatkan responden yang mengalami kecemasan sebanyak 23 orang (33,8%), pada kategori tingkat depresi didapatkan responden yang mengalami depresi sebanyak 2 orang (2,9%), dan pada kategori stres didapatkan responden yang mengalami stres sebanyak 5 orang (7,4%).

#### 4.2.6 Penyebaran Pertanyaan Kuesioner DASS-42 Berdasarkan Tingkat Stres

<b>Poin Pertanyaan DASS-42</b>	<b>Tidak Pernah (0)</b>	<b>Kadang- kadang (1)</b>	<b>Lumayan Sering (2)</b>	<b>Sering Sekali (3)</b>
1	19 (27,9%)	33 (48,5%)	14 (20,6%)	2 (2,9%)
6	28 (41,2%)	33 (48,5%)	7 (10,3%)	0 (0%)
8	55 (80,9%)	10 (14,7%)	2 (2,9%)	1 (1,5%)
11	19 (27,9%)	42 (61,8%)	6 (8,8%)	1 (1,5%)
12	44 (64,7%)	20 (29,4%)	4 (5,9%)	0 (0%)
14	24 (35,3%)	31 (45,6%)	13 (19,1%)	0 (0%)
18	37 (54,4%)	26 (38,2%)	5 (7,4%)	0 (0%)
22	46 (67,6%)	16 (23,5%)	5 (7,4%)	1 (1,5%)
27	24 (35,3%)	40 (58,8%)	3 (4,4%)	1 (1,5%)
29	54 (79,4%)	8 (11,8%)	6 (8,8%)	0 (0%)
32	46 (67,6%)	17 (25,0%)	5 (7,4%)	0 (0%)
33	49 (72,1%)	17 (25,0%)	2 (2,9%)	0 (0%)
35	60 (88,2%)	6 (8,8%)	2 (2,9%)	0 (0%)
39	52 (76,5%)	14 (20,6%)	2 (2,9%)	0 (0%)

#### 4.2.7 Penyebaran Pertanyaan Kuesioner DASS-42 Berdasarkan Tingkat Kecemasan

<b>Poin Pertanyaan DASS-42</b>	<b>Tidak Pernah (0)</b>	<b>Kadang- kadang (1)</b>	<b>Lumayan Sering (2)</b>	<b>Sering Sekali (3)</b>
2	37 (54,4%)	24 (35,3%)	5 (7,4%)	2 (2,9%)
4	42 (61,8%)	17 (25,0%)	8 (11,8%)	1 (1,5%)
7	37 (54,4%)	26 (38,2%)	5 (7,4%)	0 (0%)
9	29 (42,6%)	30 (44,1%)	9 (13,2%)	0 (0%)
15	45 (66,2%)	17 (25,0%)	6 (8,8%)	0 (0%)
19	51 (75,0%)	13 (19,1%)	4 (5,9%)	0 (0%)
20	43 (63,2%)	21 (30,9%)	4 (5,9%)	0 (0%)
23	58 (85,3%)	7 (10,3%)	3 (4,4%)	0 (0%)
25	44 (64,7%)	21 (30,9%)	3 (4,4%)	0 (0%)
28	32 (47,1%)	32 (47,1%)	4 (5,9%)	0 (0%)
30	49 (72,1%)	16 (23,5%)	3 (4,4%)	0 (0%)
36	50 (73,5%)	16 (23,5%)	2 (2,9%)	0 (0%)
40	40 (58,8%)	26 (38,2%)	2 (2,9%)	0 (0%)
41	40 (58,8%)	22 (32,4%)	6 (8,8%)	0 (0%)



#### 4.2.8 Penyebaran Pertanyaan Kuesioner DASS-42 Berdasarkan Tingkat Depresi

<b>Poin Pertanyaan DASS-42</b>	<b>Tidak Pernah (0)</b>	<b>Kadang- kadang (1)</b>	<b>Lumayan Sering (2)</b>	<b>Sering Sekali (3)</b>
3	57 (83,8%)	10 (14,7%)	1 (1,5%)	0 (0%)
5	57 (83,8%)	7 (10,3%)	4 (5,9%)	0 (0%)
10	64 (94,1%)	2 (2,9%)	2 (2,9%)	0 (0%)
13	35 (51,5%)	27 (39,7%)	5 (7,4%)	1 (1,5%)
16	61 (89,7%)	7 (10,3%)	0 (0%)	0 (0%)
17	66 (97,1%)	2 (2,9%)	0 (0%)	0 (0%)
21	63 (92,6%)	3 (4,4%)	2 (2,9%)	0 (0%)
24	63 (92,6%)	4 (5,9%)	1 (1,5%)	0 (0%)
26	53 (77,9%)	13 (19,1%)	2 (2,9%)	0 (0%)
31	63 (92,6%)	3 (4,4%)	2 (2,9%)	0 (0%)
34	64 (94,1%)	3 (4,4%)	1 (1,5%)	0 (0%)
37	67 (98,5%)	1 (1,5%)	0 (0%)	0 (0%)
38	66 (97,1%)	2 (2,9%)	0 (0%)	0 (0%)
42	60 (88,2%)	6 (8,8%)	2 (2,9%)	0 (0%)

#### 4.2.9 Karakteristik Usia Jenis Kelamin, Pendidikan dan Pekerjaan Responden

##### Gangguan Mental

**Tabel 0.6 Karakteristik Usic Jenis Kelamin, Pendidikan dan Pekerjaan Responden Gangguan Mental**

Variabel	Kategori	Jumlah Gangguan Mental			
		Ya (N=45)	Persentase (%)	Tidak (N=23)	Persentase (%)
<b>Jenis Kelamin</b>	Laki-laki	5	21,7	19	42,2
	Perempuan	<b>18</b>	<b>78,3</b>	26	57,8
<b>Usia</b>	<40	4	17,4	6	13,3
	41-50	<b>11</b>	<b>47,8</b>	18	40,0
	51-60	6	26,1	14	31,1
	>60	2	8,7	7	15,6
<b>Pendidikan</b>	SD	4	17,4	12	26,7
	SMP/ sederajat	4	17,4	4	8,9
	SMA/ sederajat	<b>8</b>	<b>34,8</b>	13	28,9
	Perguruan Tinggi	7	30,4	16	35,6
<b>Pekerjaan</b>	PNS	<b>8</b>	<b>34,8</b>	12	26,7
	Wiraswasta	3	13,0	6	13,3
	Karyawan Swasta	4	17,4	9	20,0
	Pedagang	4	17,4	7	15,6
	Lainnya	4	17,4	11	24,4

Berdasarkan tabel 4.6, didapatkan bahwa responden terbanyak adalah wanita sebanyak 18 orang (78,3%) dan pada usia seebagian besar pada sebaran usia 41-50 tahun sebanyak 11 orang (47,8%). Pada kategori pendidikan menunjukkan responden dengan tingkat pendidikan SMA/ sederajat sebanyak 8 orang (34,8%)% dan pekerjaan sebagai PNS sebanyak 8 orang (34,8%).

#### 4.2.10 Distribusi Responden Gangguan Kesehatan Jiwa Berdasarkan Riwayat

##### Hipertensi dan Riwayat Keturunan Hipertensi dalam Keluarga

**Tabel 0.7 Distribusi Responden Gangguan Kesehatan Jiwa Berdasarkan Riwayat Hipertensi dan Riwayat Keturunan Hipertensi dalam Keluarga**

Variabel	Kategori	Jumlah Gangguan Mental			
		Ya (N=23)	Persentase (%)	Tidak (N=45)	Persentase (%)
<b>Kategori Riwayat Hipertensi</b>	<1 tahun	7	30,4	13	28,9
	>1 tahun	16	69,6	32	71,1
<b>Riwayat keluarga menderit hipertensi</b>	Ya	15	65,2	21	46,7
	Tidak	8	34,8	24	53,5

Pada tabel 4.7, menunjukkan bahwa sebanyak 16 orang (69,6%) responden memiliki riwayat hipertensi lebih dari satu tahun yang mengalami gangguan kesehatan jiwa yang mana sebanyak 15 orang (65,2%) ada riwayat keluarga menderita hipertensi.

#### 4.3 Pembahasan

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa dari 68 responden yang menderita hipertensi sebanyak 23 orang yang mengalami masalah kesehatan jiwa. Skala DASS 42 dapat dijadikan alat penilaian gangguan masalah kesehatan jiwa terkait stres, depresi dan kecemasan di komunitas pada pasien dengan hipertensi.

Dari kondisi masalah kesehatan jiwa ini, sebanyak 23 orang (33,8%) mengalami kecemasan, yang mengalami depresi sejumlah 2 orang (2,9%) dan sebanyak 5 orang (7,4%) yang mengalami stres. Hasil ini, bila dibandingkan dengan penelitian sebelumnya di Rumah Sakit Ghana Pakistan dengan total 400 responden, pasien hipertensi yang mengalami gejala stres sebesar 20%, gejala depresi sebesar 4% dan kecemasan sebesar 56%.<sup>45</sup>

Responden yang mengalami masalah kesehatan jiwa pada penelitian ini menunjukkan bahwa kelompok wanita dengan riwayat hipertensi lebih banyak mengalami masalah kesehatan jiwa dibandingkan kelompok pria. Pada penelitian yang dilakukan di Klinik

Islamic Center Samarinda dengan total 82 responden didapatkan dengan karakteristik menurut jenis kelamin yaitu laki-laki sebesar 41,5% dan perempuan sebesar 58,5%.<sup>46</sup> Selanjutnya, dari usia responden cenderung lebih banyak pada sebaran usia 41-50 tahun sebanyak 47,8%. Hal ini tidak jauh beda dengan penelitian di Klinik Islamic Center Samarinda dengan total 82 responden didapatkan dengan karakteristik sebaran usia 45-54 tahun didapatkan 59,8% yang mengalami hipertensi.<sup>46</sup> Pada kategori pendidikan responden menunjukkan responden dengan tingkat pendidikan menengah atas sebanyak 34,8%, bila dibandingkan dengan penelitian sebelumnya di Puskesmas Andalas Padang dengan total 62 responden didapatkan pendidikan terakhir pasien hipertensi yang paling banyak adalah tamatan SMA sebesar 42,2%.<sup>47</sup> Dan jenis pekerjaan paling banyak pada PNS sebanyak 34,8%. Hal ini berbeda dengan penelitian sebelumnya di Puskesmas Andalas Padang dengan total 62 responden didapatkan pasien hipertensi banyak yang bekerja sebagai ibu rumah tangga sebanyak 40,6%.<sup>47</sup>

Responden yang memiliki riwayat hipertensi lebih dari satu tahun sebanyak 48 orang (70,6%) yang mana sebanyak 36 orang (52,9%) ada riwayat keluarga menderita hipertensi. Hal ini sejalan dengan penelitian Rustiana yang menyebutkan bahwa responden yang memiliki riwayat hipertensi di keluarga persentasinya lebih besar yaitu (58,2%) dibandingkan dengan responden yang tidak memiliki riwayat hipertensi di keluarganya (41,8%).<sup>48</sup>

#### **4.4 Keterbatasan Penelitian**

Penelitian ini memberikan informasi yang bermanfaat mengenai prevalensi masalah kesehatan jiwa terkait stres, depresi dan kecemasan dengan riwayat hipertensi dan faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan jiwa terhadap penderita hipertensi pada Civitas UIN Syarif Hidayatullah Jakarta. Akan tetapi ada beberapa faktor yang menjadi keterbatasan dalam penelitian ini, yaitu:

1. jumlah sampel yang kurang dari target dikarenakan waktu dan pendanaan yang terbatas menyebabkan penelitian ini tidak dapat digeneralisasi dan hanya berlaku pada Civitas UIN Syarif Hidayatullah Jakarta.
2. Perlunya responden yang bervariasi untuk menilai lebih objektif dari penelitian ini.

## **BAB V**

### **SARAN DAN KESIMPULAN**

#### **5.1 Kesimpulan**

Berdasarkan dari hasil penelitian yang telah dilakukan, maka dapat diambil kesimpulan berupa :

1. Pada penelitian ini menunjukkan bahwa dari 68 responden yang menderita masalah kesehatan jiwa sebesar 33,8%.
2. Jenis masalah kesehatan jiwa yang dialami oleh responden adalah stres sebanyak 7,4%, cemas 66,2% dan depresi 2,9%.
3. Masalah kesehatan jiwa ditemukan pada kelompok responden yang berjenis kelamin perempuan sebanyak 78,3%, usia 41-50 tahun sebanyak 47,8%, tingkat pendidikan menengah atas sebanyak 34,8% dengan pekerjaan PNS sebanyak 34,8%.
4. Sedangkan masalah kesehatan jiwa juga ditemukan pada kelompok responden dengan riwayat hipertensi lebih dari 1 tahun sebesar 69,6% yang mana sebanyak 65,2% ada riwayat keluarga menderita hipertensi.

#### **5.2 Saran**

##### **5.2.1 Bagi Civitas UIN Syarif Hidayatullah Jakarta**

1. Dapat memahami faktor risiko apa saja yang dapat mempengaruhi responden yang memiliki riwayat hipertensi mengalami masalah kesehatan jiwa terkait stres, depresi dan kecemasan.
2. Tetap menjaga pola hidup sehat agar terhindar dari faktor resiko masalah kesehatan jiwa yang dapat memperberat keluhan hipertensi yang diderita.

##### **5.2.2 Bagi Peneliti Selanjutnya**

1. Melengkapi sampel penelitian hingga mencukupi nilai minimum sampel.
2. Hendaknya pada penelitian selanjutnya menambahkan faktor-faktor yang mempengaruhi penderita hipertensi mengalami masalah kesehatan jiwa terkait stres, depresi dan kecemasan.
3. Perlu analisa lanjut untuk mengetahui faktor penyebab masalah kesehatan jiwa terkait stres, depresi dan kecemasan.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI. Riset Kesehatan Dasar [Internet]. Kementerian Kesehatan RI; 2008 hal.217-47. [www.depkes.go.id/resources/download/general/Hasil%20Riskesda%202013.pdf](http://www.depkes.go.id/resources/download/general/Hasil%20Riskesda%202013.pdf)
2. Idaiani,S., Suhardi, Kristanto, A.Y. Analisis Gejala Gangguan Mental emosional Penduduk Indonesia. Majalah Kedokteran Indonesia. 2009;59(10):473-479.
3. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2018. Lap Nas 2018.
4. Tim Peneliti Balitbang Provinsi Jateng. Study Penanganan Masalah Sosial Gelandangan Psikotik di Wilayah Perbatasan dan Perkotaan. Badan Penelitian dan Pengembangan Provinsi Jawa Tengah. 2007.
5. Sudoyo, AW. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. 6th ed. Jakarta: Interna Publishing; 2014. 2259-2281 p.
6. Tambayong, J. Patofisiologi untuk Keperawatan. Jakarta: EGC, 2000.
7. Eva N dan Apoina K. Hubungan antara beberapa indikator status gizi dengan tekanan darah pada remaja. Journal of Nutrition Collage. 2012 1: 169-175
8. Sri R. Hubungan lama enderita DM dengan tingkat penderita depresi penderita DM tipe 2 RSUP Dr Sardjito.[skripsi].Universitas Gajah Mada; 2014 : 23-5
9. Davidson GC. Neale JM. Kring AM. Psikologi abnormal. Jakarta : PT.Raja Grafindo Persada: 2006 : 59-65
10. Stuart, G. W. *principle ans practice of psychiatric nursing*. (10th ed). Philadelphi, USA: Mosby, Inc, 2012.
11. Idaiani,S., Wahyuni,HS., Hubungan Gangguan Mental Emosional dengan Hipertensi pada Penduduk Indonesia, Journal article Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2016.
12. Kemenskes .RI. Pusdatin Hipertensi. Infodatin [Internet]. 2014;(Hipertensi):1-7.
13. Sudoyo, AW. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. 6th ed. Jakarta: Interna Publishing; 2014. 2259-2281 p.
14. Sutomo, Budi. Menu Sehat Penakluk Hipertensi. I. Wahyu H, editor. Tangerang: PT Agro Media Pustaka; 2009. 20-22 p.
15. Kowalski R. Terapi hipertensi: program 8 minggu menurunkan tekanan darah tinggi dan mengurangi risiko serangan jantung dan stroke secara alami. I. Astuti R, editor. Bandung: Qanita; 2010. 40-43 p.



16. Marliani L. dan TH. 100 Questions & Answers Hipertensi. I. Dulhalim, editor. Jakarta: PT Elex Media Komputindo; 2007. 11 p.
17. Buku Ajar Psikiatri Kinis. Ed.2. fakultas kedokteran universitas indonesia. Jakarta 2015. Badan penerbit fakultas universitas indonesia.
18. Kaplan HI, Saddock BJ, Grebb JA. Sinopsis psikiatri Jilid 1. Edisi 7. Terjemahan Widjaja Kusuma. Jakarta: Bina Rupa Aksara; 1997. Hal.86-108
19. Ibrahim A. S: Panik, Neurosis dan Gangguan Cemas. Jakarta: PT. Dian Ariesta. 2003.
20. Stuart, G.W., an Sundenen, S.J. Buku Saku Keperawatan Jiwa. 6 edition. St. Louis: Mosby Year Book. 2013.
21. Andreasen, N. C and Black. D. W. 2001. Introductory Textbook of Psychiatry. 3 ed. British Library. USA. Hal 335-342
22. Goliszek, Andrew. 2005. 60 Second Manajemen Stres. Jakarta: PT Buana Ilmu Populer, hal 12
23. Ilmu Kedokteran Jiwa. Ed.2. Maramiss Willy F dan Maramis Albert A. Airlangga University press. Jakarta 2009. Halaman 307
24. Chomariah, N. Tips Jitu & Praktis Mengusir Stres. Jogjakarta: DIVA Press. 2009.
25. Fadilah, L., 2011, Sistem Informasi Manajemen Gejala Depresi Melalui Model User – Centered Berbasis WEB,(online), <http://www.fik.ui.ac.id>.
26. Depsos, 2012, Depresi Penyebab Utama Gangguan Jiwa, (Online), <http://www.rehsos.depsos.go.id>.
27. Kaplan, H.I., Sadock, B.J. Retardasi Mental dalam Sinopsis Psikiatri. Tangerang : Binarupa Aksara. 2010.
28. American psychiatric Assosiation. Diagnostik and satistical manual of mentak disorder. Ed 4, washington DC; American Psychiatric Assosiation, 1994.
29. Sulvian GM.,Gorman Jm.et.al.: Anxiety Disorder, Comprehensive Textbook of Psychiatry, Volume I B, 2007: 1441-1503
30. Kinrys, G., dan Wygant, L. E. Anxiety disorder in women: Does gender meater to treatment?, Rev Bras Psiquatr. 2005.
31. Howard E., at. al. : Anxiety Disorders, Synopsis of Psychiatry, Tenth ed. 2007 : 594-602, 623-628
32. Maslim, Rusdi. Diagnosis Gangguan Jiwa, Rujukan Ringkas PPDGJ-III dan DSM-V. Cetakan 2 – Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa Fakultas Kedokteran Unika Atma Jaya. Jakarta: PT Nuh Jaya. 2013.

33. Iqbal Q. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Gejala Depresi Pasien Hipertensi di Poliklinik Jantung RSUDZA Banda Aceh.[skripsi].Universitas Syiah Kuala; 2016
34. Rabkan J. Charles E. Kass F. Hypertension and DSM-III depression in psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry*. 1983;140(8): 1072-4
35. Angelo SA. Liana SB. Luca CA. Walter GA. Andrea CC. Lazzaro RE. Et al. Depression, hypertension, and comorbidity: Disentangling their specific effect on disability and cognitive impairment in older subjects. *Archives of Gerontology and Geriatrics AGG*. 2010: 243
36. Battes LC, Pederse SS, Oemrawsingh RM, Geuns RJ, Regar AE, Serruys AP, *et al*. Beta blocker therapy is associated with reduced depressive symptoms 12 months post percutaneous coronary intervention. *Netherlands Journal of Affective Disorders*, 2012; 136: 751-7
37. Barreto RA, Walker FR, Dunkley PR, Day TA, Smith DW. Fluoxetine prevents development of an early stress-related molecular signature in the rat infralimbic medial prefrontal cortex. Implication for depression?.*BMC Neuroscience*. 2012 : 13: 125
38. A user's guide to the self report questionnaire. Geneve: Division of Mental Health WHO; 1994.
39. Hartono IG. Psychiatric morbidity among patients attending the Bangetayu community health centre in Indonesia [Thesis]. Perth: University of Western Australia; 1995.
40. Departemen Kesehatan RI (1995). Studi Morbiditas dan Disabilitas SKRT 1995: Pedoman Wawancara dan Pemeriksaan Kesehatan.
41. Kuesioner kekuatan dan kesulitan, the strength and difficulties questionnaire (SDQ). Dalam: Workshop CPD III. Semarang: IDAI; 20
42. Dhamayanti M. Masalah mental emosional pada remaja: deteksi dan intervensi. Dalam: *Majalah Sari Pediatri* 2011; 13(Supl): 45-51.
43. Marissan. Metode Penelitian Survey. Jakarta : Kencana; 2014. 98-108 p
44. Dahlan MS, Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel Dalam Penelitian Kedokteran dan Kesehatan. Jakarta : Salemba Medika; 2010.
45. Mushtaq M, Najam N, Depresi Kecemasan Stres dan Demografik Penentu Penyakit Hipertensi, *Jurnal Ilmu Kedokteran Pakistan*, 2014.

46. Annaas BS, Hubungan Antara Tingkat Stres dan Kecemasan dengan Lejadian Hipertensi Pada Lansia di Klinik Islamic Center Samarinda. Jurnal Ilmu Kesehatan Volume 5. Nomor 1 Juni 2017.
47. Saleh M, Ns.Basmanelly, Huriani E. Hubungan Tingkat Stress dengan Derajat Hipertensi Pada Pasien Hipertensi di Wilayah Puskesmas Andalas Padang Tahun 2014. Ners Jurnal Keperawatan Volume 10. Nomor 1 Oktober 2014.
48. Rustiana. Gambaran Faktor Resiko Pada Penderita Hipertensi di Puskesmas Ciputat Timur Tahun 2014. Skripsi. Jakarta: UIN Jakarta;2014.



## LAMPIRAN

### Lampiran 1 Lembar Persetujuan Responden

#### Persetujuan Setelah Penjelasan (*Informed Consent*)

#### **SKRINING MASALAH KESEHATAN JIWA DENGAN KUESIONER DASS 42 PADA CIVITAS UIN SYARIF HIDAYATULLAH JAKARTA YANG MEMILIKI RIWAYAT HIPERTENSI**

Bapak, Ibu yang terhormat,

Saat ini saya, Inayah Ulfah sebagai peneliti di Universitas Islam Negeri (UIN) Syarif Hidayatullah Jakarta sedang melakukan penelitian mengenai “Skrining Masalah Kesehatan Jiwa dengan Kuesioner DASS 42 Pada Civitas UIN Syarif Hidayatullah Jakarta yang Memiliki Riwayat Hipertensi”.

Sesuai dengan tata cara yang telah ditetapkan di universitas kami, maka anda akan menjalani penelitian ini melalui pengisian kuesioner. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menskrining masalah kesehatan jiwa pada Civitas UIN Syarif Hidayatullah Jakarta yang memiliki riwayat hipertensi.

Anda berkesempatan untuk menanyakan segala hal yang berhubungan dengan penelitian ini dan berhak menolak ikut serta dalam penelitian ini atau sewaktu-waktu ingin berhenti dalam penelitian ini. Oleh karena penelitian ini penting sekali, diharapkan agar anda dapat menjalani ini dengan jujur dan sebaik-baiknya.

Hal-hal yang terkait dengan hasil pengisian kuesioner akan kami jaga kerahasiaannya.

Peneliti ,

Inayah Ulfah

Mahasiswa Program Studi Kedokteran dan Profesi Dokter

Jalan Gaharu I No.33A, RT.8/RW.4, Kec. Cilandak, Jakarta Selatan

Telp. 081281488619

(Lanjutan)

### Surat Persetujuan untuk Mengisi Kuesioner

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Usia :

Alamat :

Nomor telp/Hp :

Menyatakan bahwa saya telah mengerti sepenuhnya atas penjelasan yang diberikan oleh Inayah Ulfah dari FK UIN Syarif Hidayatullah Jakarta dan bersedia menjalani penelitian mengenai “Skrining Masalah Kesehatan Jiwa dengan Kuesioner Dass 42 Pada Civitas UIN Syarif Hidayatullah Jakarta yang Memiliki Riwayat Hipertensi” .

Pernyataan ini dibuat dengan kesadaran penuh tanpa paksaan.

Ciputat, Oktober 2018

Mengetahui,

**Peneliti**

**Peserta Penelitian**

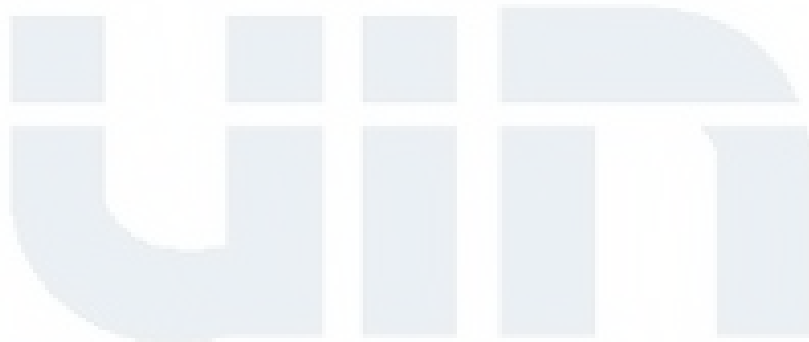
**(Inayah Ulfah)**

( )

**KUESIONER SKRINING MASALAH KESEHATAN JIWA DENGAN KUESIONER  
DASS 42 PADA CIVITAS UIN SYARIF HIDAYATULLAH JAKARTA YANG  
MEMILIKI RIWAYAT HIPERTENSI**

**A. Identitas Responden**

1. Nama :
2. Umur :
3. Tanggal lahir :
4. Jenis kelamin :
5. Pekerjaan :
6. Pendidikan terakhir :
7. Alamat :
8. No. Telp/Hp :





(Berikan tanda silang “X” pada satu jawaban yang anda pilih dan isilah titik-titik sesuai dengan pertanyaan yang diberikan)

DAFTAR PERTANYAAN MENGENAI RIWAYAT PENYAKIT RESPONDEN

No	Pertanyaan	Jawaban	
1	Apakah anda menderita hipertensi?	a. Ya b. Tidak	
2	Jika ya, sejak kapan anda menderita hipertensi (tekanan darah tinggi)?	a. <1 tahun b. >1 tahun c. Baru-baru ini	
3	Jika anda menderita hipertensi/tekanan darah tinggi, dimana biasa anda kontrol untuk berobat?	a. Puskesmas b. Rumah sakit c. Klinik dokter d. Klinik bidan e. Klinik perawat f. Tidak berobat	
4	Berapa kali anda berobat untuk kontrol tekanan darah?	a. 1 kali dalam satu bulan b. >1 kali dalam sebulan c. Tidak pernah	
5	Apakah anda mengkonsumsi obat-obatan penurun tekanan darah?	a. Ya b. Tidak	
6	Jika iya, sudah berapa lama anda mengkonsumsi obat penurun tekanan darah?	a. <1 bulan b. <1 tahun c. >1 tahun	
7	Apakah anda ingat nama obat yang anda konsumsi untuk menurunkan tekanan darah?	c. Ya d. Tidak	
8	Apa obat penurun tekanan darah yang anda minum?	a. Captopril b. Amlodipin c. .... (isi sesuai nama obat yang anda minum?)	
9	Apakah anda membawa obat penurun tekanan darah ketika bepergian?	a. Ya b. Tidak	
10	Apakah di keluarga anda ada yang menderita penyakit darah tinggi?	a. Ya b. Tidak	
11	Jika ada, siapakah di keluarga anda yang menderita hipertensi selain anda?	a. Ayah b. Ibu c. Nenek d. Kakek	

## KUESIONER DASS42

### *Depression Anxiety Stress Scales (DASS 42)*

#### Petunjuk Pengisian

Kuesioner ini terdiri dari berbagai pernyataan yang mungkin sesuai dengan pengalaman Bapak/Ibu/Saudara dalam menghadapi situasi hidup sehari-hari. Terdapat empat pilihan jawaban yang disediakan untuk setiap pernyataan yaitu:

- 0 : Tidak sesuai dengan saya sama sekali, atau **tidak pernah**.
- 1 : Sesuai dengan saya sampai tingkat tertentu, atau **kadang kadang**.
- 2 : Sesuai dengan saya sampai batas yang dapat dipertimbangkan, atau **lumayan sering**.
- 3 : Sangat sesuai dengan saya, atau **sering sekali**.

Selanjutnya, Bapak/Ibu/Saudara diminta untuk menjawab dengan cara **memberi tanda silang (X)** pada salah satu kolom yang paling sesuai dengan pengalaman Bapak/Ibu/Saudara selama **satu minggu belakangan** ini. Tidak ada jawaban yang benar ataupun salah, karena itu isilah sesuai dengan keadaan diri Bapak/Ibu/Saudara yang sesungguhnya, yaitu berdasarkan jawaban pertama yang terlintas dalam pikiran Bapak/Ibu/ Saudara.

No	PERNYATAAN	0	1	2	3
1	Saya merasa bahwa diri saya menjadi marah karena hal-hal sepele.				
2	Saya merasa bibir saya sering kering.				
3	Saya sama sekali tidak dapat merasakan perasaan positif.				
4	Saya mengalami kesulitan bernafas (misalnya: seringkali terengah-engah atau tidak dapat bernafas padahal tidak melakukan aktivitas fisik sebelumnya).				
5	Saya sepertinya tidak kuat lagi untuk melakukan suatu kegiatan.				
6	Saya cenderung bereaksi berlebihan terhadap suatu situasi.				
7	Saya merasa goyah (misalnya, kaki terasa mau 'copot').				

8	Saya merasa sulit untuk bersantai.				
9	Saya menemukan diri saya berada dalam situasi yang membuat saya merasa sangat cemas dan saya akan merasa sangat lega jika semua ini berakhir.				
10	Saya merasa tidak ada hal yang dapat diharapkan di masa depan.				
11	Saya menemukan diri saya mudah merasa kesal.				
12	Saya merasa telah menghabiskan banyak energi untuk merasa cemas.				
13	Saya merasa sedih dan tertekan.				
14	Saya menemukan diri saya menjadi tidak sabar ketika mengalami penundaan (misalnya: kemacetan lalu lintas, menunggu sesuatu).				
15	Saya merasa lemas seperti mau pingsan.				
16	Saya merasa saya kehilangan minat akan segala hal.				
17	Saya merasa bahwa saya tidak berharga sebagai seorang manusia.				
18	Saya merasa bahwa saya mudah tersinggung.				
19	Saya berkeringat secara berlebihan (misalnya: tangan berkeringat), padahal temperatur tidak panas atau tidak melakukan aktivitas fisik sebelumnya.				
20	Saya merasa takut tanpa alasan yang jelas.				
21	Saya merasa bahwa hidup tidak bermanfaat.				
22	Saya merasa sulit untuk beristirahat.				
23	Saya mengalami kesulitan dalam menelan.				
24	Saya tidak dapat merasakan kenikmatan dari berbagai hal yang saya lakukan.				
25	Saya menyadari kegiatan jantung, walaupun saya tidak sehabis melakukan aktivitas fisik (misalnya: merasa detak				

	jantung meningkat atau melemah).				
26	Saya merasa putus asa dan sedih.				
27	Saya merasa bahwa saya sangat mudah marah.				
28	Saya merasa saya hampir panik.				
29	Saya merasa sulit untuk tenang setelah sesuatu membuat saya kesal.				
30	Saya takut bahwa saya akan 'terhambat' oleh tugas-tugas sepele yang tidak biasa saya lakukan.				
31	Saya tidak merasa antusias dalam hal apapun.				
32	Saya sulit untuk sabar dalam menghadapi gangguan terhadap hal yang sedang saya lakukan.				
33	Saya sedang merasa gelisah.				
34	Saya merasa bahwa saya tidak berharga.				
35	Saya tidak dapat memaklumi hal apapun yang menghalangi saya untuk menyelesaikan hal yang sedang saya lakukan.				
36	Saya merasa sangat ketakutan.				
37	Saya melihat tidak ada harapan untuk masa depan.				
38	Saya merasa bahwa hidup tidak berarti.				
39	Saya menemukan diri saya mudah gelisah.				
40	Saya merasa khawatir dengan situasi dimana saya mungkin menjadi panik dan mempermalukan diri sendiri.				
41	Saya merasa gemetar (misalnya: pada tangan).				
42	Saya merasa sulit untuk meningkatkan inisiatif dalam melakukan sesuatu.				

*Harap diperiksa kembali, jangan sampai ada yang terlewatkan. Terima kasih.*

### 1. Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Usia, Jenis Kelamin, Pendidikan dan Pekerjaan Responden Hipertensi

**Usia**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid <40	10	14,7	14,7	14,7
41-50	29	42,6	42,6	57,4
51-60	20	29,4	29,4	86,8
>60	9	13,2	13,2	100,0
Total	68	100,0	100,0	

**Statistics Usia**

N	Valid	68
	Missing	0
Mean		49,91
Median		50,00
Mode		50
Std. Deviation		10,587
Minimum		24
Maximum		74

**Jenis Kelamin**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid laki-laki	24	35,3	35,3	35,3
perempuan	44	64,7	64,7	100,0
Total	68	100,0	100,0	

**Pendidikan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid SD	16	23,5	23,5	23,5
SMP/ sederajat	8	11,8	11,8	35,3
SMA/ sederajat	21	30,9	30,9	66,2
Perguruan tinggi	23	33,8	33,8	100,0

Total	68	100,0	100,0
-------	----	-------	-------

### Pekerjaan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid PNS	20	29,4	29,4	29,4
Wiraswasta	8	11,8	11,8	41,2
Karyawan swasta	14	20,6	20,6	61,8
Pedagang	10	14,7	14,7	76,5
Lainnya	16	23,5	23,5	100,0
Total	68	100,0	100,0	

## 2. Distribusi Responden Berdasarkan Riwayat Hipertensi dan Riwayat Keturunan Hipertensi dalam Keluarga

### y1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid <1 tahun	20	29,4	29,4	29,4
>1 tahun	48	70,6	70,6	100,0
Total	68	100,0	100,0	

### y9

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ya	36	52,9	52,9	52,9
tidak	32	47,1	47,1	100,0
Total	68	100,0	100,0	

### y10

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ayah	9	13,2	23,7	23,7
ibu	23	33,8	60,5	84,2
nenek	3	4,4	7,9	92,1
kakek	3	4,4	7,9	100,0
Total	38	55,9	100,0	
Missing System	30	44,1		
Total	68	100,0		

### 3. Distribusi Responden Berdasarkan Kepatuhan Kontrol Berobat

y2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid puskesmas	11	16,2	16,2	16,2
rumah sakit	19	27,9	27,9	44,1
klinik praktik	35	51,5	51,5	95,6
tidak berobat	3	4,4	4,4	100,0
Total	68	100,0	100,0	

y3

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1 kali dalam satu bulan	29	42,6	42,6	42,6
>1 kali dalam sebulan	33	48,5	48,5	91,2
tidak pernah	6	8,8	8,8	100,0
Total	68	100,0	100,0	

### 4. Distribusi Responden Berdasarkan Kepatuhan Penggunaan Obat

y4

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ya	60	88,2	88,2	88,2
tidak	8	11,8	11,8	100,0
Total	68	100,0	100,0	

y5

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid <1 bulan	12	17,6	17,6	17,6
<1 tahun	31	45,6	45,6	63,2
>1 tahun	17	25,0	25,0	88,2
tidak pernah	8	11,8	11,8	100,0
Total	68	100,0	100,0	

y6



	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ya	42	61,8	61,8	61,8
tidak	26	38,2	38,2	100,0
Total	68	100,0	100,0	

**y7**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Captopril	17	25,0	25,0	25,0
Amlodipin	36	52,9	52,9	77,9
lainnya	3	4,4	4,4	82,4
Tidak	12	17,6	17,6	100,0
Total	68	100,0	100,0	

**y8**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ya	28	41,2	41,2	41,2
tidak	40	58,8	58,8	100,0
Total	68	100,0	100,0	

## 5. Distribusi Gangguan Mental pada Responden yang Menderita Hipertensi

### Kategori Masalah Kesehatan Jiwa

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid normal	45	66,2	66,2	66,2
gangguan mental	23	33,8	33,8	100,0
Total	68	100,0	100,0	

### Kategori Stres

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid normal	63	92,6	92,6	92,6
stres	5	7,4	7,4	100,0
Total	68	100,0	100,0	

### Kategori Depresi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid normal	66	97,1	97,1	97,1
depresi	2	2,9	2,9	100,0
Total	68	100,0	100,0	

#### Kategori Cemas

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid normal	45	66,2	66,2	66,2
cemas	23	33,8	33,8	100,0
Total	68	100,0	100,0	

### 6. Distribusi Karakteristik Usia Jenis Kelamin, Pendidikan dan Pekerjaan Responden Masalah Kesehatan Jiwa

#### Kategori Usia\_Masalah Kesehatan Jiwa

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid <40	4	17,4	17,4	17,4
41-50	11	47,8	47,8	65,2
51-60	6	26,1	26,1	91,3
>60	2	8,7	8,7	100,0
Total	23	100,0	100,0	

#### Kategori Usia Non Masalah Gangguan Jiwa

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid <40	6	13,3	13,3	13,3
41-50	18	40,0	40,0	53,3
51-60	14	31,1	31,1	84,4
>60	7	15,6	15,6	100,0
Total	45	100,0	100,0	

#### Jenis Kelamin\_Masalah Kesehatan Jiwa

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid laki-laki	5	21,7	21,7	21,7
perempuan	18	78,3	78,3	100,0
Total	23	100,0	100,0	

### Jenis Kelamin Non Masalah Kesehatan Jiwa

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	19	42,2	42,2	42,2
	Perempuan	26	57,8	57,8	100,0
	Total	45	100,0	100,0	

### Pendidikan\_Masalah Kesehatan Jiwa

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	4	17,4	17,4	17,4
	SMP/ sederajat	4	17,4	17,4	34,8
	SMA/ sederajat	8	34,8	34,8	69,6
	Perguruan tinggi	7	30,4	30,4	100,0
	Total	23	100,0	100,0	

### Pendidikan Non Masalah Kesehatan Jiwa

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	12	26,7	26,7	26,7
	SMP/ sederajat	4	8,9	8,9	35,6
	SMA/ sederajat	13	28,9	28,9	64,4
	Perguruan tinggi	16	35,6	35,6	100,0
	Total	45	100,0	100,0	

### Pekerjaan\_Masalah Kesehatan Jiwa

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	PNS	8	34,8	34,8	34,8
	Wiraswasta	3	13,0	13,0	47,8
	Karyawan swasta	4	17,4	17,4	65,2
	Pedagang	4	17,4	17,4	82,6
	Lainnya	4	17,4	17,4	100,0
	Total	23	100,0	100,0	

**Pekerjaan Non Masalah Kesehatan Jiwa**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid PNS	12	26,7	26,7	26,7
Wiraswasta	6	13,3	13,3	40,0
Karyawan swasta	9	20,0	20,0	60,0
Pedagang	7	15,6	15,6	75,6
Lainnya	11	24,4	24,4	100,0
Total	45	100,0	100,0	

**7. Distribusi Responden Gangguan Mental Berdasarkan Riwayat Hipertensi dan Riwayat Keturunan Hipertensi dalam Keluarga**



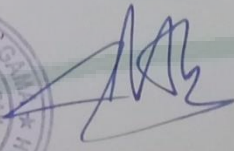
**Riwayat Hipertensi**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid <1 tahun	7	30,4	30,4	30,4
>1 tahun	16	69,6	69,6	100,0
Total	23	100,0	100,0	

**Riwayat Keluarga Hipertensi**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ya	15	65,2	65,2	65,2
tidak	8	34,8	34,8	100,0
Total	23	100,0	100,0	

**Lampiran 3**  
**Surat Izin Penelitian**

	<b>KEMENTERIAN AGAMA UNIVERSITAS ISLAM NEGERI (UIN) SYARIF HIDAYATULLAH JAKARTA FAKULTAS KEDOKTERAN</b>	<small>Telp : (021) 7402116; Website : <a href="http://www.fk.uinjkt.ac.id">www.fk.uinjkt.ac.id</a> Fax : (021) 7402113; E-mail : <a href="mailto:kedokteran@uinjkt.ac.id">kedokteran@uinjkt.ac.id</a></small>
<small>Jl. Kertamukti No. 5 Pisangan, Ciputat 15419, Jakarta</small>		
Nomor	: B- 1705 /F.12/TL.00/10/2018	Jakarta, 17 Oktober 2018
Lamp.	: -	
Hal	: Permohonan Izin Penelitian dan Pengambilan Data	
 Kepada Yth. Kabag TU Fakultas Ilmu Kesehatan UIN Syarif Hidayatullah Jakarta		
di		
Tempat		
 <i>Assalamu'alaikum Wr. Wb.</i>		
Bersama ini kami sampaikan, bahwa mahasiswa di bawah ini:		
Nama	: Inayah Ulfah	
NIM	: 11151030000109	
Program Studi	: Kedokteran	
No. HP	: 081381419697	
Judul	: Prevalensi Gangguan Mental dengan Penderita	
Penelitian	: Hipertensi di UIN Syarif Hidayatullah Jakarta	
 Mohon dapat diberikan izin untuk melakukan studi pendahuluan dan pengambilan data yang dimaksud.		
Demikian surat ini kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.		
 <i>Wassalamu'alaikum Wr. Wb.</i>		
		
Dekan,		dr. H. Hari Hendarto, Ph.D., Sp.PD-KEMD
		NIP. 19651123 200312 1 003

**DAFTAR RIWAYAT HIDUP**

Nama : Inayah Ulfah

Alamat : Jl. Gaharu I No.33A, RT.8/RW.4, Kec. Cilandak, Jakarta Selatan

Tempat Tanggal Lahir : Bone, 23 Desember 1997

Agama : Islam

No. Handphone : 081281488619

Email : [nayinayah230@gmail.com](mailto:nayinayah230@gmail.com)

Riwayat Pendidikan :

- SD : SD Negeri 94 Ujung Bone
- SMP : Mts Al-Ikhlas Ujung Bone
- SMA : MA Al-Ikhlas Ujung Bone
- S1 : UIN Syarif Hidayatullah Jakarta

