

**GAMBARAN STATUS FUNGSIONAL PADA PASIEN
LANSIA YANG MENGALAMI DEPRESI
DI POLIKLINIK PENYAKIT DALAM
RUMAH SAKIT MUHAMMADIYAH
PALEMBANG**

SKRIPSI

Sebagai salah satu syarat memperoleh gelar
Sarjana Kedokteran (S.Ked)

Oleh :

**SHENY FITSHARA
NIM : 702012048**



**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALEMBANG
2016**

HALAMAN PENGESAHAN

**GAMBARAN STATUS FUNGSIONAL PADA PASIEN LANSIA
YANG MENGALAMI DEPRESI DI POLIKLINIK PENYAKIT
DALAM RUMAH SAKIT MUHAMMADIYAH
PALEMBANG**

Dipersiapkan dan disusun oleh
Sheny Fitshara
NIM : 702012048

Sebagai salah satu syarat memperoleh gelar
Sarjana Kedokteran (S.Ked)

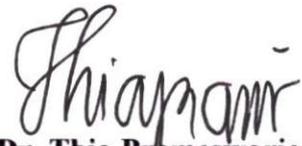
Pada tanggal 04 Februari 2016

Menyetujui,



Dr. H. Adhi Permana, SpPD

Pembimbing Pertama



Dr. Thia Prameswarie

Pembimbing Kedua

Dekan

Fakultas Kedokteran



Dr. H. M. Ali Muchtar, M.Sc

NBM / NIDN : 060347091062484/0020084707

PERNYATAAN

Dengan ini Saya menerangkan bahwa :

1. Karya Tulis Saya, Skripsi ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik, baik di Universitas Muhammadiyah Palembang, maupun di Perguruan Tinggi lainnya.
2. Karya Tulis ini murni gagasan, rumusan dan penelitian Saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain, kecuali arahan Tim Pembimbing.
3. Dalam Karya Tulis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama pengarang dan dicantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini Saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka Saya bersedia menerima sanksi akademik atau sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di Perguruan Tinggi ini.

Palembang, Januari 2016
Yang membuat pernyataan,



(Sheny Fitshara)
NIM 70 2012 048

HALAMAN PERSEMBAHAN DAN MOTTO

- Kepada kedua orangtua ku, H. Syahrhan Effendy dan Hj. Ani Hairani yang selalu mendukung dan mendoakan setiap langkahku.
 - Kepada Pembimbingku Dr. H. Adhi Permana, SpPD dan Dr. Thia Prameswarie, terima kasih pembimbing terbaik.
 - Kepada M. Yuansyah Putra yang jadi kebanggaan kami.
 - Kepada Kemas Haidir, yang selalu memberikan semangat dalam keseharianku terima kasih sudah ada disampingku, semoga tetap bersama dan semoga selalu dimudahkan segala jalan.
 - Kepada sahabatku, Bella Sestinita, S.Si yang sebentar lagi jadi pegawai bank dan Karina Citra Anggun Permata yang segera jadi psikolog hebat terima kasih selalu ada disaat suka maupun duka semoga kalian selalu sehat dan bahagia dan semoga kita semua sukses.
 - Kepada Teman seperjuangan dan sepenanggungan, Siti Zalika yang selalu setia menemani kemanapun dan mendengarkan keluh kesah, Nadya Win Apriliani “semangat nad”, Rizky Zuriati yang selalu siap jadi pendengar yang baik, Arti Dewinta Putri yang selalu jadi terbaik, Riska Annis Az-Zahrah yang agak leteh tapi pasti, Mitra Aidina yang kadang mengesalkan tapi selalu baik. terima kasih sudah mewarnai hari-hari selama masa perkuliahan, semoga kita sukses bersama teman.
 - Kepada teman sejawat 2012, we called us “Duodecim”, terima kasih, semangat dan terus berjuang untuk jadi dokter yang sukses dalam segala hal. Jalan kita masih panjang semoga selalu dipermudahkan segala urusan.
 - Kepada semua keluarga ku, terima kasih atas semua dukungan dan semoga aku selalu bisa jadi kebanggaan kalian.

Motto :

Hate no one, no matter how much they wronged you. Live humbly, no matter how wealthy you become. Think positively, no matter how hard life is. Give much, even if you have been given little. Keep in touch with the ones who forgotten you, and forgive who has wronged you, and do not stop praying for the best for those you love - Ali Ibn Abi Talib

**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALEMBANG
FAKULTAS KEDOKTERAN**

**SKRIPSI, JANUARI 2016
SHENY FITSHARA**

**Gambaran Status Fungsional Pada Pasien Lansia yang Mengalami Depresi di
Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang**

xiii+59 Halaman + 16 Tabel + 6 gambar + 8 Lampiran

ABSTRAK

Depresi merupakan salah satu gangguan psikiatri yang paling sering ditemukan pada usia lanjut yang menyebabkan penurunan status fungsional dan kadang tidak terdiagnosis karena dianggap sebagai suatu bagian dari proses penuaan yang normal. Depresi pada lansia menimbulkan dampak yang buruk, menyebabkan peningkatan penggunaan fasilitas kesehatan dan medis memberi pengaruh negatif pada kualitas hidup, meningkatkan ketergantungan pada aktivitas sehari-hari dan akhirnya menyebabkan morbiditas dan mortalitas lansia meningkat.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran status fungsional pada pasien lansia yang mengalami depresi di Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang. Jenis Penelitian ini adalah deskriptif. Penelitian ini dilakukan di Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang. Penilaian derajat depresi menggunakan *Geriatric Depression Scale*. Penilaian status fungsional dalam ADL menggunakan Indeks Barthel. Data diolah dengan menggunakan perangkat lunak SPSS 16.

Hasil penelitian menunjukkan terdapat sebanyak 24 orang (35,8%) yang mengalami depresi. 43 orang normal (64,2%). Terdapat sebanyak 14 orang (20,9%), yang mengalami ketergantungan ringan dalam melakukan ADL sebanyak 45 orang (67,2%). Dari semua subjek penelitian yang mengalami depresi, yang mandiri dalam melakukan ADL sebanyak 7,1%, yang mengalami ketergantungan ringan sebanyak 33,3 dan yang mengalami ketergantungan sedang sebanyak 100%. Subjek penelitian depresi yang mengalami ketergantungan ADL lebih banyak daripada subjek yang tidak depresi. Subjek penelitian depresi yang mengalami ketergantungan dalam ADL sebanyak 23 orang dari 67 orang subjek penelitian atau sebanyak 34,3%.

Referensi : 32 (2003-2014)

Kata Kunci : depresi, status fungsional, lanjut usia

Abstract

Depression is a psychiatric disorder most commonly found in the elderly that causes a decrease in functional status and sometimes undiagnosed because it is considered as a part of the normal aging process. Depression in the elderly cause a bad impact, causing an increase in the use of health facilities and medical adversely affect quality of life, increased dependence on daily activities and ultimately lead to increased morbidity and mortality of the elderly.

This study aims to describe the functional status in elderly patients with depression at the Polyclinic Hospital Medicine Muhammadiyah Palembang. This research type is descriptive. This research was conducted at the Polyclinic Hospital Medicine Muhammadiyah Palembang. Assessment of the degree of depression using the Geriatric Depression Scale. Assessment of functional status in ADL using the Barthel Index. Data were processed using SPSS 16 software.

The results showed there were as many as 24 people (35.8%) were depressed. 43 normal individuals (64.2%). There are as many as 14 people (20.9%), which experienced a mild dependence in performing ADL as many as 45 people (67.2%). Of all the study subjects who were depressed, which is independent in performing ADL as much as 7.1%, which experienced a mild dependence as much as 33.3 and the experience was as much as 100% dependence. Depression research subjects who become dependent ADL more than non-depressed subjects. Depression research subjects who become dependent in ADL as many as 23 people from 67 research subjects, or as much as 34.3%.

Key words : *Depression, functional status, elderly*

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan proposal ini yang berjudul **“Gambaran Status Fungsional Pada Pasien Lansia yang Mengalami Depresi di Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang”** sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Kedokteran di Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang. Salawat beriring salam selalu tercurah kepada junjungan kita, nabi besar Muhammad SAW beserta para keluarga, sahabat, dan pengikut-pengikutnya hingga akhir zaman.

Penulis menyadari bahwa proposal ini jauh dari sempurna. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun guna perbaikan di masa mendatang.

Dalam hal penyelesaian proposal ini, penulis banyak mendapat bantuan, bimbingan dan saran. Pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan rasa hormat dan terima kasih kepada :

1. Dr. H.M. Ali Muchtar, M.Sc selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang beserta staff
2. Dr. H. Adhi Permana, SpPD selaku pembimbing I
3. Dr. Thia Prameswarie selaku pembimbing II
4. Dr. dr. Legiran, M.Kes selaku penguji

Semoga Allah SWT memberikan balasan pahala atas segala amal yang diberikan kepada semua orang yang telah mendukung penulis dan semoga laporan ini bermanfaat bagi kita dan perkembangan ilmu pengetahuan kedokteran.

Semoga kita selalu dalam lindungan Allah SWT. Amin

Palembang, Januari 2016

Sheny Fitshara

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
HALAMAN PERNYATAAN	iii
HALAMAN PERSEMBAHAN DAN MOTTO	iv
ABSTRAK	v
ABSTRACT	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I. PENDAHULUAN	
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	4
1.3. Tujuan Penelitian	4
1.3.1. Tujuan Umum	4
1.3.2. Tujuan Khusus	4
1.4. Manfaat Penelitian	4
1.4.1. Bagi Peneliti	4
1.4.2. Bagi Institusi.....	4
1.4.3. Bagi Masyarakat.....	5
1.4.4. Bagi Akademik.....	5
1.5. Keaslian Penelitian	6
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	
2.1. Landasan Teori	9

2.1.1. Definisi Lansia.....	9
2.1.2. Demografi.....	9
2.1.3. Proses Menua	11
2.1.4. Perubahan-Perubahan pada Usia Lanjut.....	12
2.1.5. Depresi	13
A. Definisi.....	13
B. Epidemiologi	15
C. Gejala dan Diagnosis.....	15
D. Etiologi	18
E. Penatalaksanaan	24
F. Terapi Psikologik / Psikoterapi	25
G. Terapi Fisik	26
H. Prognosis	28
2.1.6. Status Fungsional	28
2.2. Kerangka Teori.....	31

BAB III. METODE PENELITIAN

3.1. Jenis Penelitian	32
3.2. Waktu dan Tempat Penelitian	32
3.2.1. Waktu Penelitian	32
3.2.2. Tempat Penelitian	32
3.3. Populasi dan Subjek/ Sampel Penelitian	32
3.3.1. Populasi Target	32
3.3.2. Populasi Terjangkau.....	32
3.3.3. Sampel dan Besar Sampel	32
3.3.4. Kriteria Inklusi dan Eksklusi	33
A. Kriteria Inklusi	33
B. Kriteria Eksklusi	33
3.3.5. Cara Pengambilan Sampel	34
3.4. Variabel Penelitian	34

3.5. Definisi Operasional	34
3.6. Cara Pengumpulan Data	35
3.7. Cara Pengolahan Data	35
3.8. Alur Penelitian	36
 BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	
4.1. Hasil	37
4.2. Pembahasan	45
 BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
5.1. Kesimpulan	49
5.2. Saran	50
 DAFTAR PUSTAKA	51
LAMPIRAN	54
BIODATA RINGKAS ATAU RIWAYAT HIDUP	75

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
1.1 Keaslian Penelitian	6
2.1 Penggolongan Depresi Berdasarkan PPDGJ III	16
3.1 Definisi Operasional.....	34
4.1 Distribusi Subjek Penelitian Berdasarkan Jenis Kelamin, Pendidikan Terakhir, Pekerjaan, dan Status Pernikahan	38
4.2 Distribusi Derajat Depresi Subjek Penelitian	39
4.3 Distribusi Derajat Depresi Subjek Penelitian Berdasarkan Jenis Kelamin	39
4.4 Distribusi Derajat Depresi Subjek Penelitian Berdasarkan Pendidikan Terakhir	40
4.5 Distribusi Derajat Depresi Subjek Penelitian Berdasarkan Pekerjaan	41
4.6 Distribusi Derajat Depresi Subjek Penelitian Berdasarkan Status Pernikahan	41
4.7 Distribusi Derajat Depresi Subjek Penelitian Berdasarkan Riwayat Penyakit Kronis	42
4.8 Distribusi Subjek Penelitian Pasien yang Menderita Lebih dari 1 Penyakit Kronis	43
4.9 Distribusi Status Fungsional dalam ADL Subjek Penelitian	44
4.10 Distribusi Status Fungsional dalam ADL Berdasarkan Derajat Depresi Subjek Penelitian	45

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
2.1 Jalur Neurotransmitter Amin Biogenik	19
2.2 Jalur Neurohormonal	21
2.3 Interaksi Anatara Depresi, Imun dan Stress	22
2.4 Kapasitas Status Fungsional Selama Masa Hidup	29
2.4 Kerangka Teori	31
3.1 Diagram Alur Penelitian	36

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran	Halaman
1. Data Pasien	54
2. Lembar Persetujuan Pasien	59
3. Data Umum Pasien	60
4. Indeks Barthel	61
5. <i>Geriatric Depression Scale</i>	62
6. Pengolahan Data dengan SPSS	63
7. Surat Izin Penelitian	73
8. Surat Telah Selesai Penelitian	74

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Saat ini Indonesia telah memasuki era penduduk struktur lansia karena tahun 2009 jumlah penduduk berusia di atas 60 tahun sekitar 7,18%. Provinsi yang mempunyai jumlah penduduk lansia sekitar 7% adalah di Jawa dan Bali. Jumlah penduduk lansia pada tahun 2006 sebesar kurang lebih 19 juta dengan usia harapan hidup 66,2 tahun, sedangkan pada tahun 2010 diperkirakan sebesar 23,9 juta (9,77%) dengan usia harapan hidup 67,4 tahun, pada tahun 2020 diperkirakan sebesar 28,8 juta (11,34%) dengan usia harapan hidup 71,1 tahun (Menkokesra, 2008).

Meningkatnya jumlah penduduk usia lanjut merupakan tantangan di bidang sosial, ekonomi, dan aspek kehidupan lainnya. Salah satunya adalah untuk menunda terjadinya disabilitas dan memastikan kualitas hidup yang optimal bagi penduduk usia lanjut. Berbagai masalah biologis, psikologis, dan sosial akan muncul pada usia lanjut sebagai akibat dari proses menua dan penyakit degeneratif yang muncul seiring dengan bertambahnya usia seseorang (Kusumawardhani, 2014).

Adanya perubahan secara biologis maupun psikososial pada usia lanjut membuat mereka rentan terhadap berbagai bentuk gangguan mental dan perilaku. Kerentanan usia lanjut terhadap berbagai bentuk gangguan mental paling sering dipicu oleh faktor psikososial khususnya berbagai bentuk kehilangan, kebutuhan akan rasa kasih sayang, ketenteraman hati, dan ketenangan jiwa. Selain itu, kemunduran secara fisik karena penyakit kronis yang diderita atau kemunduran secara biologis khususnya yang berkaitan dengan sistem neurotransmitter di otak juga turut mempengaruhi (Kusumawardhani, 2014).

Konsep kesehatan pada usia lanjut bukan hanya berdasar pada sehat atau tidaknya seseorang dari segi fisik atau psikis. Terdapat tiga hal menyangkut kesehatan pada usia lanjut, yaitu: status fungsional, masalah kesehatan utama pada

usia lanjut (sindroma geriatri) dan penyakit atau *disease*. Konsep kesehatan pada usia lanjut meliputi antara lain status fungsional, yang merupakan interaksi dari gangguan fisik, gangguan psikis dan gangguan sosial/ekonomi. Status fungsional ini pada lansia menunjukkan apakah seseorang lansia sebagai individu masih dapat melakukan fungsinya sehari-hari dan secara luas harus dipandang sebagai “kesehatan secara menyeluruh”, sehingga dapat dilihat bahwa ketiga faktor yang merupakan gambaran kesejahteraan tersebut adalah sama dengan kesehatan lansia secara luas. Manifestasi status fungsional ini secara praktis diperiksa dengan menilai kemampuan hidup sehari-hari (*Activity of Daily Living*) yang bisa diperiksa berdasarkan indeks Barthel atau indeks Katz (Darmojo, 2014).

Depresi merupakan salah satu gangguan psikiatrik yang paling sering ditemukan pada orang usia lanjut. Depresi merupakan suatu sindrom yang ditandai dengan sejumlah gejala klinik yang manifestasinya bisa berbeda-beda pada masing masing individu. Gejala depresi ditemukan pada 8-15% orang usia lanjut di komunitas, dan sekitar 30% pada orang usia lanjut di institusi (Sadock, 2010).

Depresi adalah gangguan / penyakit yang dapat diobati. Namun gejala depresi yang muncul sering dianggap sebagai bagian dari proses menua. Gangguan depresi pada orang usia lanjut sulit dikenali (*under-diagnosed*) sehingga tidak/terlambat diterapi (*under-treated*). Gambaran klinis depresi pada orang usia lanjut pada umumnya tidak khas dan sering tumpang tindih dengan penyakit medis lain. Gambaran adanya gejala depresi dan derajat depresi pada usia lanjut dapat dilihat dengan *Geriatric Depression Scale* (GDS), dimana hasilnya dapat dikategorikan menjadi: tidak depresi, depresi ringan, atau depresi berat. Deteksi dini dan terapi segera terhadap depresi pada usia lanjut dapat meningkatkan kualitas hidup dan status fungsionalnya (Huang CQ *et al*, 2010).

Dari hasil penelitian Megitasari (2011), bahwa didapatkan 15 orang (23,08%) mengalami depresi ringan, dan 2 orang (3,08%) mengalami depresi berat. Dari semua subjek penelitian, sebanyak 36 orang (55,38%) mengalami ketergantungan ringan dalam melakukan ADL. Dari semua subjek yang tidak mengalami depresi, yang mengalami ketergantungan sebanyak 47,92%. Dari

semua subjek yang mengalami depresi ringan, yang mengalami ketergantungan sebanyak 73,33%. Subjek penelitian yang mengalami depresi berat seluruhnya mengalami ketergantungan.

Penelitian sebelumnya di Arab Saudi menyebutkan bahwa depresi berhubungan dengan keterbatasan dalam aktivitas sehari-hari (ADL), dengan prevalensi gangguan ADL pada usia lanjut yang mengalami depresi sebesar 19% (Fried, 2004)

Pada penelitian sebelumnya di Rumah Sakit Hasan Sadikin Bandung terdapat subjek depresi yang mengalami ketergantungan dalam ADL lebih banyak daripada yang tidak depresi. Subjek depresi yang mengalami ketergantungan sebanyak 13 orang dari 65 subjek penelitian atau sebanyak 20% (Megitasari, 2011).

Pasien depresi bisa mengalami imobilisasi lebih lama dan secara bermakna mengalami perburukan status fungsional lebih besar dibandingkan dengan penderita penyakit kronis saja. Depresi pada pasien usia lanjut sering berlanjut kronis dan kambuh-kambuhan, ini berhubungan dengan komorbiditas medis, kemunduran kognitif, dan faktor psikososial dan memiliki risiko yang lebih tinggi untuk bunuh diri dari populasi lain (Merck & Co, 2009)

Mengingat depresi merupakan salah satu gangguan psikiatrik yang paling sering ditemukan pada lansia yang menyebabkan penurunan status fungsional dan kadang tidak terdiagnosis karena dianggap sebagai suatu bagian dari proses penuaan yang normal. Depresi pada lansia menimbulkan dampak yang buruk, menyebabkan peningkatan penggunaan fasilitas kesehatan dan medis memberi pengaruh negatif pada kualitas hidup, meningkatkan ketergantungan pada aktivitas sehari-hari dan akhirnya menyebabkan morbiditas dan mortalitas lansia meningkat. Sehingga diharapkan dengan mendeteksi dini depresi pada pasien lansia dapat mengurangi angka ketergantungan aktivitas sehari-hari dan menurunkan angka morbiditas dan mortalitas lansia. Sehingga peneliti menganggap perlu untuk dilakukan penelitian tentang gambaran status fungsional pada pasien lansia yang mengalami depresi di Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang.

1.2. Rumusan Masalah

Bagaimana gambaran status fungsional pada pasien lansia yang mengalami depresi di Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang ?

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Mengetahui gambaran status fungsional pada pasien lansia yang mengalami depresi di Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Untuk mengetahui prevalensi pasien lansia yang mengalami *depresi di Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang.*
2. Untuk mengetahui gambaran status fungsional pada pasien lansia di Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang.
3. Untuk mengetahui gambaran status fungsional pasien lansia yang mengalami depresi di Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang.

1.4. Manfaat penelitian

1.4.1. Bagi Peneliti

Dengan adanya penelitian ini peneliti dapat menambah pengetahuan tentang status fungsional dan depresi pada usia lanjut dan sebagai acuan mahasiswa klinik dan dokter agar lebih memperhatikan dan mampu mendeteksi dini depresi pada lansia agar tidak memperburuk status fungsionalnya.

1.4.2. Bagi Institusi

Hasil penelitian diharapkan dapat menjadi data epidemiologi di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang dan menjadi bahan masukan untuk memprioritaskan upaya pengenalan kasus secara dini.

1.4.3. Bagi Masyarakat

Dengan mengetahui informasi dari penelitian ini masyarakat dapat mengupayakan deteksi dini dan tidak lagi menganggap depresi sebagai proses normal dari penuaan serta mencegah disabilitas yang dapat menyebabkan komplikasi lain yang lebih berat.

1.4.4. Bagi Akademik

Dari hasil penelitian ini dapat dijadikan bahan referensi dan sebagai sumber informasi tambahan bagi penelitian selanjutnya.

1.5. Keaslian Penelitian

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

Nama	Judul Penelitian	Desain Penelitian	Hasil Penelitian
Vina Megitasari (2011)	Gambaran Derajat Depresi Dan Status Fungsional Dalam <i>Activities Of Daily Living</i> (ADL) Pada Usia Lanjut Di Poliklinik Geriatri Rumah Sakit Hasan Sadikin Bandung	<i>Cross Sectional</i>	Dari hasil penelitian didapatkan 15 orang (23,08%) mengalami depresi ringan, dan 2 orang (3,08%) mengalami depresi berat. Dari semua subjek penelitian, sebanyak 36 orang (55,38%) mengalami ketergantungan ringan dalam melakukan ADL. Dari semua subjek yang tidak mengalami depresi, yang mengalami ketergantungan sebanyak 47,92%. Dari semua subjek yang mengalami depresi ringan, yang mengalami ketergantungan sebanyak 73,33%. Subjek penelitian yang mengalami depresi berat seluruhnya mengalami ketergantungan. Subjek depresi yang mengalami ketergantungan dalam ADL lebih banyak daripada yang tidak depresi. Subjek depresi yang mengalami ketergantungan sebanyak 13 orang dari 65 subjek penelitian atau sebanyak 20%.
Wulandari Rahayu (2010)	Kejadian dan Tingkat Depresi Pada Usia	<i>Cross sectional</i>	Terdapat perbedaan kejadian dan tingkat depresi pada lanjut usia yang tinggal di panti wreda dan komunitas. Partisipasi sosial kurang, partisipasi

	Lanjut. Studi perbandinga n di panti wreda dan komunitas		sosial cukup, gangguan fungsional sedang berhubungan dengan kejadian depresi pada lanjut usia di panti wreda.
Bayu Rizka Riannisa (2012)	Gambaran Tingkat Depresi Pada Lansia di Kelurahan Babakan Sari Wilayah Kerja Puskesmas Babakan Sari Kota Bandung	<i>Cross sectional</i>	Hasil penelitian diperoleh 42% responden mengalami depresi ringan, 11% mengalami depresi sedang, dan 7% mengalami depresi berat. Prevalensi depresi pada lansia di masyarakat, khususnya di Kelurahan Babakan Sari cukup tinggi sehingga perlu dilakukan analisis lebih mendalam mengenai penyebab tingginya prevalensi depresi pada lansia sebab depresi pada lansia merupakan hal yang memperburuk kualitas hidup lansia.
Eva Christine Saragih (2010)	Gambaran Depresi Pada Usia Lanjut	<i>Cross sectional</i>	Dari penelitian diperoleh 26% responden mengalami depresi. 33% lansia berjenis kelamin laki-laki mengalami depresi, lebih banyak daripada lansia perempuan 20.7%. Depresi pada lansia <i>old-old</i> 27,8% sedikit lebih banyak daripada lansia <i>young-old</i> 25%
Nuh Huda, Rizka	Hubungan Status	<i>Cross sectional</i>	Dari seluruh responden dalam penelitian ini yang berjumlah 104 orang, sebagian

Hardiyanti Yantinde (2013)	Fungsional Terhadap Tingkat Depresi Pada Pasien Stroke	besar pasien yang dapat melakukan aktivitas secara mandiri yaitu 3 orang (75%) tidak mengalami depresi. Sebagian besar pasien mengalami ketergantungan ringan dalam melakukan aktivitas 11 Orang (68,8%) dan mengalami ketergantungan sedang dalam melakukan aktivitas 43 orang (71,7%) mengalami depresi ringan. Sebagian besar mengalami ketergantungan berat dalam melakukan aktivitas sebanyak 14 orang (63,3%) dan mengalami ketergantungan total dalam melakukan aktivitas 2 orang (100%) mengalami depresi berat, bahwa status fungsional mempengaruhi tingkat depresi pada pasien stroke.
----------------------------------	---	---

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Landasan Teori

2.1.1. Defini Lansia

Menua (menjadi tua = *aging*) adalah suatu 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 (Darmojo, 2014).

Lanjut usia adalah usia 60 tahun ke atas sesuai dengan definisi *World Health Organization* (WHO) yang terdiri dari usia lanjut (*elderly*) 60-74 tahun, usia tua (*old*) 75-90 tahun, dan usia sangat lanjut (*very old*) di atas 90 tahun. Menurut Depkes RI, usia lanjut dikelompokkan sebagai usia prasenilis 45-59 tahun, usia lanjut 60 tahun ke atas, usia resiko tinggi 70 tahun ke atas, atau usia 60 tahun ke atas dengan masalah kesehatan (Depkes, 2009).

2.1.2. Demografi

Menurut UN-*Population Division, Departement of Economic and Social Affairs* (1999) jumlah populasi lanjut usia ≥ 60 tahun diperkirakan hampir mencapai 600 juta orang dan diproyeksikan menjadi 2 milyar pada tahun 2050. Saat itu lansia akan melebihi jumlah populasi anak (0-14 tahun), pertama kali dalam sejarah umat manusia (Darmojo, 2014). Menurut laporan data demografi penduduk internasional yang dikeluarkan oleh *Bureau of the Census USA* (1993), dilaporkan bahwa Indonesia pada tahun 1990-2025 akan mempunyai kenaikan jumlah usia lanjut sebesar 414%, suatu angka paling tinggi di seluruh dunia (Darmojo, 2014).

Berdasarkan hasil Susenas tahun 2013, jumlah lansia di Indonesia mencapai 20,04 juta orang atau sekitar 8,05 persen dari seluruh penduduk Indonesia. Menurut jenis kelamin, jumlah lansia perempuan yaitu 10,67 juta

mayor 1,8%, depresi minor 9,8%, dan gejala klinis depresi nyata 13,5%. Sekitar 15% lansia tidak menunjukkan gejala depresi yang jelas dan depresi terjadi lebih banyak pada lansia yang memiliki penyakit medis (Licinio, 2005)

2.1.3. Proses Menua

Proses menua merupakan kombinasi dari bermacam-macam faktor yang saling berkaitan. Terdapat beberapa teori tentang proses penuaan, antara lain:

1. Teori "*genetic clock*"

Teori ini menyimpulkan bahwa proses penuaan terprogram secara genetik di dalam inti sel. Konsep ini didukung pada kenyataan bahwa terdapat perbedaan usia harapan hidup yang nyata pada beberapa spesies makhluk hidup.

2. Teori *error catastrophe*

Teori ini menyimpulkan faktor penyebab terjadinya proses penuaan akibat mutasi somatik yang disebabkan oleh lingkungan. Konsep ini didukung bukti bahwa radiasi serta bahan kimia dapat menyebabkan karsinogenik yang memperpendek umur.

3. Rusaknya sistem imun tubuh

Teori ini menyimpulkan mutasi berulang dapat menurunkan fungsi sistem imun untuk mengenali dirinya sendiri yang menyebabkan terjadinya peristiwa autoimun. Konsep ini didukung dengan meningkatnya prevalensi autoimun pada lansia.

4. Teori menua akibat metabolisme

Teori ini mengatakan terdapat hubungan metabolisme dengan tingkat umur. Kesimpulan dari teori ini memodifikasi cara hidup dengan banyak bergerak kemungkinan dapat meningkatkan umur.

5. Kerusakan akibat radikal bebas

Radikal bebas terdapat di alam bebas, dan di dalam tubuh jika makrofag pecah, dan sebagai produk sampingan didalam rantai

pernapasan di mitokondria. Tubuh mempunyai sistem penyangkal berupa superoxide dismutase dan enzim katalase. Namun sebagian radikal bebas lolos semakin banyak apabila terjadi peningkatan usia sehingga proses perusakan terus terjadi sehingga banyak sel yang mati (Darmojo, 2014).

2.1.4. Perubahan-Perubahan pada Usia Lanjut

Menua merupakan suatu proses fisiologis, perubahan dan efek penuaan terjadi sangat bervariasi dan variabilitas ini makin meningkat seiring peningkatan usia. Variasi terjadi antara satu individu dengan individu lain pada usia yang sama, ataupun antara satu sistem organ dengan organ yang lain (Setiati, Harimurti dan Roosheroe, 2006).

Perubahan pada sistem organ antara lain: pada sistem muskuloskeletal terjadi penurunan massa tulang secara gradual dan progresif; otot juga mengalami penurunan dari segi ukuran dan kekuatan, fleksibilitas, dan ketahanan akibat adanya penurunan aktivitas dan peningkatan usia; pada sendi terjadi terganggunya matriks kartilago dan modifikasi proteoglikan dan glikosaminoglikan. Pada ginjal dan saluran kemih terjadi pengosongan kandung kemih yang tidak sempurna dan peningkatan volume residual urin; dapat terjadi penurunan tonus otot dari ureter, kandung kemih, dan uretra, yang dapat mengarah pada terjadinya inkontinensia urin. Pada sistem saraf terjadi penurunan aliran darah ke otak dan terganggunya autoregulasi perfusi; berubahnya neurotransmitter, termasuk dopamin dan serotonin; impuls saraf yang dihantarkan lebih lambat sehingga usia lanjut memerlukan waktu yang lebih lama untuk merespons dan bereaksi. Pada sistem imun terjadi penurunan imunitas yang dimediasi sel; penurunan produksi sel B oleh sumsum tulang; penurunan afinitas produksi antibodi; terganggunya fungsi makrofag. Pada sistem kardiovaskuler terjadi penurunan pengisian ventrikel kiri; penurunan curah jantung maksimal; penurunan respon inotropik, kronotropik terhadap stimulasi beta adrenergik; peningkatan resistensi vaskular perifer. Pada paru-paru terjadi penurunan

FEV1 dan FVC; berkurangnya efektivitas batuk dan fungsi silia; membesarnya duktus alveolaris akibat berkurangnya elastisitas struktur penyangga parenkim paru menyebabkan berkurangnya area permukaan; berkurangnya kekuatan otot-otot pernafasan; kekakuan dinding dada (Setiati, Harimurti dan Roosheroe, 2006).

Proses menua bukan hanya serangkaian perubahan biologis. Proses menua juga merupakan suatu periode berbagai kehilangan, kehilangan peran sosial akibat pensiun, kehilangan mata pencaharian, kehilangan teman dan keluarga. Proses menua juga merupakan suatu periode dengan banyak ketakutan atau kecemasan, cemas akan keamanan pribadi, cemas akan tidak adanya jaminan finansial, cemas akan ketergantungan (Setiati, Harimurti dan Roosheroe, 2006).

2.1.5. Depresi

A. Definisi

Depresi merupakan satu masa terganggunya fungsi manusia yang berkaitan dengan alam perasaan yang sedih dan gejala penyertanya, termasuk perubahan pada pola tidur dan nafsu makan, psikomotor, konsentrasi, anhedonia, kelelahan, rasa putus asa dan tidak berdaya, serta bunuh diri (Sadock, 2010).

Depresi merupakan salah satu dari gangguan mood. Gangguan mood adalah keadaan emosi yang menetap selama lebih dari seminggu, yang menunjukkan penyimpangan nyata fungsi habitual seseorang. Kunci dari gejala depresi adalah mood yang depresif serta hilangnya minat atau kesenangan (Sadock, 2010).

Berdasarkan onsetnya depresi pada lansia dibagi menjadi dua yaitu *early onset depression* dan *late onset depression*, *early onset depression* adalah depresi yang onset pertamanya terjadi sebelum memasuki usia lanjut sedangkan *late onset depression* adalah depresi yang terjadi onset pertamanya setelah memasuki usia lanjut pada

pasien geriatri yang berkembang dengan peningkatan usia (Fiske, Werherell dan Gatz, 2009).

Dalam Ilmu Kedokteran Jiwa tidak ada suatu kesepakatan tentang pengertian depresi. Ada yang menganggap depresi sebagai reaksi normal, sebagai sindroma, ataupun sebagai gangguan atau penyakit (Christi, 2006).

Pengertian depresi dalam Ilmu Kedokteran Jiwa adalah sebagai berikut:

a. Depresi sebagai reaksi normal

Depresi merupakan bagian dari pengalaman manusia yang universal, biasanya merupakan perkembangan dari reaksi seseorang terhadap kegagalan dan kekecewaan dalam hidupnya, tapi kadangkala timbul tanpa alasan yang jelas. Keadaan ini mungkin lebih cocok dengan istilah sedih biasa (*sad, sorrow*).

b. Depresi sebagai gejala

Sebagai gejala, depresi dipandang sebagai tanda patologik sampingan dari suatu penyakit, baik penyakit fisik maupun psikis. Sesuai dengan konsep ini Robins membedakan antara depresi primer dan sekunder. Disebut depresi primer apabila timbul keadaan depresi pada seseorang yang sebelumnya tidak mempunyai gangguan psikiatrik lain yang spesifik. Sedangkan depresi sekunder apabila keadaan depresi yang timbul merupakan gejala penyerta dari suatu penyakit fisik atau psikiatrik lainnya, atau dapat pula berhubungan dengan penggunaan obat-obatan yang mempengaruhi mood.

c. Depresi sebagai sindroma klinik

Dikatakan sindroma depresi apabila depresi diikuti oleh beberapa keadaan seperti adanya gangguan somatik, gangguan kognitif, dan gangguan emosi (*mood*) (Christi, 2006).

B. Epidemiologi

Penyakit mental yang paling sering terjadi pada lansia di Indonesia adalah depresi (Soejono, Sari, dan Probosuseno, 2009). Prevalensi depresi pada lansia di Indonesia yang menurut penelitian yang telah dilakukan dengan pengukuran menggunakan *Geriatric Depression Scale short form* (GDS-SF) sebanyak 33.8%. Penelitian ini dilakukan di dua lokasi pedesaan yang terletak tidak jauh dari Jakarta dan lokasi kedua terletak dekat Bandung (Wada et al, 2005).

C. Gejala dan Diagnosis

Pada penegakan diagnosis depresi dapat digunakan kriteria menurut Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa (PPDGJ) III atau *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (DSM) IV.

Kriteria episode depresi menurut PPDGJ III yang merujuk kepada *International Classification Diagnostic* (ICD) 10, yaitu:

Gejala utama (pada derajat ringan, sedang, berat):

1. Afek depresif
2. Kehilangan minat dan kegembiraan
3. Berkurangnya energi yang menuju meningkatnya keadaan mudah lelah (rasa lelah yang nyata sesudah kerja sedikit saja) dan menurunnya aktifitas.

Gejala lainnya:

- a) Konsentrasi dan perhatian kurang
- b) Harga diri dan kepercayaan berkurang
- c) Gagasan tentang rasa bersalah dan tidak berguna
- d) Pandangan masa depan yang suram dan pesimis
- e) Gagasan atau perbuatan membahayakan diri atau bunuh diri
- f) Tidur terganggu
- g) Nafsu makan berkurang

Penggolongan depresi berdasarkan perhitungan jumlah gejala diatas:

7. Perasaan tidak berharga atau rasa bersalah yang berlebihan atau tidak tepat (mungkin bersifat waham) hampir setiap hari (tidak semata-mata mencela diri-sendiri atau menyalahkan karena sakit).
 8. Hilangnya kemampuan untuk berpikir atau memusatkan perhatian, atau tidak dapat mengambil keputusan, hampir setiap hari (baik oleh keterangan subjektif atau seperti yang dilihat orang lain).
 9. Pikiran akan kematian yang rekuren (bukan hanya takut mati), ide bunuh diri yang rekuren tanpa rencana spesifik, atau usaha bunuh diri atau rencana khusus untuk melakukan bunuh diri.
- b. Gejala tidak memenuhi kriteria episode campuran
 - c. Gejala menyebabkan penderitaan bermakna secara klinis atau gangguan dalam fungsi sosial, pekerjaan atau fungsi penting lain.
 - d. Gejala bukan karena efek fisiologis langsung dari suatu zat (misalnya, obat yang disalahgunakan, suatu medikasi) atau suatu kondisi medis umum (misalnya, hipotiroidisme).
 - e. Gejala tidak lebih baik diterangkan oleh dukacita, yaitu, setelah kehilangan orang yang dicintai, gejala menetap lebih dari 2 bulan atau ditandai gangguan fungsional yang jelas, preokupasi morbid dengan rasa tidak berharga, ide bunuh diri, gejala psikotik, atau retardasi psikomotor (Sadock, 2010).

Gejala depresi pada lansia sering kurang atau tidak terdiagnosis di

Unit Pelayanan Kesehatan Primer disebabkan oleh hal berikut:

1. Penyakit fisik yang menyertai mengacaukan gambaran depresi, seperti menjadi lebih cepat lelah dan menurunnya berat badan.
2. Golongan lanjut usia seringkali menutupi kesedihannya dengan menunjukkan dia lebih aktif.
3. Kecemasan, obsesionalitas, histeria dan hipokondria yang sering merupakan gejala depresi justru sering menutupi depresi.

4. Masalah sosial pada lansia membuat gambaran depresi lebih rumit (Soejono, Sari, dan Probosuseno, 2009).

Untuk mempermudah penegakan diagnosis depresi pada lansia dalam praktik sehari-hari menggunakan pengukuran berdasarkan *Geriatric Depression Scale* (GDS) (Katon, 2003). GDS merupakan alat ukur yang khusus dirancang untuk usia lanjut karena depresi pada usia lanjut berbeda dengan depresi pada usia yang lebih muda. GDS ini terdiri dari 30 pertanyaan dengan jawaban ya atau tidak dengan nilai satu untuk setiap jawaban yang sesuai dengan kunci jawaban. Jumlah skor yang didapatkan kemudian dimasukkan ke dalam kategori-kategori: skor 0-9 tidak depresi, skor 10-19 depresi ringan, skor 20-30 depresi berat. Kuesioner GDS seperti yang terdapat pada lampiran (KOMNAS LANSIA, 2009).

D. Etiologi

Faktor penyebab dapat lebih mudah dikenali dengan pembagian secara buatan menjadi faktor biologis, faktor genetika dan faktor psikososial. Dalam hal ini pembagian faktor penyebab disebut buatan karena setiap faktor tidak bisa berdiri sendiri tetapi dengan adanya salah satu faktor yang terjadi menyebabkan terpengaruhnya faktor lain (Sadock, 2010).

1. Faktor biologis

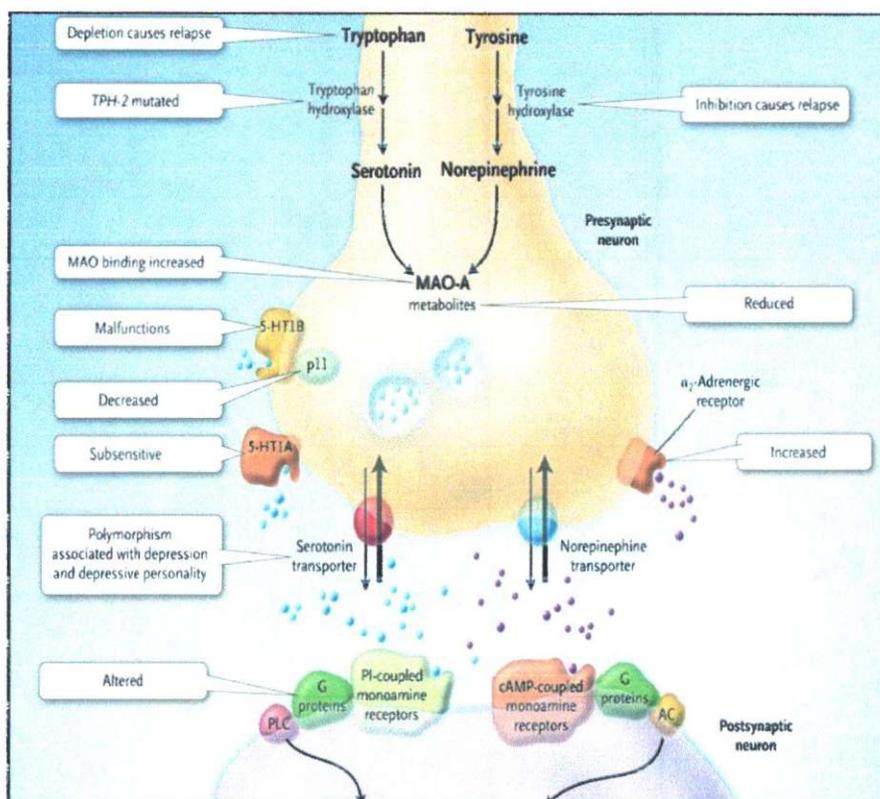
a. Hipotesis defisiensi amin biogenik

Amin biogenik antara lain terdiri dari norepinefrin dan serotonin yang merupakan dua neurotransmitter berada dalam otak dan selalu dikeluarkan ke bagian otak lain untuk memodulasi area perasaan, pikiran dan perilaku. Oleh karena itu, keduanya memegang peranan penting dalam patofisiologi gangguan mood (Belmaker, 2008).

Pada penelitian dengan menggunakan *positron-emission tomographic* tampak peningkatan dari enzim monoamine

oksidase di ligand otak pada pasien yang depresi sebanyak 30% (Meyer,2006). Hal tersebut menandakan peningkatan katabolisme dari amin biogenik di otak. Pada penelitian lain ditemukan enzim triptofan hidroksilase yang spesifik untuk otak yaitu HPH-2, hal ini dapat menjelaskan penyebab penelitian sebelumnya yang menunjukkan kadar triptofan hidroksilase pada pasien depresi dan kontrol tidak ditemukan perbedaan (Zhang X. 2005).

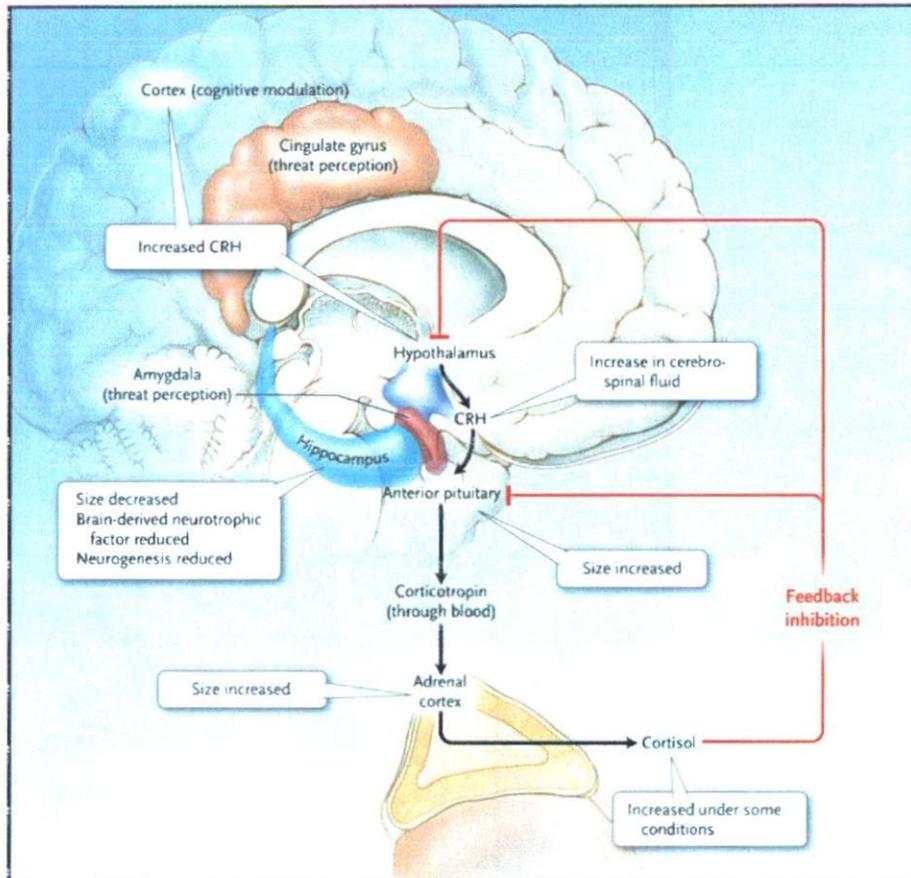
Mekanisme ini belum dapat dijelaskan sepenuhnya tetapi dapat dibuktikan dengan keefektifan dalam pengobatan menggunakan antidepresan yang bekerja menghalangi *reuptake* dari serotonin dan norepinefrin sehingga meningkatkan kadar serotonin dan norepinefrin sinaps. Peningkatan ini menstimulasi neuron postsinaps yang pada akhirnya memodulasi area perasaan, pikiran dan perilaku (Belmaker,2008).



Gambar 2.1. Jalur Neurotransmitter Amin Biogenik (Belmaker, 2008)

b. Stress dan hipotalamus-pituitari-adrenal axis

Respon terhadap stress yang diterima, korteks cerebri akan mentransmisi ke hipotalamus. Hipotalamus adalah pusat regulasi sumbu neurohormonal yang banyak menerima masukan melalui neurotransmitter amin biogenik. Transmisi ini memicu pengeluaran *Corticotropin Releasing Hormone* (CRH) ke reseptor pituitari. Pituitari mensekresi kortikotropin masuk ke dalam plasma menstimulasi reseptor kortikotropin di korteks adrenal, maka terjadi pengeluaran kortisol ke dalam darah. Sebagai respon hemeostasis terdapat reseptor kortisol di hipotalamus merespon penurunan produksi CRH apabila kadar kortisol berlebihan yang merupakan umpan balik cepat. Terdapat juga umpan balik lambat, yang sensitif terhadap konsentrasi kortisol mantap, yang bekerja pada reseptor hipofisis dan adrenal (Belmaker, 2008).

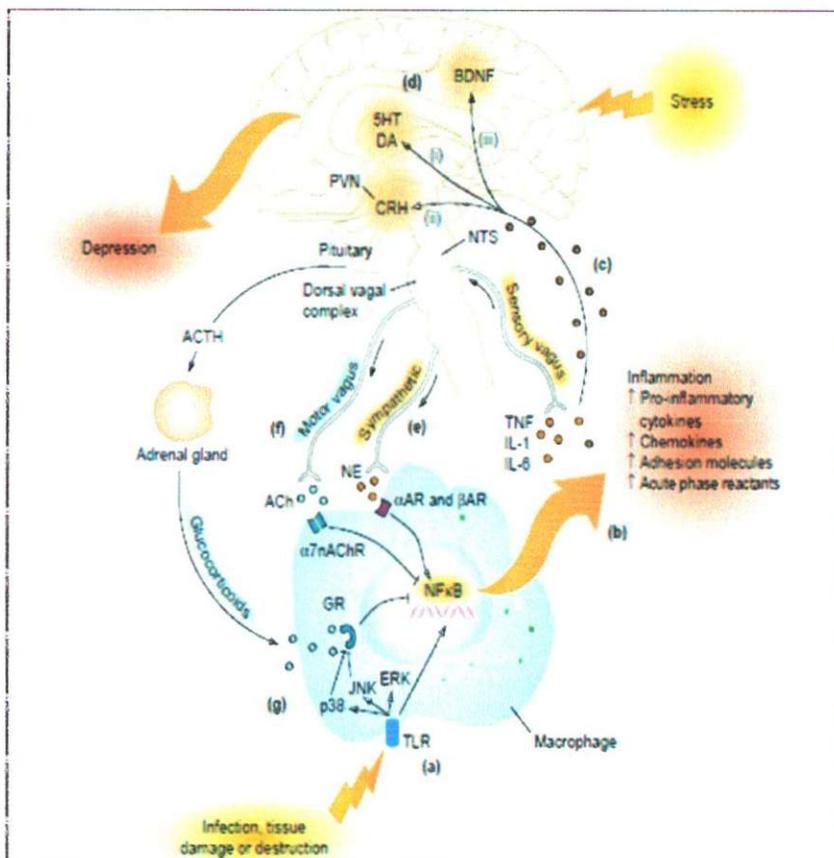


Gambar 2.2. Jalur Neurohormonal (Belmaker, 2008)

Terdapat juga beberapa temuan yang mendukung hipotesis hipotalamus-hipofisis-kortisol bahwa pada pasien yang depresi terjadi disregulasi neuroendokrin. Hal tersebut ditandai dengan temuan kadar kortisol meningkat di plasma pada depresi berat (Burke, 2005), ukuran hipofisis anterior dan korteks adrenal meningkat, dan tingkat CRH dalam cairan serebrospinal dan ekspresi CRH di daerah otak limbik juga meningkat (Merali, 2004). Ukuran hippocampus dan jumlah neuron dan glia mengalami penurunan, mungkin mencerminkan pengurangan neurogenesis karena tingkat kortisol tinggi atau karena berkurangnya faktor neurotropik yang diturunkan dari otak (Belmaker, 2008).

c. Inflamasi

Pada proses inflamasi terjadi pengeluaran dari sitokin ke perifer. Oleh karena jumlah yang sangat besar dari sitokin maka terjadi kesulitan dalam melewati *blood brain barrier* (BBB). Sitokin memasuki otak melalui tiga cara yaitu masuk melalui celah di BBB seperti organ sirkumventricular, mengikat pada molekul transport spesifik sitokin di epitelium otak, dan aktivasi jalur afferendari vagal dimana terjadi transmisi signal sitokin ke bagian spesifik nukleus otak, seperti inti dari traktus soliter, dimana berfungsi sebagai *relay station* ke bagian nucleus otak lain, seperti nucleus paraventricular di hipotalamus.



Gambar 2.3. Interaksi Antara Depresi, Imun dan Stress (Raison, 2003)

Di dalam otak terdapat *Central Nerve System* (CNS) *cytokine network* yang terdapat pada sel, tidak hanya untuk memproduksi sitokin tetapi juga mengespresikan reseptor

sitokin dan juga memperkuat sinyal sitokin, dimana dapat berefek kepada neurotransmitter dan fungsi CRH. Dengan ini dalam proses depresi, sitokin mempengaruhi perilaku melalui perubahan pada metabolisme serotonin, norepinefrin dan dopamine di bagian otak yang meregulasi emosi, termasuk sistem limbik (amygdala, hippocampus dan nucleus accubens) yang meregulasi fungsi psikomotor dan tindakan balasan, dan juga ganglia basal (Raison, 2003).

Berdasarkan keseluruhan patofisiologi di atas dapat ditarik kesimpulan dari keefektifan dalam pemberian farmakologi berupa antidepresan seperti *Selective Serotonin Reuptake Inhibitor* (SSRI), antidepresan trisiklik dan monoamin oksidase inhibitor (Unutzer, 2007).

2. Faktor genetika

Pada depresi yang *early onset*, berat dan rekuren diduga lebih disebabkan oleh genetik daripada bentuk depresi yang lain (Belmaker, 2008). Penelitian yang dilakukan terhadap anak kembar yang memiliki gangguan bipolar I menunjukkan faktor genetika monozigotik dapat mempengaruhi sebesar 33 sampai 90 persen, untuk gangguan depresif berat angka kesesuaiannya pada monozigotik sebesar 50 persen. Sebaliknya pada kembar dizigotik adalah kira-kira 5 sampai 25 persen untuk gangguan bipolar I dan 10 sampai 25 persen untuk gangguan depresif berat (Sadock, 2010).

3. Faktor psikososial

a. Stress kehidupan

Stress kehidupan pada usia lanjut misalnya kesulitan finansial, kehilangan pasangan hidup, penyakit baru, disabilitas diri atau anggota keluarga yang lain, perubahan situasi kehidupan dan konflik interpersonal. Pensiun tidak selalu bersamaan dengan depresi pada kebanyakan lansia, tetapi hal tersebut meningkatkan resiko pada pria yang pensiun lebih cepat,

untuk alasan yang tidak dieksplorasi (Fiske, Werherell dan Gatz, 2009).

Disabilitas dapat dinilai menggunakan penilaian *Activity of Daily Living (ADL)* menggunakan indeks Barthel. Pada penelitian yang dilakukan sebelumnya penilaian ADL dilakukan menggunakan *Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology index of competence (TMIG-IC)*. Kekurangan yang terjadi adanya pertanyaan mengenai pengurusan keuangan di bank, dimana letak pada penelitian itu di daerah pedesaan di mana kebanyakan lansia tidak menggunakan fasilitas tersebut (Wada et al, 2005).

b. Masalah dukungan sosial

Hubungan sosial yang buruk dapat menyebabkan terjadinya depresi seperti konflik dalam rumah tangga, adanya kritik dalam keluarga dan depresi pada pasangan. Peningkatan gejala depresi berhubungan dengan dukungan sosial yang buruk disertai dengan keterbatasan kemampuan fisik pada lansia yang menginginkan kemandirian dalam melakukan aktivitas (Fiske, Werherell dan Gatz, 2009).

c. Faktor kepribadian

Setiap orang mempunyai pola kepribadian tertentu dapat mengalami depresi sesuai dengan situasinya. Orang yang beresiko tinggi terjadinya depresi adalah orang yang dengan gangguan kepribadian obsesi-kompulsi, histrionik dan ambang (Sadock, 2010).

E. Penatalaksanaan

Tujuan utama terapi adalah untuk mencegah relaps, rekuren dan kronisitas. Depresi pada pasien geriatri dapat lebih efektif diobati dengan kombinasi terapi psikologis dan farmakologis disertai pendekatan interdisiplin yang menyeluruh. Terapi harus diberikan

dengan memperhatikan secara individual harapan-harapan pasien, martabat (*dignity*) dan otonomi/kemandirian pasien. Penyakit fisik yang ada bersamaan dengan penyakit mental juga harus diobati (Merck & Co, 2009). Semua teknik psikoterapi dapat digunakan (Merck & Co, 2009).

F. Terapi Psikologik / Psikoterapi

Intervensi untuk depresi saat ini sudah banyak dikembangkan melalui pendekatan biologis dan psikologis, serta kombinasi keduanya. Kedua pendekatan ini terbukti efektif untuk mengatasi depresi pada lansia (Das, Greenspan, Muralee, Choe & Tampi, 2007). Pendekatan biologis dilakukan dengan pemberian obat-obatan anti-depresan oleh tenaga medis ahli. Pendekatan psikologis dilakukan dengan terapi psikologis, di antaranya yang sedang berkembang adalah Terapi Kognitif-Perilaku atau *Cognitive Behavioral Therapy (CBT)*, Terapi Interpersonal atau *Interpersonal Therapy (IPT)*, dan Terapi Perilaku Dialektikal atau *Dialectical Behavioral Therapy (DBT)*. Dari ketiga jenis intervensi tersebut, beberapa hasil penelitian dan meta-analisisnya melaporkan bahwa Terapi Kognitif-Perilaku memiliki efektivitas yang setara atau bahkan lebih baik daripada terapi lain, termasuk ketika dikombinasikan dengan penggunaan obat-obatan anti-depresan (Arjadi, 2012).

Terapi Kognitif dan Perilaku (*Cognitive-Behavioral Therapy*) dimaksudkan untuk mengembangkan pola pikir dan perilaku positif, menumbuhkan sikap optimis dan percaya diri (Utami, 2002). Terapi Keluarga dimaksudkan untuk memperbaiki hubungan keluarga dan mengembangkan partisipasi keluarga, agar faktor keluarga tidak lagi menjadi faktor penyebab dan agar faktor keluarga dapat dijadikan sebagai faktor pendukung bagi pemulihan pasien (Christi, 2006).

Dalam menangani depresi pada lansia, diperlukan pemahaman mendalam mengenai masalah dan karakteristik lansia, serta

pemahaman akan cara penanganan yang tepat. Penanganan depresi ini penting untuk diperhatikan karena kemunculan depresi biasanya disertai dengan masalah-masalah kesehatan lain, seperti kecemasan, dementia, penurunan fungsi kognitif, sakit fisik yang bersifat kronis, masalah tidur, dan stres karena masalah kesehatan yang mereka alami (Arjadi, 2012).

G. Terapi Fisik

1. Farmakoterapi

Indikasi pemberian obat antidepresan adalah untuk depresi berat, episode depresi berulang, dan depresi dengan gambaran melankolia atau psikotik (Merck & Co, 2009). Pemberian obat pada pasien usia lanjut berbeda karena terdapat kemunduran dalam metabolisme, dalam absorpsi, distribusi, maupun ekskresi obat-obatan (Utami, 2002). Pemilihan jenis obat antidepresi bagi pasien usia lanjut lebih merujuk pada profil efek samping obat (Merck & Co, 2009).

Pemberian antidepresi dimulai dengan dosis rendah, dinaikkan perlahan-lahan (*start low and go slow*). Pengobatan antidepresan dibedakan atas tiga fase, yaitu: 1). Fase akut yang berlangsung 6-12 minggu. Pada tahap ini dosis optimal obat untuk memperbaiki gejala depresi diharapkan telah tercapai. 2). Fase lanjutan yakni dosis optimal dipertahankan selama 4-9 bulan untuk mencegah terjadinya relaps. 3). Terapi rumatan yang dapat berlangsung hingga satu tahun atau lebih, diberikan terutama untuk gangguan depresi dengan riwayat episode berulang (Merck & Co, 2009).

Kelompok obat-obat antidepresan :

a. Antidepresan generasi lama

Golongan Trisiklik

Golongan obat ini seperti amitriptilin, imipramin, desipramin, nortriptilin menghambat *reuptake* norepinefrin pada presinaptik. Golongan trisiklik cukup efektif meredakan meredakan gejala depresi namun mempunyai efek samping yang kurang menguntungkan untuk digunakan pada pasien geriatri. Efek samping antikolinergik, hipotensi ortostatik, serta gangguan konduksi jantung, dapat menjadi beban tambahan bagi status fisik pasien geriatri, bahkan dapat memicu komplikasi medik yang serius.

MAOI (Monoamine Oxidase Inhibitors)

Golongan obat ini seperti tranlycypromine selegiline menghambat *monoamine oxidase*, suatu enzim yang menginaktivasi neurotransmitter amine. Efek samping yang paling sering adalah hipotensi ortostatik. Interaksi obat dan keharusan menghindari makanan tertentu sering menjadi pertimbangan pemberian MAOI pada pasien geriatri.

b. Antidepresan generasi baru

Antidepresan generasi baru bekerja pada reseptor susunan saraf otak, bersifat lebih selektif dan spesifik sehingga profil efek sampingnya lebih baik. Profil efek samping yang baik akan mengurangi risiko komplikasi dan memperbaiki kepatuhan pasien. Termasuk dalam kelompok ini adalah SSRI (*Selective Serotonin Reuptake Inhibitor*). Saat ini golongan SSRI merupakan obat antidepresi yang dianjurkan sebagai lini pertama pengobatan depresi pada usia lanjut. Dari golongan SSRI, sitalopram dan sertraline dianggap paling aman karena sangat sedikit dimetabolisme oleh isoenzim sitokrom P450, sehingga mengurangi risiko interaksi obat.

2. Terapi Elektrokonvulsi (ECT)

Untuk pasien depresi yang tidak bisa makan dan minum, intoleransi terhadap efek samping obat antidepresan atau gagal terapi, kecenderungan tidak patuh minum obat, berniat bunuh diri atau retardasi hebat. ECT diberikan 1-2 kali seminggu pada pasien rawat inap, unilateral untuk mengurangi problem memori. Terapi ECT diberikan sampai ada perbaikan mood (sekitar 5-10 kali), dilanjutkan dengan obat antidepresan untuk mencegah kekambuhan (Merck & Co, 2009).

H. Prognosis

Depresi pada pasien usia lanjut sering berlanjut kronis dan kambuh-kambuhan, ini berhubungan dengan komorbiditas medis, kemunduran kognitif, dan faktor psikososial. Pasien usia lanjut yang depresi memiliki resiko yang lebih tinggi untuk bunuh diri dari populasi lain (Merck & Co, 2009). Pasien depresi bisa mengalami imobilisasi lebih lama dan secara bermakna mengalami perburukan status fungsional lebih besar dibandingkan dengan penderita penyakit kronis saja (Merck & Co, 2009).

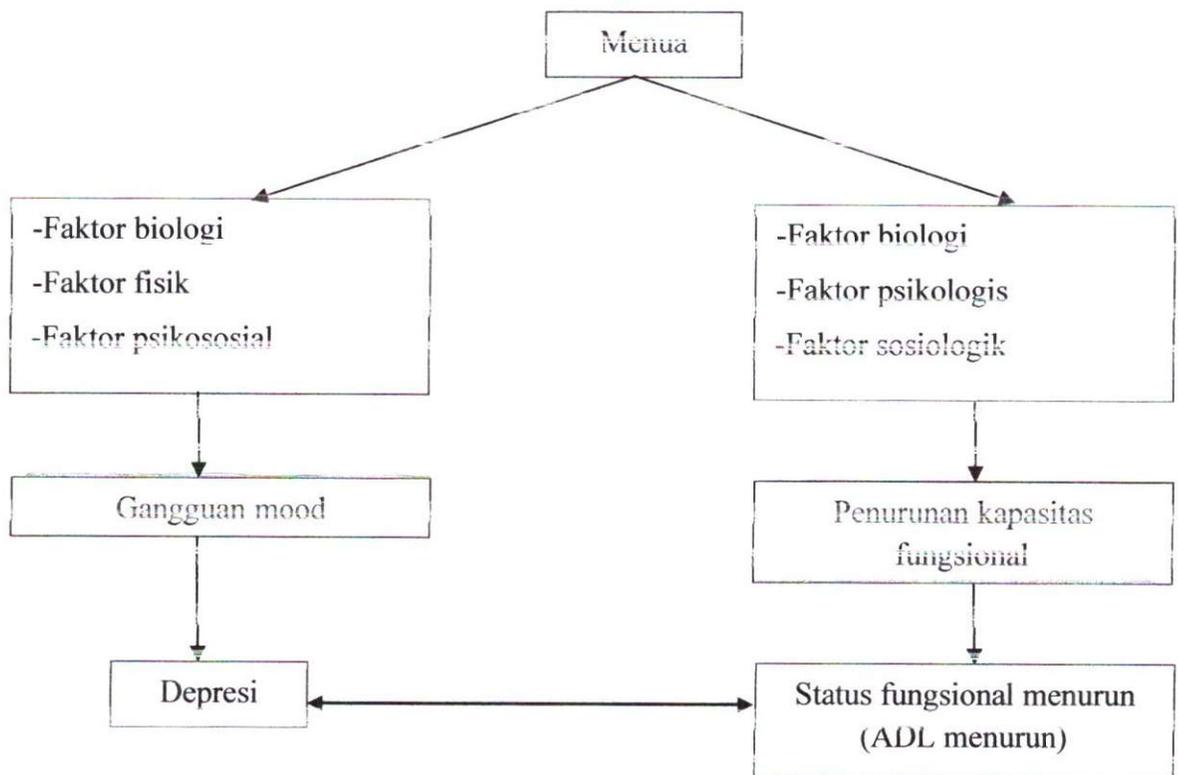
2.1.6. Status Fungsional

Status fungsional adalah kemampuan seseorang untuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari / ADL (*activities of daily living*). Keadaan status fungsional ini menggambarkan kemampuan umum seseorang dalam memerankan fungsinya sebagai manusia yang mandiri, sekaligus menggambarkan kondisi kesehatannya secara umum (Martono, 2006).

Status / kapasitas fungsional adalah keadaan usia lanjut sebagai hasil interaksi antara kesehatan fisik, psikologis dan sosial-ekonomi (religius spiritual). Interaksi dari ketiga komponen tersebut menunjukkan keadaan fungsional organ dan/atau tubuh secara keseluruhan, sebagai gambaran “kesehatan” pada usia lanjut. Status fungsional ini manifestasinya berupa kemampuan melakukan aktivitas hidup sehari-hari (Martono, 2006).

dengan observasi dan 5 menit jika informasi diperoleh secara verbal dari pasien. Indeks Barthel terdiri dari 10 pertanyaan yang berhubungan dengan perawatan diri sendiri seperti: makan, kebersihan diri, mandi, berpakaian, control buang air besar, control berkemih, penggunaan toilet, dan yang berhubungan dengan mobilitas seperti berubah posisi dari berbaring ke duduk, berpindah tempat / berjalan, dan naik turun tangga (WHO, 2002).

2.2. Kerangka Teori



Sumber : Setiati, Harimurti, dan Roosheroe, 2006; Sadock; Martono, 2006; Hawari, 2002.

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1. Jenis Penelitian

Penelitian ini menggunakan penelitian observasional desain deskriptif dengan pendekatan *cross-sectional*.

3.2. Waktu dan Tempat Penelitian

3.2.1. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada tanggal 1 Oktober 2015 – 31 Desember 2015.

3.2.2. Tempat Penelitian

Tempat penelitian adalah bagian Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang (RSMP)

3.3. Populasi dan Sampel Penelitian

3.3.1. Populasi Target

Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien lansia yang berobat di Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang (RSMP).

3.3.2. Populasi Terjangkau

Populasi dalam penelitian ini adalah pasien lansia yang berobat di Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang yang diperiksa dengan menggunakan GDS pada tanggal 1 Oktober 2015 - 31 Desember 2015.

3.3.3. Sampel dan Besar Sampel

Sampel yang digunakan adalah didapat dengan data primer dan dihitung dengan rumus :

3.3.5. Cara Pengambilan Sampel

Pengambilan sampel dengan menggunakan teknik *consecutive sampling*, semua pasien yang datang ke Poliklinik Penyakit Dalam RSMP secara berurutan dan memenuhi kriteria inklusi diambil sebagai sampel sampai jumlah yang diperlukan terpenuhi.

3.4. Variabel Penelitian

Variabel pada penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Derajat depresi
2. Status fungsional

3.5. Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional

Definisi operasional pada penelitian ini adalah sebagai berikut :

Variabel	Definisi	Alat ukur	Cara ukur	Hasil ukur	Skala
Derajat Depresi	Menghitung jumlah skor derajat depresi berdasarkan <i>Geriatric Depression Scale (GDS)</i> .	Kuisisioner	Wawancara	1. skor 0-5 = normal 2. skor >5 = depresi	Ordinal
Status Fungsional	Penilaian status fungsional dalam <i>Activities of Daily Living (ADL)</i> menggunakan <i>Barthel Index</i>	Kuisisioner	Wawancara	1. skor 20 =mandiri 2. skor 12-19= ketergantungan ringan 3. skor 9-11= ketergantungan sedang 4. skor 5-8 = ketergantungan berat 1. skor 0-4 = ketergantungan total	Ordinal

3.6. Cara Pengumpulan Data

Data yang diambil merupakan data primer yaitu dengan instrumen GDS (*Geriatric Depression Scale*) dan ADL (*Activity of Daily Living*) pasien lansia yang menderita depresi di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang.

3.7. Cara Pengolahan Data

Data yang dikumpulkan akan diolah menggunakan komputer yang sesuai dan kemudian akan didistribusikan secara deskriptif menggunakan tabel distribusi frekuensi berupa susunan data yang dikelompokkan menurut kategori dan akan dilakukan pembahasan data yang telah diperoleh sesuai dengan tinjauan pustaka yang ada.

3.8. Alur Penelitian



Gambar 3.1 Diagram Alur Penelitian

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

Dilakukan penelitian pada bulan Oktober-Desember 2015 dengan menggunakan kriteria inklusi dan eksklusi didapatkan sampel sebanyak 67 orang lansia sebagai subjek penelitian. Semua data diambil dengan menggunakan instrumen GDS (*Geriatric Depression Scale*) dan ADL (*Activity of Daily Living*) dengan hasil sebagai berikut :

4.1.1 Distribusi Umum Subjek Penelitian

Distribusi Subjek Penelitian Berdasarkan Demografi

Dari 67 orang lansia didapatkan gambaran demografi yang disajikan dalam tabel 4.1

Tabel 4.1 Distribusi Subjek Penelitian Berdasarkan Jenis Kelamin, Pendidikan Terakhir, Pekerjaan, dan Status Pernikahan.

Variabel	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Jenis Kelamin		
Laki-laki	27	40,3
Perempuan	40	59,7
	n = 67	100
Pendidikan Terakhir		
Tidak Sekolah	3	4,4
SD	22	32,8
SMP	10	14,9
SMA	25	37,3
Perguruan Tinggi	7	10,4
	n=67	100
Pekerjaan		
Tidak Bekerja	10	14,9
Pensiun	28	41,8
Ibu Rumah Tangga	20	29,9
Wiraswasta	9	13,4
	n=67	100
Status Pernikahan		
Tidak Menikah	1	1,5
Menikah	46	68,7
Janda	12	17,9
Duda	8	11,9
	n=67	100
Total	67	100

Tabel 4.1 Distribusi Subjek Penelitian Berdasarkan Demografi menunjukkan subjek penelitian berjenis kelamin laki-laki berjumlah 27 orang (40,3%) dan perempuan berjumlah 40 orang (59,7%). Berdasarkan pendidikan terakhir, yang paling banyak adalah subjek penelitian dengan pendidikan terakhir SMA (37,3%), SD (32,8%), SMP (14,92%), perguruan tinggi (10,4%), dan tidak bersekolah sebanyak 4,4%. Berdasarkan Pekerjaan menunjukkan pensiunan (41,8%), ibu rumah tangga (29,9%), tidak berkerja sebanyak 14,9% dan wiraswasta sebanyak 13,4%. Berdasarkan status pernikahan menunjukkan bahwa subjek penelitian berstatus

menikah sebanyak 68,7%, berstatus janda sebanyak 17,9%, berstatus duda sebanyak 11,9% dan yang tidak menikah sebanyak 1,5.

4.1.2 Gambaran Derajat Depresi Subjek Penelitian

Dari 67 orang lansia sebagai subjek penelitian berdasarkan gambaran derajat depresi disajikan dalam tabel 4.2

Tabel 4.2 Distribusi Derajat Depresi Subjek Penelitian

Derajat Depresi	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Normal	43	64,2
Depresi	24	35,8
Total	67	100,0

Dari 67 subjek penelitian, 43 orang (64,2) normal dan 24 orang (35,8%) mengalami depresi.

4.1.3 Gambaran Karakteristik Umum Depresi Subjek Penelitian

A. Distribusi Derajat Depresi Subjek Penelitian Berdasarkan Jenis Kelamin

Dari 67 orang lansia sebagai subjek penelitian yang mengalami depresi dikelompokkan berdasarkan jenis kelamin disajikan dalam tabel 4.3

Tabel 4.3 Distribusi Derajat Depresi Subjek Penelitian Berdasarkan Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	Derajat Depresi				Total	
	Normal		Depresi		n	%
	n	%	n	%		
Laki-laki	19	70,4	8	29,6	27	100
Perempuan	24	60	16	40	40	100

Dari semua subjek penelitian laki-laki, sebanyak 29,6% mengalami depresi, dan normal sebanyak 70,4% . Sedangkan dari semua subjek penelitian perempuan, sebanyak 40,0% mengalami depresi, dan sebanyak 60,0% normal.

B. Distribusi Derajat Depresi Subjek Penelitian Berdasarkan Pendidikan Terakhir

Dari 67 orang lansia sebagai subjek penelitian yang mengalami depresi dikelompokkan berdasarkan pendidikan terakhir disajikan dalam tabel 4.4

Tabel 4.4 Distribusi Derajat Depresi Subjek Penelitian Berdasarkan Pendidikan Terakhir

Pendidikan Terakhir	Derajat Depresi				Total	
	Normal		Depresi		n	%
	n	%	n	%		
Tidak Sekolah	3	100	0	0	3	100
SD	6	27,3	16	72,7	22	100
SMP	6	60	4	40	10	100
SMA	3	88	22	12	25	100
Perguruan Tinggi	6	85,7	1	14,3	7	100

Subjek penelitian yang tidak bersekolah (3 orang) semuanya normal. Dari semua subjek penelitian dengan pendidikan terakhir SD, sebanyak 72,7% mengalami depresi. Dari semua subjek penelitian dengan pendidikan terakhir SMP, sebanyak 40% mengalami depresi. Dari semua subjek penelitian dengan pendidikan terakhir SMA, sebanyak 12% mengalami depresi. Dari semua subjek penelitian dengan pendidikan terakhir Perguruan Tinggi, sebanyak 14,3% mengalami depresi.

C. Distribusi Derajat Depresi Subjek Penelitian Berdasarkan Pekerjaan

Dari 67 orang lansia sebagai subjek penelitian yang mengalami depresi dikelompokkan berdasarkan pekerjaan disajikan dalam tabel 4.5

Tabel 4.5 Distribusi Derajat Depresi Subjek Penelitian Berdasarkan Pekerjaan

Pekerjaan	Derajat Depresi				Total	
	Normal		Depresi		n	%
	n	%	n	%		
Tidak Bekerja	4	40	6	60	10	100
Wiraswasta	4	44.4	5	55.6	9	100
Pensiunan	22	18	6	10	28	100
IRT	13	65	7	35	20	100

Subjek penelitian yang tidak bekerja (dalam arti laki-laki yang belum bekerja) sebanyak 10 orang, 6 orang mengalami depresi. Dari semua subjek penelitian yang merupakan wiraswasta sebanyak 55,6% mengalami depresi. Dari semua subjek penelitian yang merupakan pensiunan, yang mengalami depresi sebanyak 10%. Dari semua subjek penelitian yang merupakan ibu rumah tangga, yang mengalami depresi sebanyak 35%.

D. Distribusi Derajat Depresi Subjek Penelitian Berdasarkan Status

Pernikahan

Dari 67 orang lansia sebagai subjek penelitian yang mengalami depresi dikelompokkan berdasarkan status pernikahannya disajikan dalam tabel 4.6

Tabel 4.6 Distribusi Derajat Depresi Subjek Penelitian Berdasarkan Status Pernikahan

Status Pernikahan	Derajat Depresi				Total	
	Normal		Depresi		n	%
	n	%	n	%		
Menikah	31	67,4	15	32,6	46	100
Janda/Duda	12	60	8	40	20	100

Dari semua subjek penelitian yang menikah mengalami depresi sebanyak 32,6% janda/ duda mengalami depresi sebanyak 40%.

E. Distribusi Derajat Depresi Subjek Penelitian Berdasarkan Riwayat Penyakit Kronis

Dari 67 orang lansia sebagai subjek penelitian yang mengalami depresi dikelompokkan berdasarkan riwayat penyakit kronisnya disajikan dalam tabel 4.7

Tabel 4.7 Distribusi Derajat Depresi Subjek Penelitian Berdasarkan Riwayat Penyakit Kronis

Penyakit Kronis	Derajat Depresi				Total	
	Normal		Depresi		n	%
	n	%	n	%		
Hipertensi	14	77,8	4	22,2	18	100
Diabetes mellitus	3	60	2	40	5	100
Penyakit Jantung	2	100	0	0	2	100
Penyakit Paru Obstruktif Kronik	0	0	1	100	1	100
Osteoarthritis	4	50	4	50	8	100

Tabel 4.8 Distribusi Subjek Penelitian Pasien Depresi yang Menderita Lebih dari 1 Penyakit Kronis

Penyakit Kronis	Derajat Depresi				Total	
	Normal		Depresi		n	%
	n	%	n	%		
Hipertensi, Penyakit Paru Obstruktif Kronik	1	100	0	0	1	100
Hipertensi, Jantung	1	50	1	50	2	100
Hipertensi, Osteoarthritis	5	55,6	4	44,4	9	100
Diabetes mellitus, Osteoarthritis	3	75	1	25	4	100
Hipertensi, Diabetes mellitus	6	85,7	1	14,3	7	100
Jantung, Penyakit Paru Obstruktif Kronik	1	100	0	0	1	100
Hipertensi, Diabetes mellitus, Osteoarthritis	3	50	3	50	6	100
Hipertensi, Jantung, Osteoarthritis	0	0	2	100	2	100
Hipertensi, Penyakit Paru Obstruktif Kronik, Osteoarthritis	0	0	1	100	1	100

Dari semua subjek penelitian pasien depresi dengan menderita penyakit kronis adalah pasien hipertensi sebanyak 22.2% dan osteoarthritis sebanyak 50% sedangkan pada pasien hipertensi dengan 1 penyakit penyerta, hipertensi dan osteoarthritis sebanyak 25% sedangkan pasien hipertensi dengan 2 penyakit penyerta, hipertensi, diabetes mellitus, osteoarthritis adalah sebanyak 50%.

4.1.4 Gambaran Status Fungsional dalam ADL (*Activities of Daily Living*) Subjek Penelitian

Dari 67 orang lansia berdasarkan gambaran status fungsional dalam ADL (*Activities of Daily Living*) disajikan dalam tabel 4.9

Tabel 4.9 Distribusi Status Fungsional dalam ADL (*Activities of Daily Living*) Subjek Penelitian

Status Fungsional Dalam ADL	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Mandiri	14	20,9
Ketergantungan Ringan	45	67,2
Ketergantungan Sedang	8	11,9
Ketergantungan Berat	0	0
Ketergantungan Total	0	0
Total	67	100

Tabel 4.9 menunjukkan subjek penelitian yang mandiri dalam melakukan ADL sebanyak 14 orang (20,9%), yang mengalami ketergantungan ringan dalam melakukan ADL sebanyak 45 orang (67,2%), dan tidak ada yang mengalami ketergantungan sedang, berat, ataupun total.

4.1.5 Gambaran Status Fungsional dalam ADL (*Activities of Daily Living*) Berdasarkan Derajat Depresi Subjek Penelitian

Dari 67 orang lansia sebagai subjek penelitian yang mengalami depresi dikelompokkan berdasarkan gambaran status fungsional disajikan dalam tabel 4.10

Tabel 4.10 Distribusi Status Fungsional dalam ADL (*Activities of Daily Living*) Berdasarkan Derajat Depresi Subjek Penelitian

Derajat Depresi	Status Fungsional Dalam ADL					
	Mandiri		Ketergantungan Ringan		Ketergantungan sedang	
	n	%	n	%	n	%
Normal	13	92,9	30	66,7	0	0
Depresi	1	7,1	15	33,3	8	100
Total	14	100	53	100	8	100

Dari semua subjek penelitian yang tidak mengalami depresi, yang mandiri dalam melakukan ADL sebanyak 92,9%, yang mengalami ketergantungan ringan sebanyak 66,7% dan sebanyak 0% mengalami ketergantungan sedang. Dari semua subjek penelitian yang mengalami depresi, yang mandiri dalam melakukan ADL sebanyak 7,1%, yang mengalami ketergantungan ringan sebanyak 33,3 dan yang mengalami ketergantungan sedang sebanyak 100%.

4.2 Pembahasan

Dari 67 orang responden pada penelitian ini didapatkan lebih banyak subjek perempuan (40,0%) yang mengalami depresi daripada laki-laki (29,6%). Hasil yang sama didapatkan pada penelitian Megitasari (2011) yang menyebutkan bahwa prevalensi depresi lebih besar pada perempuan daripada laki-laki. Perempuan lebih sering mengalami depresi karena perempuan sering terpajan dengan stressor lingkungan dan memiliki tingkatan ambang stressor lebih rendah dibandingkan dengan laki-laki. Selain itu, adanya depresi pada perempuan juga erat kaitannya dengan ketidakseimbangan hormon sehingga depresi lebih sering terjadi pada perempuan (Sadock, 2010).

Perempuan dua kali lebih sering terdiagnosa depresi dari pada pria karena perubahan hormonal dalam siklus menstruasinya yang berhubungan dengan kehamilan,

kelahiran dan menopause. Hal ini berarti hubungan antara jenis kelamin dengan depresi adalah signifikan. Dimana resiko peningkatan depresi lebih banyak pada wanita tetapi tidak pada pria, karena pada wanita terjadinya disregulasi sistem hormonal dan mengakibatkan aktivasi trombosit lebih besar sehingga mempengaruhi tingkat depresi pada wanita (Ibrahim, 2011).

Dari hasil distribusi derajat depresi subjek penelitian berdasarkan pendidikan, yang paling banyak mengalami depresi adalah subjek penelitian pendidikan SD (72,7%). Ini sesuai dengan penelitian Megitasari (2011) yang menyebutkan bahwa depresi lebih banyak terjadi pada tingkat pendidikan yang lebih rendah. Pendidikan yang rendah berkaitan dengan depresi terutama pada usia lanjut, hal ini karena orang-orang dengan pendidikan yang lebih rendah akan mencapai usia tua dengan penurunan kognitif dan kesehatan fisik yang buruk (Alley & Crimmins, 2010).

Dari hasil distribusi derajat depresi subjek penelitian berdasarkan pekerjaan ternyata yang paling banyak mengalami depresi adalah subjek penelitian yang tidak pernah bekerja. Ini sesuai dengan penelitian Megitasari (2011) yang menyebutkan bahwa depresi banyak terjadi pada yang tidak mempunyai pekerjaan. Tidak mempunyai penghasilan menjadi faktor resiko terjadinya depresi. Selain itu, dari hasil penelitian terlihat bahwa depresi berat terjadi pada mereka yang merupakan pensiunan. Ini juga sesuai dengan penelitian sebelumnya yang menyebutkan bahwa depresi banyak terjadi pada mereka yang kehilangan pekerjaan dan penghasilan (Soejono, Sari, dan Probosuseno, 2009).

Masa pensiun termasuk salah satu masa yang paling rentan terjadi depresi. Hal ini disebabkan banyaknya perubahan yang terjadi pada masa tersebut. Usia yang semakin menua disertai keadaan fisik yang semakin menurun selalu menjadi hal yang menakutkan bagi para pensiunan dalam melanjutkan hidup. Rutinitas sehari-hari berubah, sebagian besar waktu yang biasanya digunakan untuk bekerja kini hanya diisi dengan kegiatan yang tidak banyak menyita waktu. Walaupun tetap memiliki penghasilan, ketakutan akan anggapan yang tak berguna dan akan menjadi beban keluarga. Hal-hal tersebut dapat menyebabkan risiko depresi lebih besar terjadi.

Dari hasil distribusi derajat depresi subjek penelitian berdasarkan status pernikahan, yang mengalami depresi adalah subjek penelitian yang janda/duda. Ini sesuai dengan penelitian Megitasari (2011) yang menyebutkan bahwa depresi banyak terjadi pada yang tidak menikah, bercerai atau kehilangan pasangan hidup (Merck & Co, 2009). Salah satu faktor yang dapat menyebabkan terjadinya depresi adalah status perkawinan dimana orang yang tidak memiliki pasangan terutama perempuan atau berstatus janda lebih rentan terhadap depresi, sehingga seseorang yang kehilangan pasangan hidupnya maka berkurang pula dukungan keluarga terhadapnya. Dimana dukungan keluarga sangat penting bagi lansia karena kurangnya dukungan keluarga dapat mencetuskan depresi, seperti perasaan ditelantarkan atau tidak mendapat perhatian yang memadai dari keluarga (Sadock, 2010)

Dari semua subjek penelitian pasien depresi dengan menderita penyakit kronis adalah pasien hipertensi sebanyak 22.2% dan osteoarthritis sebanyak 50% sedangkan pada pasien hipertensi dengan 1 penyakit penyerta, hipertensi dan osteoarthritis sebanyak 25% sedangkan pasien hipertensi dengan 2 penyakit penyerta, hipertensi, diabetes mellitus, osteoarthritis adalah sebanyak 50%. Ini sesuai dengan penelitian Megitasari (2011) yang menyebutkan bahwa kondisi multipatologik dengan berbagai penyakit kronik semakin meningkatkan kejadian depresi pada usia lanjut (Merck & Co, 2009). Pengobatan yang berkelanjutan membuat lansia merasa terbebani, putus asa dan merasa sakitnya tidak sembuh-sembuh. Hal inilah yang menyebabkan terjadinya depresi pada lansia. Depresi pada lansia semakin meningkat karena penyakit kronis dan pengobatan yang lama.

Dari hasil gambaran status fungsional dalam ADL (*Activity of Daily Living*) berdasarkan derajat depresi, ternyata lebih banyak subjek penelitian depresi yang mengalami ketergantungan sedang dalam ADL (100%) daripada yang tidak depresi (0%). Hal ini sesuai dengan penelitian Megitasari (2011) yang menyatakan bahwa depresi berhubungan dengan gangguan dalam melakukan aktivitas hidup sehari-hari (ADL). Depresi menyebabkan gangguan fungsional, aktivitas fisik, dan

meningkatkan ketergantungan pada orang lain. Selain itu, disabilitas dan ketergantungan pada orang lain juga mempunyai efek depresif sehingga dapat muncul gejala-gejala depresi (Megitasari,2011). Subjek penelitian depresi yang mengalami ketergantungan dalam ADL sebanyak 23 orang dari 67 orang subjek penelitian atau sebanyak 34,3%.

Status fungsional adalah kemampuan seseorang untuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari / ADL (*Activities of Daily Living*). Keadaan status fungsional ini menggambarkan kemampuan umum seseorang dalam memerankan fungsinya sebagai manusia yang mandiri, sekaligus menggambarkan kondisi kesehatannya secara umum (Martono, 2006).

Status / kapasitas fungsional adalah keadaan usia lanjut sebagai hasil interaksi antara kesehatan fisik, psikologis dan sosial-ekonomi (religius spiritual). Interaksi dari ketiga komponen tersebut menunjukkan keadaan fungsional organ dan/atau tubuh secara keseluruhan, sebagai gambaran “kesehatan” pada usia lanjut. Status fungsional ini manifestasinya berupa kemampuan melakukan aktivitas hidup sehari-hari. Status fungsional merujuk pada kemampuan melakukan ADL dasar untuk perawatan diri (*self-care*) seperti mengendalikan rangsang buang air besar, mengendalikan rangsang berkemih, membersihkan diri, penggunaan jamban, makan, berubah sikap dari berbaring ke duduk, berpindah tempat, memakai baju, naik turun tangga, mandi, hingga ADL instrumental untuk derajat/tingkat kinerja yang lebih tinggi seperti menyiapkan makanan, membersihkan peralatan rumah, berbelanja, dan lain sebagainya (Martono, 2006).

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Dari hasil penelitian pada 67 pasien usia lanjut di Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Terdapat sebanyak 24 orang (35,8%) yang mengalami depresi. 43 orang normal (64,2%).
2. Terdapat sebanyak 14 orang (20,9%), yang mengalami ketergantungan ringan dalam melakukan ADL, sebanyak 45 orang (67,2%), dan tidak ada yang mengalami ketergantungan sedang, berat, ataupun total
3. Dari semua subjek penelitian yang tidak mengalami depresi, yang mandiri dalam melakukan ADL sebanyak 92,9%, yang mengalami ketergantungan ringan sebanyak 66,7% dan sebanyak 0% mengalami ketergantungan sedang. Dari semua subjek penelitian yang mengalami depresi, yang mandiri dalam melakukan ADL sebanyak 7,1%, yang mengalami ketergantungan ringan sebanyak 33,3 dan yang mengalami ketergantungan sedang sebanyak 100%. Subjek penelitian depresi yang mengalami ketergantungan ADL lebih banyak daripada subjek yang tidak depresi. Subjek penelitian depresi yang mengalami ketergantungan dalam ADL sebanyak 23 orang dari 67 orang subjek penelitian atau sebanyak 34,3%.

5.2 Saran

1. Perlu lebih diperhatikan deteksi dini depresi pada usia lanjut agar tidak memperberat penyakit fisiknya atau memperburuk status fungsionalnya

2. Karena pada subjek terdapat gambaran depresi pada pasien yang mengalami ketergantungan sedang yang cukup tinggi, maka perlu diperhatikan agar subjek tersebut menjalani terapi dengan baik.
3. Perlu diberikan edukasi bagi para usia lanjut dan keluarganya bahwa munculnya gejala depresi bukan merupakan sesuatu yang normal sebagai bagian dari proses menua. Selain itu, perlu juga diberikan informasi mengenai cara mencegah dan cara menanganinya agar tidak mengganggu status fungsional.

DAFTAR PUSTAKA

- Alley & Crimmins, 2010. *Epidemiology of Ageing in The Sage Handbook of Social Gerontology*, D. Dannefer and C. Philipson (Ed). Los Angeles : Sage.
- Arjadi, Retha. 2012. Terapi Kognitif-Perilaku Untuk Menangani Depresi Pada Lanjut Usia (*Cognitive-Behavior Therapy For Older Adults With Depression*). Tesis. Jurusan Psikologi Universitas Indonesia (tidak dipublikasikan). p. 18-19.
- Badan Pusat Statistik. 2013. Statistik Penduduk Lanjut Usia. Available at : (http://www.bps.go.id/website/pdf_publicasi/watermark%20_Statistik%20Penduduk%20Lansia%20.pdf. Accessed September 6, 2015).
- Belmaker RH, Agam G. 2008. Major Depressive Disorder. 358:55-68.
- BPS Sumsel. 2013. Statistik Penduduk Lanjut Usia Sumatera Selatan 2013. Available at : (http://sumsel.bps.go.id/backend/pdf_publicasi/Statistik-Penduduk-Lanjut-Usia-2013.pdf. Accessed September 6, 2015).
- Burke HM, Davis MC, Otte C, Mohr DC. 2005. Depression and cortisol responses to psychological stress: a meta-analysis. 30:846-56. *J Psychoneuroendocrinology*.
- Christi L. 2006. Gambaran Derajat Depresi dan Faktor-Faktor yang Mempengaruhinya pada Orang Tua dari Anak Berkebutuhan Khusus di Komunitas Percik Insani Bandung [Minor Thesis]. Bandung: Universitas Padjadjaran.
- Darmojo RB. 2014. Gerontologi dan Geriatri di Indonesia. In: Sudoyo AW, Setiyohadi B, Alwi I, K. MS, Setiati S, editors. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. 4 ed. Jakarta: Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam FKUI. p. 1450-6.
- Departemen Kesehatan RI, 2009. *Data Penduduk Sasaran Program Pembangunan Kesehatan 2007-2011*. Jakarta: Pusat Data dan Informasi Departemen Kesehatan RI.
- Departemen Kesehatan RI, 2003. *Indikator Indonesia Sehat 2010*, Jakarta.
- Dinas Kesehatan Kota Palembang. 2013. *Profil Kesehatan Kota Palembang*. Available at : (<http://dinkes.palembang.go.id>. Accessed September 6, 2015).
- Fiske A, Werherell JL, Gatz M. 2009. Depression in Older Adults. *Annu Rev Clin Psychol*. 5:363-89.

- Fried LP. 2004. Epidemiology of Aging: Implications of The Aging of Society. In: Goldman L, Ausiello D, editors. Cecil Textbook of Medicine. 22 ed: Saunders p. 100-2.
- Hawari D. 2002. Manajemen Stres, Cemas, dan Depresi. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Huang CQ, Zhang XM, Dong BR, Lu ZC, You JR, Liu QX. 2010. Health status and risk for depression among the elderly: a meta-analysis of published literature. *Age and Ageing*. 39:23-30.
- Ibrahim. 2011. Gangguan Alam Perasaan : manik depresi. Tangerang : Jelajah Nusa.
- Katon WJ. 2003. Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. *Biol Psychiatry* .54:216-26.
- Kusumawardani, 2010. Buku Ajar Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Jakarta : Badan Penerbit FK UI.
- Lampu Kuñing Ledakan Kaum Rentan. KOMNAS LANSIA; 2009; Available from:
(<http://www.komnaslansia.or.id/modules.php?name=News&file=article&sid=26&mode=thread&order=0&thold=0>).
- Martono H, S IDPP. 2006. Pelayanan Kesehatan, Sosial dan Kesejahteraan Pada Lanjut Usia. In: Sudoyo AW, Setiyohadi B, Alwi I, K. MS, Setiati S, editors. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. 4 ed. Jakarta: Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam FKUI. p. 1443-56.
- Megitasari, Vina. 2011. Gambaran Derajat Depresi dan Status Fungsional dalam *Activities of Daily Living (ADL)* pada Usia Lanjut. Skripsi. Jurusan Fakultas Kedokteran Unpad (tidak dipublikasikan).
- Menkokesra. 2008. Lansia Masa Kini dan Mendatang. Available at : (<http://www.Menkokesra.go.id/>. Accessed August 20 2015).
- Merali Z, Du L, Hrdina P. 2004. Dysregulation in the suicide brain: mRNA expression of corticotropin-releasing hormone receptors and GABA(A) receptor subunits in frontal cortical brain region. 24:1478-85. *J Neurosci*.
- N Engl J Med.
- Raison CL, Miller AH. 2003. When not enough is too much: the role of insufficient glucocorticoid signaling in the pathophysiology of stress-related disorders. 160:1554–1565. *Am. J. Psychiatry*.

- Sadock BJ, Sadock VA. 2003. Kaplan&Sadock's Synopsis of Psychiatry, Behavioral Sciences / Clinical Psychiatry. 9 ed: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sadock BJ, Sadock VA. 2010. Kaplan&Sadock Buku Ajar Psikiatri Klinis. 2nd ed. Jakarta: EGC. p.189-229.
- Setiati S, Harimurti K, Roosheroe AG. 2006. Proses Menua dan Implikasi Klinisnya. In: Sudoyo AW, Setiyohadi B, Alwi I, K. MS, Setiati S, editors. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. 4 ed. Jakarta: Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam FKUI. p. 1345-50.
- Soejono C, Sari NK, Probosuseno. 2009. Depresi pada pasien Usia Lanjut. In: Sudoyo W, Setiyohadi B, Alwi I, Setiati S, Simadibrata M, editors. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. Jakarta: Interna Publishing. p.845-50.
- The Merck Manual of Geriatrics. Merck & Co. 2009. Available from: www.merckmanuals.com.
- Unutzer J. 2007. Late life depression. 357:2269-76. N Engl J Med.
- Utami DS.2002. Depresi Pada Usia Lanjut Penghuni Panti Wredha Budi Pertiwi Bandung [Minor Thesis]. Bandung: Universitas Padjadjaran.
- Wada T, Ishine M, Sakagami T, Kita T, Okumiya K, Mizuno K et al. 2005. Depression, activities of daily living, and quality of life of community-dwelling elderly in three Asian countries: Indonesia, Vietnam, and Japan. Gerontology and Geriatrics. 41:271-280.
- WHO. Definition of an older or elderly person. Available at: (http://www.who.int/whosis/mds/mds_definition. Accessed August 20, 2015).
- Zhang X, 2005. Gainetdinov RR, Beaulieu JM. Loss-of-function mutation in tryptophan hydroxylase-2 identified in unipolar major depression. Neuron. 45:11-6.

NO	JENIS KELAMIN	PENDIDIKAN	PEKERJAAN	STATUS PERNIKAAHAN	RIWAYAT PENYAKIT	GDS	DERAJAT DEPRESI	ADL	STATUS FUNGSIONAL
1	PEREMPUAN	SD	PENSIUN	MENIKAH	HT	6	DEPRESI	16	KETERGANTUNGAN RINGAN
2	PEREMPUAN	SD	IRT	MENIKAH	HT,DM	3	NORMAL	16	KETERGANTUNGAN RINGAN
3	PEREMPUAN	SMP	WIRASWASTA	MENIKAH	HT,OA	4	NORMAL	16	KETERGANTUNGAN RINGAN
4	PEREMPUAN	SMA	PENSIUN	MENIKAH	HT	2	NORMAL	18	KETERGANTUNGAN RINGAN
5	PEREMPUAN	SD	IRT	MENIKAH	DM,OA	2	NORMAL	17	KETERGANTUNGAN RINGAN
6	PEREMPUAN	SD	IRT	JANDA	HT,DM,OA	5	NORMAL	18	KETERGANTUNGAN RINGAN
7	PEREMPUAN	SD	IRT	JANDA	OA	2	NORMAL	18	KETERGANTUNGAN RINGAN
8	LAKI-LAKI	SD	TIDAK BEKERJA	DUDA	HT	2	NORMAL	19	KETERGANTUNGAN RINGAN
9	PEREMPUAN	SMP	TIDAK BEKERJA	MENIKAH	DM	4	NORMAL	18	KETERGANTUNGAN RINGAN
10	LAKI-LAKI	SD	TIDAK BEKERJA	TIDAK MENIKAH	HT,OA	8	DEPRESI	16	KETERGANTUNGAN RINGAN
11	PEREMPUAN	SD	IRT	JANDA	HT,DM,OA	7	DEPRESI	18	KETERGANTUNGAN RINGAN
12	PEREMPUAN	PT	PENSIUN	MENIKAH	HT,PPOK	4	NORMAL	20	NORMAL
13	PEREMPUAN	SD	IRT	JANDA	HT	7	DEPRESI	20	NORMAL
14	PEREMPUAN	SD	TIDAK BEKERJA	JANDA	OA	11	DEPRESI	13	KETERGANTUNGAN SEDANG
15	PEREMPUAN	SD	TIDAK BEKERJA	MENIKAH	HT,PPOK,OA	6	DEPRESI	11	KETERGANTUNGAN SEDANG
16	PEREMPUAN	SD	TIDAK BEKERJA	JANDA	HT,OA	12	DEPRESI	10	KETERGANTUNGAN SEDANG
17	PEREMPUAN	SD	TIDAK BEKERJA	MENIKAH	HT,JANTUNG	10	DEPRESI	14	KETERGANTUNGAN SEDANG
18	PEREMPUAN	SD	IRT	MENIKAH	HT,JANTUNG, OA	10	DEPRESI	14	KETERGANTUNGAN SEDANG
19	PEREMPUAN	SMP	PENSIUN	MENIKAH	JANTUNG	1	NORMAL	20	NORMAL
20	LAKI-LAKI	SMP	PENSIUN	DUDA	HT	4	NORMAL	18	KETERGANTUNGAN RINGAN

21	PEREMPUAN	TIDAK	TIDAK BEKERJA	MENIKAH	JANTUNG	3	NORMAL	19	KETERGANTUNGAN RINGAN
22	LAKI-LAKI	SMP	PENSIUN	DUDA	HT	4	NORMAL	17	KETERGANTUNGAN RINGAN
23	LAKI-LAKI	SD	WIRASWASTA	MENIKAH	HT,OA	6	DEPRESI	19	KETERGANTUNGAN RINGAN
24	PEREMPUAN	PT	PENSIUN	JANDA	DM	7	DEPRESI	18	KETERGANTUNGAN RINGAN
25	LAKI-LAKI	SD	WIRASWASTA	MENIKAH	HT,JANTUNG, OA	6	DEPRESI	19	KETERGANTUNGAN RINGAN
26	PEREMPUAN	PT	PENSIUN	JANDA	HT	5	NORMAL	20	NORMAL
27	PEREMPUAN	SMP	TIDAK BEKERJA	JANDA DITINGGAL MENIKAH	DM,OA	4	NORMAL	18	KETERGANTUNGAN RINGAN
28	LAKI-LAKI	SD	WIRASWASTA	MENIKAH	HT,OA	7	DEPRESI	14	KETERGANTUNGAN SEDANG
29	PEREMPUAN	PT	PENSIUN	JANDA	HT,JANTUNG	1	NORMAL	20	NORMAL
30	LAKI-LAKI	SMA	WIRASWASTA	MENIKAH	HT,OA	3	NORMAL	20	NORMAL
31	LAKI-LAKI	SMA	PENSIUN	MENIKAH	HT,DM	5	NORMAL	20	NORMAL
32	LAKI-LAKI	SMA	PENSIUN	MENIKAH	HT,OA	3	NORMAL	17	KETERGANTUNGAN RINGAN
33	LAKI-LAKI	SMP	PENSIUN	DUDA	PPOK	9	DEPRESI	16	KETERGANTUNGAN RINGAN
34	LAKI-LAKI	SMA	PENSIUN	MENIKAH	OA	1	NORMAL	20	NORMAL
35	LAKI-LAKI	SMA	PENSIUN	MENIKAH	OA	1	NORMAL	20	NORMAL
36	LAKI-LAKI	SMA	PENSIUN	MENIKAH	OA	2	NORMAL	20	NORMAL
37	LAKI-LAKI	SMA	PENSIUN	MENIKAH	HT	2	NORMAL	20	NORMAL
38	LAKI-LAKI	SMA	PENSIUN	MENIKAH	HT,OA	4	NORMAL	19	KETERGANTUNGAN RINGAN
39	LAKI-LAKI	SMA	WIRASWASTA	MENIKAH	DM	5	NORMAL	16	KETERGANTUNGAN RINGAN
40	LAKI-LAKI	SD	WIRASWASTA	MENIKAH	HT,DM	8	DEPRESI	17	KETERGANTUNGAN RINGAN
41	PEREMPUAN	SD	TIDAK BEKERJA	MENIKAH	DM	9	DEPRESI	14	KETERGANTUNGAN SEDANG
42	PEREMPUAN	SD	IRT	MENIKAH	OA	8	DEPRESI	16	KETERGANTUNGAN RINGAN

43	PEREMPUAN	SD	PENSIUN	MENIKAH	DM,OA	7	DEPRESI	16	KETERGANTUNGAN RINGAN
44	LAKI-LAKI	TIDAK	PENSIUN	DUDA	JANTUNG,PPOK	5	NORMAL	16	KETERGANTUNGAN RINGAN
45	PEREMPUAN	SMP	PENSIUN	MENIKAH	OA	6	DEPRESI	17	KETERGANTUNGAN RINGAN
46	LAKI-LAKI	SMP	WIRASWASTA	MENIKAH	OA	7	DEPRESI	19	KETERGANTUNGAN RINGAN
47	LAKI-LAKI	PT	PENSIUN	MENIKAH	HT	4	NORMAL	20	NORMAL
48	LAKI-LAKI	SMA	WIRASWASTA	MENIKAH	HT	3	NORMAL	20	NORMAL
49	LAKI-LAKI	SMA	PENSIUN	MENIKAH	HT	6	DEPRESI	17	KETERGANTUNGAN RINGAN
50	PEREMPUAN	SD	IRT	MENIKAH	DM	5	NORMAL	17	KETERGANTUNGAN RINGAN
51	PEREMPUAN	SMA	PENSIUN	MENIKAH	HT,DM	4	NORMAL	18	KETERGANTUNGAN RINGAN
52	PEREMPUAN	SMA	PENSIUN	MENIKAH	HT	4	NORMAL	20	NORMAL
53	LAKI-LAKI	SMA	PENSIUN	MENIKAH	HT	3	NORMAL	17	KETERGANTUNGAN RINGAN
54	LAKI-LAKI	SMA	PENSIUN	MENIKAH	HT,DM	4	NORMAL	17	KETERGANTUNGAN RINGAN
55	PEREMPUAN	SMA	IRT	JANDA	HT,OA	4	NORMAL	18	KETERGANTUNGAN RINGAN
56	PEREMPUAN	SMA	IRT	DUDA	HT,DM,OA	7	DEPRESI	16	KETERGANTUNGAN RINGAN
57	PEREMPUAN	SMA	IRT	MENIKAH	DM,OA	3	NORMAL	17	KETERGANTUNGAN RINGAN
58	PEREMPUAN	SMA	IRT	JANDA	HT,DM,OA	6	DEPRESI	14	KETERGANTUNGAN SEDANG
59	PEREMPUAN	SMA	IRT	MENIKAH	HT,DM	3	NORMAL	16	KETERGANTUNGAN RINGAN
60	PEREMPUAN	SMA	IRT	MENIKAH	HT,DM,OA	3	NORMAL	17	KETERGANTUNGAN RINGAN
61	PEREMPUAN	SMA	IRT	MENIKAH	HT	3	NORMAL	18	KETERGANTUNGAN RINGAN
62	LAKI-LAKI	PT	PENSIUN	DUDA	HT	5	NORMAL	18	KETERGANTUNGAN RINGAN
63	LAKI-LAKI	PT	PENSIUN	DUDA	HT,DM,OA	4	NORMAL	17	KETERGANTUNGAN RINGAN

64	PEREMPUAN	TIDAK	IRT	MENIKAH	HT,DM	5	NORMAL	19	KETERGANTUNGAN RINGAN
65	PEREMPUAN	SMP	IRT	MENIKAH	HT	7	DEPRESI	17	KETERGANTUNGAN RINGAN
66	PEREMPUAN	SMA	IRT	MENIKAH	HT	3	NORMAL	18	KETERGANTUNGAN RINGAN
67	PEREMPUAN	SMA	IRT	MENIKAH	HT	4	NORMAL	18	KETERGANTUNGAN RINGAN

DATA UMUM

1. Nama :
2. Jenis Kelamin : L / P
3. Usia :
4. Alamat :
5. Pendidikan Terakhir:
 - Tidak sekolah
 - SD
 - SMP
 - SMA
 - Perguruan Tinggi
6. Pekerjaan:
 - Tidak bekerja
 - Pegawai negeri
 - Pegawai swasta
 - Wiraswasta
 - Pensiunan
 - Ibu rumah tangga
7. Status Pernikahan:
 - Tidak menikah
 - Menikah
 - Janda / Duda
8. Riwayat Penyakit Kronis:
 - Hipertensi
 - Diabetes Mellitus
 - Penyakit Jantung
 - Penyakit Paru Obstruktif Kronis
 - Arthritis

LAMPIRAN

Frequencies

Statistics

JENIS KELAMIN		
N	Valid	67
	Missing	0

JENIS KELAMIN					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	LAKI-LAKI	27	40.3	40.3	40.3
	PEREMPUAN	40	59.7	59.7	100.0
	Total	67	100.0	100.0	

Frequencies

Statistics

PENDIDIKAN TERAKHIR		
N	Valid	67
	Missing	0

PENDIDIKAN TERAKHIR					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	PT	7	10.4	10.4	10.4
	SD	22	32.8	32.8	43.3
	SMA	25	37.3	37.3	80.6
	SMP	10	14.9	14.9	95.5
	TIDAK	3	4.5	4.5	100.0
	Total	67	100.0	100.0	

Frequencies

Frequencies

Statistics

JENIS KELAMIN

N	Valid	67
	Missing	0

JENIS KELAMIN

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	LAKI-LAKI	27	40.3	40.3	40.3
	PEREMPUAN	40	59.7	59.7	100.0
Total		67	100.0	100.0	

Frequencies

Statistics

PENDIDIKAN TERAKHIR

N	Valid	67
	Missing	0

PENDIDIKAN TERAKHIR

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	PT	7	10.4	10.4	10.4
	SD	22	32.8	32.8	43.3
	SMA	25	37.3	37.3	80.6
	SMP	10	14.9	14.9	95.5
	TIDAK	3	4.5	4.5	100.0
Total		67	100.0	100.0	

Frequencies

Statistics

PEKERJAAN RESPONDEN

N	Valid	67
	Missing	0

PEKERJAAN RESPONDEN

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid IRT	20	29.9	29.9	29.9
PENSIUN	28	41.8	41.8	71.6
TIDAK BEKERJA	10	14.9	14.9	86.6
WIRASWASTA	9	13.4	13.4	100.0
Total	67	100.0	100.0	

Frequencies

Statistics

STATUS PERNIKAAHAN

N	Valid	67
	Missing	0

STATUS PERNIKAAHAN

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid DUDA	8	11.9	11.9	11.9
JANDA	11	16.4	16.4	28.4
JANDA DITINGGAL MENIKAH	1	1.5	1.5	29.9
MENIKAH	46	68.7	68.7	98.5
TIDAK MENIKAH	1	1.5	1.5	100.0
Total	67	100.0	100.0	

Frequencies

Statistics

RIWAYAT PENYAKIT

N	Valid	67
	Missing	0

RIWAYAT PENYAKIT

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid DM	5	7.5	7.5	7.5
DM,OA	4	6.0	6.0	13.4
HT	18	26.9	26.9	40.3
HT,DM	7	10.4	10.4	50.7
HT,DM,OA	6	9.0	9.0	59.7
HT,JANTUNG	2	3.0	3.0	62.7
HT,JANTUNG,OA	2	3.0	3.0	65.7
HT,OA	9	13.4	13.4	79.1
HT,PPOK	1	1.5	1.5	80.6
HT,PPOK,OA	1	1.5	1.5	82.1
JANTUNG	2	3.0	3.0	85.1
JANTUNG,PPOK	1	1.5	1.5	86.6
OA	8	11.9	11.9	98.5
PPOK	1	1.5	1.5	100.0
Total	67	100.0	100.0	

Frequencies**Statistics**

DERAJAT DEPRESI

N	Valid	67
	Missing	0

DERAJAT DEPRESI

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid DEPRESI	24	35.8	35.8	35.8
NORMAL	43	64.2	64.2	100.0
Total	67	100.0	100.0	

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
JENIS KELAMIN * DERAJAT DEPRESI	67	100.0%	0	.0%	67	100.0%

JENIS KELAMIN * DERAJAT DEPRESI Crosstabulation

			DERAJAT DEPRESI		Total
			DEPRESI	NORMAL	
JENIS KELAMIN	LAKI-LAKI	Count	8	19	27
		% within JENIS KELAMIN	29.6%	70.4%	100.0%
	PEREMPUAN	Count	16	24	40
		% within JENIS KELAMIN	40.0%	60.0%	100.0%
Total		Count	24	43	67
		% within JENIS KELAMIN	35.8%	64.2%	100.0%

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
PENDIDIKAN TERAKHIR * DERAJAT DEPRESI	67	100.0%	0	.0%	67	100.0%

PENDIDIKAN TERAKHIR * DERAJAT DEPRESI Crosstabulation

			DERAJAT DEPRESI		Total
			DEPRESI	NORMAL	
PENDIDIKAN TERAKHIR	PT	Count % within PENDIDIKAN TERAKHIR	1 14.3%	6 85.7%	7 100.0%
	SD	Count % within PENDIDIKAN TERAKHIR	16 72.7%	6 27.3%	22 100.0%
	SMA	Count % within PENDIDIKAN TERAKHIR	3 12.0%	22 88.0%	25 100.0%
	SMP	Count % within PENDIDIKAN TERAKHIR	4 40.0%	6 60.0%	10 100.0%
	TIDAK	Count % within PENDIDIKAN TERAKHIR	0 .0%	3 100.0%	3 100.0%
Total		Count % within PENDIDIKAN TERAKHIR	24 35.8%	43 64.2%	67 100.0%

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
PEKERJAAN RESPONDEN * DERAJAT DEPRESI	67	100.0%	0	.0%	67	100.0%

PEKERJAAN RESPONDEN * DERAJAT DEPRESI Crosstabulation

			DERAJAT DEPRESI		Total
			DEPRESI	NORMAL	
PEKERJAAN RESPONDEN	IRT	Count	7	13	20
		% within PEKERJAAN RESPONDEN	35.0%	65.0%	100.0%
	PENSIUN	Count	6	22	28
		% within PEKERJAAN RESPONDEN	21.4%	78.6%	100.0%
	TIDAK BEKERJA	Count	6	4	10
		% within PEKERJAAN RESPONDEN	60.0%	40.0%	100.0%
	WIRASWASTA	Count	5	4	9
		% within PEKERJAAN RESPONDEN	55.6%	44.4%	100.0%
Total	Count	24	43	67	
	% within PEKERJAAN RESPONDEN	35.8%	64.2%	100.0%	

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
STATUS PERNIKAAHAN * DERAJAT DEPRESI	67	100.0%	0	.0%	67	100.0%

STATUS PERNIKAAHAN * DERAJAT DEPRESI Crosstabulation

			DERAJAT DEPRESI		Total
			DEPRESI	NORMAL	
STATUS PERNIKAAHAN	DUDA	Count % within STATUS PERNIKAAHAN	2 25.0%	6 75.0%	8 100.0%
	JANDA	Count % within STATUS PERNIKAAHAN	6 54.5%	5 45.5%	11 100.0%
	JANDA DITINGGAL MENIKAH	Count % within STATUS PERNIKAAHAN	0 .0%	1 100.0%	1 100.0%
	MENIKAH	Count % within STATUS PERNIKAAHAN	15 32.6%	31 67.4%	46 100.0%
	TIDAK MENIKAH	Count % within STATUS PERNIKAAHAN	1 100.0%	0 .0%	1 100.0%
Total		Count % within STATUS PERNIKAAHAN	24 35.8%	43 64.2%	67 100.0%

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
RIWAYAT PENYAKIT * DERAJAT DEPRESI	67	100.0%	0	.0%	67	100.0%

RIWAYAT PENYAKIT * DERAJAT DEPRESI Crosstabulation

			DERAJAT DEPRESI		Total
			DEPRESI	NORMAL	
RIWAYAT PENYAKIT	DM	Count	2	3	5
		% within RIWAYAT PENYAKIT	40.0%	60.0%	100.0%
	DM,OA	Count	1	3	4
		% within RIWAYAT PENYAKIT	25.0%	75.0%	100.0%
	HT	Count	4	14	18
		% within RIWAYAT PENYAKIT	22.2%	77.8%	100.0%
	HT,DM	Count	1	6	7
		% within RIWAYAT PENYAKIT	14.3%	85.7%	100.0%
	HT,DM,OA	Count	3	3	6
		% within RIWAYAT PENYAKIT	50.0%	50.0%	100.0%
	HT,JANTUNG	Count	1	1	2
		% within RIWAYAT PENYAKIT	50.0%	50.0%	100.0%
	HT,JANTUNG,OA	Count	2	0	2
		% within RIWAYAT PENYAKIT	100.0%	.0%	100.0%
	HT,OA	Count	4	5	9
		% within RIWAYAT PENYAKIT	44.4%	55.6%	100.0%
	HT,PPOK	Count	0	1	1
		% within RIWAYAT PENYAKIT	.0%	100.0%	100.0%
	HT,PPOK,OA	Count	1	0	1
		% within RIWAYAT PENYAKIT	100.0%	.0%	100.0%
JANTUNG	Count	0	2	2	
	% within RIWAYAT PENYAKIT	.0%	100.0%	100.0%	
JANTUNG,PPOK	Count	0	1	1	
	% within RIWAYAT PENYAKIT	.0%	100.0%	100.0%	
OA	Count	4	4	8	
	% within RIWAYAT PENYAKIT	50.0%	50.0%	100.0%	
PPOK	Count	1	0	1	
	% within RIWAYAT PENYAKIT	100.0%	.0%	100.0%	
Total	Count	24	43	67	
	% within RIWAYAT PENYAKIT	35.8%	64.2%	100.0%	

STATUS FUNGSIONAL * DERAJAT DEPRESI Crosstabulation

			DERAJAT DEPRESI		Total
			DEPRESI	NORMAL	
STATUS FUNGSIONAL	KETERGANTUNGAN RINGAN	Count % within STATUS FUNGSIONAL	15 33.3%	30 66.7%	45 100.0%
	KETERGANTUNGAN SEDANG	Count % within STATUS FUNGSIONAL	8 100.0%	0 .0%	8 100.0%
	NORMAL	Count % within STATUS FUNGSIONAL	1 7.1%	13 92.9%	14 100.0%
Total		Count % within STATUS FUNGSIONAL	24 35.8%	43 64.2%	67 100.0%

FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALEMBANG

SK. DIRJEN DIKTI NO. 2130 / D / T / 2008 TGL. 11 JULI 2008 : IZIN PENYELENGGARA PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER

Kampus B : Jl. KH. Bhalqi / Talang Banten 13 Ulu Telp. 0711 - 520045
Fax : 0711 516899 Palembang (30263)

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Palembang, 26 Oktober 2015.

Nomor : 1653 /I-13/FK-UMP/X/2015
Lampiran : -
Perihal : Mohon izin Penelitian

Kepada : Yth. Sdr. Direktur
Rumah Sakit Muhammadiyah
Palembang
Di
Palembang.

Assalamu'alaikum. Wr. Wb.

Ba'da salam, semoga kita semua mendapatkan rahmat dan hidayah dari Allah SWT, Amin Ya Robbal Alamin.

Sehubungan dengan rencana pelaksanaan penelitian dan penyusunan skripsi mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang, atas nama :

Nama : Sheny Fitshara.
NIM : 702012 048
Jurusan : Ilmu Kedokteran
Judul Skripsi : Gambaran Status Fungsional Pada Pasien Lansia yang Mengalami Depresi di Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang.

Maka dengan ini kami mohon kepada Saudara agar kiranya berkenan memberikan ijin penelitian yang dibutuhkan dalam penyusunan skripsi kepada nama tersebut diatas di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang.

Demikian, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Billahittaufiq Walhidayah.

Wassalamu'alaikum. Wr. Wb.



Dekan

Dr. HM. Ali Muchtar, M.Sc.
NBM/NIDN. 1062484/0020084707

Tembusan :

1. Yth. Wakil Dekan I, II, III, IV FK UMP.
2. Yth. Ka. UPK FK UMP.
3. Arsip.



SURAT KETERANGAN

No: 1769 /KET/D-3/RSMP/XII/2015

Assalamu'alaikum Wr.Wb

Menindaklanjuti surat dari Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang Nomor : 1653 /I-13/FK-UMP/X/2015 tertanggal 26 Oktober 2015 perihal Permohonan Izin Penelitian.

Yang bertanda tangan dibawah ini menerangkan bahwa :

Nama : Sheny Fitshara
NIM : 702012048
Jurusan : Ilmu Kedokteran
Perguruan Tinggi : Universitas Muhammadiyah Palembang

Benar telah melakukan Pengambilan Data dan Penelitian di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang dari tanggal 10 – 17 November 2015 dengan judul Penelitian "Gambaran Status Fungsional Pada Pasien Lansia Yang Mengalami Depresi di Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang."

Demikianlah surat keterangan ini dibuat sebenar-benarnya, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya

***Nasrunminallah Wafathun Qarib
Wassalamu'alaikum Wr.Wr***

Palembang, 03 Rabiul Awal 1437 H
15 Desember 2015 M

Direktur,

dr. Panrestu Widodo, MARS
NBP. 08.67.0307

BIODATA

Nama : Sheny Fitshara
Tempat Tanggal Lahir : Palembang, 6 April 1993
Alamat : Jalan Soekarno-Hatta Komp.Putri Wulan BSI
No.122 RT.04 RW.05
Telp/Hp : 082176692584
Email : fitsharasheny@ymail.com
Agama : Islam
Nama Orang Tua
 Ayah : H. Syahran Effendy
 Ibu : Dra. Hj.Ani Hairani, M,Si
Jumlah Saudara : 1 (Satu)
Anak Ke : 1 (Satu)
Riwayat Pendidikan : 1. SDI AZ-ZAHRAH (1999-2005)
2. SMPN 17 PALEMBANG (2005-2008)
3. SMAN 1 PALEMBANG (2008-2011)
4. Fakultas Kedokteran Universitas
Muhammadiyah Palembang (2012-Sekarang)



Palembang, Januari 2016



(Sheny Fitshara)