

PERPUSTAKAAN  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH  
No. DAFTAR : 005 / Per-UM / 2012  
TANGGAL : 29-3-2012.

**GAMBARAN PENYEBAB DEPRESI PADA LANSIA  
DI TRESNA WERDHA WARGA TAMA INDRALAYA  
DAN TRESNA WERDHA TERATAI PALEMBANG**

**SKRIPSI**

Sebagai Salah Satu Syarat Memperoleh Gelar  
Sarjana Kedokteran (S.Ked)

Oleh:

**FERY MAYASARI**

**NIM : 702008030**



**FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALEMBANG  
2012**



**HALAMAN PENGESAHAN**

**GAMBARAN PENYEBAB DEPRESI PADA LANSIA  
DI TRESNA WERDHA WARGA TAMA INDRALAYA  
DAN TRESNA WERDHA TERATAI PALEMBANG**

Dipersiapkan dan disusun oleh  
**FERY MAYASARI**  
**NIM : 70 2008 030**

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

Pada tanggal 3 Maret 2012

**Menyetujui :**

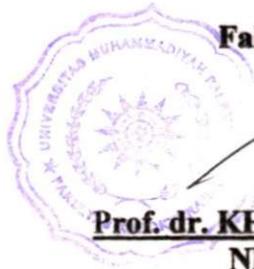


**dr. Achmad Junaidi, Sp.S**  
**Pembimbing Pertama**



**dr. Mitavani**  
**Pembimbing Kedua**

**Dekan**  
**Fakultas Kedokteran**



  
**Prof. dr. KHM. Arsyad, DABK, Sp.And**  
**NIDN. 0002 064 803**

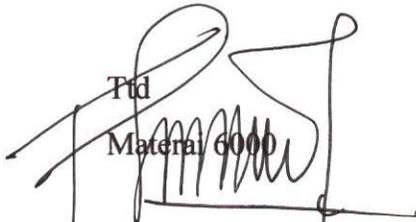
## PERNYATAAN

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 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, 21 Februari 2012

Yang membuat pernyataan

Ttd  
Materai 6000  
  
( FERY MAYASARI )

NIM : 70 2008 030



## HALAMAN PERSEMBAHAN DAN MOTTO

*“Jangan Pernah Berputus Asa Atas Segala Halangan Yang Ada Sepanjang Hidup Mu, Mendekatlah Kepada Allah SWT, Kedua Orang Tua Mu Dan Keluarga Mu, Serta Berusahalah!!! Karena Jika kita Telah diberikan Kesempatan Oleh-Nya Itu Karena Kita Telah Dipercaya Mampu Untuk Menyelesaikannya”*

*Sujud Syukur Hamba PadaMu Ya Allah...  
Kupersembahkan Karya Sederhana ini untuk  
Papa dan Mamaku Tercinta  
Saudara-Saudara Ku Tersayang  
Dan Kekasihku Yang Ku Sayang*

## ABSTRAK

### GAMBARAN PENYEBAB DEPRESI PADA LANSIA DI TRESNA WERDHA WARGA TAMA INDRALAYA DAN TRESNA WERDHA TERATAI PALEMBANG

Depresi adalah suasana perasaan tertekan (*depressed mood*) yang merupakan suatu diagnosis penyakit atau sebagai sebuah gejala atau respons dari kondisi penyakit lain. Depresi merupakan gangguan mental yang sering terjadi pada lansia. Depresi sering berkomorbid dengan penyakit lain, oleh karena itu gejala dan keluhannya sering tersamar dan bertumpang tindih dengan kondisi penyakit lain yang diderita, bahkan dengan proses penuaan normal sendiri. Pada Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran penyebab depresi pada lansia di Tresna Werdha Warga Tama Indralaya dan Tresna Werdha Teratai Palembang. Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif yang didukung oleh metode pengumpulan data secara primer menggunakan kuesioner *Geriatric Depression Scale* dan kuesioner faktor-faktor penyebab depresi. penelitian dilakukan selama bulan februari 2012. Sampel yang didapat berjumlah 90 orang penghuni panti yang memenuhi kriteria inklusi dan eklusi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 76,6% (69 orang) mengalami depresi. Berdasarkan faktor penyebab depresi, faktor gangguan fisik menunjukkan 60,8% (42 orang) dengan 19 orang (27,5%) adalah penyakit stroke sebagai penyebab terbanyak gangguan fisik. Berdasarkan analisis hubungan didapatkan bahwa umur, jenis kelamin, dan status pernikahan tidak ada hubungan ( $\chi^2 \leq 3,84146$ ) dan bukan merupakan faktor resiko terjadinya depresi pada lansia.

***Kata kunci: depresi, lansia, tresna werdha, penyebab depresi***

## **ABSTRACT**

### ***A Description of Depression Causes of Elderly at Tresna Werdha Warga Tama Indralaya and Tresna Werdha Teratai Palembang Nursing Homes.***

*Depression is a depressed mood which is a disease diagnosis or a symptom of other diseases. Depression is a mental disruption which often happens in elderly. Depression often combines with other diseases, therefore symptom and complaint are often difficult to diagnose overlapping with other diseases suffered, even with normal aging itself. The objective of this study was to find out a description of depression causes of elderly at Tresna Werdha Warga Tama and Tresna Werdha Teratai nursing homes in Indralaya and Palembang. This descriptive study is also supported by the collection of data using Geriatric Depression Scale questionnaire which asked factors contributing depression. The research was conducted in February 2012. 90 elders were selected based on inclusive and exclusive criteria to participate in the study. The result showed that 76,6% (69 people) had a depression. It was found that 60,8% (42 people) had a depression because of physical disruption factor. The study also revealed that stroke as the major factor of physical disruption as there were 19 people (27,5%) who suffered from stroke. Based on the analysis of the relationship was found that age, sex, and marital status has nothing to do ( $x^2 \leq 3,84146$ ) and not a risk factor for depression in elderly.*

***Key word: depression, elderly, Tresna Werdha Nursing Home, depression causes***

## KATA PENGANTAR

Puji syukur ke hadirat Allah SWT karena atas rahmat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “*Gambaran Penyebab Depresi Pada Lansia Di Tresna Werdha Warga Tama Indralaya Dan Tresna Werdha Teratai Palembang*”. Tidak lupa pula shalawat dan salam dihadiahkan kepada nabi besar sekaligus sebagai tauladan kita Nabi Muhammad SAW yang telah membawa kita dari zaman jahilliyah ke zaman islamiah.

Skripsi ini disusun sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Kedokteran (S.Ked) pada Program Studi Pendidikan Dokter Umum di Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang.

Penulis dapat menyusun skripsi ini tentu tidak lepas dari bantuan berbagai pihak, baik secara moril maupun secara material. Oleh karena itu dengan segala kerendahan hati dan pernyataan yang tulus, penulis mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada:

1. Prof. Dr. KHM. Arsyad, DABK, Sp.And selaku Dekan Fakultas Kedokteran Muhammadiyah Palembang.
2. dr. Achmad Junaidi, Sp.S selaku pembimbing pertama
3. dr. Mitayani selaku pembimbing kedua
4. dr. Iskandar, DT&MH., M.Kes., Sp.Par.K

Yang senantiasa meluangkan waktunya untuk memberikan bimbingan, pengarahan, dan masukkan di sela-sela kesibukannya sehingga skripsi ini dapat terselesaikan tepat pada waktunya.

Penulis sadar bahwa skripsi ini jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu kritik dan saran yang membangun sangat diharapkan oleh penulis. Penulis berharap semoga skripsi ini dapat memberikan manfaat untuk pembaca dan penelitian selanjutnya.

Palembang, Februari 2012

Penulis

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	i
<b>HALAMAN PERNYATAAN</b> .....	ii
<b>HALAMAN PERSEMBAHAN DAN MOTTO</b> .....	iii
<b>ABSTRAK</b> .....	iv
<b>ABSTRACT</b> .....	v
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	vi
<b>DAFTAR ISI</b> .....	vii
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	xi
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	xiii
<b>BAB I. PENDAHULUAN</b>	
1.1. Latar Belakang .....	1
1.2. Rumusan Masalah .....	2
1.3. Tujuan Penelitian .....	2
1.4. Manfaat Penelitian .....	3
1.5. Keaslian Penelitian .....	3
<b>BAB II. TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Depresi .....	5
2.1.1 Definisi .....	5
2.1.2 Etiologi .....	5
2.1.2.1 Faktor Biologi .....	5
2.1.2.2 Faktor Genetik .....	7
2.1.2.3 Faktor Psikososial .....	8
2.2 Depresi Pada Lansia .....	9

2.3	Gambaran Klinis .....	10
2.4	Faktor-Faktor Penyebab Depresi Pada Lansia .....	12
2.5	Dampak Depresi Pada Lansia .....	13
2.6	Skrining Depresi Pada Lansia dengan <i>Geriatric Depression Scale</i> .....	14
2.7	Derajat Depresi dan Penegakkan Diagnosis .....	15
2.8	Lansia .....	17
2.8.1	Definisi .....	17
2.9	Panti Jompo .....	17
2.9.1	Definisi .....	17
2.10	Kerangka Teori .....	19
2.11	Hipotesis.....	19

### **BAB III. METODE PENELITIAN**

3.1	Jenis Penelitian .....	20
3.2	Waktu dan Tempat Penelitian .....	20
3.3	Populasi dan Sampel .....	20
3.3.1	Populasi .....	20
3.3.2	Sampel dan Besar Sampel .....	20
3.3.3	Kriteria Inklusi dan Eksklusi .....	20
3.3.4	Cara Pengambilan Sampel .....	21
3.4	Variabel Penelitian .....	21
3.4.1	Variabel Dependen.....	21
3.4.2	Variabel Independen .....	21
3.5	Definisi Operasional .....	22
3.5.1	Umur .....	22
3.5.2	Jenis Kelamin .....	22
3.5.3	Status Pernikahan .....	22
3.6	Cara Pengumpulan Data .....	23
3.6.1	Data Primer .....	23
3.7	Metode Teknis Analisis Data .....	23

3.7.1. Cara Pengolahan dan Analisis Data .....	23
3.7.1.1 Cara Pengolahan .....	23
3.7.1.2 Analisis Data .....	24
3.8. Alur Penelitian .....	25

#### **BAB IV. HASIL DAN PEMBAHASAN**

4.1 Gambaran Umum Tresna Werdha.....	26
4.2 Hasil.....	27
4.3 Pembahasan.....	36

#### **BAB V. KESIMPULAN DAN SARAN**

5.1 Kesimpulan.....	39
5.2 Saran.....	39

#### **DAFTAR PUSTAKA**

#### **LAMPIRAN**

#### **BIODATA RINGKAS ATAU RIWAYAT HIDUP**

## DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
Tabel 1. Jumlah Lansia Yang Masuk Dalam Kriteria Eklusi Dan Besar Sampel Yang Di Dapat	29
Tabel 2. Distribusi Subyek Penelitian Berdasarkan Umur	29
Tabel 3. Distribusi Subyek Penelitian Berdasarkan Jenis Kelamin	30
Tabel 4. Distribusi Subyek Penelitian Berdasarkan Status Pernikahan	32
Tabel 5. Distribusi Angka Kejadian Depresi	30
Tabel 6. Distribusi Angka Kejadian Penyebab Depresi Dengan Gangguan Fisik dan Tidak Gangguan Fisik	31
Tabel 7. Distribusi Angka Kejadian Depresi Dengan Satu Atau Lebih Gangguan Fisik	32
Tabel 8. Distribusi Angka Kejadian Depresi Dengan Faktor Kehilangan Dan Tidak Kehilangan	33
Tabel 9. Distribusi Angka Kejadian Depresi Berdasarkan Faktor Kehilangan Pasangan Hidup, Faktor Kehilangan Pekerjaan, Faktor Kehilangan Perhatian Keluarga Atau Gabungan Faktor Kehilangan	34
Tabel 10. Distribusi Depresi Berdasarkan Umur	35
Tabel 11. Distribusi Depresi Berdasarkan Jenis Kelamin	36
Tabel 12. Distribusi Depresi Berdasarkan Status Pernikahan	36

## DAFTAR LAMPIRAN

Daftar Lampiran

Lampiran 1. Kuesioner *Mini Mental State Examination*

Lampiran 2. Kuesioner *Geriatric Depression Scale*

Lampiran 3. Kuesioner Faktor-Faktor Penyebab Depresi Pada Lansia

Lampiran 4. Perhitungan *Chi-Square Test*

Lampiran 5. Surat Keterangan Telah Selesai Penelitian Di Tresna Werdha  
Teratai Palembang

Lampiran 6. Surat Keterangan Telah Selesai Penelitian Di Tresna Werdha  
Warga Tama Indralaya

Lampiran 7. Daftar Nama Penghuni Panti Di Tresna Werdha Teratai  
Palembang

Lampiran 8. Daftar Nama Penghuni Panti Di Tresna Werdha Warga Tama  
Indralaya

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Lanjut usia dikatakan sebagai tahap akhir perkembangan pada daur kehidupan manusia (Keliat,1999). Lanjut usia bisa juga dikatakan sebagai usia emas karena tidak semua orang dapat mencapai usia tersebut. Menurut Undang-Undang Nomor 13 tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia, yang dimaksud dengan lanjut usia adalah penduduk yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas (Depsos, 1996). Oleh karena itu, orang yang berusia lanjut juga memerlukan perhatian yang cukup baik yang bersifat promotif maupun preventif agar ia dapat menikmati masa usia emas serta menjadi usia lanjut yang berguna dan bahagia.

Badan kesehatan dunia WHO menyatakan bahwa penduduk lansia di Indonesia pada tahun 2020 mendatang sudah mencapai angka 11,34% atau tercatat 28,8 juta orang, balitanya tinggal 6,9% yang menyebabkan jumlah penduduk lansia terbesar di dunia (Badan Pusat Statistik, 2007).

Adanya peningkatan jumlah lanjut usia (Lansia) sekarang ini tidak hanya terjadi di negara-negara maju saja, tetapi di Indonesia pun terjadi hal yang serupa. Penduduk usia lanjut dua tahun terakhir mengalami peningkatan yang signifikan pada tahun 2007, jumlah penduduk lanjut usia sebesar 18,96 juta jiwa dan meningkat menjadi 20.547.541 pada tahun 2009 (*U.S. Census Bureau, International Data Base, 2009*) jumlah ini termasuk terbesar keempat setelah China, India dan Jepang.

Terdapat empat gangguan mental yang sering ditemukan pada lanjut usia adalah depresi, insomnia, anxietas, dan delirium (Depkes, 2000). Tingginya angka lansia membutuhkan perhatian khusus, salah satunya adalah gejala depresi yang sering muncul pada lansia. Depresi sering berkomorbid dengan penyakit lain, oleh karena itu gejala dan keluhannya sering tersamar dan bertumpang tindih dengan kondisi penyakit lain yang diderita, bahkan dengan proses penuaan normal sendiri. Hal ini akan menyulitkan diagnosis yang berakibat tidak tertanganinya

depresi, sehingga dapat memperburuk prognosis, meningkatkan disabilitas dan mortalitas. Diperkirakan pada 60% pasien depresi ada komorbiditas dengan penyakit fisik (Dewi, S.Y,2007). Menurut Stanley dan Beare (2007) dalam buku Asuhan Keperawatan Geriatrik (2008) bahwa dampak terbesarnya depresi yaitu sering terjadi penurunan kualitas hidup dan menghambat pemenuhan tugas-tugas perkembangan lansia.

Berdasarkan penelitian Puri (2010) dinyatakan bahwa angka kejadian depresi pada lansia di Panti Tresna Werdha Warga Tama Indralaya menunjukkan bahwa sebanyak 73,1% (38 orang) lansia yang mengalami depresi dengan rincian 59,6% lansia (31 orang) mengalami depresi ringan, 7,7% (4 orang) mengalami depresi sedang dan 5,7% (3 orang) mengalami depresi berat sedangkan di Panti Tresna Werdha Teratai Palembang menunjukkan bahwa dari 32 orang lansia, ditemukan 47% penghuni menderita depresi yang terdiri dari 41% depresi ringan dan 6% depresi berat (Badriasnyah, 2006).

Berdasarkan data uraian diatas maka peneliti perlu melakukan penelitian mengenai gambaran penyebab depresi pada lansia di Tresna Werdha Warga Tama Indralaya dan Tresna Werdha Teratai Palembang.

## **1.2 Rumusan Masalah**

1. Bagaimana gambaran penyebab depresi pada lansia di Tresna Werdha Warga Tama Indralaya dan Tresna Werdha Teratai Palembang?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mengetahui gambaran penyebab depresi pada lansia di Tresna Werdha Warga Tama Indralaya dan Tresna Werdha Teratai Palembang

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mengetahui angka kejadian depresi pada lansia di Tresna Werdha Warga Tama Indralaya dan Tresna Werdha Teratai Palembang.

2. Mengetahui gambaran terbesar penyebab depresi pada lansia di Tresna Werdha Warga Tama Indralaya dan Tresna Werdha Teratai Palembang.
3. Mengetahui hubungan depresi pada lansia di Tresna Werdha Warga Tama Indralaya dan Tresna Werdha Teratai Palembang berdasarkan usia, jenis kelamin, dan status pernikahan

#### **1.4 Manfaat Penelitian**

1. Bagi komunitas ( keluarga dan masyarakat)

Masyarakat dapat memberikan dukungan lebih dan semangat bagi para lansia yang berada disekitar lingkungan maupun keluarganya agar lebih memberikan perhatian khususnya lansia yang mengalami depresi.

2. Bagi instansi pendidikan

Dapat digunakan untuk menambah khasanah ilmu kedokteran mengenai geriatri dan sebagai acuan penelitian lanjutan yang berkaitan dengan gambaran penyebab depresi pada lansia di Panti Jompo.

3. Bagi peneliti

Menambah wawasan peneliti tentang gambaran penyebab depresi pada lansia di Panti Jompo. Sehingga dapat memberikan penanganan yang optimal dan memberikan sumbangan pemikiran mengenai gangguan depresi yang terjadi pada lansia.

#### **1.5 Keaslian Penelitian**

Penelitian tentang depresi pada Lansia sudah sering dilakukan. Penelitian yang berhubungan dengan penelitian ini adalah:

1. Penelitian Try Merdeka Puri (2010), Insidensi Depresi Dan Karakteristiknya Pada Lansia Di Panti Tresna Werdha Warga Tama Indralaya. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan pendekatan *cross sectional* yang didukung metode pengumpulan data secara kualitatif. Penelitian dilakukan dengan teknik wawancara yang terstruktur, pertanyaan yang diajukan meliputi karakteristik sosiodemografi dan pertanyaan-pertanyaan berdasarkan Skala

Depresi Hamilton. Sampel yang didapat berjumlah 52 orang lansia. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 73,1 % (38 orang) lansia yang mengalami depresi dengan rincian, 59,6% lansia (31 orang) mengalami depresi ringan, 7,7% (4 orang) mengalami depresi sedang, dan 5,7% (3 orang) mengalami depresi berat.

2. Penelitian Rio Prasetyo Badriansyah (2006), Angka Kejadian Depresi Pada Lansia Di Panti Tresna Werdha Teratai Palembang Propinsi Sumatera Selatan. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam terhadap penghuni panti. Sampel didapat berjumlah 32 orang penghuni panti yang memenuhi kriteria dapat berkomunikasi dengan baik. Pertanyaan yang diajukan meliputi karakteristik sosiodemografi dan pertanyaan-pertanyaan yang didasarkan pada skala depresi hamilton. Jenis penelitian yang dilakukan adalah penelitian deskriptif yang didukung metode pengumpulan secara kualitatif. Hasil penelitian ditemukan 47% penghuni menderita depresi yang terdiri dari 41% depresi ringan dan 6% depresi berat.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Depresi**

##### **2.1.1 Definisi**

Depresi merupakan suatu gangguan *mood*. *Mood* adalah suasana perasaan yang meresap dan menetap yang dialami secara internal dan yang mempengaruhi perilaku seseorang dan persepsinya terhadap dunia (Kaplan, 2010) .

Menurut Kaplan, depresi merupakan salah satu gangguan *mood* yang ditandai oleh hilangnya perasaan kendali dan pengalaman subjektif adanya penderitaan berat. *Mood* adalah keadaan emosional internal yang meresap dari seseorang, dan bukan afek, yaitu ekspresi dari isi emosional saat itu (Kaplan, 2010).

Depresi ialah suasana perasaan tertekan (*depressed mood*) yang dapat merupakan suatu diagnosis penyakit atau sebagai sebuah gejala atau respons dari kondisi penyakit lain dan stres terhadap lingkungan.

Maslim berpendapat bahwa depresi adalah suatu kondisi yang dapat disebabkan oleh defisiensi relatif salah satu atau beberapa aminergik neurotransmitter (noradrenalin, serotonin, dopamin) pada sinaps neuron di SSP (terutama pada sistem limbik) (Maslim, 2002).

##### **2.1.2 Etiologi**

Kaplan menyatakan bahwa faktor penyebab depresi dapat secara buatan dibagi menjadi faktor biologis, faktor genetik, dan faktor psikososial.

###### **2.1.2.1 Faktor biologi**

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa terdapat kelainan pada amin biogenik, seperti: 5 HIAA (5-Hidroksi indol asetic acid), HVA (Homovanilic acid), MPGH (5 methoxy-0-hidroksi phenil glikol), di dalam darah, urin dan cairan serebrospinal pada pasien gangguan *mood*. Data yang dilaporkan paling konsisten dengan hipotesis bahwa gangguan *mood* adalah berhubungan dengan

disregulasi heterogen pada amin biogenik. Dari amin biogenik, norepinefrin dan serotonin merupakan dua neurotransmitter yang paling berperan dalam patofisiologi gangguan *mood*. Disamping norepinefrin, serotonin, dan dopamin, bukti-bukti mengarahkan pada disregulasi asetil-kolin dalam gangguan *mood*.

Adanya keterlibatan reseptor adrenergik-alfa2 dalam depresi dikarenakan aktifitas reseptor tersebut menyebabkan penurunan jumlah norepinefrin yang dilepaskan. Adanya noradrenergik yang hampir murni, obat antidepresan yang efektif secara klinis, sebagai contoh, Desipramine (Norpramine) mendukung lebih lanjut peranan norepinefrin di dalam patofisiologi sekurangnya gejala depresi (Kaplan, 2010)

Reseptor adrenergik-alfa2 juga berlokasi pada neuron serotonergik dan mengatur jumlah serotonin yang dilepaskan. Dengan efek besar yang telah diberikan oleh *serotonin-specific reuptake inhibitors* (SSRIs). Penurunan serotonin dapat mencetuskan depresi, dan beberapa pasien yang bunuh diri memiliki konsentrasi metabolit serotonin di dalam cairan serebrospinalis yang rendah di trombosit (Kaplan, 2010)

Walaupun norepinefrin dan serotonin adalah amin biogenik yang paling sering dihubungkan dengan patofisiologi depresi, dopamin juga telah diperkirakan memiliki peranan dalam depresi. Data menyatakan bahwa aktivitas dopamin mungkin menurun pada depresi dan meningkat pada mania (Kaplan, 2010). Hal tersebut tampak pada pengobatan yang menurunkan konsentrasi dopamin seperti Resperin, dan penyakit dimana konsentrasi dopamin menurun seperti Parkinson, adalah disertai gejala depresi. Obat yang meningkatkan konsentrasi dopamin, seperti Tyrosin, Amphetamine, dan Bupropion, menurunkan gejala depresi (Kaplan, 2010).

Sementara regulasi neuroendokrin di hipotalamus yang merupakan pusat pengaturan aksis neuroendokrin, menerima input neuron yang mengandung neurotransmitter amin biogenik. Pada pasien depresi ditemukan adanya disregulasi neuroendokrin. Disregulasi ini terjadi akibat kelainan fungsi neuron yang mengandung amin biogenik. Sebaliknya, stres kronik yang mengaktifasi aksis Hypothalamic-Pituitary-Adrenal (HPA) dapat menimbulkan perubahan pada amin

biogenik sentral. Aksis neuroendokrin yang paling sering terganggu yaitu adrenal, tiroid, dan aksis hormon pertumbuhan. Aksis HPA merupakan aksis yang paling banyak diteliti (Landefeld, 2004).

Hipersekresi CRH merupakan gangguan aksis HPA yang sangat fundamental pada pasien depresi. Hipersekresi yang terjadi diduga akibat adanya defek pada sistem umpan balik kortisol di sistem limbik atau adanya kelainan pada sistem monoaminogenik dan neuromodulator yang mengatur CRH (Kaplan, 2010). Sekresi CRH dipengaruhi oleh emosi seperti perasaan takut dan marah berhubungan dengan *Paraventricular Nucleus* (PVN), yang merupakan organ utama pada sistem endokrin dan fungsinya diatur oleh sistem limbik. Emosi mempengaruhi CRH di PVN, yang menyebabkan peningkatan sekresi CRH (Landefeld, 2004).

Pada orang lanjut usia terjadi penurunan produksi hormon estrogen. Estrogen berfungsi melindungi sistem dopaminergik nigrostriatal terhadap neurotoksin seperti MPTP, 6 OHDA dan methamphetamin. Estrogen bersama dengan antioksidan juga merusak monoamine oxidase (Unutzer J dkk, 2002).

Sistem saraf pusat mengalami kehilangan secara selektif pada sel-sel saraf selama proses menua. Walaupun ada kehilangan sel saraf yang konstan pada seluruh otak selama rentang hidup, degenerasi neuronal korteks dan kehilangan yang lebih besar pada sel-sel di dalam lokus seroleus, substansia nigra, serebelum dan bulbus olfaktorius (Lesler ZC, 2001). Bukti menunjukkan bahwa ada ketergantungan dengan umur tentang penurunan aktivitas dari noradrenergik, serotonergik, dan dopaminergik di dalam otak. Khususnya untuk fungsi aktivitas menurun menjadi setengah pada umur 80-an tahun dibandingkan dengan umur 60-an tahun (Kane dkk, 1999).

#### **2.1.2.2 Faktor Genetik**

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

kembar monozigot (Davies, 1999). Oleh Lesler, ZC (2001), Pengaruh genetik terhadap depresi tidak disebutkan secara khusus, hanya disebutkan bahwa terdapat penurunan dalam ketahanan dan kemampuan dalam menanggapi stres. Proses menua bersifat individual, sehingga dipikirkan kepekaan seseorang terhadap penyakit adalah genetik.

### **2.1.2.3 Faktor Psikososial**

Menurut Freud dalam teori psikodinamikanya, penyebab depresi adalah kehilangan objek yang dicintai (Kaplan, 2010). Ada sejumlah faktor psikososial yang diprediksi sebagai penyebab gangguan mental pada lanjut usia yang pada umumnya berhubungan dengan kehilangan. Faktor psikososial tersebut adalah hilangnya peranan sosial, hilangnya otonomi, kematian teman atau sanak saudara, penurunan kesehatan, peningkatan isolasi diri, keterbatasan finansial, dan penurunan fungsi kognitif (Kaplan, 2010) Sedangkan menurut Kane, faktor psikososial meliputi penurunan percaya diri, kemampuan untuk mengadakan hubungan intim, penurunan jaringan sosial, kesepian, perpisahan, kemiskinan dan penyakit fisik (Kane, 1999).

Faktor psikososial yang mempengaruhi depresi meliputi: peristiwa kehidupan dan stressor lingkungan, kepribadian, psikodinamika, kegagalan yang berulang, teori kognitif dan dukungan sosial (Kaplan, 2010). Peristiwa kehidupan yang menyebabkan stres, lebih sering mendahului episode pertama gangguan mood dari episode selanjutnya. Para klinisi mempercayai bahwa peristiwa kehidupan memegang peranan utama dalam depresi, klinisi lain menyatakan bahwa peristiwa kehidupan hanya memiliki peranan terbatas dalam onset depresi. Stressor lingkungan yang paling berhubungan dengan onset suatu episode depresi adalah kehilangan pasangan (Kaplan, 2010).

Berdasarkan teori psikodinamika Freud, dinyatakan bahwa kehilangan objek yang dicintai dapat menimbulkan depresi (Kaplan, 2010). Dalam upaya untuk mengerti depresi, Sigmund Freud sebagaimana dikutip Kaplan (2010) mendalilkan suatu hubungan antara kehilangan objek dan melankolia. Ia menyatakan bahwa kekerasan yang dilakukan pasien depresi diarahkan secara

internal karena identifikasi dengan objek yang hilang. Freud percaya bahwa introjeksi mungkin merupakan cara satu-satunya bagi ego untuk melepaskan suatu objek, ia membedakan melankolia atau depresi dari duka cita atas dasar bahwa pasien terdepresi merasakan penurunan harga diri yang melanda dalam hubungan dengan perasaan bersalah dan mencela diri sendiri, sedangkan orang yang berkabung tidak demikian.

Dalam percobaan binatang yang dipapari kejutan listrik yang tidak bisa dihindari, secara berulang-ulang, binatang akhirnya menyerah tidak melakukan usaha lagi untuk menghindari. Disini terjadi proses belajar bahwa mereka tidak berdaya. Pada manusia yang menderita depresi juga ditemukan ketidakberdayaan yang mirip (Kaplan, 2010). Faktor kognitif adanya interpretasi yang keliru terhadap sesuatu, menyebabkan distorsi pikiran menjadi negatif tentang pengalaman hidup, penilaian diri yang negatif, pesimisme dan keputusan. Pandangan yang negatif tersebut menyebabkan perasaan depresi (Kaplan, 2010)

## **2.2 Depresi pada Lansia**

Pada usia lanjut mengenali depresi akan lebih sulit dibandingkan usia muda. Pada kelompok usia lanjut baik klinisi maupun pasien dapat salah mengartikan gejala-gejala depresi sebagai bagian dari proses penuaan. Mereka mungkin kurang memperhatikan gejala-gejala depresi tersebut dan menganggap bahwa memang sudah seharusnya terjadi. Proses penuaan secara normal membawa perubahan mental, fisik dan penurunan intelektual. Perubahan ini membuat lansia ini merasa tidak lagi diperlukan, terkucil dan mungkin merasa tidak lagi berguna yang dapat meruntuhkan rasa percaya diri, sehingga lansia cenderung untuk menarik diri dari lingkungan sosial masyarakat. Perubahan-perubahan pada usia lanjut seperti rasa bosan, kesepian, berkurangnya daya penglihatan, menurunnya daya pendengaran, sakit kronis dapat mempengaruhi arti kehidupan lansia dan menambah perasaan tertekan pada lansia (Hadisukanto,dkk. 2010).

Depresi pada usia lanjut sering kali kurang atau tidak terdiagnosis karena hal-hal berikut:

1. Penyakit fisik yang diderita seringkali mengacaukan gambaran depresi antara lain mudah lelah dan penurunan berat badan.
2. Golongan usia lanjut sering kali menutupi rasa sedihnya justru dengan menunjukkan bahwa dia lebih aktif.
3. Kecemasan, obsesionalitas, histeria dan hipokondria yang sering merupakan gejala depresi justru sering menutupi depresinya, dan
4. Masalah sosial yang juga diderita sering kali membuat gambaran depresi menjadi lebih rumit.

### **2.3 Gambaran Klinis**

Depresi pada lansia adalah proses patologis, bukan merupakan proses normal dalam kehidupan. Umumnya orang-orang akan menanggulangnya dengan mencari dan memenuhi rasa kebahagiaan. Bagaimanapun, lansia cenderung menyangkal bahwa dirinya mengalami depresi. Gejala umumnya, banyak diantara mereka muncul dengan menunjukkan sikap rendah diri, dan biasanya sulit untuk didiagnosa (Evans, 2000).

#### **1. Perubahan Fisik**

- a) Penurunan nafsu makan.
- b) Gangguan tidur.
- c) Kelelahan dan kurang energi
- d) Agitasi.
- e) Nyeri, sakit kepala, otot kram dan nyeri, tanpa penyebab fisik.
- f) Merasa bingung, lambat dalam berpikir, penurunan konsentrasi dan sulit mengingat informasi.
- g) Sulit membuat keputusan dan selalu menghindar.
- h) Kurang percaya diri.
- i) Merasa bersalah dan tidak mau dikritik.
- j) Pada kasus berat sering dijumpai adanya halusinasi ataupun delusi.
- k) Adanya pikiran untuk bunuh diri.

## 2. Perubahan Perasaan

- a) Penurunan ketertarikan dengan lawan jenis dan melakukan hubungan suami istri.
- b) Merasa bersalah, tak berdaya.
- c) Tidak adanya perasaan.
- d) Merasa sedih.
- e) Sering menangis tanpa alasan yang jelas.
- f) Iritabilitas, marah, dan terkadang agresif.

## 3. Perubahan pada Kebiasaan Sehari-hari

- a) Menjauhkan diri dari lingkungan sosial, pekerjaan.
- b) Menghindari membuat keputusan.
- c) Menunda pekerjaan rumah.
- d) Penurunan aktivitas fisik dan latihan.
- e) Penurunan perhatian terhadap diri sendiri.
- f) Peningkatan konsumsi alkohol dan obat-obatan terlarang.

Menurut Mudjaddid (2003) dalam Sari, N.N. (2010) bahwa manifestasi depresi pada lansia berbeda dengan depresi pada pasien yang lebih muda. Gejala-gejala depresi sering berbaur dengan keluhan somatik. Keluhan somatik cenderung lebih dominan dibandingkan dengan *mood* depresi. Gejala fisik yang dapat menyertai depresi dapat bermacam-macam seperti sakit kepala, berdebar-debar, sakit pinggang, gangguan gastrointestinal, dan sebagainya.

Penyakit fisik yang diderita lansia sering mengacaukan gambaran depresi, antara lain mudah lelah dan penurunan berat badan. Inilah yang menyebabkan depresi pada lansia sering tidak terdiagnosa maupun diterapi dengan baik. Penyebab lain kesulitan dalam mengenal depresi pada lansia adalah baik lansia maupun keluarga biasanya tidak memperdulikan gejala-gejala depresif. Mereka menganggap bahwa gejala-gejala tersebut normal bagi orang yang telah mencapai usia tua.

## 2.4 Faktor-faktor Penyebab Depresi Pada Lansia

Penyebab depresi yang sebenarnya belum diketahui. Namun telah ditemukan sejumlah faktor yang mungkin mempengaruhinya. Kemungkinan terdapat unsur bawaan yang membuat beberapa diantara kita lebih mudah mendapat serangan depresi, selain itu peristiwa hidup yang tidak menyenangkan dan penyakit fisik tertentu mempermudah serangan ini karena pengaruh psikologis dan biokimia. Adapun beberapa masalah yang dapat menyebabkan terjadinya depresi pada lansia (Maramis, Willy F., Maramis, Albert A. 2009):

### 1. Faktor gangguan fisik

Banyak perubahan fisik pada lansia disebabkan oleh penyakit, tetapi sebagian perubahan fisik pada lansia disebabkan oleh proses menjadi tua itu sendiri, seperti berkurangnya ketajaman panca indra, penurunan kemampuan melakukan sesuatu karena menurunnya kekuatan motorik, perubahan penampilan fisik, penurunan daya ingat dan penurunan intelegensia. Berbagai perubahan ini dapat mengakibatkan perubahan pada fungsi psikis pada lansia.

Orang lanjut usia sering menyatakan kekhawatirannya terhadap kelemahan fisiknya. Hal ini terkadang dapat menimbulkan depresi bila tidak disikapi dengan baik.

### 2. Faktor kehilangan

Bagi kebanyakan lansia, kehilangan akan hal-hal yang begitu berarti bagi kehidupan sehari-hari mereka dapat menimbulkan kekhawatiran dan rasa takut. Hal ini dapat menjadi faktor pencetus depresi bila lansia tersebut tidak dapat menyesuaikan diri terhadap perubahan yang terjadi.

Banyak faktor kehilangan yang dapat menjadi pencetus depresi pada orang usia lanjut, seperti:

#### a) Pensiun atau berhenti bekerja

Keadaan ini dapat menjadi sumber kekecewaan pada lansia karena menurunnya pendapatan, kekecewaan ini dapat menimbulkan masalah emosional pada lansia.

#### b) Ditinggal oleh pasangan hidup



Pasangan hidup keberadaannya sangat berarti bagi lansia, kesendirian yang disebabkan oleh kepergian pasangan hidup dapat menimbulkan kesedihan yang mendalam pada lansia. Kesedihan yang terjadi dapat menyebabkan pengisolasian diri karena lansia ini merasa tidak mempunyai teman atau sahabat untuk berbagi perasaan lagi.

c) Berkurangnya hubungan sosial

Berkurangnya aktivitas dan kegiatan di luar rumah menyebabkan berkurangnya fungsi sosial lansia, keadaan ini dapat menyebabkan perubahan pada lansia sehingga ia mengisolasi dirinya.

## 2.5 Dampak Depresi Pada Lansia

Pada usia lanjut depresi yang berdiri sendiri maupun yang bersamaan dengan penyakit lain hendaknya ditangani dengan sungguh-sungguh karena bila tidak diobati dapat memperburuk perjalanan penyakit dan memperburuk prognosis. Pada depresi dapat dijumpai hal-hal seperti di bawah ini:

1. Depresi dapat meningkatkan angka kematian pada pasien dengan penyakit kardiovaskuler.
2. Pada depresi timbul ketidakseimbangan hormonal yang dapat memperburuk penyakit kardiovaskular, misal: peningkatan hormon adrenokortikotropin akan meningkatkan kadar kortisol.
3. Metabolisme serotonin yang terganggu pada depresi akan menimbulkan efek trombogenesis.
4. Perubahan suasana hati (mood) berhubungan dengan gangguan respons.
5. Imunitas termasuk perubahan fungsi limfosit dan penurunan jumlah limfosit.
6. Pada depresi berat terdapat penurunan aktivitas *natural cell killer*.
7. Pasien depresi menunjukkan kepatuhan yang buruk pada program pengobatan maupun rehabilitasi.

Depresi pada lansia yang tidak ditangani dapat berlangsung bertahun-tahun dan dihubungkan dengan kualitas hidup yang jelek, kesulitan dalam fungsi sosial dan fisik, kepatuhan yang jelek terhadap terapi, dan meningkatnya morbiditas dan

mortalitas akibat bunuh diri dan penyebab lainnya (Unützer J, 2007). Beberapa penelitian menunjukkan bahwa depresi pada lansia menyebabkan peningkatan penggunaan rumah sakit dan *outpatient medical services* (Blazer, 2003).

## 2.6 Skrining Depresi pada Lansia dengan *Geriatric Depression Scale*

Skrining depresi pada lansia pada layanan kesehatan primer sangat penting. Hal ini penting karena frekuensi depresi dan adanya gagasan untuk bunuh diri pada lansia adalah tinggi (Blazer, 2003). Skrining juga perlu dilakukan untuk membantu edukasi pasien dan pemberi perawatan tentang depresi, dan untuk mengikuti perjalanan gejala-gejala depresi seiring dengan waktu. Skrining tidak ditujukan untuk membuat diagnosis depresi, namun untuk mendokumentasikan gejala-gejala depresi sedang sampai berat pada lansia apapun penyebabnya.

Skrining depresi pada lansia memiliki kekhususan tersendiri. Gejala-gejala depresi seperti kesulitan-kesulitan tidur, energi yang berkurang, dan libido yang menurun secara umum ditemukan pada lansia yang tidak mengalami depresi. Pemikiran tentang kematian dan keputusan akan masa depan mempunyai makna yang berbeda bagi mereka yang berada pada fase terakhir kehidupan. Lagipula, kondisi medik kronik lebih umum pada pasien geriatri dan dapat berhubungan dengan retardasi motorik dan tingkat aktivitas yang berkurang (Maramis, Willy F., Maramis, Albert A. 2009).

Komorbiditas dengan demensia dapat mempengaruhi konsentrasi dan proses kognitif. *Geriatric Depression Scale* (GDS) dirancang untuk menjadi tes untuk skrining depresi yang mudah untuk dinilai dan dikelola (Rush AJ, et al, 2000). *Geriatric Depression Scale* memiliki format yang sederhana, dengan pertanyaan-pertanyaan dan respon yang mudah dibaca. *Geriatric Depression Scale* telah divalidasi pada berbagai populasi lanjut usia, termasuk di Indonesia. *Geriatric Depression Scale* terdiri dari 30 pertanyaan yang dirancang sebagai suatu *self-administered test*, walaupun telah digunakan juga dalam format *observer-administered test*. *Geriatric Depression Scale* menjadi tidak valid bila digunakan pada lansia dengan gangguan kognitif. Status kognitif harus terlebih dahulu dinilai

dengan Mini Mental State Examination (MMSE), karena kemungkinan yang besar dari komorbiditas depresi dan fungsi kognitif (Blazer, 2003).

*Mini Mental State Examination* adalah suatu skala terstruktur yang terdiri dari 30 poin yang dikelompokkan menjadi tujuh kategori: orientasi tempat, orientasi waktu, registrasi, atensi dan konsentrasi, mengingat kembali, bahasa, dan konstruksi visual. *Mini Mental State Examination* didesain untuk mendeteksi dan menjejaki kemajuan dari gangguan kognitif yang terkait dengan gangguan neurodegeneratif seperti penyakit Alzheimer. *Mini Mental State Examination* telah terbukti merupakan instrumen yang valid dan sangat dapat dipercaya (Rush, et al, 2000).

## **2.7 Derajat Depresi dan Penegakan Diagnosis**

Gangguan depresi pada usia lanjut ditegakkan berpedoman pada PPDGJ III (Pedoman Penggolongan Diagnostik Gangguan Jiwa III) yang merujuk pada ICD 10 (*International Classification Diagnostic 10*). Gangguan depresi dibedakan dalam depresi berat, sedang, dan ringan sesuai dengan banyak dan beratnya gejala serta dampaknya terhadap fungsi kehidupan seseorang (Maslim,2002).

### **1. Gejala Utama**

- a. Perasaan depresif
- b. Hilangnya minat dan semangat
- c. Mudah lelah dan tenaga hilang

### **2. Gejala Lain**

- a. Konsentrasi dan perhatian menurun
- b. Harga diri dan kepercayaan diri menurun
- c. Perasaan bersalah dan tidak berguna
- d. Pesimis terhadap masa depan
- e. Gagasan membahayakan diri atau bunuh diri
- f. Gangguan tidur
- g. Gangguan nafsu makan
- h. Menurunnya libido

### **F32.0 Episode Depresif Ringan**

#### **Pedoman Diagnostik**

1. Sekurang-kurangnya harus ada 2 dari 3 gejala utama depresi seperti tersebut diatas;
2. Ditambah sekurang-kurangnya 2 dari gejala lainnya: (a) sampai dengan (g)
3. Tidak boleh ada gejala yang berat diantaranya.
4. Lamanya seluruh episode berlangsung sekurang-kurangnya sekitar 2 minggu.
5. Hanya sedikit kesulitan dalam pekerjaan dan kegiatan sosial yang biasa dilakukannya

### **F32.1 Episode Depresif Sedang**

#### **Pedoman Diagnostik**

1. Sekurang-kurangnya harus ada 2 dari 3 gejala utama depresi seperti pada episode depresi ringan (F30.0);
2. Ditambah sekurang-kurangnya 3 (dan sebaiknya 4) dari gejala lainnya;
3. Lamanya seluruh episode berlangsung minimum sekitar 2 minggu.
4. Menghadapi kesulitan nyata untuk meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan dan urusan rumah tangga.

### **F32.2 Episode Depresif Berat tanpa Gejala Psikotik**

#### **Pedoman Diagnostik**

1. Semua 3 gejala depresi utama harus ada.
2. Ditambah sekurang-kurangnya 4 dari gejala lainnya, dan beberapa di antaranya harus berintensitas berat.
3. Bila ada gejala penting (misalnya agitasi atau retardasi psikomotor) yang mencolok, maka pasien mungkin tidak mau atau tidak mampu untuk melaporkan banyak gejalanya secara rinci.  
Dalam hal demikian, penilaian secara menyeluruh terhadap episode depresif berat masih dapat dibenarkan.
4. Episode depresif biasanya harus berlangsung sekurang-kurangnya 2 minggu, akan tetapi jika gejala amat berat dan beronset sangat cepat, maka masih



dibenarkan untuk menegakkan diagnosis dalam kurun waktu kurang dari 2 minggu.

5. Sangat tidak mungkin pasien akan mampu meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan atau urusan rumah tangga, kecuali pada taraf yang sangat terbatas.

## **2.8 Lansia**

### **2.8.1 Definisi**

Dalam Undang-Undang No. 13 tahun 1998 tentang kesejahteraan lansia menyatakan bahwa lansia adalah seseorang yang mencapai usia 60 tahun ke atas. Dalam mendefinisikan batasan penduduk lanjut usia, ada tiga aspek yang perlu dipertimbangkan yaitu aspek biologi, aspek ekonomi dan aspek sosial (BKKBN, 1998). Secara biologis penduduk lanjut usia adalah penduduk yang mengalami proses penuaan secara terus menerus, yang ditandai dengan menurunnya daya tahan fisik yaitu semakin rentannya terhadap serangan penyakit yang dapat menyebabkan kematian. Hal ini disebabkan terjadinya perubahan dalam struktur dan fungsi sel, jaringan, serta sistem organ.

Menurut Papalia, D.E. (2003) dalam Sari, N.N (2010) bahwa banyak orang beranggapan bahwa kehidupan masa tua tidak lagi memberikan banyak manfaat, bahkan ada yang sampai beranggapan bahwa kehidupan masa tua, seringkali dipersepsikan secara negatif sebagai beban keluarga dan masyarakat.

## **2.9 Panti Jompo**

### **2.9.1 Definisi**

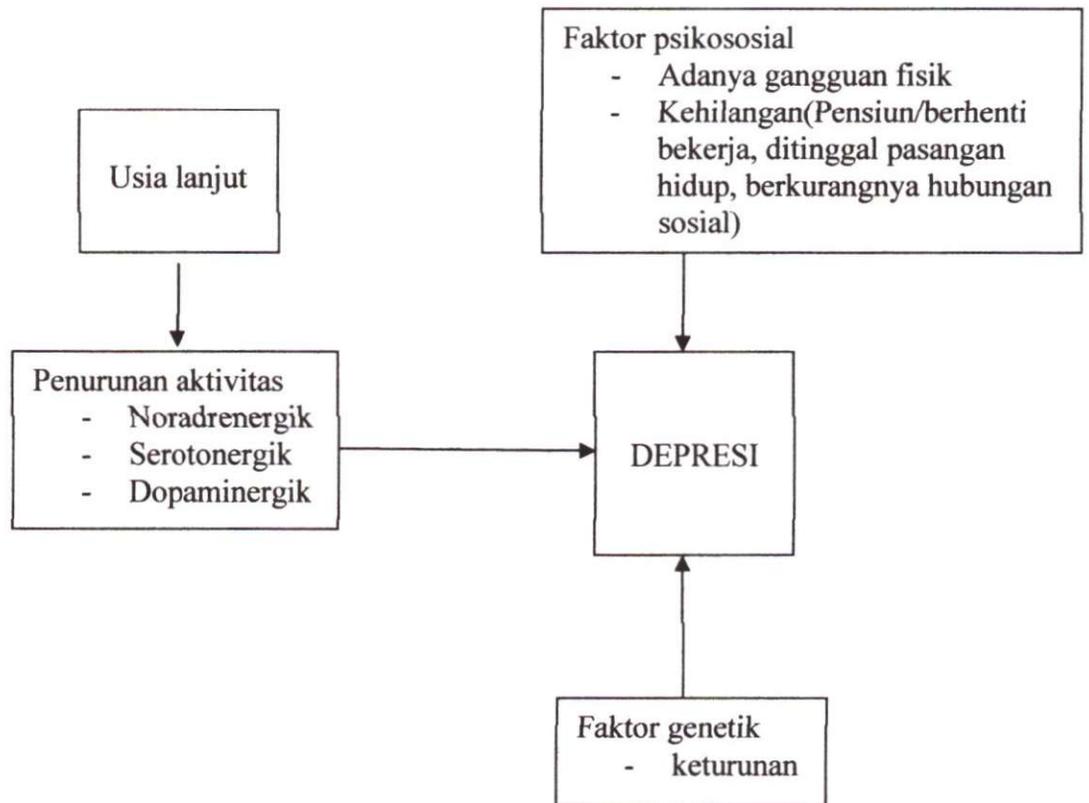
Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, kata panti jompo diartikan sebagai tempat merawat dan menampung jompo, dan Perda No, 15 Tahun 2002 mengenai Perubahan atas Perda No. 15 Tahun 2000 Tentang Dinas Daerah, maka Panti Sosial Tresna Werdha berganti nama menjadi Balai Perlindungan Sosial Tresna Werdha. Tetapi dalam skripsi ini tetap menggunakan panti jompo sebagai objek penelitian.

Fasilitas untuk panti jompo diatur dalam Peraturan Perundang- Undangan dan Penyelenggaraan Penyandang Cacat Pasal 12, Pasal 13, Pasal 14 dan Pasal 15

yang mencakup akses ke dan dari dalam bangunan, pintu, tangga, lift, tempat parkir, toilet dan beberapa lainnya dalam aksesibilitas pada bangunan umum (Harmoni, Jurnal Multikultural dan Multireligius)

Selain itu penyelenggaraan Balai Perlindungan Sosial Tresna Werdha (BPSTW) merupakan salah satu respon terhadap berkembangnya jumlah dan masalah pada lansia, dan dipastikan makin diperlukan seiring dengan meningkatnya jumlah lansia bersama masalahnya. Oleh karena itu keberadaan BPSTW tidak semata – mata sebagai sebuah unit yang memberikan pelayanan bagi lansia juga sebagai lembaga perlindungan perawatan serta pengembangan dan pemberdayaan lansia, hal ini sesuai dengan Undang- undang nomor 13 tahun 1998 tentang kesejahteraan lanjut usia. Selain itu balai ini juga merupakan sasaran penelitian dan pendidikan bagi perguruan tinggi dan masyarakat luas yang ingin mengetahui lebih jauh tentang lansia (Harmoni, Jurnal Multikultural dan Multireligius)

## 2.10 Kerangka Teori



## 2.11 Hipotesis

Ho: Tidak ada hubungan antara usia, jenis kelamin dan status pernikahan dengan depresi

H1: Ada hubungan antara usia, jenis kelamin dan status pernikahan dengan depresi.



## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **3.1 Jenis Penelitian**

Jenis penelitian ini bersifat deskriptif-analitik dengan rancangan *cross sectional*.

#### **3.2 Waktu dan Tempat Penelitian**

Tempat penelitian dilaksanakan di Tresna Werdha Warga Tama Indralaya dan Tresna Werdha Teratai Palembang. Waktu penelitian dimulai pada bulan Januari 2012.

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

##### **3.3.1 Populasi**

Populasi pada penelitian ini adalah semua lansia dari populasi yang tinggal di Tresna Werdha Warga Tama Indralaya dan Tresna Werdha Teratai Palembang.

##### **3.3.2 Sampel dan Besar Sampel**

Sampel yang diambil dalam penelitian ini adalah semua lansia dari populasi di Tresna Werdha Warga Tama Indralaya dan Tresna Werdha Teratai Palembang yang memenuhi kriteria inklusi dan eklusi.

n1 = 100 orang

n2 = 66 orang

##### **3.3.3 Kriteria Inklusi dan Eklusi**

Kriteria sampel meliputi kriteria inklusi dan eksklusi, dimana kriteria tersebut dapat menentukan dapat dan tidaknya sampel digunakan dalam penelitian.

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a) Lansia laki-laki dan perempuan berusia diatas 60 tahun yang berada di panti jompo
- b) Lansia yang bersedia menjadi responden.

Kriteria Eklusi dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a) Lansia dengan hasil tes MMSE  $<24$
- b) Lansia bisu dan tuli
- c) Lansia buta huruf

Ternyata jumlah subyek penelitian yang didapatkan dalam penelitian ini adalah  $n_1 = 68$  orang dan  $n_2 = 22$  orang.

### **3.3.4 Cara Pengambilan Sampel**

Pada pengambilan sampel tidak dilakukan random sampling tetapi dilakukan nonprobability purposive sampling dengan ada kriteria eklusi.

## **3.4 Variabel penelitian**

### **3.4.1 Variabel Dependen**

Variabel dependen (terikat) adalah depresi

### **3.4.2 Variabel Independen**

Variabel independen (bebas) adalah usia, jenis kelamin, dan status pernikahan.

### **3.5 Definisi Operasional**

#### **3.5.1 Umur**

1. Definisi : Usia penderita saat dilakukan penelitian yang dinyatakan dalam tahun
2. Cara Ukur : Menggunakan data identitas responden dari panti
3. Alat Ukur : Menggunakan data identitas responden dari panti
4. Hasil Ukur : dikelompokkan menjadi 60-68 tahun,  $\geq$  68-90 tahun
5. Skala : Ordinal

#### **3.5.2 Jenis Kelamin**

1. Definisi : Jenis kelamin penderita
2. Cara Ukur : Menggunakan data identitas responden dari panti
3. Alat Ukur : Menggunakan data identitas responden dari panti
4. Hasil Ukur : 1. Laki-laki 2. Perempuan
5. Skala : Nominal

#### **3.5.3 Status Pernikahan**

1. Definisi : Ikatan lahir bathin antara seorang pria dan seorang wanita sebagai suami istri yang disahkan menurut agama.
2. Cara Ukur : Melalui wawancara kepada responden
3. Alat Ukur : Menggunakan kuesioner
4. Hasil Ukur : Dibagi menjadi dua, pernah menikah dan belum pernah menikah.
5. Skala : Nominal

### **3.6 Cara Pengumpulan Data**

#### **3.6.1 Data Primer**

Jenis data yang digunakan pada penelitian ini adalah data primer. Data primer adalah data yang diambil dari sumbernya langsung dengan metode wawancara yang dirumuskan dalam bentuk kuesioner *Geriatric Depression Scale* dan kuesioner faktor-faktor penyebab depresi pada lansia.

Penyebaran kuesioner kepada responden (Lansia) akan dilakukan langsung oleh peneliti. Adapun langkah pengumpulan data sebagai berikut:

1. Menjelaskan tujuan penelitian kepada responden (Lansia)
2. Meminta persetujuan responden ikut berpartisipasi dalam penelitian
3. Memberikan kuesioner yang langsung diisi oleh peneliti berdasarkan jawaban responden (Lansia)
4. Mengumpulkan kuesioner yang telah diisi oleh peneliti berdasarkan jawaban responden (Lansia)

### **3.7 Metode Teknis Analisis Data**

#### **3.7.1 Cara Pengolahan dan Analisis Data**

##### **3.7.1.1 Cara Pengolahan**

Metode pengolahan data menggunakan SPSS dengan langkah-langkah sebagai berikut:

1. *Editting*:

merupakan kegiatan untuk melakukan pengecekan isian formulir atau kuesioner apakah jawaban yang ada di kuesioner sudah:

- a) Lengkap : semua pertanyaan sudah terisi jawabannya.
- b) Jelas : jawaban pertanyaan apakah tulisannya cukup jelas terbaca.
- c) Relevan : jawaban yang tertulis apakah relevan dengan pertanyaan.
- d) Konsisten : apakah antara beberapa pertanyaan yang berkaitan isi jawabannya konsisten.

## 2. *Coding*

Bentuk kegiatan dari *coding* adalah merupakan kegiatan mengubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka atau bilangan. Hal utama yang harus dilakukan pada kegiatan ini adalah memberi kode untuk jawaban yang diberikan oleh responden penelitian.

## 3. *Entry*

Kegiatan *Entry* adalah melakukan pemasukan data yang sudah dikode terlebih dahulu ke komputer.

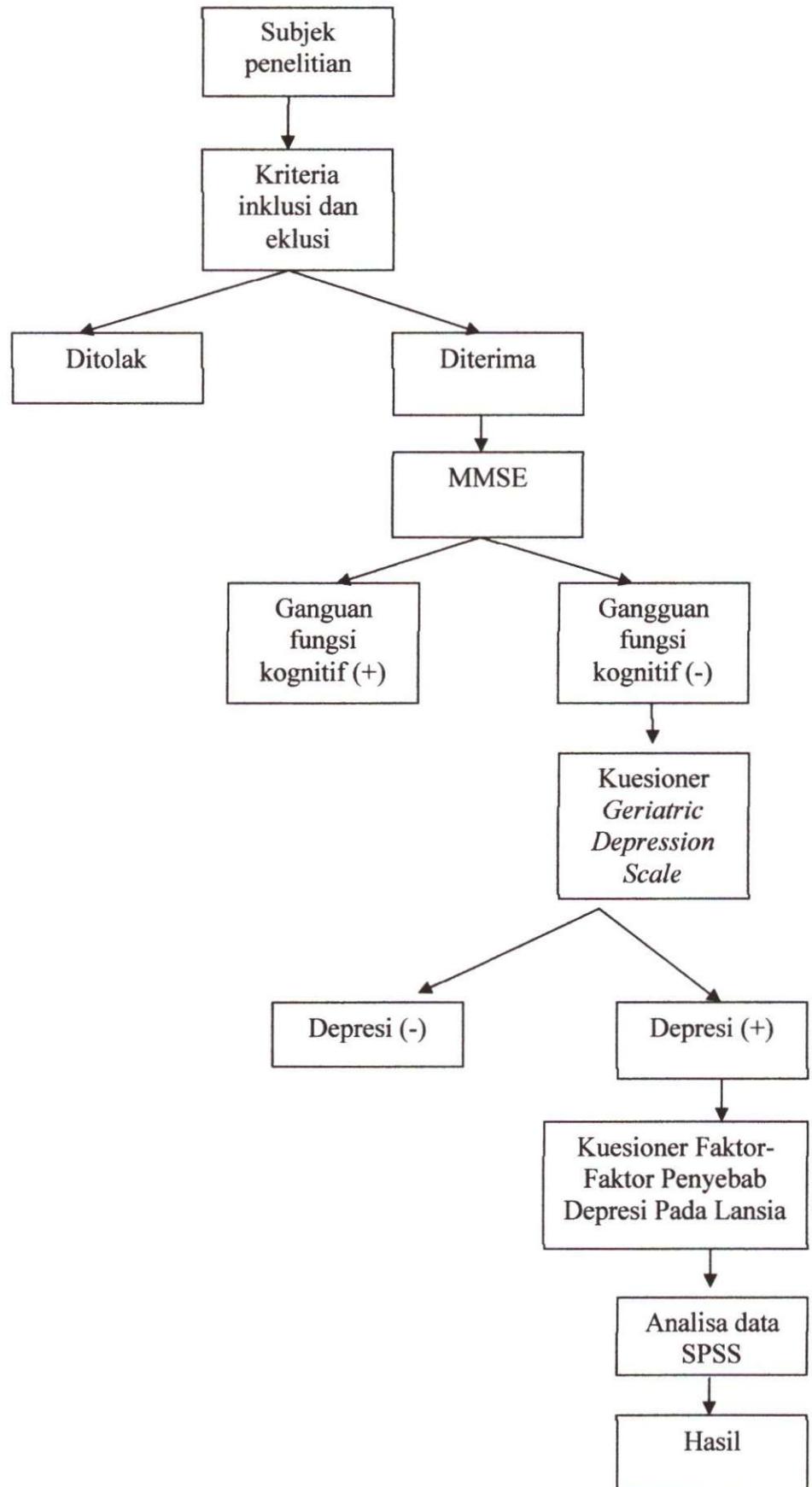
## 4. *Cleaning*

Kegiatan *cleaning* adalah melakukan pembersihan dan pengecekan kembali data masuk. Kegiatan ini perlu dilakukan untuk mengetahui apakah ada kesalahan ketika memasukkan data.

### **3.7.1.2 Analisis Data**

Data yang diperoleh kemudian dianalisis secara statistik menggunakan tabel 2x3 (Uji *Chi Square*) untuk mengetahui hubungan usia, jenis kelamin dan status pernikahan terhadap depresi.

### 3.8 Alur Penelitian



## BAB IV

### HASIL DAN PEMBAHASAN

#### **4.1 Gambaran Umum Tresna Werdha Warga Tama Indralaya dan Tresna Werdha Teratai Palembang.**

Panti Tresna Werdha Warga Tama yang berlokasi di Indralaya, Ogan Ilir, merupakan tempat penampungan dan perawatan lansia yang berada di bawah pengawasan Dinas Sosial Provinsi Sumatera-Selatan. Fasilitas yang dipunyai hampir lengkap, yaitu ada 14 buah wisma tempat para lanjut usia tinggal dan tiap wisma dapat dihuni empat sampai enam orang. Ada beberapa pasangan lanjut usia yang masih tinggal bersama, sehingga di satu wisma terkadang terdapat lansia laki-laki dan perempuan. Di setiap wisma dilengkapi dengan ruang makan dan ruang tamu tempat berkumpul para lansia. Dilingkungan panti terdapat juga tempat beribadah, rumah dinas pimpinan panti dan pegawai, ruang kantor, dapur umum untuk keperluan memasak makanan lansia yang tinggal dipanti. Para penghuni wisma bisa mengambil makanan tersebut dengan memakai rantang masing-masing yang telah disediakan. Jalan menuju tiap wisma sudah diaspal, penerangan dengan listrik, menggunakan air bersih untuk keperluan sehari-hari dan sekeliling lingkungan panti sudah di pagar besi.

Panti ini dipimpin oleh seorang pimpinan, seorang wakil, dan dibantu beberapa pegawainya yang bertugas megawasi lanjut usia dalam aktivitas sehari-harinya. Panti Tresna Werdha Teratai memiliki daya tampung untuk 120 orang. Jumlah lansia yang menghuni di panti Tresna Werdha Teratai sampai saat penelitian ini adalah 100 orang, dengan rincian lansia laki-laki sebanyak 45 orang dan 55 orang adalah perempuan. Mereka berada dipanti dikarenakan tidak adanya keluarga atau sengaja dititipkan oleh keluarganya.

Ada berbagai kegiatan yang dapat dilakukan oleh penghuni panti dan semuanya terprogram dalam jadwal mingguan. Kegiatan yang dilakukan seperti ceramah agama, senam lansia yang dilakukan setiap hari Selasa dan Jum'at, bimbingan keterampilan, bimbingan kesenian, dan bagi yang suka bercocok tanam

disediakan lahan untuk berkebun di lingkungan panti. Lingkungan panti juga tampak asri dan sejuk.

Sementara di Panti Tresna Werdha Teratai berlokasi di Jl.Sosial km 6 Palembang, merupakan tempat penampungan dan perawatan lansia yang berada di bawah pengawasan Dinas Sosial Kota Palembang. Fasilitas yang dimiliki terdiri dari 11 buah wisma tempat para lanjut usia tinggal dan tiap wisma dapat dihuni enam sampai delapan orang. Ada beberapa pasangan lanjut usia yang masih tinggal bersama. Dilingkungan panti terdapat tempat beribadah, rumah dinas pegawai, ruang kantor, dapur umum. Lingkungan wisma tampak rindang dikelilingi oleh banyak pohon. Penerangan dengan listrik dan menggunakan air bersih untuk keperluan sehari-hari dan sekeliling lingkungan panti sudah dipagar besi.

Panti ini dipimpin oleh seorang pimpinan, seorang wakil, dan dibantu beberapa pegawainya yang bertugas mengawasi lanjut usia dalam aktivitas sehari-hari. Panti Tresna Werdha Teratai memiliki daya tampung untuk 80 orang. Namun pada penelitian ini, jumlah lansia hanya 66 orang. Dengan rincian jumlah lansia laki-laki sebanyak 27 orang dan lansia perempuan sebanyak 39 orang.

#### **4.2 Hasil**

Penelitian yang dilakukan di Tresna Werdha Warga Tama Indralaya dan Tresna Werdha Teratai Palembang berlangsung selama lima hari pada bulan februari 2012. Dari 166 jumlah populasi lansia didapatkan 97 orang lansia termasuk dalam kriteria eklusi. Selanjutnya 69 orang lansia yang tersisa dijadikan sampel dalam penelitian ini. Waktu yang diperlukan untuk melakukan wawancara menggunakan kuesioner berkisar antara 15-20 menit per orang.

**Tabel I. Jumlah Lansia Yang Masuk Dalam Kriteria Eklusi Dan Besar Sampel Yang Didapat**

Keterangan	Jumlah
Lansia usia < 60 tahun	10 orang
Lansia dengan skor MMSE < 24	50 orang
Lansia bisu tuli	9 orang
Lansia tidak ingin menjadi responden	4 orang
Lansia dengan gangguan kejiwaan (gila)	3 orang
Jumlah eklusi	76 orang
Populasi total	166 orang
Sampel	90 orang

Berdasarkan data yang didapat sampel yang diambil dalam penelitian ini sebesar 69 orang lansia.

#### **Analisis Deskriptif (Univariat)**

**Tabel 2. Distribusi Subyek Penelitian Berdasarkan Umur (n=90)**

	n	%
60-67 tahun	42	46,6%
68-90 tahun	48	53,4%
Total	90	100%

Pada Tabel 2 disajikan data distribusi subyek penelitian berdasarkan umur dengan umur 60-67 tahun sebanyak 42 orang (46,6%) dan umur 68-90 tahun sebanyak 48 orang (53,4%).

**Tabel 3. Distribusi Subyek Penelitian Berdasarkan Jenis Kelamin (n=90)**

	n	%
Laki-laki	35	38,8%
Perempuan	55	61,2%
Total	90	100%

Pada Tabel 3 disajikan data distribusi subyek penelitian berdasarkan jenis kelamin dengan jenis kelamin laki-laki 35 orang (38,8%) dan Perempuan 55 orang (61,2%).

**Tabel 4. Distribusi Subyek Penelitian Berdasarkan Status Pernikahan (n=90)**

	n	%
Pernah menikah	87	96,6%
Belum menikah	3	3,4%
Total	90	100%

Pada Tabel 4 disajikan data distribusi subyek penelitian berdasarkan status pernikahan. Lansia dengan status pernah menikah 87 orang (96,6%) dan lansia dengan status belum menikah 3 orang (3,4%).

**Tabel 5. Distribusi Angka Kejadian Depresi**

No		Jumlah	%
1	Depresi	69	76,6%
2	Tidak Depresi	21	23,4%
	Total	90	100%

Setelah dilakukan pengolahan data hasil wawancara pada 90 orang lansia menggunakan *Geriatric Depression Scale* didapatkan sebanyak 69 responden (76,6%) mengalami depresi sedangkan 21 responden (23,4%) tidak mengalami depresi.

**Tabel 6. Distribusi Angka Kejadian Depresi Dengan Gangguan Fisik dan Tidak Gangguan Fisik (n=90)**

	n	%
<b>Depresi dan Gangguan Fisik</b>	<b>42</b>	<b>46,6%</b>
1. Stroke		
2. Gout Arthritis		
3. Neuropathy Diabetik		
<b>Depresi dan Tidak Gangguan Fisik</b>	<b>48</b>	<b>53,4%</b>
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100%</b>

Pada Tabel 6 disajikan data distribusi angka kejadian depresi dengan gangguan fisik dan tidak gangguan fisik didapatkan dari jumlah 90 orang, depresi dan gangguan fisik sebanyak 42 orang (46,6%). Sedangkan depresi dan tidak gangguan fisik 48 orang (53,4%).

**Tabel 7. Distribusi Angka Kejadian Depresi Dengan Satu Atau Lebih Gangguan Fisik (n=42)**

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>1. Stroke</b>	<b>19</b>	<b>45,2%</b>
<b>2. Gout Arthritis</b>	<b>15</b>	<b>35,7%</b>
<b>3. Neuropathy Diabetik</b>	<b>8</b>	<b>19,1%</b>
<b>4. Stroke dan Gout Arthritis</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>5. Stroke dan Neuropathy Diabetik</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>6. Gout dan Neuropathy Diabetik</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>7. Stroke dan Gout Arthritis dan Neuropathy Diabetik</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100%</b>

Pada Tabel 7 disajikan distribusi angka kejadian depresi dengan satu atau lebih gangguan fisik didapatkan dari jumlah 42 orang, yang mengalami depresi dan stroke 19 orang (45,2%), depresi dan Gout Arthritis 15 orang (35,75), depresi dengan Neuropathy Diabetik 8 orang (19.1%), depresi dengan Stroke dan Neuropathy Diabetik 0 (0%), depresi dengan Gout Arthritis dan Diabetik Neuropathy 0 (0%), depresi dengan Stroke, Gout Arthritis, dan Neuropathy Diabetik 0 (0%).

**Tabel 8. Distribusi Angka Kejadian Depresi Dengan Faktor Kehilangan Dan Tidak Kehilangan (n=90)**

	N	%
<b>Depresi dan Faktor Kehilangan</b>	<b>27</b>	<b>30%</b>
<b>Depresi dan Tidak Faktor Kehilangan</b>	<b>63</b>	<b>70%</b>
	<b>90</b>	<b>100%</b>

Pada tabel 8 disajikan distribusi angka kejadian depresi dengan faktor kehilangan dan tidak kehilangan, didapatkan dari jumlah 90 orang, yang mengalami depresi dan faktor kehilangan 27 orang (30%), deresi dan tidak faktor kehilangan 63 orang (70%).

**Tabel 9. Distribusi Angka Kejadian Depresi Berdasarkan Faktor Kehilangan Pasangan Hidup, Faktor Kehilangan Pekerjaan, Faktor Kehilangan Perhatian Keluarga Atau Gabungan Faktor Kehilangan (n=27)**

	N	%
<b>Faktor Kehilangan Pasangan Hidup</b>	<b>14</b>	<b>51,8%</b>
<b>Faktor Kehilangan Pekerjaan</b>	<b>8</b>	<b>29,6%</b>
<b>Faktor Kehilangan Perhatian Keluarga</b>	<b>5</b>	<b>18,6%</b>
<b>Faktor Kehilangan Pasangan Hidup dan Kehilangan Pekerjaan</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>Faktor Kehilangan Pasangan Hidup dan Kehilangan Perhatian Keluarga</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>Faktor Kehilangan Pekerjaan dan Kehilangan Perhatian Keluarga</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>Faktor Kehilangan Pasangan, Pekerjaan, dan Perhatian Keluarga</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100%</b>

Pada Tabel 9 disajikan distribusi angka kejadian depresi berdasarkan faktor kehilangan pasangan hidup, faktor kehilangan pekerjaan, faktor kehilangan perhatian keluarga atau gabungan faktor kehilangan didapatkan dari jumlah 27 orang, yang mengalami depresi dengan faktor kehilangan pasangan hidup 14 orang (51,8%), depresi dengan faktor kehilangan pekerjaan 8 orang (29,6%), depresi dengan faktor kehilangan perhatian keluarga 5 orang (18,6%), depresi dengan faktor kehilangan pasangan hidup dan kehilangan pekerjaan 0 (0%), depresi dengan faktor kehilangan pasangan hidup dan kehilangan perhatian 0 (0%), depresi dengan faktor kehilangan pekerjaan dan faktor kehilangan perhatian keluarga 0 (0%), depresi dengan faktor kehilangan pasangan hidup, kehilangan pekerjaan, kehilangan perhatian keluarga 0 (0%).

### Analisis Bivariat

**Tabel 10. Distribusi Depresi Berdasarkan Umur**

Usia (Tahun)	Depresi		Tidak Depresi		N	%	RP	X <sup>2</sup>	CI
	n	%	n	%					
60-67	38	90,4%	4	9,6%	42	100%	1,401	3,115	-
68-90	31	64,6%	17	36,4%	48	100%			
Total	69		21		90				

Berdasarkan Tabel 10 diatas didapatkan lansia usia 60-67 tahun terdapat 38 orang depresi (90,4%), dan tidak depresi 4 orang (9,6%). Sedangkan lansia usia 68-90 tahun terdapat 31 orang depresi (64,6%), dan tidak depresi 17 orang (36,4%).



**Tabel 11. Distribusi Depresi Berdasarkan Jenis Kelamin**

	Depresi		Tidak Depresi		N	%	RP	X <sup>2</sup>	CI
	n	%	n	%					
	Laki-laki	26	74,3%	9					
Perempuan	43	78,2%	12	21,8%	55	100%	0,950	0,464	-
Total	69		21		90				

Berdasarkan Tabel 11 diatas didapatkan lansia laki-laki sebanyak 26 orang ( 74,3% ) mengalami depresi, dan 9 orang (25,7% ) tidak mengalami depresi. Sedangkan lansia perempuan, 43 orang ( 78,2%) mengalami depresi dan 12 orang ( 21,8%) tidak mengalami depresi.

**Tabel 12. Distribusi Depresi Berdasarkan Status Pernikahan**

	Depresi		Tidak Depresi		N	%	RP	X <sup>2</sup>	CI
	n	%	n	%					
	Pernah menikah	67	77,0%	20					
Belum menikah	2	66,6%	1	34,4%	3	100%			
Total	69		21		90				

Berdasarkan Tabel 12 diatas didapatkan lansia dengan status pernikahan pernah menikah dan depresi sebanyak 67 orang ( 77,0 % ), dan tidak depresi 20 orang ( 33,0% ). Sedangkan lansia dengan status pernikahan belum menikah sebanyak 2 orang (66,6% ), tidak depresi 1 orang ( 34,4% ).

### 4.3 Pembahasan

Berdasarkan hasil penelitian ini, pada lansia sejumlah 90 orang diperoleh depresi 69 orang (76,6%), tidak depresi 21 orang (23,4%). Sedangkan menurut Meldom dkk (1997), dinyatakan bahwa 47% lansia mengalami depresi di rumah perawatan panti jompo dibandingkan dengan lansia yang tinggal sendiri sebesar 24%. Ternyata pada hasil penelitian ini didapatkan angka kejadian depresi pada lansia tinggi sesuai dengan penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa dari 52 orang lansia menunjukkan bahwa sebanyak 38 orang lansia mengalami depresi (73,1%) (Puri,2010).

Selanjutnya berdasarkan usia didapatkan usia <68 tahun yang mengalami depresi 38 orang (90,4%), tidak depresi 4 orang (9,6%). Sedangkan usia >68 tahun mengalami depresi 31 orang (64,6%), tidak depresi 17 orang (36,4%). Berdasarkan analisis uji statistik hubungan hasilnya umur dengan depresi tidak ada hubungan ( $\chi^2=3,115$ ), dan bukan merupakan faktor resiko (RP = 1,401).

Berdasarkan jenis kelamin didapatkan laki-laki yang mengalami depresi 26 orang (74,3%), tidak depresi 9 orang (25,7%). Sedangkan perempuan sebanyak 43 orang (78,2%) dan tidak depresi 12 orang (21,8%). Berdasarkan analisis uji statistik hubungan hasilnya jenis kelamin dengan depresi tidak ada hubungan ( $\chi^2=0,464$ ), dan bukan merupakan faktor resiko (RP=0,950). Menurut Kaplan (2010), dinyatakan bahwa perempuan dua kali lipat lebih besar dibanding laki-laki. Diduga adanya perbedaan hormon, pengaruh melahirkan, perbedaan stressor psikososial antara laki-laki dan perempuan, dan model perilaku yang dipelajari tentang ketidak berdayaan. Dalam penelitian ini didapatkan hasil bahwa depresi banyak terjadi pada perempuan dan sesuai berdasarkan teori yang ada.

Kemudian berdasarkan status pernikahan, pada hasil penelitian ini didapatkan bahwa status lansia yang pernah menikah dan mengalami depresi sebanyak 67 orang (77,0%), tidak depresi 20 orang (33,0%). Sedangkan yang belum menikah didapatkan 2 orang (66,6%) mengalami depresi dan 1 orang tidak depresi (34,4%). Berdasarkan analisis uji statistik hubungan hasilnya status

pernikahan dengan depresi tidak ada hubungan ( $\chi^2=0,077$ ), dan bukan merupakan faktor resiko (RP=1,155).

Angka kejadian depresi dengan gangguan fisik dan tidak gangguan fisik didapatkan dari jumlah 90 orang, depresi dan gangguan fisik sebanyak 42 orang (46,6%). Sedangkan depresi dan tidak gangguan fisik 48 orang (53,4%). Menurut Maramis dkk. (2009), adapun beberapa masalah yang dapat menyebabkan depresi pada lansia antara lain adalah faktor gangguan fisik, faktor kehilangan, dan berkurangnya hubungan sosial. Sedangkan berdasarkan penelitian ini, gangguan fisik merupakan penyebab terbanyak kejadian depresi. Pernyataan ini pun didukung oleh penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa salah satu penyebab terbesar depresi adalah gangguan fisik (penyakit) yang diderita oleh lansia melalui penelitian Meldom dkk (1997) bahwa 33 orang lansia (65,51%) mengaku memiliki gangguan kesehatan yang menyebabkan mereka menjadi depresi.

Sedangkan angka kejadian depresi dengan satu atau lebih gangguan fisik didapatkan dari jumlah 42 orang, yang mengalami depresi dan stroke 19 orang (45,2%), depresi dan Gout Arthritis 15 orang (35,75), depresi dengan Neuropathy Diabetik 8 orang (19.1%), depresi dengan Stroke dan Neuropathy Diabetik 0 (0%), depresi dengan Gout Arthritis dan Diabetik Neuropathy 0 (0%), depresi dengan Stroke, Gout Arthritis, dan Neuropathy Diabetik 0 (0%). Berdasarkan penelitian ini didapatkan bahwa penyakit stroke merupakan penyebab gangguan fisik dengan jumlah tertinggi pada lansia. Mereka menganggap bahwa menurunnya kemampuan fisik akibat penyakit yang diderita dan proses penuaan menyebabkan mereka terkadang merasa sudah tidak berdaya lagi dan tidak berguna bagi keluarga mereka. Beberapa lansia lebih sering mengeluhkan sakit yang dideritanya. Karena sakit tersebut menyebabkan keterbatasan aktivitas mereka dan membuat mereka jarang ikut kegiatan sosial bersama teman-teman wisma lainnya. Perubahan-perubahan pada usia lanjut seperti rasa bosan, kesepian, berkurangnya daya penglihatan, menurunnya daya pendengaran, sakit kronis dapat mempengaruhi arti kehidupan lansia dan menambah perasaan tertekan pada lansia (Hadisukanto,dkk. 2010).

Kemudian angka kejadian depresi dengan faktor kehilangan dan tidak kehilangan, didapatkan dari jumlah 90 orang, yang mengalami depresi dan faktor kehilangan 27 orang (30%), depresi dan tidak faktor kehilangan 63 orang (70%) dengan Menurut Kaplan (2010), Sigmud Freud dalam teori psikodinamikanya salah satu penyebab terjadinya depresi pada lansia adalah karena hilangnya objek yang dicintai. Pernyataan ini sesuai dengan hasil penelitian yang mendapatkan bahwa faktor kehilangan dapat menjadikan depresi. Selanjutnya depresi berdasarkan faktor kehilangan pasangan hidup, faktor kehilangan pekerjaan, faktor kehilangan perhatian keluarga atau gabungan faktor kehilangan didapatkan dari jumlah 27 orang, yang mengalami depresi dengan faktor kehilangan pasangan hidup 14 orang (51,8%), depresi dengan faktor kehilangan pekerjaan 8 orang (29,6%), depresi dengan faktor kehilangan perhatian keluarga 5 orang (18,6%), depresi dengan faktor kehilangan pasangan hidup dan kehilangan pekerjaan 0 (0%), depresi dengan faktor kehilangan pasangan hidup dan kehilangan perhatian 0 (0%), depresi dengan faktor kehilangan pekerjaan dan faktor kehilangan perhatian keluarga 0 (0%), depresi dengan faktor kehilangan pasangan hidup, kehilangan pekerjaan,kehilangan perhatian keluarga 0 (0%). Hasil penelitian ini didapatkan bahwa faktor kehilangan pasangan hidup memiliki presentase tertinggi untuk terjadinya depresi.

## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **5.1 Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian yang didapat, diketahui bahwa angka kejadian depresi pada lansia di Tresna Werdha Warga Tama Indralaya dan Tresna Werdha Teratai Palembang cukup tinggi sebesar 69 orang lansia (76,6%) dengan usia <68 tahun sebanyak 38 orang lansia ( 55,1%), jenis kelamin perempuan sebanyak 43 orang lansia ( 78,2%) dan status pernikahan pernah menikah 67 orang (77% ). Sedangkan gambaran penyebab terbesar depresi pada lansia adalah gangguan fisik 42 orang lansia (46,6 %) dengan stroke sebagai penyebab terbanyak gangguan fisik yaitu 19 orang (45,2%). Berdasarkan analisis hubungan didapatkan bahwa umur, jenis kelamin, dan status pernikahan tidak ada hubungan dan bukan merupakan faktor resiko terjadinya depresi pada lansia.

#### **5.2 Saran**

1. Adanya angka kejadian depresi pada lansia yang tinggi diharapkan kepada pihak Panti Tresna Werdha Warga Tama Indralaya dan Panti Tresna Werdha Teratai agar lebih memperhatikan keadaan lansia dari segala aspek yang dapat menyebabkan depresi pada lansia seperti dilakukannya penambahan fasilitas-fasilitas pelayanan yang belum dimiliki serta tenaga medis agar bisa memperhatikan keadaan kesehatan para lansia disetiap harinya.
2. Diharapkan diadakannya penelitian lebih lanjut mengenai prevalensi dan penyebab depresi pada lansia terutama pada masyarakat, agar bisa menjadi acuan lebih lanjut dalam menekan angka kejadian depresi yang mampu menjadi komorbiditas dari suatu penyakit.

## Daftar Pustaka

- Badriansyah, Rio. P. 2006. Angka Kejadian Depresi Pada Lansia Di Panti Tresna Werdha Teratai Palembang Propinsi Sumatera Selatan. Skripsi, Fakultas Kedokteran, Universitas Sriwijaya Palembang.
- Badan Pusat Statistik Tahun, 2007. Penduduk Lanjut Usia. (<http://www.menegpp.go.id> tanggal) Diakses tanggal 15/12/2011
- Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional. 1998. Pedoman Pengelolaan Bina Keluarga Lansia (BKL). Jakarta, Biro Ketahanan Non Fisik BKKBN
- Berkala NeuroSains Vol.1, No.1, Oktober 1999. Ismail Setyopranoto dan Rusdi Lamsudin Bagian Ilmu Penyakit Saraf FK UGM/RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta. ([i-lib.ugm.ac.id/jurnal/download](http://i-lib.ugm.ac.id/jurnal/download)) Diakses tanggal 18/12/2011
- Blazer, D.G. 2003. Depression In Late Life, Review and Commentary. *J Gerontology Med Sci* 58A, No.3, hal. 249-265. (<http://focus.psychiatryonline.org/cgi/content/full/7/1/118>) Diakses tanggal 10/12/2011
- Dewi, S.Y., Danardi., Dharmono S., Heriawan C., Aries W., Ariawan W. Faktor Risiko yang Berperan terhadap Terjadinya Depresi pada Pasien Geriatri yang Dirawat di RS Dr. Cipto Mangunkusumo. *Cermin Dunia Kedokteran* vol.34 no.3/156, Mei-Juni 2007. PT. Kalbe Farma Tbk. Jakarta, hal. 118
- Davies, A., M. 1999. *Ageing and Health, A Global Challenge for Twenty First Century*. Kobe, hal. 20-27
- Departemen Kesehatan RI. 2000. Diakses dari <http://www.depkes.go.id> tanggal 16/12/2011
- Departemen Sosial RI, 1996. *Kelembagaan Lanjut Usia Dalam Kehidupan Bangsa*. Jakarta
- Evans, Mottram P. 2000. *Diagnosis of Depression in Elderly Patients*. *Mavis Advances in Psychiatric Treatment*. hal. 49-56
- Hadisukanto, G., Elvira, Sylvia. 2010. *Buku Ajar Psikiatri*. Badan Penerbit FKUI. Jakarta, hal. 210-213
- Harmoni, *Jurnal Multikultural dan Multireligius* Vol VIII, Nomor 29, Januari-Maret 2009. CV Maloho Jaya Abadi. Jakarta, hal. 88-89
- International Data Base, 2009. U.S. Census Bureau. (<http://www.census.gov/ipc/www/idb/index.php>) Diakses tanggal 15/12/2011

- Kamus Besar Bahasa Indonesia. 1996. Balai Pustaka. Jakarta
- Kane, Robert L., Ouslander, Joseph G., Abrass, Itmar. 1999. Essentials of Clinical Geriatrics. 4<sup>th</sup> ed. McGraw-Hill Companies. USA, hal. 231-245
- Kaplan, Harold I., Sadock, Benjamin J, Grebb, Jack A. 2010. Sinopsis Psikiatri, Ilmu Pengetahuan Psikiatri Klinis. Ed. 7 Jilid 1. Binarupa Aksara, Tangerang, hal.794-803
- Kane, Robert L., Ouslander, Joseph G., Abrass, Itmar. 2004. Essentials of Clinical Geriatrics Cahpter 7, 5<sup>th</sup> ed. McGraw-Hill Companies. USA, hal. 1
- Keliat, B.A. 1999. *Proses kesehatan jiwa*. Edisi 1. EGC. Jakarta, hal. 26-27
- Landefeld. 2004. Current Geriatric Diagnosis and Treatment. McGrawHill Companies. USA, hal. 156-160
- Lesler, Z.C. 2001. Comprehensive Geriatric Assesment. McGrawHill Companies. USA, hal. 465-475
- Maas, Meridean L., Buckwalter, Kathleen C., Hardy Mary D., Tripp-Reimer, Toni., Titler Marita G., Specht Janet P. 2011. Asuhan Keperawatan Geriatrik. EGC, Jakarta, hal. 704-706
- Maramis, Willy F., Maramis, Albert A. 2009. Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa. Ed.2. Pusat Penerbitan dan Percetakan UNAIR, Surabaya, hal. 294-295
- Maslim, R. 2002. Buku Saku Diagnosis Gangguan Jiwa, Rujukan Ringkas dari PPDGJ-III. Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa FK Unika Atmajaya. Jakarta, hal 64-65
- Meldon SW, Emerman CL, Schubert DSP, Moffa DA, Etheart RG. 1997. Depression in geriatric ED patients: Prevalence and recognition. *Ann Emerg Med.* 30:141-145
- Sari, N.N. 2010. Pengaruh Dukungan Sosial Terhadap Depresi Pada Lansia. Skripsi, Fakultas Kedokteran, Universitas Sumatera Utara.
- Puri, Try.M. 2010. Insidensi Depresi Dan Karakteristiknya Pada Lansia Di Panti Tresna Werdha Warga Tama Indralaya. Skripsi, Fakultas Kedokteran, Universitas Sriwijaya Palembang.
- Rush, A.J. 2000. Handbook Of Psychiatric Measures. Washington, DC, American Psychiatric Association

Sudoyo, A.W., Setiyohadi, B., Alwi, I., Simadibrata, M., dan Setiati, S., ed. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. Jakarta: Pusat Penerbitan Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, 1369-1372.

The Hartford Institute For Geriatric Nursing. Division of Nursing, New York University. ([http://wiki.ihe/images/1/1c/Geriatric\\_Depression\\_Scale](http://wiki.ihe/images/1/1c/Geriatric_Depression_Scale)) Diakses tanggal 21/12/2011

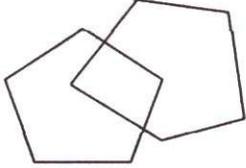
Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1998 Tentang Kesejahteraan Lanjut Usia. (<http://ppjk.depkes.go.id>) Diakses tanggal 16/12/2011

Unutzer J. 2007. Late-life depression. *N Engl J Med.* 357: 2269-2276

Unützer J, MD, MPH., Wayne Katon, MD., Christopher M. Callahan, MD., John W. Williams, Jr, MD, MHS., Enid Hunkeler, MA, et al. 2002. Collaborative Care Management of Late Life Depression in The Primary Care Setting. *J American Med Assc.* 288: 2836-2845

## Lampiran 1. Mini Mental State Examination

### Mini Mental State Examination (MMSE)

Orientasi	Nilai
1. Sekarang ini: -Tahun berapa?	1
- Musim apa?	1
- Tanggal berapa?	1
- Hari apa?	1
- Bulan apa?	1
2. Saat ini : - Kita di negara mana?	1
- Kita di propinsi mana?	1
- Kita di kota mana?	1
- Kita di Panti mana?	1
- Kita di wisma mana?	1
<b>Registrasi</b>	
3. Sebut nama tiga benda, dengan selang waktu masing-masing 1 (satu) detik, kemudian penderita diminta menyebutkan nama benda tadi. Tiap jawaban yang benar diberi nilai 1	3
<b>Perhatian dan berhitung</b>	
4. Mengeja terbalik kata “ WAHYU” (setiap yang benar diberi nilai 1)	5
5. Menyebut kembali (recall) Penderita diminta menyebutkan nama tiga benda pada pertanyaan nomor 3	3
<b>Bahasa</b>	2
6. Tunjukkan sebuah pensil dan arloji Penderita diminta menyebutkan nama kedua benda tadi	1
7. Penderita diminta mengulang kata “anu”, “tetapi”	3
8. Penderita diminta untuk mengikuti perintah tiga langkah kaki, letakkan kertas itu ditangan kanan mu, lipat kertas itu ditangan kanan mu, lipat kertas tadi menjadi setengahnya, kemudian letakkan dilantai	1
9. Penderita diminta membaca tulisan berikut dan kemudian mematuhinya: TUTUPLAH MATA ANDA	1
10. Penderita diminta menulis kalimat yang dipilihnya sendiri. Kalimat harus berisi subyek dan obyek agar mempunyai arti. Abaikan bila ada kesalahan.	1
11. Penderita diminta menggambar kembali dua segilima berikut. Apabila semua sisi dan sudut serta sisi segi empat tergambar, beri nilai	1
	
Total	30

Tanggal pemeriksaan : ..... Nama pemeriksa : .....	24 – 30 Normal 17 – 23 Gangguan kognitif Probable 0 – 16 Gangguan kognitif Definit
---	--

Dikutip dari Berkala NeuroSains Vol. 1, No.1, Oktober 1999.

## Lampiran 2. Kuesioner *Geriatric Depression Scale*

### *Geriatric Depression Scale*

Pilihlah jawaban yang paling tepat untuk menggambarkan perasaan anda selama satu minggu terakhir. Beri tanda v pada kolom **ya** atau **tidak**

1	Apakah pada dasarnya anda puas dengan kehidupan anda?	Ya	<b>Tidak</b>
2	Apakah anda sudah meninggalkan banyak kegiatan dan minat/kesenangan anda?	<b>Ya</b>	Tidak
3	Apakah anda merasa kehidupan anda hampa?	<b>Ya</b>	Tidak
4	Apakah anda sering merasa bosan?	<b>Ya</b>	Tidak
5	Apakah anda penuh pengharapan akan masa depan?	Ya	<b>Tidak</b>
6	Apakah anda diganggu oleh pikiran-pikiran yang tidak dapat anda keluarkan/ungkapkan?	<b>Ya</b>	Tidak
7	Apakah anda mempunyai semangat baik sepanjang waktu?	Ya	<b>Tidak</b>
8	Apakah anda takut sesuatu yang buruk akan terjadi pada anda?	<b>Ya</b>	Tidak
9	Apakah anda merasa bahagia pada sebagian besar waktu anda?	Ya	<b>Tidak</b>
10	Apakah anda sering merasa tidak berdaya?	<b>Ya</b>	Tidak
11	Apakah anda sering merasa gelisah dan resah/gugup?	<b>Ya</b>	Tidak
12	Apakah anda lebih senang tinggal di rumah daripada pergi keluar dan mengerjakan sesuatu hal yang baru?	<b>Ya</b>	Tidak
13	Apakah anda seringkali kuatir akan masa depan?	<b>Ya</b>	Tidak
14	Apakah anda merasa mempunyai banyak masalah dengan daya ingat anda dibandingkan kebanyakan orang?	<b>Ya</b>	Tidak
15	Apakah anda pikir hidup anda sekarang ini menyenangkan?	Ya	<b>Tidak</b>
16	Apakah anda merasa murung dan sedih?	Ya	<b>Tidak</b>
17	Apakah anda merasa tidak berharga seperti perasaan anda saat kini?	Ya	<b>Tidak</b>
18	Apakah anda sangat kuatir tentang kejadian-kejadian masa lalu?	Ya	<b>Tidak</b>
19	Apakah anda merasakan bahwa kehidupan ini sangat menyenangkan/menarik?	Ya	<b>Tidak</b>
20	Apakah anda merasa berat untuk memulai proyek/pekerjaan baru?	Ya	<b>Tidak</b>
21	Apakah anda merasa penuh semangat?	Ya	<b>Tidak</b>
22	Apakah anda merasa bahwa keadaan anda tidak ada harapan?	Ya	<b>Tidak</b>
23	Apakah anda pikir bahwa orang lain lebih baik keadaannya daripada anda?	Ya	<b>Tidak</b>
24	Apakah anda seringkali kesal terhadap hal-hal sepele?	Ya	<b>Tidak</b>

25	Apakah anda seringkali merasa ingin menangis?	Ya	<b>Tidak</b>
26	Apakah anda mempunyai kesulitan dalam berkonsentrasi?	Ya	<b>Tidak</b>
27	Apakah anda senang bangun di pagi hari?	Ya	<b>Tidak</b>
28	Apakah anda lebih senang menghindari kegiatan sosial?	Ya	<b>Tidak</b>
29	Apakah mudah bagi anda untuk mengambil keputusan?	Ya	<b>Tidak</b>
30	Apakah pikiran anda jernih seperti biasanya?	Ya	<b>Tidak</b>

Normal : 0-9

Depresi : 10-30

Dikutip dari The Hartford Institute For Geriatric Nursing. Divison of Nursing,  
New York University.

### **Lampiran 3. Kuesioner Faktor-Faktor Penyebab Depresi Pada Lansia**

#### **Kuesioner Faktor-Faktor Penyebab Depresi Pada Lansia**

##### **A. Faktor Kehilangan**

(3 bulan terakhir)

1. Apakah Anda masih hidup bersama dengan pasangan Anda?

Ya                       Tidak .....

2. Apakah Anda pernah berpikir untuk mencari pasangan hidup lagi?

Ya                       Tidak

3. Berapa besar keinginan Anda untuk mencari pasangan hidup lagi?

Jawab: (disertai alasan)

4. Apakah Anda pernah bekerja (Pensiunan, Petani, Nelayan, dll)?

Ya                       Tidak

5. Apakah anda pernah berpikir untuk bekerja kembali?

Ya                       Tidak

6. Berapa besar keinginan Anda untuk bekerja kembali?

Jawab: (disertai alasan)

7. Apakah keputusan untuk pindah ke panti jompo atas keputusan sendiri?

Ya                       Tidak

8. Apakah Anda bahagia dengan keputusan tersebut?

Ya                       Tidak

9. Berapa besar keinginan Anda untuk tinggal kembali bersama keluarga?

Jawab: (disertai alasan)

## **B. Faktor Gangguan Fisik**

(3 bulan terakhir)

1. Apakah Anda memiliki masalah/keluhan dengan tubuh Anda?

Ya

Tidak

Jelaskan: ....

2. Berapa besar gangguan fisik tersebut berpengaruh pada Anda?

Jawab: (berikan alasan)



## Lampiran 4

### Perhitungan *Chi-Square Test*

#### 1. Depresi Berdasarkan Umur

Continuity Correction (*Chi Square Test*)

$$X^2 = \frac{((ad-bc)-N/2)^2 N}{n_D n_{ND} n_E n_{NE}}$$

$$= \frac{((646-124)-90/2)^2 90}{69.21.42.48}$$

$$= \frac{(522 - 45)^2 90}{2921184}$$

$$= \frac{9101160}{2921184} = 3,115572$$

Harga hitung chi square (3,115572) < harga chi square tabel (3,84146) untuk Df 1 dan tingkat singnifikasi 0,05

Rasio Prevalen

$$RP = \frac{a/ab}{c/cd}$$

$$= \frac{38/42}{31/48}$$

$$= \frac{0,904762}{0,645833} = 1,401$$

## 2. Depresi Berdasarkan Jenis Kelamin

Continuity Correction (*Chi Square Test*)

$$\begin{aligned} X^2 &= \frac{((ad-bc)-N/2)^2 N}{n_D n_{ND} n_E n_{NE}} \\ &= \frac{((312-387)-90/2)^2 90}{69 \cdot 21 \cdot 35 \cdot 55} \\ &= \frac{(-75)^2 90}{2789325} \\ &= \frac{1296000}{2789325} = 0,464 \end{aligned}$$

Harga hitung chi square (0,464) < harga chi square tabel (3,84146) untuk Df 1 dan tingkat singnifikasi 0,05

Rasio Prevalen

$$\begin{aligned} RP &= \frac{a/ab}{c/cd} \\ &= \frac{26/35}{43/55} \\ &= \frac{0,742857}{0,781818} = 0,950166 \end{aligned}$$

### 3. Depresi Berdasarkan Status Pernikahan

Continuity Correction (*Chi Square Test*)

$$\begin{aligned} X^2 &= \frac{((ad-bc)-N/2)^2 N}{n_D n_{ND} n_E n_{NE}} \\ &= \frac{((67-40)-90/2)^2 90}{69.21.87.3} \\ &= \frac{(-18)^2 90}{378189} \\ &= \frac{29160}{378189} = 0,077 \end{aligned}$$

Harga hitung chi square (0,077) < harga chi square tabel (3,84146) untuk Df 1 dan tingkat signifikansi 0,05

Rasio Prevalen

$$\begin{aligned} RP &= \frac{a/ab}{c/cd} \\ &= \frac{67/87}{2/3} \\ &= \frac{0,770115}{0,666667} = 1,155172 \end{aligned}$$



# DINAS SOSIAL KOTA PALEMBANG

PANTI SOSIAL REHABILITASI TRESNA WERDHA TERATAI

Jalan Sosial Km. 6 Palembang

## SURAT KETERANGAN

NOMOR : 461/29/PTWT/2012

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

N a m a : EDAYATI  
NIP : 196212221985032005  
Jabatan : Kepala Panti Tresna Werdha Teratai ( PTWT )  
Jl sosial No. 796 Rt/Rw. 16/03 Km. 6 Palembang.

Dengan ini menyatakan bahwa :

N a m a : FERY MAYASARI  
NIM : 70 2008 030  
Semester : VII  
Judul Skripsi : Gambaran penyebab depresi pada Lansia diPanti Tresna Werdha Teratai Palembang.

Berdasarkan surat yang kami terima tanggal 06 Februari 2012.No.070/90/Sos/2012, Anak tersebut telah selesai menjalankan Penelitian di Panti PTWT dari Tanggal 07 Februari 2012 s/d Tanggal 10 Februari 2012.

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan benar, agar dapat di pergunakan sebagaimana mestinya.

Kepala Panti Tresna Werdha Teratai  
Km. 6 Palembang



EDAYATI  
PENATA MUDA TK I  
Nip. 196212221985032005



**SURAT KETERANGAN**

Nomor : 465.1 / 22 / PSTW WT/Dinsos

Yang bertanda tangan dibawah ini Kepala UPTD. Panti Sosial Tresna Werdha Warga Tama Indralaya, menerangkan bahwa :

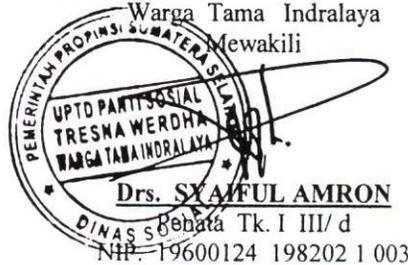
Nama : **FERY MAYASARI**  
NIM : 70 2008 030  
Program Studi : Pendidikan Dokter Umum Fakultas Kedokteran  
Universitas Muhammadiyah Palembang.

Benar telah mengadakan penelitian pada UPTD. Panti Sosial Tresna Werdha Warga Tama Indralaya dari Tanggal 13 Februari 2012 sampai dengan 14 Februari 2012 dengan judul " *Gambaran Penyebab Depresi pada Lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Warga Tama Indralaya dan Tresna Werdha Teratai Palembang*".

Demikianlah Surat Keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Indralaya, Februari 2012

Kepala UPTD. Panti Sosial Tresna Werdha  
Warga Tama Indralaya  
Mewakili



**Tembusan disampaikan kepada Yth :**

- Kepala Dinas Sosial  
Provinsi Sumatera Selatan di Palembang



**DINAS SOSIAL KOTA PALEMBANG**  
**PANTI SOSIAL REHABILITASI TRESNA WERDHA TERATAI**  
Jalan Sosial Km. 6 Palembang

Daftar : Nama - Nama Penghuni Panti  
Tresna Werdha Teratai Km. 6 Palembang.

No.	STB	N A M A	L / P	UMUR	TANGGAL MASUK	KETERANGAN
1	126	ABAS	L	68 Tahun	16 April 1979	A D A
2	361	JASMAN	L	69 Tahun	27 Desember 1984	sda
3	421	IDHAM	L	67 Tahun	12 September 1989	sda
4	445	JUMRAT	L	69 Tahun	26 Februari 1990	sda
5	446	TUSIYA	P	60 Tahun	26 Desember 1990	sda
6	451	FATIMAH binti HUSIN	P	74 Tahun	14 Desember 1993	sda
7	524	MINAH	P	63 Tahun	05 Desember 1997	sda
8	525	ZAINAB	P	68 Tahun	05 Desember 1997	sda
9	527	HATTA	L	59 Tahun	05 Desember 1997	sda
10	533	ABDULLAH	L	67 Tahun	03 Desember 2000	sda
11	541	SUSI	P	67 Tahun	14 Desember 2001	sda
12	552	HASAN MUSA	L	66 Tahun	27 September 2002	sda
13	553	WAKIT	L	68 Tahun	08 April 2003	sda
14	554	FATIMAH	P	72 Tahun	23 April 2003	sda
15	557	HASAN PANDIR	L	59 Tahun	23 April 2003	sda
16	559	M. HUSIN	L	65 Tahun	15 Agustus 2003	sda
17	560	SU'UD	L	76 Tahun	04 Oktober 2003	sda
18	579	SA'ODAH	P	71 Tahun	20 Februari 2006	sda
19	596	KHODIJAH	P	70 Tahun	24 September 2006	sda
20	596	MAIMUNAH	P	80 Tahun	09 Februari 2007	sda
21	603	KOMARI	L	57 Tahun	28 Mei 2007	sda
22	607	MAHANI BINTI USMAN	P	73 Tahun	11 Juli 2007	sda
23	672	MARIA	P	65 Tahun	10 Mei 2008	sda
24	672	JUMIATI	P	57 Tahun	28 Juni 2008	sda
25	675	SOPIAN	L	67 Tahun	02 September 2008	sda
26	677	RUSMINAH	P	77 Tahun	27 September 2008	sda
27	679	MURSINAH	P	74 Tahun	06 Nopember 2008	sda
28	680	Mbah SURIP	P	79 Tahun	3 Desember 2008	sda
29	681	SARIFAH	P	71 Tahun	18 Desember 2008	sda
30	682	SUHADI	L	67 Tahun	08 Maret 2009	sda
31	683	HASANUDIN	L	68 Tahun	07 Agustus 2009	sda
32	684	CAHYO	L	71 Tahun	03 Januari 2010	sda
33	685	SAKDIAH	P	70 Tahun	20 Februari 2010	sda
34	686	NONE	P	78 Tahun	25 Juni 2010	sda
35	688	ZULKIPLI	L	68 Tahun	27 Juni 2010	sda
36	689	RASIWEN	P	70 Tahun	09 Juli 2010	sda
37	690	MRS. X	P	75 Tahun	10 Juli 2010	sda
38	691	YANTO	L	55 Tahun	18 Juli 2010	sda
39	692	WASKI	L	55 Tahun	18 Juli 2010	sda
40	693	HAROMIA	P	76 Tahun	25 Oktober 2010	sda
41	694	ROSMALENA	P	61 Tahun	19 Januari 2011	sda
42	695	YATIRA	P	71 Tahun	24 Januari 2011	sda
43	696	ABDUL WAHIT	L	70 Tahun	27 Januari 2011	sda
44	697	SITI FATIMAH	P	80 Tahun	8 Februari 2011	sda
45	698	SITI ROHANA	P	62 Tahun	15 Februari 2011	sda
46	699	USMAN	L	60 Tahun	07 April 2011	sda
47	700	JUMARI	L	74 Tahun	07 Mei 2011	sda
48	701	ICIH	P	70 Tahun	08 Juli 2011	sda
49	702	SALMA	P	67 Tahun	25 Juli 2011	sda
50	703	SITI AYUDHA	P	75 Tahun	09 September 2011	sda



**DINAS SOSIAL KOTA PALEMBANG**  
PANTI SOSIAL REHABILITASI TRESNA WERDHA TERATAI  
Jalan Sosial Km. 6 Palembang

Daftar : Nama - Nama Penghuni Panti  
Tresna Werdha Teratai Km. 6 Palembang.

No.	STB	N A M A	L / P	UMUR	TANGGAL MASUK	KETERANGAN
51	704	MISKI	P	90 Tahun	01 Nopember 2011	Sda
52	705	MALIAN	L	57 Tahun	06 Nopember 2011	Sda
53	706	YULI	P	40 Tahun	06 Nopember 2011	Sda
54	707	ANWAR	L	64 Tahun	06 Nopember 2011	Sda
55	708	AHMAD HAMZAH	L	65 Tahun	14 Nopember 2011	Sda
56	709	MAIMUNAH	P	65 Tahun	14 Nopember 2011	Sda
57	710	RUSMINI	P	70 Tahun	30 Nopember 2011	Sda
58	711	JAMILA	P	54 Tahun	30 Nopember 2011	Sda
59	712	SUKARDI	L	71 Tahun	05 Desember 2011	Sda
60	713	MASUYA	P	80 Tahun	27 Desember 2011	Sda
61	714	MATRAIS YUSUF	L	84 Tahun	4 Januari 2012	Sda
62	715	SAHLAN	L	86 Tahun	9 Januari 2012	Sda
63	717	ZAWTYAH	P	80 Tahun	14 Januari 2012	Sda
64	718	IJEM	P	70 Tahun	16 Januari 2012	Sda
65	719	SYAMSUL HADI	L	74 Tahun	30 Januari 2012	Sda
66	720	YUSMANIAR	P	55 Tahun	31 Januari 2012	Sda

**Keterangan :**

Jumlah Laki-laki : 28 Orang

Jumlah Perempuan : 38 Orang

Jumlah Seluruh : 66 Orang

Palembang, Februari 2012

Kepala Panti Tresna Werdha " Teratai "

Km. 6 Palembang.



*Edayati*  
EDAYATI

PENATA MUDA TK I

NIP. 196212221985032005

NO	NAMA KELAYAN	JENIS KELAMIN	UMUR (THN)	ASAL DAERAH
1	2	3	4	5
1	Wasiah	Perempuan	87	Palembang
2	Ani B	Perempuan	72	Palembang
3	Sukirah	Perempuan	66	Palembang
4	Siti Jauriah	Perempuan	74	Palembang
5	Marhamah	Perempuan	82	Palembang
6	Dariyem Binti Darjo	Perempuan	88	Palembang
7	Masanah	Perempuan	76	Palembang
8	Hj. Rohana	Perempuan	66	Palembang
9	Emi Saman	Perempuan	71	Palembang
10	Non Sia	Perempuan	71	Palembang
11	Kasmirah	Perempuan	61	Palembang
12	Manah Binti Rohman	Perempuan	71	Palembang
13	Masnah	Perempuan	78	Palembang
14	Arminah	Perempuan	85	Palembang
15	Salbiah	Perempuan	77	Palembang
16	R. A. Zainah ( Cek Ayu )	Perempuan	70	Palembang
17	Mukiyar	Laki-laki	72	Palembang
18	Saidin	Laki-laki	71	Palembang
19	Majid bin Mirin	Laki-laki	86	Palembang
20	Asli	Laki-laki	84	Palembang
21	Darmawi	Laki-laki	76	Palembang
22	Zenhar	Laki-laki	73	Palembang
23	Yusuf	Laki-laki	73	Palembang
24	Ibrahim	Laki-laki	70	Palembang
25	Abu Nawas	Laki-laki	66	Palembang
26	Masagus Nazief	Laki-laki	61	Palembang
27	Ahmad Samubi	Laki-laki	75	Palembang
28	Mulkan A. Roni	Laki-laki	74	Palembang
29	Puji ( Jiman)	Laki-laki	80	Palembang
30	Salim	Laki-laki	87	Palembang
31	Halimah T	Perempuan	78	Ogan Ilir
32	Maryani	Perempuan	76	Ogan Ilir
33	Romlah Binti Mahbor	Perempuan	77	Ogan Ilir
34	Sutinah Roginah	Perempuan	69	Ogan Ilir
35	Timah	Perempuan	77	Ogan Ilir
36	Hj. Siti Aisyah	Perempuan	79	Ogan Ilir
37	Rusmaini	Perempuan	64	Ogan Ilir
38	Maryati	Perempuan	63	Ogan Ilir
39	Siti Binti Muhammad	Perempuan	73	Ogan Ilir
40	Rukmini	Perempuan	66	Ogan Ilir
41	Hortani	Perempuan	61	Ogan Ilir
42	Lasmina	Perempuan	61	Ogan Ilir
43	Zaleha Binti Darman	Perempuan	66	Ogan Ilir
44	Solha	Perempuan	66	Ogan Ilir
45	Sawiyah	Perempuan	66	Ogan Ilir
46	Masfiah	Perempuan	61	Ogan Ilir
47	Sopiah Binti Yuri	Perempuan	87	Ogan Ilir
48	Rofiah	Perempuan	71	Ogan Ilir
49	Cik Ida	Perempuan	81	Ogan Ilir
50	Hodijah	Perempuan	75	Ogan Ilir
51	Keteng (Amah)	Perempuan	65	Ogan Ilir
52	Mawar	Perempuan	65	Ogan Ilir
53	Masrinem	Perempuan	67	Ogan Ilir
54	A. Karim	Laki-laki	90	Ogan Ilir
55	Yusuf	Laki-laki	77	Ogan Ilir

NO	NAMA-NAMA LANJUT USIA	JENIS KELAMIN	UMUR	ASAL DAERAH
1	2	3	4	5
56	Tohir Bin Karim	Laki-laki	66	Ogan Ilir
57	Amron	Laki-laki	68	Ogan Ilir
58	Matcik Bin Umar	Laki-laki	66	Ogan Ilir
59	Agani	Laki-laki	68	Ogan Ilir
60	Muhammad	Laki-laki	81	Ogan Ilir
61	Marwah Bin Sofa	Laki-laki	64	Ogan Ilir
62	Efendi	Laki-laki	65	Ogan Ilir
63	Hasan M	Laki-laki	61	Ogan Ilir
64	Mat Musa	Laki-laki	71	Ogan Ilir
65	Nurdin	Laki-laki	70	Ogan Ilir
66	Sirbun/ Samsir	Laki-laki	65	Ogan Ilir
67	Muksin bin Karsiman	Laki-laki	62	Ogan Ilir
68	Murni	Laki-laki	65	Ogan Ilir
69	Cik Idut	Perempuan	68	O K I
70	Rusani	Perempuan	70	O K I
71	Malyah	Perempuan	66	O K I
72	Ruminingsih	Perempuan	70	O K I
73	Suwarnih	Perempuan	61	O K I
74	M. Yusuf	Perempuan	78	O K I
75	Umar Limin	Laki-laki	90	O K I
76	Ahmad Bin Ama	Laki-laki	73	O K I
77	Mat Amin	Laki-laki	66	O K I
78	Suradi	Laki-laki	76	O K I
79	Nurfidah	Perempuan	78	O K U
80	Chodijah	Perempuan	77	O K U
81	Ana Binti Arja	Perempuan	78	O K U
82	Mukmin	Laki-laki	66	O K U
83	Sufini binti Sufari	Perempuan	79	Prabumulih
84	Amanah	Perempuan	70	Lahat
85	Hamdan	Laki-laki	66	Lahat
86	H. Sarnubi	Laki-laki	78	Lahat
87	Slamet Bin Senggam	Laki-laki	66	Lahat
88	Usman	Laki-laki	70	Lahat
89	Maliham	Perempuan	86	Kota Pagar Alam
90	Ratna	Perempuan	72	MURA
91	Romli	Laki-laki	76	MURA
92	Tarno	Laki-laki	71	MURA
93	Martina	Perempuan	75	Muara Enim
94	Hasan Basri	Laki-laki	63	Muara Enim
95	Syaiful Anwar	Laki-laki	66	Muara Enim
96	Imong	Perempuan	78	MUBA
97	Haimun	Perempuan	79	MUBA
98	Abas Ayat	Laki-laki	70	MUBA
99	Said Bin Kemas	Laki-laki	81	MUBA
100	Tarmisi	Laki-laki	77	Banyuasin

KEPALA DINAS SOSIAL  
PROVINSI SUMATERA SELATAN

Dra. Hj. RATNA WATI, R. MM

Pembina Utama Muda IV/c  
NIP. 19580321 198503 2 002

## BIODATA

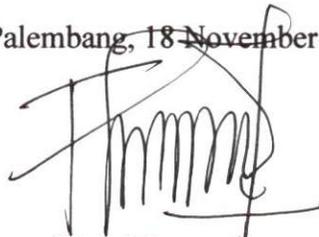
Nama : Fery Mayasari  
Tempat Tanggal Lahir : Palembang, 24 Februari 1989  
Alamat : Jl. PDAM Tirta Musi Rt 04 Rw 02 No. 244  
Kel. Karang Jaya Kec. Gandus Palembang  
Sumatera-Selatan 30148  
Telp / HP : (0711) 443951 / 081373202767  
Email : neo.natus@yahoo.co.id/fms.obgin@gmail.com  
Agama : Islam

Nama Orang Tua  
Ayah : Soemarto  
Ibu : Kholijah

Jumlah Saudara : 7  
Anak Ke : 7 dari 7 bersaudara  
Riwayat Pendidikan : SD Negeri 196 Palembang (2000)  
SMP Negeri 5 Palembang (2003)  
SMA Negeri 12 Palembang (2006)



Palembang, 18 November 2011



(Fery Mayasari)

