

**BAGIAN IKM/IKK  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS HASANUDDIN**

**SKRIPSI  
SEPTEMBER 2013**

**Evaluasi Tingkat Depresi Lanjut Usia (Lansia) yang Tinggal di Pusat  
Pelayanan Sosial Lanjut Usia Mappakasunggu Kota Pare-Pare Tahun 2013**



**Oleh :**

**Adiba Fadlia Aladin      C11107038**

**Pembimbing :**

**dr. Sri Ramadhany, M.Kes**

**DIBAWAKAN DALAM RANGKA TUGAS KEPANITERAAN KLINIK  
BAGIAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
DAN ILMU KEDOKTERAN KOMUNITAS  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2013**

**EVALUASI TINGKAT DEPRESI LANJUT USIA (LANSIA) YANG  
TINGGAL DI PUSAT PELAYANAN SOSIAL LANJUT USIA  
MAPPAKASUNGGU KOTA PARE-PARE TAHUN 2013**

**AdibaFadlia Aladin/C11107038**

**Dr.dr.SriRamadhany.M.Kes**

**(iii + 39 Halaman + 5 Tabel + Lampiran)**

**ABSTRAK**

**LatarBelakang.**Depresi adalah gangguan alam perasaan (*mood*) yang ditandai dengan kemurungan dan kesedihan yang mendalam dan berkelanjutan sehingga menyebabkan hilangnya kegairahan hidup, tidak mengalami gangguan dalam menilai realitas (*Reality Testing Ability/RTA* masih baik), kepribadian yang utuh (tidak mengalami keretakan kepribadian/*splitting of personality*, perilaku dapat mengganggu tetapi masih dalam batas-batas normal.Faktor resiko depresi adalah jenis kelamin, usia, status perkawinan, geografis, riwayat keluarga yang menderita gangguan depresi, jenis kepribadian, dukungan sosial, stresor sosial, tidak bekerja atau menganggur.Depkes RI (2001) menyatakan ada beberapa keadaan yang beresiko menimbulkan depresi yaitu kehilangan/meninggal orang (objek) yang dicintai, sikap psimistik, kecenderungan berasumsi negatif terhadap suatu pengalaman yang mengecewakan, kehilangan integritas pribadi, berpenyakitdegeneratif kronik, tanpa dukungan sosial yang kuat.

**TujuanPenelitian.** Tujuan umum dari penelitian ini yaituUntuk mengetahui tingkat depresi yang terjadi pada lansia di Pusat Pelayanan Sosial Lanjut UsiaMappakasunggu Kota Pare-pare. Adapun tujuan khusus yang ingin dicapai adalah untuk mengetahui kondisi fisik pada lansia, penurunan fungsi dan potensi seksual lansia, perubahan aspek psikososial, perubahan yang berkaitan dengan pekerjaan serta perubahan peran lansia di masyarakat yang terdapat pada lansia yang tinggal di Pusat Pelayanan Sosial Lanjut Usia Mappakasunggu Kota Pare-Pare.

**MetodePenelitian.** Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode penelitian deskriptif, dimana peneliti mencoba untuk mengevaluasi tingkat depresi pada lansia secara objektif berdasarkan data primer dan sekunder yang didapatkan. Populasi yang diteliti adalah semua lansia yang tinggal di Pusat

Pelayanan Sosial Lanjut Usia Mappakasunggu Kota Pare-Pare Tahun 2012 dengan menggunakan metode total sampling. Pengumpulan data dilakukan melalui data primer berupa kuesioner dan data sekunder berupa daftar nama santunan pada Pusat Pelayanan Sosial Lanjut Usia Mappakasunggu Kota Pare-Pare dan data tersebut diolah dengan menggunakan Microsoft Excel dan kemudian data disajikan dalam bentuk tabel.

**Hasil Penelitian.** Dari hasil penelitian yang telah dilakukan mengenai tingkat depresi pada lansia di Pusat Pelayanan Lanjut Usia Mappakasunggu Kota Pare-Pare diperoleh hasil sebesar 64,95% atau dapat dikategorikan sebagai Tingkat Depresi Tinggi dan diperoleh 57% lansia yang menderita depresi baik ringan maupun berat. Hal tersebut dipengaruhi oleh penurunan kondisi fisik (23%), penurunan fungsi dan potensi seksual (23%), perubahan aspek psikososial (21%), perubahan yang berkaitan dengan pekerjaan (18%), dan perubahan dalam peran sosial di masyarakat (15%).

**Kesimpulan.** Secara umum kondisi fisik seseorang yang sudah memasuki masa lansia mengalami penurunan. Didapatkan sekitar 23% penghuni Pusat Pelayanan Sosial Lanjut Usia Mappakasunggu Kota Pare-Pare mengalami hal tersebut. Penurunan fungsi dan potensi seksual pada usia lanjut, didapatkan sekitar 23% penghuni Pusat Pelayanan Sosial Lanjut Usia Mappakasunggu Kota Pare-Pare. Lansia juga mengalami perubahan aspek psikososial yang berkaitan dengan keadaan kepribadian lansia dengan adanya penurunan fungsi kognitif dan psikomotor. Didapatkan sekitar 21% penghuni Pusat Pelayanan Sosial Lanjut Usia Mappakasunggu Kota Pare-Pare. Perubahan yang berkaitan dengan pekerjaan terjadi pada sekitar 18% penghuni Pusat Pelayanan Sosial Lanjut Usia Mappakasunggu Kota Pare-Pare. Perubahan dalam peran sosial di masyarakat, didapatkan sekitar 15% penghuni Pusat Pelayanan Sosial Lanjut Usia Mappakasunggu Kota Pare-Pare.

**Saran.** Saran-saran yang ingin diajukan adalah agar ada pihak-pihak yang melakukan penelitian lebih lanjut untuk menggali lebih dalam lagi faktor-faktor penyebab lain yang bisa memicu depresi pada lansia dan solusi mengatasi depresi pada lansia.

## **KATA PENGANTAR**

Puji dan syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT atas rahmat dan karunianya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini sebagai salah satu syarat dalam penyelesaian tugas kepanitraan klinik di bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat dan Ilmu Kedokteran Komunitas Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin, dengan judul:

### **Evaluasi Tingkat Depresi Lanjut Usia (Lansia) yang Tinggal di Pusat Pelayanan Sosial Lanjut Usia Mappakasunggu Kota Pare-Pare Tahun 2013**

Selama persiapan, pelaksanaan, dan pengolahan sampai penyelesaian skripsi ini, penulis mendapat banyak bimbingan dan petunjuk dari staf dosen Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat dan Ilmu Kedokteran Komunitas Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin serta bantuan dari berbagai pihak.

Oleh karena itu, pada kesempatan ini, penulis menyampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Dosen pembimbing penulis, dr. Sri Ramadhany, M.Kes
2. Kepala Bagian dan seluruh staf pengajar Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat dan Ilmu Kedokteran Komunitas Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin
3. Pimpinan dan staf Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin

4. Walikota Kota Madya Pare-Pare, c.q. Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Madya Pare-Pare
5. Kepala Dinas Sosial Kota Madya Pare-Pare beserta staf
6. Orang tua dan saudara-saudara penulis yang selalu memberi dorongan dan bimbingan moril serta bantuan materil dalam penyelesaian skripsi ini
7. Seluruh pihak yang turut membantu selama penyelesaian skripsi ini yang namanya tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Semoga segala bimbingan dan bantuan yang telah diberikan kepada penulis mendapat balasan yang setimpal dari Allah SWT.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan, karena itu segala kritik dan saran yang membangun akan senantiasa penulis terima.

Akhirnya harapan penulis semoga skripsi ini dapat memberi manfaat bagi kita semua.

Makassar, September 2013

Penulis

## DAFTAR ISI

Halaman Judul .....	i
Halaman Pengesahan .....	ii
Ringkasan.....	iii
Kata Pengantar .....	vi
Daftar isi.....	viii
Daftar Tabel .....	x
Daftar Lampiran.....	xi
BAB I Pendahuluan	
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	5
C. Tujuan Penelitian .....	6
D. Mamfaat Penelitian .....	6
E. Acuan Penelitian .....	7
BAB II Tinjauan Pustaka	
A. Defenisi Menua.....	8
B. Defenisi Depresi.....	9
a) Etiologi.....	10
b) Faktor Resiko Depresi.....	12
c) Diagnosis Depresi .....	13
d) Prognosis.....	17
e) Penatalaksanaan .....	17
C. Kerangka Teori .....	20

BAB III Kerangka Kerja Penelitian	
A. Kerangka Konsep.....	21
B. Defenisi Operasional.....	22
BAB IV Metode Penelitian	
A. Jenis dan Sumber Data.....	24
B. Populasi dan Sampel.....	24
C. Teknik Pengumpulan Data.....	24
D. Teknik Analisis Data.....	25
BAB V Gambaran Umum Lokasi Penelitian	
A. Lokasi Penelitian.....	29
B. Tempat dan Waktu Penelitian.....	29
BAB VI Hasil Penelitian dan Pembahasan.....	30
BAB VII Kesimpulan dan Saran.....	38
Daftar Pustaka	
Lampiran	

## DAFTAR TABEL

Tabel 1. Pedoman Pengelompokan Berat Ringannya Depresi.....	15
Tabel 2. Deteksi Terhadap Depresi .....	26
Tabel 3. Distribusi Tingkat Depresi pada Lansia yang Tinggal di Pusat Pelayanan Sosial Lanjut Usia Mappakasunggu Kota Pare-Pare .....	30
Tabel 4. Tingkat Depresi pada Lansia yang Tinggal di Pusat Pelayanan Sosial Lanjut Usia Mappakasunggu Kota Pare-Pare.....	30
Tabel 5. Karakteristik Depresi pada Lansia yang Tinggal di Pusat Pelayanan Sosial Lanjut Usia Mappakasunggu Kota Pare-Pare.....	33



## BAB I

### PENDAHULUAN

#### A. LATAR BELAKANG MASALAH

Salah satu tolak ukur kemajuan suatu bangsa seringkali dilihat dari harapan hidup penduduknya. Demikian juga Indonesia sebagai suatu negara berkembang, dengan perkembangan yang cukup baik, makin tinggi harapan hidupnya diproyeksikan dapat mencapai lebih dari 70 tahun pada tahun 2000. Pada tahun 2000 jumlah orang usia lanjut diproyeksikan sebesar 7,28% dan pada tahun 2020 sebesar 11,34% (BPS, 1992). Dari USA Bureau of the Census, bahkan Indonesia diperkirakan akan mengalami penambahan warga lansia terbesar seluruh dunia, antara tahun 1990-2025, yaitu sebesar 414% (Kinsela & Taeuber, 1993).<sup>1</sup>

Hal ini semua merupakan gambaran pada seluruh Negara di dunia, berkat kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi serta kemajuan dalam kondisi sosio ekonomi dari masing-masing negara.

Bila jumlah dan persentase populasi lanjut usia naik, untuk pemerintah suatu negara ini berarti penambahan dana untuk pensiun dan pemeliharaan kesehatan dengan kemungkinan menambah naiknya defisit anggaran. Pendapatan pajak dan kegiatan perekonomian pun dapat menurun, termasuk penurunan pasar konsumsi dan sebagainya.

Selain masalah sosial ekonomi, masalah lain yang dihadapi oleh lansia adalah masalah psikologik. Hal ini terjadi sebagai suatu sikap mereka sendiri terhadap proses menua yang mereka hadapi, antara lain kemunduran badaniah atau dalam kebingungan untuk memikirkannya. Dalam hal ini dikenal apa yang disebut *disengagement theory*, yang berarti ada penarikan diri dari masyarakat dan diri pribadinya satu sama lain.<sup>2</sup>

Karena telah lanjut usia mereka seringkali dianggap lamban, dengan daya reaksi yang lambat, kurang sigap, kecepatan bertindak menurun serta terjadi pula penurunan kemampuan berpikir. Meskipun kinerja mereka masih baik.<sup>2</sup>

Menurut UN-Population Division, Department of economic and social affairs (1999) jumlah populasi lanjut (Lansia)  $\geq 60$  tahun diperkirakan hamper mencapai 600 juta dan diproyeksikan menjadi 2 milyar pada tahun 2050. Saat itu populasi lansia akan melebihi jumlah populasi anak (0-14 tahun), peratama kali dala sejarah umat.<sup>3</sup>

Menurut laporan data demografi penduduk internasional yang dikeluarkan oleh Bureau of Census USA (1993), dilaporkan bahwa Indonesia pada tahun 1990-2025 akan mempunyai kenaikan jumlah lanjut usia sebesar 414%, suatu angka paling tinggi diseluruh dunia. Sebagai perbandingan kami kutip : Kenya 347%, Brazil 255%, India 242%, China 220%, Jepang 129%, Jerman 66% dan Swedia 33% (Kinsella dan Taeuber,1993).<sup>3</sup>

Sampai sekarang ini, penduduk di 11 negara anggota WHO kawasan Asia Tenggara yang berusia di atas 60 tahun berjumlah 142 juta orang dan diperkirakan akan terus meningkat hingga 3 kali lipat di tahun 2050. Sehingga, pada Hari Kesehatan Sedunia tanggal 7 April 2012, WHO mengajak negara-negara untuk menjadikan penuaan sebagai prioritas penting mulai dari sekarang. Rata-rata usia harapan hidup di negara-negara kawasan Asia Tenggara adalah 70 tahun, sedangkan usia harapan hidup di Indonesia sendiri termasuk cukup tinggi yaitu 71 tahun, berdasarkan Profil Data Kesehatan Indonesia tahun 2011.<sup>2</sup>

Sejumlah badan kajian lanjut usia menyimpulkan bahwa abad 21 merupakan titik penting dalam proses penuaan penduduk dunia, termasuk di Indonesia. Mereka memperkirakan jumlah penduduk lanjut usia di Indonesia pada tahun 2020 akan mencapai 28,8 juta orang atau sekitar 11 persen dari total penduduk Indonesia. Sementara itu, menjelang tahun 2050 jumlahnya diperkirakan menjadi dua kali lipat.<sup>3</sup>

Lanjut usia diukur berdasarkan usia kronologik, fisiologik (biologi) dan kematangan mental, ketiganya seringkali tak sejalan sejajar seperti yang diharapkan, serta tak terbatas tegas. Angka mortalitas pada lansia tidak mempengaruhi harapan hidup pada waktu lahir, karena ternyata

menurut angka-angka terkumpul, harapan hidup waktu usia 60 tahun, di Negara-negara kurang berkembang 14,9 tahun dan 18,5 tahun di Negara-negara berkembang, tidaklah berselisih banyak ( *World Population, United Nations, 1980* ). Jadi tegasnya disuatu Negara yang sedang berkembang seperti Indonesia, angka harapan hidup seseorang dapat mencapai usia 60 tahun adalah rata-rata 15 tahun, berarti ia dapat mencapai rata-rata usia 75 tahun. <sup>4</sup>

Bahwa jumlah orang lansia akan naik lebih cepat daripada anak, golongan lansia akan akan naik 3, 96% setahunnya , sedangkan angka pertumbuhan anak di bawah 15 tahun hanya nai 0,49% per tahun. Angka pertumbuhan lansia yang berumur 70 tahun ke atas akan naik 5,6% setahunnya dalam kurun waktu 1985-1995 ( angka-angka dihitung dari BPS, Supasn1985 ).<sup>2</sup>

Negara maju di Eropa dan Amerika menganggap batasan umur tua ialah 65 tahun, dengan pertimbangan bahwa pada manusia tersebut orang akan pensiun, tetapi konsensus sebagai batas umur tersebut ialah 60 tahun ( WHO, 1989 ).<sup>2</sup>

Lambat tapi pasti masalah lansia mulai mendapat perhatian pemerintah dan masyarakat. Hal ini merupakan konsekuensi logis berhasilnya pembangunan, yaitu bertambahnya usia harapan hidup dan bertambahnya usia harapan hidup dan bertambah banyaknya jumlah lansia di Indonesia.

Salah satu permasalahan yang dihadapi oleh lansia adalah masalah kejiwaan dalam hal ini disebut psikogeriatri. Menurut criteria baku yang dikeluarkan oelh DSM-III R yang dikeluarkan oleh Asosiasi Psikiater Amerika, diagnosis depresi harus memenuhi kriteria yang telah ditetapkan. Secara epidemiologik, di Negara Barat depresi dikatakan terdapat pada 15-20% populasi lanjut usia di masyarakat. Insidensi bahkan lebih tinggi pada lansia yang ada di institusi. Di Asia angkanya bisa jauh lebih rendah. Keadaan ini diduga karena terdapat faktor sosio kultural religi yang berpengaruh positif. Hadi martono hanya mendapatkan angka 2,3% dari

penderita lansia yang dirawat di bangsal geriatri akut yang menderita depresi. Angka di masyarakat juga didapatkan lebih rendah (Hadi Martono, 1997)<sup>5</sup>

Sifat gotong royong masyarakat kita dan cara hidup keluarga besar (*extended family*) serta nilai-nilai dan norma-norma mengenai keluarga, sangat membantu para anggota keluarga yang senior. Akan tetapi bila masyarakat kita menuju ke masyarakat industri dengan sifat individualistis dan cara hidup keluarga inti (*nuclear family*), maka masalah bagi orang bagi lansia akan lebih banyak lagi, bukan saja dalam bidang kesehatan fisik dan mental, tetapi juga dalam hal hubungan antar manusia, sosial dan ekonomi. Keluarga dalam masyarakat industri memang hanya terdiri dari keluarga inti karena mobilitas tinggi, lebih mudah menyesuaikan diridengan pekerjaan dan lingkungan fisik serta norma-nora baru.<sup>6</sup>

Perubahan fisik pada lansia biasanya disebabkan oleh penyakit, namun sebagian juga dapat disebabkan karena proses menjadi tua yang sampai sekarang belum dapat dimengerti betul. Beberapa perubahan fisik adalah berkurangnya ketajaman panca indra, berkurangnya kemampuan melakukan sesuatu karena turunnya kekuatan motorik, perubahan penampilan fisik yang mempengaruhi peranan dan status ekonomik dan sosial serta kemunduran efisiensi integratif susunan saraf pusat, misalnya penurunan minat, kelemahan ingatan dan penurunan intelegensi. Tidak jarang terjadi depresi pada orang berumur 60-an. Depresi sering mengisyaratkan adanya suatu penyakit organik. Penyakit yang laten mungkin menunjukkan eksaserbasi, seperti diabetes, hipertensi dan glaucoma. Gangguan pembuluh darah yang progresif pada jantung dan otak yang mengancam serta membatasi hidup, dapat menimbulkan reaksi takut, amarah dan depresi. Sebaliknya, reaksi emosional yang berlebihan dapat memperhebat gangguan kardiovaskuler, endokrin dan penyakit lain yang sebelumnya masih ringan.<sup>6</sup>

Kehilangan keluarga atau teman karib, kedudukan sosial, uang, pekerjaan (pension), atau mungkin rumah tinggal, semua ini dapat menimbulkan reaksi yang merugikan. Perasaan aman dalam hal sosial dan ekonomi serta pengaruhnya terhadap semangat hidup, rupanya lebih kuat daripada keadaan badani dalam hal melawan depresi.<sup>6</sup>

Depresi bukan merupakan suatu keadaan yang disebabkan oleh patologi tunggal, tetapi biasanya bersifat multifaktorial. Pada usia lanjut dimana stress lingkungan sering menyebabkan depresi dan kemampuan beradaptasi sudah menurun, akibat depresi pada usia lanjut seringkali tidak sebaik pada usia muda ( Van der Cammen, 1991 ).<sup>5</sup>

Orang usia lanjut dapat mempunyai kehidupan seks yang aktif sampai umur 80-an. Libido dan nafsu seksual penting juga pada usia lanjut, tetapi sering hal ini mengakibatkan rasa malu dan bingung pada mereka sendiri dan anak-anak mereka yang menganggap seks pada usia lanjut sebagai tabu dan tidak wajar. Orang yang pada masa muda mempunyai kehidupan seksual yang sehat dan aktif, pada usia lanjut masih juga demikian, walaupun telah berkurang, kalau waktu muda sudah lemah, pada usia lanjut akan habis sama sekali.<sup>6</sup>

Bertitik tolak pada pembahasan diatas, khusus pada penelitian ini akan mencoba untuk mengamati bagaimana karakteristik dan tingkat depresi pada lansia yang dirawat di Pusat Pelayanan Sosial Lanjut Usia Mappakasunggu Kota Pare-Pare.

## **B. RUMUSAN MASALAH**

Berdasarkan uraian di atas, maka adapun rumusan masalah dari penelitian kami adalah :

1. Bagaimana karakteristik depresi pada lansia yang dirawat di Pusat Pelayanan Sosial Lanjut Usia Mappakasunggu Kota Pare-pare ?
2. Bagaimana tingkat depresi yang terjadi pada lansia di Pusat Pelayanan Sosial Lanjut Usia Mappakasunggu Kota Pare-pare ?

## **C. TUJUAN PENELITIAN**

### **a. Tujuan Umum**

Untuk mengetahui tingkat depresi yang terjadi pada lansia di Pusat Pelayanan Sosial Lanjut Usia Mappakasunggu Kota Pare-pare.

### **b. Tujuan khusus**

1. Untuk mengetahui kondisi fisik pada lansia di Pusat Pelayanan Sosial Lanjut Usia Mappakasunggu Kota Pare-pare.
2. Untuk mengetahui penurunan fungsi dan potensi seksual pada lansia di Pusat Pelayanan Sosial Lanjut Usia Mappakasunggu Kota Pare-pare.
3. Untuk mengetahui perubahan aspek psikososial pada lansia di Pusat Pelayanan Sosial Lanjut Usia Mappakasunggu Kota Pare-pare.
4. Untuk mengetahui perubahan yang berkaitan dengan pekerjaan pada lansia di Pusat Pelayanan Sosial Lanjut Usia Mappakasunggu Kota Pare-pare.
5. Untuk mengetahui perubahan peran sosial dimasyarakat pada lansia di Pusat Pelayanan Sosial Lanjut Usia Mappakasunggu Kota Pare-pare.

## **D. MANFAAT PENELITIAN**

1. Sebagai bahan masukan bagi pemerintah yakni departemen sosial dan departemen kesehatan agar mampu bekerja sama dengan cara melakukan peningkatan penanganan gangguan fisik dan mental pada lansia secara menyeluruh.
2. Memberikan informasi kepada pemerintah dan masyarakat tentang tingkat depresi yang terjadi pada lansia di Pusat Pelayanan Sosial Lanjut Usia Mappakasunggu Kota Pare-pare.

3. Sebagai sarana untuk mendeteksi dini adanya kemungkinan terjadi depresi pada lansia yang tinggal di Panti sosial atau panti jompo.
4. Sebagai bahan ilmiah atau dasar bagi penelitian di masa yang akan datang.
5. Dapat menambah wawasan keilmuan, pengalaman, dan pengembangan diri peneliti di bidang penelitian.

**E. ACUAN PENELITIAN**

1. Tinjauan pustaka
2. Bimbingan dan pengarahan dari staf pengajar Bagian IKM-IKK Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin.
3. Diskusi
4. Survei lapangan

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. DEFENISI MENUA

Menua atau menjadi tua adalah proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri/mengganti diri dan mempertahankan struktur dan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap jejas ( termasuk infeksi ) dan memperbaiki kerusakan yang diderita.<sup>1</sup>

Menua didefinisikan sebagai proses yang mengubah seorang dewasa sehat menjadi seorang yang *'frail'* (lemah, rentan) dengan berkurangnya sebaian besar cadangan sistem fisiologis dan meningkatnya kerentangan berbagai penyakit dan kematian secara eksponensial. Menua juga didefinisikan penurunan seiring waktu yang terjadi pada sebagian besar makhluk hidup, yang berupa kelemahan, meningkatnya kerentanan terhadap penyakit dan perubahan lingkungan, hilangnya mobilitas dan ketangkasan, serta perubahan fisiologis terkait usia.<sup>7</sup>

Terdapat beberapa istilah yang digunakan oleh gerontologis ketika membicarakan proses menua :<sup>7</sup>

1. Aging (bertambahnya umur) : menunjukkan efek waktu, sesuatu proses perubahan, biasanya bertahap dan spontan.
2. Senescence (menjadi tua) : hilangnya kemampuan sel untuk membelah dan berkembang (dan seiring waktu untuk menyebabkan kematian)
3. Homeostenosis : penyempitan/berkurangnya cadangan homeostatis yang terjadi selama penuaan pada setiap sistem organ.

Undang-Undang No. 13 tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia dikatakan bahwa yang dimaksud dengan lanjut usia adalah seseorang yang berusia 60 tahun keatas. Sedangkan menurut WHO ada 3 kriteria dari lansia ini, yaitu : elderly dengan usia 64-74 tahun, older dengan usia 75-90 tahun, dan very old, yaitu lansia yang berusia lebih dari 90 tahun. Di



Indonesia jumlah penduduk lanjut usia terus menerus meningkat. Pada tahun 1970 jumlah penduduk yang mencapai umur 60 tahun ke atas (lansia) berjumlah sekitar 5,31 juta orang atau 4,48% dari total penduduk Indonesia. Pada tahun 1990 jumlah tersebut meningkat hampir dua kali lipat yaitu menjadi 9,9 juta jiwa. Pada tahun 2020 jumlah lansia diperkirakan meningkat sekitar tiga kali lipat dari jumlah lansia pada tahun 1990.<sup>8</sup>

## **B. DEFENISI DEPRESI**

Depresi merupakan gangguan perasaan dengan ciri-ciri antara lain: semangat berkurang, rasa harga diri rendah, menyalahkan diri sendiri, gangguan tidur, dan makan. Pada depresi terdapat gejala psikologik dan gejala somatik. Gejala psikologik antara lain adalah: menjadi pendiam, rasa sedih, pesimistik, putus asa, nafsu bekerja dan bergaul kurang, tidak dapat mengambil keputusan, mudah lupa dan timbul pikiran-pikiran bunuh diri. Gejala somatik antara lain: penderita kelihatan tidak senang, lelah, tidak bersemangat, apatis, bicara dan gerak geriknya pelan, terdapat anoreksia, isomnia, dan konstipasi (Maramis, 2005).<sup>6,9</sup>

Dadang Hawari (2001) menyebutkan Depresi adalah gangguan alam perasaan (*mood*) yang ditandai dengan kemurungan dan kesedihan yang mendalam dan berkelanjutan sehingga menyebabkan hilangnya kegairahan hidup, tidak mengalami gangguan dalam menilai realitas (*Reality Testing Ability/RTA* masih baik), kepribadian yang utuh (tidak mengalami keretakan kepribadian/*splitting of personality*, perilaku dapat mengganggu tetapi masih dalam batas-batas normal.<sup>9</sup>

Jusni (2003) menyatakan Depresi adalah perasaan sedih dan tertekan yang menetap, perasaan berat sedemikian beratnya sehingga tidak bisa melaksanakan fungsi sehari-hari sebagai orang tua, pegawai, pasangan hidup, dan pelajar.<sup>9</sup>

Depresi merupakan gangguan psikologis yang paling umum terjadi pada tahun-tahun terakhir kehidupan individu. Depresi pada lanjut usia ini muncul dalam bentuk keluhan fisik seperti ; insomnia, kehilangan nafsu makan, masalah pencernaan, dan sakit kepala. Depresi merupakan kondisi yang mudah membuat lanjut usia putus asa, kenyataan yang menyedihkan karena kehidupan kelihatan suram dan diliputi banyak tantangan. Lansia dengan depresi biasanya lebih menunjukkan keluhan fisik daripada keluhan emosi. Keluhan fisik sebagai akibat depresi kurang mudah untuk dikenali, yang sering menyebabkan keterlambatan dalam penanganannya. Keluhan fisik yang muncul sulit dibedakan apakah disebabkan faktor fisik atau psikis, sehingga depresi sering terlambat untuk dideteksi.<sup>8</sup>

#### a) **Etiologi**

Etiologi dari depresi pada lansia terdiri dari: faktor psikologik, biologik, dan sosio-budaya. Pada sebagian besar kasus, ketiga faktor ini saling berinteraksi.<sup>8</sup>

##### 1. Faktor Psikososial

Menurut teori psikoanalitik dan psikodinamik Freud (1917) *cit* Kaplan dan Sadock (1997) mengungkapkan bahwa depresi disebabkan karena kehilangan obyek cinta kemudian individu mengadakan introyeksi yang ambivalen dari aspek cinta tersebut. Menurut model Cognitif Behavioural Beck (1974) *cit* Kaplan dan Sadock (1997), depresi terjadi karena pandangan yang negatif terhadap diri sendiri, interpretasi yang negatif terhadap pengalaman hidup dan harapan pengalaman hidup dan harapan yang negatif untuk masa depan.

##### 2. Faktor Biologik

###### 1). Disregulasi biogenik amin

Beberapa peneliti melaporkan bahwa pada penderita depresi terdapat abnormalitas metabolisme biogenik amin

(5- hydroxy indolacetic acid, homouanilic acid, 3-methoxy-4 hydroxy phenylglycol). Hal ini menunjukkan adanya disregulasi biogenic amin, serotonin, dan norepineprin yang merupakan neurotransmitter paling terkait dengan patofisiologi depresi.

## 2). Disregulasi Neuroendokrin

Hipotalamus merupakan pusat pengatur aksis neuroendokrin. Organ ini menerima input neuron yang mengandung neurotransmitter biologik amin. Pada pasien depresi ditemukan adanya disregulasi neuroendokrin. Disregulasi ini terjadi akibat kelainan fungsi neuron yang mengandung biogenik ami (Amir, 1998).

## 3. Faktor Genetik

Faktor genetik memiliki kontribusi dalam terjadinya depresi. Berdasarkan studi lapangan, studi anak kembar, dan anak angkat, serta studi linkage terbukti adanya faktor genetik dan depresi.

Stuart dan Sundeen (1998), menyatakan ada empat sumber utama yang dapat mencetuskan gangguan alam depresi yaitu :<sup>9</sup>

### 1. Kehilangan keterikatan

Kehilangan nyata atau yang dibayangkan, termasuk kehilangan cinta seseorang, fungsi fisik, kedudukan atau harga diri.

### 2. Peristiwa besar dalam kehidupan

Kegagalan dalam menyelesaikan masalah, kegagalan dalam upaya yang keras sehingga menimbulkan ketidak berdayaan, menyalahkan diri sendiri, keputusasaan, dan rasa tidak berharga.

### 3. Peran dan ketegangan peran

Sering ditemukan adanya ketegangan peran dimana peran tidak sesuai ataupun ketidak mampuan melaksanakan peran dapat menjadi stressor pencetus depresi.

### 4. Perubahan fisiologik

Diakibatkan oleh obat-obatan atau berbagai penyakit fisik kronik yang melemahkan tubuh seperti infeksi, neoplasma, gangguan keseimbangan metabolik, dan HIV/AIDS.

## **b) Faktor Resiko Depresi**

Menurut Amir N (2005), faktor resiko depresi adalah jenis kelamin (wanita lebih cepat depresi dibandingkan laki-laki), usia rata-rata awitan antara 20-40 tahun), status perkawinan terutama individu yang bercerai atau berpisah, geografis (penduduk dikota lebih sering depresi daripada penduduk di desa), riwayat keluarga yang menderita gangguan depresi (kemungkinan lebih sering terjadi depresi), kepribadian : mudah cemas, hipersensitif, dan lebih tergantung orang lain, dukungan sosial yaitu seseorang yang tidak terintegrasi ke dalam masyarakat, stresor sosial : peristiwa-peristiwa baik akut maupun kronik, tidak bekerja terutama individu yang tidak mempunyai pekerjaan atau menganggur.<sup>9</sup>

Depkes RI (2001) menyatakan ada beberapa keadaan yang beresiko menimbulkan depresi yaitu kehilangan/meninggal orang (objek) yang dicintai, sikap psimistik, kecenderungan berasumsi negatif terhadap suatu pengalaman yang mengecewakan, kehilangan integritas pribadi, berpenyakit degeneratif kronik, tanpa dukungan sosial yang kuat.<sup>9</sup>

### c) **Diagnosis depresi**

Mengenali depresi pada usia lanjut memerlukan suatu keterampilan dan pengalaman, karena manifestasi gejala-gejala depresi klasik (perasaan sedih, kurang semangat, hilangnya minat/hobi atau menurunnya aktivitas) sering tidak muncul. Sangat tidak mudah untuk membedakan sekuele gejala psikologik akibat penyakit fisik dari gangguan depresi atau gejala somatik depresi dari efek sistemik penyakit fisik. Keduanya bisa saja terjadi pada seorang individu usia lanjut pada saat yang sama. Usia lanjut yang mengalami depresi bisa saja mengeluhkan mood yang menurun, namun kebanyakan menyangkal adanya *mood* depresi, yang sering terlihat adalah gejala hilangnya tenaga/energi, hilangnya rasa senang, tidak bisa tidur, atau kehilangan rasa sakit/nyeri (Depkes RI, 2001).<sup>9</sup>

Menurut Brodaty, 1991 dalam Depkes RI (2001), gejala yang sering muncul adalah anxietas atau kecemasan, preokupasi gejala fisik, perlambatan motorik, kelelahan, mencela diri sendiri, pikiran bunuh diri, dan insomnia. Sedangkan gejala depersonalisasi, rasa bersalah, minat seksual menurun agak jarang. Sebagai petunjuk kearah depresi perlu diperhatikan tanda-tanda berikut (Depkes RI, 2001) : rasa lelah yang terus menerus bahkan juga sewaktu beristirahat, kehilangan kesenangan yang biasanya dapat ia nikmati (tidak merasa senang lagi jika dikunjungi oleh cucu-cucunya), dan mulai menarik diri dari kegiatan dan interaksi sosial.<sup>9,12</sup>

Gambaran klinis depresi pada usia lanjut dibandingkan dengan pasien yang lebih muda berbeda, usia lanjut cenderung meminimalkan atau menyangkal *mood* depresinya dan lebih banyak menonjolkan gejala somatiknya, disamping mengeluh

tentang gangguan memori, juga pada umumnya kurang mau mencari bantuan psikiater karena kurang dapat menerima penjelasan yang bersifat psikologis untuk gangguan depresi yang mereka alami.<sup>8</sup>

Gangguan depresi pada usia lanjut ditegakkan berpedoman pada PPDGJ III (Pedoman Penggolongan Diagnosis gangguan Jiwa di Indonesia III) yang merujuk pada ICD 10 (*International Classification of Diseases 10*). Gangguan depresi dibedakan dalam depresi ringan, sedang, dan berat sesuai dengan banyak dan beratnya gejala serta dampaknya terhadap kehidupan seseorang. Pedoman diagnostik lainnya adalah DSM IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV*). Depresi berat menurut DSM IV jika ditemukan 5 atau lebih gejala-gejala berikut dibawah ini, yang terjadi hampir setiap hari selama 2 minggu dan salah satu dari gejala tersebut adalah mood terdepresi atau hilangnya rasa senang/minat.<sup>9,10</sup>

Gejala-gejala tersebut :

1. Mood depresi hampir sepanjang hari
2. Hilang minat/rasa senang secara nyata dalam aktivitas normal
3. Berat badan menurun atau bertambah
4. Insomnia atau hipersomnia
5. Agitasi atau retardasi psikomotor
6. Kelelahan dan tidak punya tenaga
7. Rasa tidak berharga atau perasaan bersalah berlebihan
8. Sulit berkonsentrasi
9. Pikiran berulang tentang kematian, percobaan/ide bunuh diri.

Menurut ICD 10, pada gangguan depresi, ada tiga gejala utama yaitu :

1. Mood terdepresi
2. Hilang minat/semangat
3. Hilang tenaga/mudah lelah.

Disertai gejala lain :

1. Konsentrasi menurun
2. Harga diri menurun
3. Perasaan bersalah
4. Pesimis memandang masa depan
5. Ide bunuh diri atau menyakiti diri sendiri
6. Pola tidur berubah
7. Nafsu makan menurun

Pengelompokan berat ringannya depresi, disajikan dalam tabel 1

Tabel 1.

Pedoman Pengelompokan Berat Ringannya Depresi

Depresi	Gejala utama minimal	Gejala lain minimal	Fungsi	Keterangan
Ringan	2	3	Baik	Distress ±
Sedang	2	3 atau 4	Terganggu	Berlangsung minimal 2 minggu
Berat	3	4	Sangat terganggu	Intensitas gejala berat

Sumber : Depkes dan Kesejahteraan Sosial RI, 2001

Menurunnya perawatan diri, perubahan kebiasaan makan, turunnya berat badan, dapat merupakan tanda awal depresi tapi dapat juga merupakan tanda-tanda demensia. Oleh karena itu perlu dilakukan juga

pemeriksaan fungsi kognitif dengan *Mini Mental State Examination (MMSE)* atau *Abbreviated Mental Test (AMT)*<sup>9,11</sup>

Salah satu langkah penting dalam penatalaksanaan depresi adalah mendeteksi atau mengidentifikasi. Sampai saat ini belum ada suatu konsensus atau prosedur khusus untuk penapisan/skrening depresi pada populasi usia lanjut. Salah satu instrumen yang dapat membantu adalah *Geriatric Depression Scale (GDS)* yang terdiri dari 30 pertanyaan yang harus dijawab oleh pasien sendiri. GDS ini dapat dimampatkan menjadi 15 pertanyaan saja dan ini mungkin lebih sesuai untuk dipergunakan dalam praktek umum sebagai alat penapis depresi pada lanjut usia (Depkes RI, 2001). Ada beberapa pertanyaan pokok yang harus diajukan dalam proses pemeriksaan yaitu :<sup>9,10,13</sup>

1. Apakah pada dasarnya anda merasa puas dengan kehidupan anda ?
2. Apakah hidup anda terasa kosong ?
3. Apakah anda takut sesuatu yang buruk akan terjadi pada anda ?
4. Apakah anda merasa bahagia pada sebagian besar waktu anda ?

Pertanyaan tersebut dapat dilengkapi dengan mengeksplorasi hal-hal berikut :

1. Apakah pasien mempunyai riwayat depresi ?
2. Apakah pasien terisolasi secara sosial ?
3. Apakah pasien menderita penyakit kronik ?
4. Apakah pasien baru saja berkabung ?

Bila ditemukan tanda-tanda yang mengarah pada depresi harus dilakukan lagi pemeriksaan lebih rinci tentang 1) Riwayat klinis/anamnesis, 2) pemeriksaan fisik, 3) Pemeriksaan kognitif, 4) Pemeriksaan status mental, 5) pemeriksaan lain (memerlukan rujukan ke pelayanan yang lebih spesialistik).<sup>8</sup>



#### **d) Prognosis**

Roth dkk (1950) dan Murphy (1980) dalam Depkes RI (2001), menyatakan bahwa hanya sepertiga dari pasien-pasien dengan depresi yang sembuh setelah selama satu tahun dirujuk ke pelayanan psikiatri usia lanjut. Setengah dari pasien-pasien tersebut mengalami relaps. Penelitian-penelitian lainnya melaporkan prognosis yang lebih cerah yaitu lebih dari 60 % sembuh dalam waktu satu tahun. Tingkat mortalitas pada pasien depresi cukup tinggi yaitu sepertiga dari pasien Murphy meninggal dalam waktu empat tahun follow up. Penyebab kematian tidaklah berhubungan langsung dengan depresi tetapi terutama karena penyakit vaskular atau infeksi paru dan bukan bunuh diri.

Prognosis depresi pada lanjut usia tidak banyak berbeda dengan prognosis pada usia muda. Umumnya penderita akan sembuh dan tetap berfungsi dengan baik jika depresi diobati dan ditatalaksana dengan baik. Hasil terapi yang kurang baik tampaknya berhubungan dengan episode awal yang parah dan adanya komorbiditas dengan penyakit lain.

#### **e) Penatalaksanaan**

Penatalaksanaan yang adekuat menggunakan kombinasi terapi psikologis dan farmakologis disertai pendekatan multidisiplin yang menyeluruh. Terapi diberikan dengan memperhatikan aspek individual harapan-harapan pasien, martabat (*dignity*) dan otonomi/kemandirian pasien. Problem fisik yang ada bersama-sama dengan penyakit mental harus diobati.<sup>12</sup>

##### **1. Terapi fisik**

###### **a) Obat (Farmakologis)**

Secara umum semua jenis obat antidepresan sama efektivitasnya. Pengobatan dimulai dengan dosis separuh dosis dewasa, lalu dinaikkan perlahan-lahan sampai ada perbaikan

gejala. Beberapa kelompok anti depresan adalah Trisiklik, *SSRI's (Selective Serotonin Re-uptake Inhibitors)*, *MAOI's (Monoamine Oxidase Inhibitors)* dan Lithium.

b) Terapi Elektrokonvulsif (ECT)

Electro Convulsif Therapy (ECT) atau yang lebih dikenal dengan elektroshock adalah suatu terapi psikiatri yang menggunakan energi shock listrik dalam usaha pengobatannya. Biasanya ECT ditujukan untuk terapi pasien gangguan jiwa yang tidak berespon kepada obat psikiatri pada dosis terapinya. ECT bertujuan untuk menginduksi suatu kejang klonik yang dapat memberi efek terapi (therapeutic clonic seizure) setidaknya selama 15 detik. Kejang yang dimaksud adalah suatu kejang dimana seseorang kehilangan kesadarannya dan mengalami rejatan. Tentang mekanisme pasti dari kerja ECT sampai saat ini masih belum dapat dijelaskan dengan memuaskan. Namun beberapa penelitian menunjukkan kalau ECT dapat meningkatkan kadar serum brain-derived neurotrophic factor (BDNF) pada pasien depresi yang tidak responsif terhadap terapi farmakologis. ECT ditujukan bagi pasien gangguan jiwa baik itu schizoprenia maupun depresi berat (terutama dengan risiko bunuh diri) yang tidak berespon terhadap terapi farmakologis dengan dosis efektif tinggi dan psikoterapi. Namun diperlukan pertimbangan khusus jika ingin melakukan ECT bagi ibu hamil, anak-anak dan lansia karena terkait dengan efek samping yang mungkin di timbulkannya.<sup>6,14</sup>

## 2. Terapi Psikologik<sup>12</sup>

- a) Psikoterapi : Psikoterapi Individu dan kelompok paling efektif dilakukan bersama-sama dengan pemberian anti depresan. Perlu diperhatikan teknik psikoterapi dan kecocokan antara pasien dengan terapis sehingga pasien merasa lebih nyaman, lebih percaya diri dan lebih mampu mengatasi persoalannya sendiri.
- b) Terapi Kognitif : bertujuan mengubah pola pikir pasien yang selalu negatif (persepsi diri, masa depan, dunia, diri tak berguna, tak mapu, dsb) ke arah pola pikir yang netral atau yang positif.
- c) Terapi Keluarga : problem keluarga dapat berperan dalam perkembangan penyakit depresi, sehingga dukungan/*support* terhadap pasien sangat penting. Proses penuaan mengubah dinamika keluarga, ada perubahan posisi dari dominasi menjadi dependen pada orang usia lanjut. Tujuan dari terapi terhadap keluarga pasien yang depresi adalah untuk meredakan perasaan frustrasi dan putus asa, mengubah dan memperbaiki sikap/struktur dalam keluarga yang menghambat proses penyembuhan pasien.
- d) Penanganan ansietas : teknik yang umum dipakai adalah program relaksasi progresif baik secara langsung dengan infra struktur (psikolog atau terapis okupasional) atau melalui tape recorder. Teknik ini dapat dilakukan dalam praktek umum sehari-hari.

### C. KERANGKA TEORI

