



**PERBEDAAN KEJADIAN DEPRESI ANTARA PENDUDUK
LANJUT USIA DI KECAMATAN SEMARANG SELATAN
DAN KECAMATAN GUNUNG PATI**

Karya Tulis Ilmiah

Diajukan untuk memenuhi tugas dan melengkapi syarat dalam menempuh
Program Pendidikan Sarjana Kedokteran

Oleh:

Gharini Sumbaga Narhadina

H2A009020

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SEMARANG
2013**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINILITAS

Nama : Gharini Sumbaga Narhadina

NIM : H2A009020

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya tulis ilmiah berjudul **PERBEDAAN KEJADIAN DEPRESI ANTARA PENDUDUK LANJUT USIA DI KECAMATAN SEMARANG SELATAN DAN KECAMATAN GUNUNG PATI** adalah betul-betul karya sendiri. Hal-hal yang bukan karya saya, dalam karya tulis ilmiah tersebut diberi tanda sitasi dan ditunjukkan dalam daftar pustaka.

Apabila di kemudian hari terbukti pernyataan saya tidak benar, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan karya tulis ilmiah dan gelar yang saya peroleh dari karya tulis ilmiah tersebut.

Semarang, 21 Maret 2013
Yang membuat pernyataan,

Gharini Sumbaga Narhadina
NIM. H2A009020

HALAMAN PERSETUJUAN

Telah disetujui oleh Dosen Pembimbing Karya tulis ilmiah dari:

Nama : Gharini Sumbaga Narhadina

NIM : H2A009020

Fakultas : Kedokteran

Universitas : Universitas Muhammadiyah Semarang

Tingkat : Program Pendidikan Sarjana

Judul : **PERBEDAAN KEJADIAN DEPRESI ANTARA
PENDUDUK LANJUT USIA DI KECAMATAN
SEMARANG SELATAN DAN KECAMATAN
GUNUNG PATI**

Pembimbing : 1. dr. Rihadini, Sp.KJ
2. Maya Dian R., MSc. Apt

Diajukan untuk memenuhi tugas dan melengkapi syarat dalam menempuh Program Pendidikan Sarjana Kedokteran.

Dosen Pembimbing I,

dr. Rihadini, Sp.KJ

Semarang, 27 Februari 2013
Dosen Pembimbing II,

Maya Dian R., MSc. Apt

HALAMAN PENGESAHAN

PERBEDAAN KEJADIAN DEPRESI ANTARA PENDUDUK LANJUT USIA DI KECAMATAN SEMARANG SELATAN DAN KECAMATAN GUNUNG PATI

Disusun oleh:

Gharini Sumbaga Narhadina

H2A009020

Telah dipertahankan di hadapan Tim Penguji karya tulis ilmiah Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Semarang pada tanggal 21 Maret 2013

dan telah diperbaiki sesuai dengan saran-saran yang diberikan.

Karya tulis ilmiah ini telah diterima sebagai salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Sarjana Kedokteran

Semarang, 21 Maret 2013

Tim Penguji

dr. Suprihartini, Sp.KJ

dr. Rihadini, Sp.KJ

Maya Dian R., MSc. Apt

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT, karena berkat rahmat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah yang berjudul 'Perbedaan Kejadian Depresi Penduduk Lanjut Usia di Kecamatan Semarang Selatan dan Kecamatan Gunung Pati'. Penyusunan karya tulis ilmiah ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak, baik moril maupun material.

Pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih serta rasa hormat sedalam-dalamnya kepada;

1. dr. Hj. Siti Moetmainnah P.MARS, Sp.OG(K) selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Semarang;
2. dr. Rihadini, Sp.KJ selaku Pembimbing I dan Maya Dian R., Msc. Apt selaku pembimbing II, yang telah banyak memberikan waktu, pengarahan dan bimbingan;
3. Tim Penanggung Jawab Karya Tulis Ilmiah Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Semarang yang telah memberikan pedoman dan pengarahan dalam penyusunan Karya tulis ilmiah;
4. Bapak Rusnarhadi dan Ibu Esti Astuti tercinta, atas segala kasih sayang, doa, pengorbanan, semangat, dukungan moril dan materil selama ini;
5. Kakak tercinta, Mahar Maheni K. N. dan Hanum Maharsi N., atas segala kasih sayang, doa, dukungan moril dan materil, serta waktu untuk cerita dan canda;
6. Teman-teman Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Semarang yang tersayang, Alaa, Devi, Dhamaningrum, Khusnul, Martin, Ghariza dan yang tidak dapat saya sebut satu persatu baik angkatan 2008 dan 2009, atas semangat, dukungan dan doa selama ini;
7. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu yang telah membantu penulis dalam penyelesaian Karya tulis ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih jauh dari sempurna dan masih banyak dijumpai kekurangan. Oleh karena itu, segala saran dan kritik membangun dai semua pihak sangat penulis harapkan demi penyempurnaannya. Semoga karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat bagi kemajuan ilmu pengetahuan

bidang kesehatan pada khususnya dan menambah khasanah di bidang pertumbuhan dan perkembangan manusia pada umumnya. Amin.

Semarang, 21Maret 2013

Penulis



PERBEDAAN KEJADIAN DEPRESI ANTARA PENDUDUK LANJUT USIA DI KECAMATAN SEMARANG SELATAN DAN KECAMATAN GUNUNG PATI

Gharini Sumbaga Narhadina¹, Rihadini², Maya Dian R.³

ABSTRAK

Latar Belakang: Depresi merupakan gangguan mood yang menyebabkan perasaan sedih, hilang energi dan minat. Depresi pada orang lanjut usia memiliki prevalensi yang rendah dibanding usia yang lebih muda namun menimbulkan dampak lebih besar pada kualitas hidup orang lanjut usia. Penelitian sebelumnya menjelaskan kejadian depresi orang lanjut usia lebih tinggi di perkotaan dibanding dengan pedesaan. Hal ini dipengaruhi beberapa faktor antaralain jenis kelamin, status perkawinan, pekerjaan, pendidikan, dan riwayat penyakit. Pada penelitian ini dipilih Kecamatan Semarang Selatan sebagai perkotaan dan Kecamatan Gunung Pati sebagai pedesaan.

Tujuan: Membedakan kejadian depresi antara penduduk lanjut usia di Kecamatan Semarang Selatan dan Kecamatan Gunung Pati.

Metode: Penelitian observasional analitik membandingkan dua kelompok tidak berpasangan dengan rancangan penelitian *cross sectional*. Subjek penelitian adalah penduduk lanjut di Kecamatan Semarang Selatan dan Gunung Pati. Instrument penelitian yang digunakan dalam penelitian adalah kuesioner latar belakang dan *geriatric depression scale* (GDS) dengan metode wawancara langsung. Sampel diambil menggunakan teknik *purposive sampling*, pada rukun warga (RW), kelurahan dan kecamatan diambil dengan cara *multistage random sampling*. Statistik univariat, bivariat dengan uji *chi square* dan multivariat dengan *binary logistic* digunakan untuk analisis data penelitian.

Hasil: Total sampel yang diambil sebanyak 250 responden. Hasil analisis bivariat menunjukkan ada perbedaan signifikan ($p < 0,05$) kejadian depresi diantara di Kecamatan Semarang Selatan (24,4%) dan Kecamatan Gunung Pati (17,6%). Ada perbedaan signifikan ($p < 0,05$) kejadian depresi di masing-masing kecamatan berdasarkan kategori usia, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, dan pekerjaan. Hasil analisis multivariat perbedaan kejadian depresi antara kedua kecamatan paling dipengaruhi oleh usia dan riwayat penyakit ($p < 0,05$).

Kesimpulan: Kejadian depresi penduduk lanjut usia di perkotaan (Semarang Selatan) lebih tinggi dibanding pedesaan (Gunung Pati). Kejadian depresi memiliki resiko yang lebih tinggi pada usia 75-90 tahun, tidak menikah/ janda/ duda, tidak sekolah, tidak bekerja dan memiliki riwayat penyakit resiko tinggi depresi.

Kata kunci: Depresi, Depresi lanjut usia

¹Mahasiswa Program Pendidikan S1 Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Semarang

²Dosen Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Semarang, dokter spesialis kedokteran jiwa di Rumah Sakit Jiwa Dr. Amino Gondohutomo Semarang

³Dosen Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Semarang

The Depression Incidence on Elderly Population Differences between Southern Semarang and Gunungpati Sub-Districts

Gharini Sumbaga Narhadina¹, Rihadini², Maya Dian R.³

ABSTRACT

Background: Depression is mood disorder which causes feelings of sadness, loss of energy and interest. Depression on elderly has lower prevalence than younger age but greater impact on the quality of life for elderly. Previous research explain the depression incidence on elderly is higher in urban than rural areas. It is influenced by several factors such as gender, marital status, education, employment, and physical history. This research selected South Semarang sub-district as urban and Gunung Pati sub-district as rural.

Objective: To distinguish the depression incidence among the elderly population in the Southern Semarang and Gunung Pati Sub-District.

Methods: This research is analytic observational study which compared two unpaired groups with cross-sectional research design. Research subjects are elderly people in the Southern Semarang and Gunung Pati Sub-District. Research instrument used in this research are background-questionnaires and geriatric depression scale (GDS) with direct interview method. Sample taken by purposive sampling method, in hamlet, village, and sub-district taken by multistage random sampling method. Univariate, bivariate with chi square test and multivariate with binary logistic were statistical test used for data analysis in this research.

Results: Total sample was 250 respondents. Results of the bivariate analysis showed the significantly differences ($p < 0.05$) in the depression incidence between South Semarang Sub-District (24.4%) and Gunung Pati Sub-District (17.6%). There was a significant difference ($p < 0.05$) the depression incidence on each sub-district by categories of age, gender, marital status, education, employment, and physical illness. The results of multivariate analysis showed that mostly differences in the depression incidence between the two sub-districts was affected by age and physical illness history ($p < 0.05$).

Conclusion: The depression incidence on elderly population in urban (Southern Semarang) higher than rural (Gunung Pati). The depression incidence on elderly has higher risk at age 75-90 years old, not married/widow/widower, uneducated, unemployment, and have physical illness history of depression high risk.

Keywords: Depression, Elderly depression

¹ Students of SI Study Program Medicine Faculty, Muhammadiyah University of Semarang

² Lecturer of Medicine Faculty, Muhammadiyah University of Semarang, psychiatrist in Dr. Amino Gondohutomo Mental Hospital Semarang

³ Lecturer of Medicine Faculty, Muhammadiyah University of Semarang

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINILITAS	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK	vii
ABSTRACT	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	3
C. Tujuan	3
D. Manfaat	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Depresi	5
1. Definisi	5
2. Epidemiologi	5
3. Etiologi	6
4. Gejala Depresi	7
5. Klasifikasi Gangguan Depresi	9
6. Pemeriksaan Status Mental	9
7. Diagnosis	11
B. Lanjut Usia	12
1. Definisi	12
2. Proses Penuaan	13
3. Perubahan pada Lanjut Usia	14

4. Karakteristik Kesehatan Lanjut Usia.....	21
5. Sindroma Geriatrik.....	22
6. Disabilitas dan Invaliditas.....	22
C. Depresi Pada Lanjut Usia.....	23
1. Epidemiologi.....	23
2. Etiologi & Faktor Resiko.....	24
3. Gejala Klinis.....	27
4. Asesmen Depresi.....	27
5. Prognosis.....	28
D. Kerangka Teori.....	28
E. Kerangka Konsep.....	29
F. Hipotesis.....	30
BAB III METODE PENELITIAN	
A. Ruang Lingkup.....	31
1. Ruang Lingkup Keilmuan.....	31
2. Waktu Penelitian.....	31
3. Tempat Penelitian.....	31
B. Jenis Penelitian.....	31
C. Populasi dan Sampel.....	31
1. Populasi.....	31
2. Sampel.....	31
D. Variabel Penelitian.....	33
1. Variabel Bebas.....	33
2. Variabel Terikat.....	33
E. Instrumen Penelitian.....	33
1. Kuesioner Latar Belakang.....	33
2. <i>Geriatri Depression Scale (GDS)</i>	33
F. Data yang Dikumpulkan.....	34
1. Data Sekunder.....	34
2. Data Primer.....	34
G. Alur Penelitian.....	35

H. Definisi Operasional.....	36
I. Pengolahan Data.....	36
1. Metode Pengolahan Data.....	36
2. Analisis Data.....	37
J. Rencana Jadwal Penelitian.....	37
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	38
A. Hasil Penelitian.....	38
1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	38
2. Gambaran Karakteristik Responden.....	38
3. Analisis Bivariat.....	40
4. Analisis Multivariat.....	48
B. Pembahasan.....	50
1. Kejadian Depresi.....	50
2. Usia.....	51
3. Jenis Kelamin.....	52
4. Status Perkawinan.....	53
5. Pendidikan.....	54
6. Pekerjaan.....	56
7. Riwayat Penyakit.....	56
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	59
DAFTAR PUSTAKA.....	61
LAMPIRAN.....	66

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1.	Faktor Resiko dan Penyakit Kronis pada Lanjut Usia	21
Tabel 2.2.	Sifat Penyakit Pada Lanjut Usia	22
Tabel 2.3.	Sindroma Geriatrik	22
Tabel 2.4.	Gejala Depresi Tersering yang Muncul pada Lanjut Usia Berdasarkan Jenis Kelamin	24
Tabel 2.5.	Prevalensi Gangguan Depresi Mayor dengan Penyakit Kronis	26
Tabel 2.6.	Prognosis Depresi pada Lanjut Usia	28
Tabel 3.1	Definisi Operasional	36
Tabel 3.2	Jadwal Penelitian	37
Tabel 4.1	Distribusi Responden berdasarkan Usia dan Jenis Kelamin	38
Tabel 4.2	Distribusi Responden berdasarkan Status Perkawinan	39
Tabel 4.3	Distribusi Responden berdasarkan Tingkat Pendidikan	39
Tabel 4.4	Distribusi Responden berdasarkan Pekerjaan	40
Tabel 4.5	Distribusi Responden berdasarkan Riwayat Penyakit	40
Tabel 4.6	Hasil Analisis <i>Chi Square</i> Kejadian Depresi di Kecamatan Semarang Selatan berdasarkan Usia	41
Tabel 4.7	Hasil Analisis <i>Chi Square</i> Kejadian Depresi di Kecamatan Semarang Selatan berdasarkan Jenis Kelamin	42
Tabel 4.8	Hasil Analisis <i>Chi Square</i> Kejadian Depresi di Kecamatan Semarang Selatan berdasarkan Status Perkawinan	42
Tabel 4.9	Hasil Analisis <i>Chi Square</i> Kejadian Depresi di Kecamatan Semarang Selatan berdasarkan Pendidikan	43
Tabel 4.10	Hasil Analisis <i>Chi Square</i> Kejadian Depresi di Kecamatan Semarang Selatan berdasarkan Pekerjaan	43
Tabel 4.11	Hasil Analisis <i>Chi Square</i> Kejadian Depresi di Kecamatan Semarang Selatan berdasarkan Riwayat Penyakit	44
Tabel 4.12	Hasil Analisis <i>Chi Square</i> Kejadian Depresi di Kecamatan	44

	Gunung Pati berdasarkan Usia	
Tabel 4.13	Hasil Analisis <i>Chi Square</i> Kejadian Depresi di Kecamatan Gunung Pati berdasarkan Jenis Kelamin	45
Tabel 4.14	Hasil Analisis <i>Chi Square</i> Kejadian Depresi di Kecamatan Gunung Pati berdasarkan Status Perkawinan	45
Tabel 4.15	Hasil Analisis <i>Chi Square</i> Kejadian Depresi di Kecamatan Gunung Pati berdasarkan Pendidikan	46
Tabel 4.16	Hasil Analisis <i>Chi Square</i> Kejadian Depresi di Kecamatan Gunung Pati berdasarkan Pekerjaan	46
Tabel 4.17	Hasil Analisis <i>Chi Square</i> Kejadian Depresi di Kecamatan Gunung Pati berdasarkan Riwayat Penyakit	47
Tabel 4.18	Hasil Analisis Uji <i>Chi Square</i> Perbedaan Kejadian Depresi Lanjut Usia di Kecamatan Semarang Selatan dan Gunung Pati	47
Tabel 4.19	Hasil Analisis <i>Binary Logistic</i> dengan <i>Backward Stepwise (Likelihood Ratio)</i> Perbedaan Kejadian Depresi di Kecamatan Semarang Selatan dan Gunung Pati	49
Tabel 4.20	Uji Hosmer dan Lemeshow	50

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1.	Bagan kerangka teori penelitian	29
Gambar 2.2.	Bagan kerangka konsep penelitian	29
Gambar 3.1.	Bagan klaster pengambilan sampel dengan <i>multistage random sampling</i>	33
Gambar 3.2.	Bagan alur penelitian	35



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1.	Surat persetujuan pengikuti penelitian (responden)	65
Lampiran 2.	Surat persetujuan mengikuti penelitian (keluarga)	66
Lampiran 3.	Kuesioner demografi penelitian	67
Lampiran 4.	Skala depresi geriatri	69
Lampiran 5.	Surat perizinan penelitian di Kota Semarang	71
Lampiran 6.	Surat perizinan penelitian di Kecamatan Semarang Selatan	73
Lampiran 7.	Surat perizinan penelitian di Kecamatan Gunung Pati	74
Lampiran 8.	Tabel data responden dan variabel penelitian	75
Lampiran 9.	Analisis uji <i>chi square</i> kejadian depresi lanjut usia di Kecamatan Semarang Selatan dan Gunung Pati	85
Lampiran 10.	Analisis uji <i>chi square</i> kejadian depresi di Kecamatan Semarang Selatan dan Gunung Pati berdasarkan usia	87
Lampiran 11.	Analisis uji <i>chi square</i> kejadian depresi di Kecamatan Semarang Selatan dan Gunung Pati berdasarkan jenis kelamin	90
Lampiran 12.	Analisis uji <i>chi square</i> kejadian depresi di Kecamatan Semarang Selatan dan Gunung Pati berdasarkan Status perkawinan	93
Lampiran 13.	Analisis uji <i>chi square</i> kejadian depresi di Kecamatan Semarang Selatan dan Gunung Pati berdasarkan pendidikan	96
Lampiran 14.	Analisis uji <i>chi square</i> kejadian depresi di Kecamatan Semarang Selatan dan Gunung Pati berdasarkan pekerjaan	99
Lampiran 15.	Analisis uji <i>chi square</i> kejadian depresi di Kecamatan Semarang Selatan dan Gunung Pati berdasarkan Riwayat Penyakit	101
Lampiran 16.	Analisis <i>Binary Logistic</i> Perbedaan Kejadian Depresi di Kecamatan Semarang Selatan dan Gunung Pati	104

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Depresi merupakan salah satu gangguan mood yang menimbulkan perasaan terdepresi (perasaan sedih, kecewa, sia-sia), hilangnya energi dan minat, perasaan bersalah, hilang atau sulit berkonsentrasi, hilang nafsu makan sampai keinginan bunuh diri dan terkadang memiliki perilaku merendahkan diri sendiri. Gangguan depresi timbul akibat berbagai faktor baik internal maupun eksternal, seperti lingkungan sosial ataupun keluarga yang kurang mendukung, kepribadian yang introvert atau kematian keluarga dan orang disayangi¹⁻³. Depresi dapat terjadi pada setiap orang baik anak-anak, usia dewasa sampai usia lanjut dengan berbagai macam latar belakang atau pencetus. Gejala awal depresi yang tidak mudah dikenali menyebabkan meningkatnya kejadian depresi dengan gejala berat sehingga dapat menimbulkan disabilitas dalam kehidupan ataupun kejadian bunuh diri.

Prevalensi kejadian depresi cukup tinggi hamper lebih dari 350 juta penduduk dunia mengalami depresi dan merupakan penyakit dengan peringkat ke-4 di dunia menurut WHO. Prevalensi gangguan mental emosional penduduk di atas 15 tahun di Indonesia berdasarkan data Riskesdas tahun 2007 mencapai 11,6% atau diderita sekitar 19 juta orang^{4,5}. Kejadian depresi lebih sering pada wanita (10-25%) dibanding pada pria (5-12%)^{4,6}. Kejadian depresi juga lebih tinggi pada usia produktif dibanding pada usia anak remaja maupun lanjut usia. Gangguan depresi mayor usia 30 – 44 tahun memiliki prevalensi 19,8%, usia 18 – 29 tahun 15,4% sedangkan pada usia ≥ 60 tahun hanya 10,6%^{2,7}. Bertambahnya usia tidak berkaitan dengan peningkatan kejadian depresi, bahkan semakin tinggi usia makin rendah angka kejadian depresi. Akan tetapi, depresi pada lanjut usia dapat menyebabkan efek yang lebih berat, sehingga menimbulkan gejala depresi lebih besar (20%) dari pada usia lebih muda (10%).^{4,8}

Seseorang yang berada pada periode lanjut usia akan mengalami kegagalan untuk mempertahankan keseimbangan terhadap kondisi stress fisiologis. Hal tersebut secara tidak langsung berhubungan dengan penurunan daya kemampuan untuk hidup dan peningkatan kepekaan secara individual, sehingga kerentanan orang lanjut usia terhadap gangguan depresi meningkat^{9,10}. Peningkatan kerentanan terhadap gangguan depresi dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor risiko pada orang lanjut usia, antara lain faktor biologi dengan disfungsi neurotransmitter otak, efek farmakologi obat, faktor penyakit medis (kardiovaskular, diabetes, demensia, dan kelainan neurologi lain), gangguan kecemasan, gangguan tidur, faktor kepribadian, faktor isolasi, faktor sosial dan lingkungan.^{7,8,11,12}

Di Indonesia terjadi peningkatan harapan hidup lanjut usia sehingga meningkatkan presentase penduduk lanjut usia. Hasil prediksi badan kesehatan dunia WHO menunjukkan penduduk lanjut usia di Indonesia pada tahun 2020 mendatang mencapai angka 11,34 % atau 28,8 juta, merupakan jumlah penduduk lanjut usia terbesar di dunia. Persentase penduduk lanjut usia di Jawa Tengah telah mencapai 11,7% dengan penduduk usia lanjut wanita lebih tinggi dibandingkan laki-laki dan diperkirakan meningkat pada tahun 2025^{13,14}. Peningkatan penduduk lanjut usia ini akan meningkatkan prevalensi lanjut usia dengan gejala atau gangguan depresi.

Sebuah penelitian telah dilakukan dengan mengambil sampel lanjut usia di Iran dengan membandingkan variabel tempat tinggal, jenis kelamin, pekerjaan dan hasil pendapatan. Penelitian tersebut menunjukkan prevalensi kejadian gejala depresi pada lanjut usia sebanyak 22%. Kejadian depresi pada penduduk lanjut usia lebih tinggi di perkotaan (53,4%), memiliki jenis kelamin wanita (56,4%), mempunyai pekerjaan petani (25,1%), dan tidak berpenghasilan sendiri (30%)¹⁵. Penelitian tersebut tidak menerangkan tentang faktor biologi ataupun penyakit fisik yang juga mempengaruhi timbulnya gejala atau gangguan depresi pada lanjut usia yang tinggal di perkotaan dan pedesaan.

Perbedaan kejadian depresi penduduk lansia di perkotaan dan pedesaan dipengaruhi oleh faktor psikososial yaitu kepedulian antar individual, keadaan sosial ekonomi dan latar belakang pendidikan. Perkotaan lebih bersifat individualisme dan tekanan sosial ekonomi yang lebih tinggi dibandingkan dengan pedesaan, sedangkan pedesaan memiliki latar belakang pendidikan yang lebih rendah dibanding dengan perkotaan. Faktor biologis juga berpengaruh karena terdapat perbedaan kesadaran dan penanganan penyakit fisik pada lanjut usia.

Berdasarkan uraian di atas, dapat dilakukan penelitian mengenai perbedaan kejadian depresi penduduk lanjut usia di perkotaan dan pedesaan berdasarkan faktor lingkungan dan faktor biologi yang dapat mempengaruhi timbulnya depresi pada lanjut usia.

Pemilihan kota dan desa untuk penelitian dilakukan berdasarkan kepadatan penduduk, jumlah penduduk lanjut usia, penggunaan tanah kosong, mata pencaharian, tingkat pendidikan dan sarana kesehatan. Pada penelitian ini dipilih Kecamatan Semarang Selatan sebagai perkotaan dan Kecamatan Gunung Pati sebagai pedesaan.

B. Rumusan masalah

Adakah perbedaan kejadian depresi antara penduduk lanjut usia di kecamatan semarang selatan dan kecamatan gunung pati ?

C. Tujuan

1. Umum

Membedakan kejadian depresi antara penduduk lanjut usia di Kecamatan Semarang Selatan dan Kecamatan Gunung Pati.

2. Khusus

- a. Menganalisis kejadian depresi penduduk lanjut usia di Kecamatan Semarang Selatan dan Kecamatan Gunung Pati selatan berdasarkan jenis kelamin.

- b. Menganalisis kejadian depresi penduduk lanjut usia di Kecamatan Semarang Selatan dan Kecamatan Gunung Pati selatan berdasarkan umur.
- c. Menganalisis kejadian depresi Penduduk lanjut usia di Kecamatan Semarang Selatan dan Kecamatan Gunung Pati berdasarkan status perkawinan.
- d. Menganalisis kejadian depresi penduduk lanjut usia di Kecamatan Semarang Selatan dan Kecamatan Gunung Pati berdasarkan pekerjaan.
- e. Menganalisis kejadian depresi penduduk lanjut usia di Kecamatan Semarang Selatan dan Kecamatan Gunung Pati berdasarkan pendidikan.
- f. Menganalisis kejadian depresi penduduk lanjut usia di Kecamatan Semarang Selatan dan Kecamatan Gunung Pati berdasarkan riwayat penyakit.

D. Manfaat

1. Manfaat Teoritis

Sebagai bahan informasi mengenai kejadian depresi lanjut usia pada lingkungan, usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan riwayat penyakit yang berbeda.

2. Manfaat Praktis

Sebagai bahan informasi mengenai faktor-faktor risiko yang mempengaruhi kejadian depresi lanjut usia.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Depresi

1. Definisi¹⁻³

Depresi adalah gangguan perasaan yang menimbulkan perasaan terdepresi (perasaan sedih, kecewa, sia-sia), hilangnya energi dan minat, perasaan bersalah, hilang atau sulit berkonsentrasi, hilang nafsu makan, rasa ingin bunuh diri dan terkadang memiliki perilaku yang merendahkan diri (tidak membersihkan diri, dan tidak memakai pakaian). Depresi juga dapat menyebabkan timbulnya keluhan simptomatik. Depresi dapat didefinisikan dalam hal sebagai berikut:

- a. perubahan perasaan yang spesifik: sedih, kesepian, apatis
- b. konsep negatif tentang diri sendiri yang berhubungan menghindar dan menyalahkan diri sendiri
- c. regresi dan keinginan menghukum diri sendiri: keinginan untuk melarikan diri, bersembunyi dan mati
- d. perubahan vegetatif: anorexia, insomnia, kehilangan libido, dll.
- e. perubahan dalam aktivitas

2. Epidemiologi

Prevalensi gangguan depresi seumur hidup berdasarkan jenis kelamin adalah 5 – 12 % untuk pria dan 10 – 25 % untuk wanita². Hal ini melibatkan perbedaan hormonal, efek kehamilan, perbedaan stresor pskososial bagi wanita dan laki-laki. Onset terjadinya depresi lebih sering timbul pada usia 30 sampai 44 tahun, namun gejala yang timbul lebih terlihat pada lanjut usia (>60). Gangguan depresi berat lebih sering terjadi pada orang yang tidak memiliki hubungan interpersonal erat atau yang bercerai atau berpisah.^{1,2}

3. Etiologi depresi

Faktor penyebab dari depresi dapat dikelompokkan sebagai berikut¹:

a. Faktor genetik

Penelitian menemukan bahwa kemungkinan kejadian depresi lebih besar pada individu yang memiliki riwayat keluarga gangguan bipolar 1 daripada individu yang tidak memiliki riwayat tersebut. Selain itu, anggota keluarga dengan riwayat keluarga gangguan afektif, gangguan kecemasan, dan juga ketergantungan alkohol dapat mempengaruhi timbulnya depresi. Pada penelitian ditemukan kemungkinan penurunan secara genetik gangguan mood terjadi pada kromosom 5, 11 dan X.

b. Faktor biologis

Hipotesis paling banyak dan konsisten adalah hubungan gangguan mood dengan disregulasi heterogen pada amin biogenik. Kelainan pada fungsi neuron yang mengandung amin biogenik akan menyebabkan timbul stress kronik sehingga aktivitas aksis hipotalamus-pituitari-adrenal akan mengalami gangguan. Dua reseptor amin biogenik yang paling berperan dalam patofisiologi depresi adalah norepinefrin dan serotonin, walaupun dopamin juga ikut berpengaruh. Ketiga neurotransmitter tersebut mengalami penurunan pada orang dengan gejala depresi.

c. Faktor psikososial meliputi:

- i. Peristiwa kehidupan dan stres lingkungan sering mendahului episode pertama gangguan mood. Stresor lingkungan yang paling berhubungan dengan onset suatu episode depresi adalah kehilangan pasangan serta disabilitas fisik.
- ii. Faktor kepribadian pramorbid, seperti dependen-oral, obsesif-kompulsif, histeris mungkin berada dalam risiko yang lebih besar untuk mengalami depresi.
- iii. Misinterpretasi kognitif melibatkan distorsi negatif pengalaman hidup, penilaian diri yang negatif, pesimisme dan putus asa menyebabkan perasaan depresi.

4. Gejala depresi

a. Gangguan emosi¹⁶

Manifestasi pada emosi mengacu pada perubahan perasaan/mood dari pasien tersebut. Hal ini dapat dipengaruhi mood dan perilaku pasien sebelumnya serta dapat dipengaruhi umur, jenis kelamin, dan kelompok sosial. Manifestasinya, antara lain:

i. Perasaan sedih

Perasaan sedih, marah, gelisah, sensitif (disforia) semakin jelas dan persisten. Disforia biasanya semakin memburuk pada pagi hari dan mulai menurun seiring berjalannya hari. Pada akhirnya merasa tidak berdaya dan timbul kecemasan.

ii. Perasaan negatif kepada diri sendiri

Pasien merasa kecewa sampai membenci dirinya sendiri, menimbulkan ketidakpuasan dan selalu menyalahkan dirinya sendiri

iii. Kehilangan minat

Ciri utama adalah kehilangan ketertarikan atau antusiasme kepada aktivitas yang digemari sebelumnya.

iv. Kehilangan semangat

Dimulai dari kehilangan minat terhadap aktivitas, timbul sikap acuh tak acuh sampai apatis atau tidak peduli meskipun dengan keluarga pasien.

v. Mudah menangis

Meningkatnya keinginan untuk menangis pada pasien meskipun rangsang yang diterima umumnya tidak menyinggung kesedihan pasien.

vi. Anhedonia

Penurunan rasa humor pasien sampai pasien tidak merespon atau kehilangan rasa humor sehingga tidak bisa merasakan atau mengekspresikan kegembiraan.

b. Gangguan kognitif^{1,16}

Terjadi interpretasi kognisi yang keliru sehingga timbul distorsi yang menyebabkan gangguan kognisi pada pasien. Manifestasinya, antara lain:

- i. Rendah diri, menunjukkan ketidakmampuan yang berlebihan.
- ii. Putus asa
- iii. Pandangan negatif terhadap diri sendiri
- iv. Keraguan
- v. Menyalahkan diri sendiri dan mengkritik diri sendiri
- vi. Pesimis
- vii. Distorsi citra diri (perubahan penampilan)
- viii. Kehilangan semangat
- ix. Keinginan bunuh diri

c. Gangguan vegetatif/somatik¹⁷

Gangguan somatik yang dapat muncul antara lain:

- i. Pucat
- ii. Hilangnya libido
- iii. Kekurangan energi
- iv. Insomnia awal dan terminal
- v. *Dizziness*, palpitasi, *dsypnea*
- vi. Nyeri kepala, nyeri punggung, nyeri pada muskuloskeletal, gangguan pencernaan
- vii. Retardasi psikomotor
- viii. Agitasi psikomotor

5. Klasifikasi gangguan depresi^{1,2,8}

a. Berdasarkan onset

Depresi dibagi menjadi dua berdasarkan awal timbulnya depresi pertama kali, yaitu:

- i. *Early-onset*: munculnya gangguan depresi pada usia muda (18 tahun)

ii. *Late-onset*: munculnya gangguan depresi pada usia tua (60 tahun), memiliki risiko yang lebih tinggi

b. Berdasarkan gejala spesifik

Depresi dibagi menjadi tiga berdasarkan gejala spesifiknya yang muncul pada pasien depresi, yaitu:

i. Depresi dengan ciri melankolik

Depresi yang memiliki gejala psikologi dan somatik, antara lain hilang minat dan semangat terhadap aktivitas yang dulu disukai, bangun pagi hari, agitasi atau retardasi psikomotor, gejala memburuk di pagi hari (*diurnal variation*) ditemukan juga anorexia dan penurunan berat badan.

ii. Depresi dengan ciri atipikal

Sering disebut gejala vegetatif terbalik (*reversed vegetative symptoms*). Ciri atipikal klasik adalah makan berlebihan dan tidur berlebihan.

iii. Depresi dengan ciri katatonik

Gejala penting dari katatonia adalah stupor afek tumpul, penarikan diri yang ekstrim, negativisme, dan retardasi psikomotor yang jelas; gangguan depresi berat dan gangguan medis ataupun neurologis.

6. Pemeriksaan status mental¹

Pemeriksaan status mental yang dilakukan kepada pasien dengan gejala depresi antara lain:

a. Deskripsi umum

Retardasi psikomotor menyeluruh, agitasi psikomotor sering ditemukan pada lanjut usia. Gejala agitasi yang paling umum adalah menggenggamkan tangan dan menarik-narik rambut. Pasien depresi sering memiliki postur membungkuk, mata kosong, pandangan putus asa dan mengalihkan pandangan.

b. Mood, afek dan perasaan

Gangguan perasaan yang sering didapat adalah afek sedih, perasaan sedih atau kesepian, penarikan diri dari sosial dan penurunan aktivitas menyeluruh. Pasien juga dapat mengeluhkan perasaan letih ataupun kehilangan energi tanpa melakukan pekerjaan yang berat.

c. Bicara

Banyak pasien menunjukkan penurunan kecepatan dan volume bicara serta respon yang melambat.

d. Gangguan isi pikiran

Adanya waham pada pasien terdepresi menunjukkan episode berat dengan ciri psikotik. Waham sesuai mood adalah waham bersalah, memalukan, tidak berguna, kemiskinan, kegagalan, kejar dan penyakit somatik terminal sedangkan waham tidak sesuai mood adalah tidak sesuai mood terdepresi, dengan tema kebesaran.

e. Pikiran

Biasanya memiliki pandangan negatif tentang dunia dan dirinya. Dapat juga terjadi pelambatan pikiran (*thought blocking*) dan kemiskinan isi pikiran sebanyak 10%.

f. Sensorium dan Kognisi

Gangguan orientasi lebih muncul pada depresi yang berat, meliputi orientasi terhadap orang, tempat dan waktu. Gangguan daya ingat pada pasien depresi sering disebut pseudokognitif yang terjadi sekitar 50 – 70% dengan gejala gangguan kognitif, kurangnya konsentrasi dan mudah lupa. Tilikan pasien terkadang berlebihan menekankan gejala, gangguan dan masalah hidupnya. Informasi yang didapatkan terlalu menonjolkan hal yang negatif atau buruk.

7. Diagnosis^{19,20}

a. Gejala utama

- i. Afek depresif,
- ii. Kehilangan minat dan kegembiraan, dan

- iii. Berkurangnya energi yang menuju meningkatnya keadaan mudah lelah (rasa lelah yang nyata terjadi setelah melakukan pekerjaan) dan menurunnya aktivitas
- b. Gejala lainnya
 - i. Konsentrasi dan perhatian berkurang;
 - ii. Harga diri dan kepercayaan diri berkurang;
 - iii. Gagasan tentang rasa bersalah dan tidak berguna;
 - iv. Pandangan masa depan yang suram dan pesimisti;
 - v. Gagasan atau perbuatan membahayakan diri atau bunuh diri;
 - vi. Tidur terganggu;
 - vii. Nafsu makan berkurang
- Penegakan diagnosis diperlukan minimal 2 minggu untuk episode ketiga tingkat keparahannya, kategori diagnosis depresif ringan, sedang, dan berat hanya untuk episode tunggal (yang pertama). Episode berikutnya diklasifikasikan gangguan depresif berulang
- c. Pedoman diagnostik untuk episode depresi ringan:
 - i. Sekurang-kurangnya harus ada 2 dari 3 gejala utama depresi
 - ii. Ditambah sekurang-kurangnya 2 dari gejala lainnya:
 - iii. Tidak boleh ada gejala yang berat diantaranya.
 - iv. Lamanya seluruh episode berlangsung sekurang-kurangnya sekitar 2 minggu
 - v. Hanya sedikit kesulitan dalam pekerjaan dan kegiatan sosial yang biasa dilakukan
- d. Pedoman diagnostik untuk episode depresi sedang:
 - i. Sekurang-kurangnya harus ada 2 dari 3 gejala utama depresi
 - ii. Ditambah sekurang-kurangnya 3(dan sebaiknya 4) dari gejala lainnya:
 - iii. Lamanya seluruh episode berlangsung sekurang-kurangnya sekitar 2 minggu
 - iv. Menghadapi kesulitan nyata untuk meneruskan pekerjaan dan kegiatan sosial dan urusan rumah tangga

- e. Pedoman diagnostik untuk episode depresi berat tanpa gejala psikotik:
- i. Sekurang-kurangnya harus ada 3 gejala utama depresi
 - ii. Ditambah sekurang-kurangnya 4 dari gejala lainnya, dan beberapa di antaranya intensitas berat
 - iii. Bila ada gejala penting (misalnya agitasi atau retardasi psikomotor) yang mencolok, maka pasien mungkin tidak mau atau tidak mampu untuk melapor banyak gejala secara rinci. Dalam hal demikian, penilaian secara menyeluruh terhadap depresi berat masih dapat dibenarkan.
 - iv. Lamanya seluruh episode berlangsung sekurang-kurangnya sekitar 2 minggu, akan tetapi jika ada gejala sangat berat dan beronset sangat cepat, maka dapat dibenarkan untuk menegakkan diagnosis dalam kurun waktu kurang dari 2 minggu.
 - v. Sangat sedikit kemungkinan pasien akan mampu meneruskan, pekerjaan dan kegiatan sosial yang biasa dilakukan

B. Lanjut Usia

1. Definisi^{9,10,12}

Lanjut usia adalah keadaan yang ditandai oleh kegagalan seseorang untuk mempertahankan keseimbangan terhadap kondisi stress fisiologis akibat penurunan kemampuan untuk hidup serta peningkatan kepekaan secara individual. Batasan usia penduduk lanjut usia dari beberapa pustaka sebagai berikut:

- a. Menurut Undang-Undang Nomor 13 tahun 1998 dalam Bab 1 Pasal 1 Ayat 2 yang berbunyi “Lanjut usia adalah seseorang yang mencapai usia 60 (enam puluh) tahun keatas”.
- b. Menurut *World Health Organization* (WHO) 1997:
 - i. Usia pertengahan (*middle age*) : 45 – 59 tahun
 - ii. Lanjut usia (*elderly*) : 60 – 74 tahun
 - iii. Lanjut usia tua (*old*) : 75 – 90 tahun
 - iv. Usia sangat tua (*very old*) : \geq 90 tahun

- c. Menurut Departemen Kesehatan RI dibagi menjadi tiga, yaitu:
 - i. Masa virilitas : 45 – 54 tahun
 - ii. Masa prasenium : 55 – 64 tahun
 - iii. Masa senecrus : > 65 tahun

2. Proses Penuaan²¹⁻²³

Menua adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan kemampuan jaringan untuk regenerasi atau memperbaiki diri dan mempertahankan struktur dan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap jejas (termasuk infeksi) dan memperbaiki kerusakan yang diderita. Teori-teori proses menua yang sering dikemukakan antara lain:

- a. Teori *Loose cannon* : teori ini mengacu adanya radikal bebas atau glukosa yang abnormal sehingga mengganggu komponen sel yang mengakibatkan modifikasi struktur normal sel
- b. Teori *Weak link* : teori ini mengacu pada lemahnya sistem neuroendokrin yang menyebabkan abnormalitas keseimbangan endokrin dan abnormalitas metabolisme. Teori ini juga mengacu pada lemahnya system imun yang menyebabkan peningkatan kejadian infeksi dan rendahnya kemampuan melawan sel yang abnormal.
- c. Teori *Error catastrophe* : menjelaskan defek dari transkripsi DNA atau translasi RNA (mutasi somatik) menyebabkan abnormalitas genetik yang bertanggung jawab mempercepat penuaan.

Proses penuaan yang sukses merupakan kombinasi dari tiga komponen yaitu penghindaran dari penyakit dan ketidakmampuan, pemeliharaan kapasitas fisik dan kognitif yang tinggi, dan keterlibatan secara aktif dalam kehidupan yang berkelanjutan. Tiga komponen ini akan membantu terjadinya *healthy aging* yaitu menjadi tua dalam keadaan sehat. *Healthy aging* juga dipengaruhi faktor endogenik *aging* (penuaan seluler kearah proses menuanya organ tubuh) dan faktor eksogenik (lingkungan dan sosiobudaya). Kedua faktor tersebut juga disebut sebagai faktor risiko yang

berhubungan terjadinya penyakit terutama penyakit degeneratif. Beberapa karakteristik dari penuaan :

- a. Proses universal, terjadi pada seluruh sistem organ
- b. Intrinsik, tergantung pada faktor genetik
- c. Progresif
- d. Merusak dan cenderung menurunkan kompetensi fungsional
- e. Ireversibel

3. Perubahan pada Lanjut Usia^{10,22,24,25}

Lanjut usia akan mengalami perubahan-perubahan fisiologis dan penurunan anatomikal akibat penurunan organ baik secara anatomi maupun fungsional. Penurunan fungsi organ ini menyebabkan mudah timbul keadaan patologis pada lanjut usia. Penurunan fungsi homeostasis dan kapasitas cadangan juga memperberat keadaan patologi pada lanjut usia. Batas antara keadaan akibat perubahan fisiologi dan patologis terkadang tidak begitu jelas sehingga disebut sebagai perburukan gradual. Manifestasi dari perburukan tersebut tergantung ambang batas tertentu organ yang tergantung pada derajat kecepatan terjadi perburukan atau deteriorisasi dan tingkat tampilan organ yang dibutuhkan. Perubahan-perubahan yang terjadi pada lanjut usia antara lain:

a. Perubahan Fungsi Fisiologi Lanjut Usia

i. Indra Penglihatan

Perubahan indra penglihatan merupakan perubahan yang pertama terjadi pada lanjut usia, antara lain terjadinya presbiopia akibat penurunan akomodasi mata terutama memfokuskan pada objek yang jaraknya dekat, penurunan adaptasi terhadap cahaya gelap dan terang serta berkurangnya lapang pandang dan kesulitan dalam mengenali warna.

ii. Indra Pendengaran dan Keseimbangan

Penurunan fungsi pendengaran dapat mempengaruhi kualitas hidup. Kehilangan pendengaran pada lanjut usia dapat disebabkan

oleh gangguan konduksi suara. Presbiakusis merupakan gangguan sensitivitas nada (frekuensi tinggi), persepsi, lokalisasi suara dan diskriminasi suara di korteks. Perubahan lain adalah terhambatnya konduksi suara, penurunan fungsi pendengaran serta kerusakan struktural pada telinga bagian dalam yang dapat menyebabkan gangguan keseimbangan.

iii. Indra Pengecap

Perubahan yang terjadi pada pengecapan akibat proses menua yaitu berkurangnya sensitivitas terhadap rasa (manis, asam, asin, dan pahit).

iv. Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Perubahan pada lanjut usia adalah kelemahan otot, timbulnya nyeri, inflamasi, penurunan mobilitas dan kekakuan sendi sampai terjadinya deformitas pada sendi. Gabungan dari kelemahan otot, kaku sendi dan mekanisme sentral yang menimbulkan disabilitas, keterbatasan jangkauan dan kecepatan gerak, sehingga ketepatan gerakan halus dan cepat berkurang, gerakan menjadi tidak teratur dan melambat sebelum memulai gerakan lain. Pada skeletal terjadi perubahan postur menjadi bungkuk, nyeri punggung, peningkatan risiko osteoporosis dan fraktur tulang.

v. Perubahan Sistem Neurologi

Aktivitas sistem saraf akan semakin turun mengikuti pertambahan usia. Perubahan sistem saraf pusat menyebabkan fungsi intelektual menurun, gangguan persepsi, analisis dan integrasi, memori jangka pendek dan kemampuan belajar menurun, perubahan pada mental dan gangguan sensorik, sensori-motorik, gangguan mekanisme kontrol postur tubuh, keseimbangan dan gerakan.

vi. Perubahan Sistem Kardiovaskular

Pada lanjut usia terjadi perubahan pada sistem kardiovaskular tanpa adanya kelainan. Faktor *lifestyle* dan lingkungan sangat mempengaruhi perubahan sistem kardiovaskular lanjut usia.

Perbedaan sistem kardiovaskular secara umum mengakibatkan penurunan *cardiac output* karena adanya penurunan stroke volume dan frekuensi denyut jantung, penurunan kontraktilitas jantung, disritmia, kekakuan katup jantung dan dinding aorta, penurunan sensitivitas baroreseptor serta respon terhadap panas dan dingin. Penebalan dinding pembuluh darah baik tunika intima maupun media mengakibatkan resistensi pembuluh darah perifer sehingga terjadi peningkatan tekanan darah pada lanjut usia.

vii. Perubahan Sistem Respirasi

Perubahan sistem respirasi pada lanjut usia antara lain penurunan daerah permukaan untuk difusi gas, dispnea saat aktivitas, penurunan saturasi O₂, dan peningkatan volume akibat penurunan kapasitas vital penurunan PaO₂ residu. Timbulnya emfisema sinilis, pernafasan abdominal dan hilangnya suara paru bagian dasar disebabkan adanya kalsifikasi kartilago bronkus serta kekakuan tulang kosta pada kondisi pengembangan. Atelektaksis dapat ditemukan akibat hilangnya tonus otot thoraks dan kelemahan kenaikan dasar paru, sering terjadi akumulasi cairan akibat sekresi kental dan sulit dikeluarkan. Hal tersebut menunjukkan penurunan sensitivitas mekanisme silia untuk membersihkan sekret kental dan penurunan reflek batuk.

viii. Perubahan Sistem Endokrin

Pada lanjut usia hampir semua fungsi endokrin mengalami penurunan, antara lain menurunnya produksi ACTH, TSH, FSH, dan LH sebagai stimulator. Selain itu terjadi penurunan aktivitas tiroid, laju metabolik basal, daya pertukaran gas, produksi aldosteron serta sekresi hormon testosteron, progesteron dan yang paling terlihat pada wanita adalah penurunan esterogen dengan terjadinya menopause.

ix. Perubahan Sistem Uropoetika

Perubahan pada sistem uropoetika termasuk ginjal, vesica urinaria, dan sistem persarafan simpatis parasimpatis secara umum akan berdampak pada fisiologi eliminasi urin yang menyebabkan penurunan filtrasi glomerulus, penyaringan protein dan eritrosit terganggu dan nokturia. Peningkatan total lemak tubuh, penurunan cairan intra sel, penurunan sensasi haus, penurunan kemampuan untuk memekatkan urin menyebabkan penurunan total cairan tubuh dan meningkatkan risiko dehidrasi. Peningkatan risiko inkontinensia disebabkan adanya penurunan kapasitas kandung kemih, peningkatan volume residu, peningkatan kontraksi kandung kemih yang tidak disadari, dan atopi pada otot kandung kemih secara umum.

x. Perubahan Sistem Gastrointestinal

Pada lanjut usia hampir semua bagian dari sistem gastrointestinal mengalami perubahan morfologi degeneratif, hal ini sangat dipengaruhi gaya hidup. Pada rongga mulut sering terjadi tanggalnya gigi, kesulitan mempertahankan perlekatan gigi palsu, penurunan produksi saliva sehingga berdampak penurunan enzim pencernaan di mulut. Dilatasi esofagus dan penurunan reflek muntah akan meningkatkan risiko aspirasi. Pada lambung terjadi penurunan sekresi asam hidroklorik sehingga terjadi perlambatan pencernaan makanan dan gangguan penyerapan vitamin B₁₂. Pada usus halus bakteri akan tumbuh berlebihan menyebabkan kurangnya penyerapan lemak. Penyimpanan dan sintesis protein dapat turun, begitu pula dengan enzim pencernaan. Hal tersebut meningkatkan risiko sindrom malabsorpsi dan disertai peningkatan sekresi kolesterol akibat perubahan proporsi lemak empedu tanpa ada perubahan metabolisme asam empedu.

xi. Perubahan Sistem Imun

Perubahan yang terjadi antara lain adalah penurunan aktivitas fungsi sel T limfosit, peningkatan pembentukan auto-antibodi sehingga insiden penyakit auto-imun meningkat. Penurunan aktivitas *Natural Killer Cells* (NK cell) dalam pengenalan sel kanker menyebabkan insiden penyakit neoplasma meningkat. Produksi antibodi seperti makrofag dan imunitas alami serta pembentukan protein fase akut menurun menyebabkan peningkatan kejadian penyakit infeksi yang lebih berat pada lanjut usia.

xii. Perubahan Sistem Reproduksi

Pada sistem reproduksi laki-laki terjadi penurunan produksi spermatozoa meskipun dalam waktu lama dan sering terjadi hiperplasia noduler benigna prostat. Pada sistem reproduksi perempuan terjadi penurunan estrogen yang menyebabkan atropi kelenjara mammae dan genitalia serta peningkatan androgen yang menyebabkan penurunan massa tulang sehingga meningkatkan risiko osteoporosis dan fraktur, serta peningkatan kecepatan aterosklerosis.

xiii. Perubahan fisiofarmakologi

Perubahan dari respon lanjut usia dalam proses farmakokinetik dan farmakodinamika obat sangat bervariasi dan dapat dipengaruhi heterogenitas gen masing-masing individu. Secara umum terdapat perubahan pada fase-fase yang terjadi dalam farmakokinetik yaitu penurunan laju absorpsi obat secara oral, peningkatan distribusi obat bersifat lipofilik, penurunan clearance obat akibat penurunan filtrasi glomerulus dan aliran darah hepatic. Perubahan tersebut dapat menyebabkan metabolisme obat dengan waktu paruh yang panjang dapat berakumulasi menjadi toksin.

b. Perubahan Psikologi Lanjut Usia^{22,23}

Perubahan-perubahan pada lanjut usia akan mempengaruhi pribadi lanjut usia tersebut sehingga menimbulkan masalah psikologik pada lansia. Perubahan psikologi lanjut usia dan beberapa stereoptipe psikologi lanjut usia biasanya sesuai dengan pembawaan pada waktu muda serta menimbulkan beberapa problema lanjut usia. Perubahan psikologi lanjut usia antara lain:

i. Kemunduran intelegensi

Menurut Miles (1954) rata-rata akan ada kehilangan tiga IQ tiap dekade menjadi tua. Hasil uji intelegensi akan menurun sebanding dengan naiknya usia, terutama dalam hal kecepatan menyelesaikan suatu persoalan. Kemunduran daya ingat dan daya cerna pada lanjut usia akan menyebabkan penyempitan daerah perhatian (*belang-stellingsn sfeer*). Penyempitan perhatian ini akan menyebabkan lanjut usia lebih memiliki ikatan kuat dengan tempat (rumah, halaman), aturan-aturan dan kebiasaan.

ii. Perubahan emosi

Lanjut usia sering merasa tidak aman, takut, takut merasa bahwa penyakit selalu mungkin mengancamnya, sering bingung, panik.

Stereotipe psikologi lanjut usia, antara lain:

i. Tipe konstruktif

Integritas baik, dapat menikmati hidupnya, mempunyai toleransi tinggi, humoris, flesibel dan tahu diri. Tipe ini menerima fakta-fakta menjadi tua, mengalami masa pensiun dengan tenang, juga dalam menghadapi masa akhir.

ii. Tipe ketergantungan (*dependent*)

Lanjut usia tipe ini masih dapat diterima di tengah masyarakat, telalu pasif, tak berambisi, masih tahu diri, tak punya inisiatif dan bertindak tidak praktis. Tipe ini senang mengalami pensiun, tidak suka bekerja dan senang untuk berlibur.

iii. Tipe defensif

Lanjut usia tipe ini selalu menolak bantuan, seringkali emosinya tidak dapat di kontrol, memegang teguh kebiasaannya, bersifat kompulsif aktif namun takut menjadi tua dan tidak menyukai masa pensiun.

iv. Tipe bermusuhan (*hostility*)

Lanjut usia tipe ini menganggap orang lain menyebabkan kegagalannya, selalu mengeluh, bersifat agresif, curiga. Tipe ini menganggap menjadi tua tidak ada hal yang baik, takut mati, iri pada yang lebih muda.

v. Tipe membenci/menyalahkan diri sendiri (*selfhaters*)

Lanjut usia tipe ini selalu menyalahkan diri sendiri, tak mempunyai ambisi, mengalami penurunan sosioekonomi. Tipe ini merasa menjadi korban, namun menerima fakta proses menua, merasa sudah cukup menerima apa adanya, menganggap bunuh diri membebaskan dari penderitaan.

Perubahan pada proses menua baik dari segi kesehatan, jiwa maupun sosio-ekonomi akan menimbulkan problematik pada lanjut usia, antara lain:

i. Problematik dalam bidang klinik yang meliputi

Diagnosis (kesulitan yang dihadapi), pengobatan dan perawatan (terutama mengenai kesulitan dan komplikasi yang mungkin dihadapi pada pemberian-pemberian obat yang khusus harus dipertimbangkan pada orang usia lanjut, begitu pula pola proses penyembuhan penyakit yang relatif lebih lambat pada usia muda) dan pencegahan timbulnya penyakit (termasuk di dalamnya pencegahan terjadinya invaliditas).

ii. Problema usia lanjut dari segi kesehatan jiwa juga meliputi diagnosis, pengobatan, perawatan dan pencegahan dengan segala aspeknya.

iii. Problema usia lanjut dalam bidang sosial-ekonomik meliputi menurunnya kemampuan sosial dan finansialnya, usia lanjut menjadi tanggungan dari keluarga atau pemerintah/badan-badan sosial untuk kelangsungan hidupnya

4. Karakteristik Kesehatan Pada Lanjut Usia²²

Kesehatan dan status fungsional lanjut usia ditentukan dari faktor fisik, psikologi dan sosioekonomik sehingga membedakan dengan populasi lain. Beberapa penyebab perbedaan penyakit lanjut usia dengan populasi lain:

- a. Perubahan yang terjadi tidak disebabkan proses penyakit saja.
- b. Terjadi akumulasi proses patologi kronik yang biasanya bersifat degeneratif.
- c. Berbagai keadaan sosial ekonomi lingkungan sering tidak membantu kesejahteraan dan kesehatan lanjut usia.
- d. Penyakit iatrogenik, atau penyakit yang diakibatkan oleh tindakan medis/obat-obatan.

Penyakit pada lanjut usia umumnya akumulasi berbagai faktor risiko usia muda, antara lain sebagai berikut:

Tabel 2.1. Faktor risiko dan Penyakit Kronis pada Lanjut Usia^{24,26}

Faktor Risiko	Penyakit Kronis/ degeneratif
Tekanan darah tinggi	Penyakit jantung
Rokok	Stroke
Dislipidemia	Hipertensi
Makanan	Demensia
Kenaikan glukosa	Diabetes Mellitus
Pengangguran	Kanker
Alkohol	Osteoporosis
Lingkungan buruk	Penyakit hati
Kebersihan mulut	Gagal ginjal
	Penyakit respirasi

Sifat penyakit pada lanjut usia (Tabel 2.2) berbeda dengan sifat penyakit pada usia yang lebih muda. Hal ini menyebabkan penatalaksanaan dan perawatan pada lanjut usia lebih komprehensif.

Tabel 2.2. Sifat Penyakit Pada Lanjut usia²⁴

Parameter	Sifat Penyakit Usia Lanjut
Etiologi	Endogen (berasal dari dalam tubuh) Tersembunyi Kumulatif/multipel Telah lama terjadi
Awitan gejala	Insidious, kronik
Diagnosis	Sukar Gejala tidak khas Keluhan tidak khas dan tidak jelas Atipik Sering asimtomatik
Perjalanan penyakit	Kronik/menahun, progresif menyebabkan cacat lama sebelum kematian Menyebabkan lebih rentan terhadap penyakit lain
Variasi individual	Sangat bervariasi

5. Sindroma Geriatrik²²

Sindroma geriatrik adalah kumpulan gejala yang mengenai kesehatan yang sangat sering dikeluhkan oleh para lanjut usia dan/atau keluarga.

Pembagian sindroma geriatrik adalah sebagai berikut:

Tabel 2.3 Sindroma Geriatrik²⁴

Pembagian Sindroma Geriatrik	Penjelasan
The O complex	Jatuh Inkontinensia Delirium Penyakit iatrogenik
The Big Three	Gangguan hemostasis Penurunan intelektual Imobilitas/instabilitas
The 13 I's	Inkontinensia Immobility (imobilitas) Impaction (impaksi) Instability (Instabilitas) Intellectual impairment (penurunan intelektual) Insomnia Incontinence (inkontinensia) Isolation (isolasi) Impotence (impotensi) Immuno-deficiency (defisiensi imunitas) Infection (Infeksi) Inanition (kelaparan) Impairment of vision, smell, hearing
The Geriatric Giants	Sindroma serebral Penyakit muskuloskeletal dan patah tulang Gangguan autonom Delerium dan demensia Hipertensi Jatuh inkontinensia

Invaliditas^{23,24}

Penyakit/gangguan pada usia lanjut akan menyebabkan hambatan kerusakan baik psikologi, fisiologi maupun fungsi anatomik sehingga menimbulkan disabilitas dalam melakukan kegiatan dan pada akhirnya menyebabkan handicap yaitu ketidakmampuan orang lanjut akibat kerusakan atau disabilitas. Invaliditas/ketergantungan pada lanjut usia, dapat dibagi menjadi:

a. *Personal dependency*

Ketergantungan yang dialami dalam mengerjakan pekerjaan sehari-hari terhadap diri sendiri. Ketergantungan yang paling berat.

b. *Domestic dependency*

Ketergantungan dalam melakukan pekerjaan-pekerjaan rumah tangga sehari-hari.

c. *Social or financial dependency*

Ketergantungan dalam melakukan pekerjaan di luar rumah.

C. Depresi Pada Lanjut Usia

1. Epidemiologi

Epidemiologi depresi pada lanjut usia memiliki karakteristik seperti piramida yaitu meningkatnya keparahan kejadian depresi dengan menurunnya frekuensi kejadian. Kejadian depresi pada lanjut usia sering diakibatkan karena adanya penderitaan, kerentanan terhadap penyakit dan disabilitas. Pada lanjut usia depresi minor atau depresi subsindromal (15-18%) lebih sering ditemukan dibanding dengan gangguan depresi mayor (1-5%) dan kejadiannya lebih tinggi pada lanjut usia wanita dengan perbandingan wanita dan pria 2:1. Onset pertama kali depresi yang terjadi pada usia ≥ 60 tahun (*late-onset depression*) mencapai 71%. *Late-onset depression* lebih memperlihatkan gangguan kognitif-afektif seperti disforia, perasaan bersalah.^{8,12,26,28}

Tabel 2.4. Gejala depresi tersering yang muncul pada lanjut usia berdasarkan jenis kelamin¹³

No.	Gejala Depresi	Pria (%)	Wanita (%)	Total (%)
1.	Perasaan sedih, kesepian atau terdepresi	89,3	94	92,8
2.	Kehilangan minat	46,3	45,6	45,8
3.	Iritabilitas	37,6	26	29,1
4.	Terlihat sedih	8,3	4,9	5,8
5.	Perubahan nafsu makan	11	9,9	10,2
6.	Perubahan berat badan	12,5	10,6	11,1
7.	Insomnia	16,8	11,8	13,1
8.	Lelah	19,8	15,4	16,6
9.	Perasaan bersalah	13,8	9,5	10,7
10.	Gangguan konsentrasi	12,5	9,9	10,6

Berdasarkan tabel 2.4 disimpulkan bahwa gejala depresi yang paling sering muncul pada lanjut usia adalah perasaan sedih, kesepian atau terdepresi (92,8%) sedangkan yang paling jarang adalah terlihat sedih (5,8%).

Predisposisi terjadinya gangguan depresi pada lanjut usia antara lain¹⁹:

- a. Perempuan mempunyai risiko yang lebih tinggi.
- b. Riwayat adanya gangguan depresi sebelumnya.
- c. Status janda/ duda, riwayat berpisah dengan pasangan.
- d. Perubahan neuroanatomi, kimiawi dan fungsional yang ireversibel pada sistem saraf pusat seperti pada penderita stroke.
- e. Kepribadian menghindar dan *dependent*.

2. Etiologi & Faktor Risiko^{1,10,14}

a. Faktor Genetik

Heritabilitas pada wanita (42%) lebih tinggi daripada pria (29%). Faktor risiko untuk gangguan depresi mayor pada saudara kembar tinggi pada onset pertama kali usia muda (*early-onset depression*). Apabila terjadi *late-onset depression* atau kejadian depresi terjadi pada usia ≥ 35 tahun maka faktor genetik tidak terlalu berpengaruh.

b. Risiko Biologi

i. Disfungsi Neurotransmitter

Penurunan neurotransmitter seperti dopamin dan serotonin sehingga menimbulkan disfungsi keduanya. Reseptor serotonin di otak

mengalami penurunan dalam jumlah berarti selama pertengahan hidup sampai menjadi tua. Disfungsi neurotransmitter ini dapat diatasi dengan obat anti-depresi seperti MAOI-reversibel (*Monoamine Oxidase Inhibitors*), *Tricyclic Anti-depressant*, dan SSRI (*Selective Serotonin Reuptake Inhibitor*). Meskipun demikian, penggunaan SSRI yang terhenti mendadak atau berkepanjangan akan menyebabkan efek *withdrawal* sehingga dapat memperberat gejala depresi seperti insomnia, agitasi, lelah, dan anorexia.

ii. Disfungsi endokrin

Hipersekresi dari *Corticotrophin Releasing Factor* (CRF) sangat berhubungan dengan kejadian depresi. CRF berhubungan dengan gangguan tidur dan nafsu makan, penurunan libido, dan perubahan psikomotor. Perubahan hormonal pada wanita sangat berhubungan dengan perubahan mood sehingga kejadian depresi lebih tinggi pada wanita.

Disfungsi endokrin berhubungan dengan perubahan anatomi dan gejala depresi yang akan merujuk pada lingkaran setan menjadi gejala depresi yang kronis dan berat. Gejala depresi akan merangsang peningkatan produksi kortisol yang akan menyebabkan gejala kognitif pada depresi.

iii. Penyakit fisik

Kejadian depresi pada lanjut usia dengan penyakit fisik ataupun penyakit kronik lebih tinggi (88,6%) daripada lanjut usia tanpa penyakit fisik atau kronik. Hubungan kejadian depresi dan penyakit fisik pada lanjut usia saling memperberat satu sama lain.^{8,19}

Tabel 2.5. Prevalensi gangguan depresi mayor dengan penyakit kronis⁵

No.	Penyakit kronis	Prevalensi
1.	Tuberculosis	46 %
2.	Hiv/aids	44 %
3.	Kanker	33 %
4.	Stroke	31 %
5.	Epilepsy	30 %
6.	Hipertensi	29%
6.	Diabetes mellitus	27 %
7.	Infark miokard	22 %
8.	Populasi umum	10 %

Dari tabel 2.5. didapat prevalensi gangguan depresi mayor paling tinggi timbul pada penyakit tuberkulosis (46%) dan paling rendah pada infark miokard (22%).

Pada penyakit neurologi seperti demensia, penyakit alzheimer, penyakit parkinson atau serebrovaskular perlu dibedakan apakah gejala depresi yang timbul akibat pengaruh penyakit tersebut atau tidak, karena lanjut usia dengan penyakit neurologi sering juga menimbulkan gejala depresi yang diakibatkan penyakit tersebut.

c. Gangguan Kecemasan

Pada lanjut usia gangguan kecemasan yang dialami biasanya lebih berat, persisten, dan sulit dalam pengobatannya. Pada usia dewasa gangguan kecemasan melatarbelakangi 80% dari kejadian depresi. Lanjut usia dengan gangguan kecemasan dan depresi akan meningkatkan risiko gangguan kognitif.

d. Gangguan Tidur

Gangguan tidur berkontribusi 57% untuk menimbulkan depresi pada lanjut usia. Insomnia, salah satu jenis gangguan tidur, mempengaruhi baik pria dan wanita. Insomnia mengarah pada gangguan manik sedangkan hipersomnia mengarah kepada gangguan depresi, namun pada lanjut usia dengan gejala depresi juga sering timbul gejala dengan insomnia yang berat.

e. Risiko Psikologi

Faktor psikologi menjadi salah satu penyebab terjadinya gangguan dan gejala depresi di masa tua, termasuk kepribadian, neurosis, distorsi kognisi dan kontrol emosional serta kontrol diri.

f. Risiko Sosial-ekonomi

Peristiwa kehidupan, stress lingkungan dan sosial-ekonomi yang lemah bukan faktor risiko kuat pada timbul depresi di masa tua, namun ketiga hal ini meningkatkan kejadian depresi akibat efek kumulatifnya di masa tua. Selain itu meninggalnya anggota keluarga atau teman, janda atau duda, sosial-ekonomi rendah, disabilitas yang mengakibatkan isolasi juga meningkatkan kejadian depresi

3. Gejala klinis^{1,18,20,24}

Gejala klinis depresi lanjut usia sedikit berbeda dengan usia yang lebih muda, sering hanya gangguan emosi berupa apatis, penarikan diri dari aktivitas sosial, dan gangguan kognitif seperti gangguan memori, gangguan konsentrasi serta fungsi kognitif yang memburuk. Pada pasien lanjut gangguan kognitif sering menyebabkan pseudodemensia (sindrom demensia pada depresi) antara lain mengalami:

- a. Defisit atensi dan konsentrasi yang bervariasi,
- b. Jarang memiliki gangguan bahasa
- c. Jika tidak yakin, paling sering menjawab 'tidak tahu'
- d. Gangguan ingatan terbatas pada ingatan bebas

Pada lanjut usia keluhan vegetatif atau somatik lebih timbul seperti penurunan energi terutama pada bangun dini hari dan bangun malam hari, nyeri dada, *fatigue*, *dizziness*, nyeri kepala, edema, nyeri punggung, dispepsia, insomnia, nyeri perut dan mati rasa. Lanjut usia rentan terhadap episode depresif berat yang menimbulkan hipokondriasis, harga diri rendah, perasaan tidak berdaya, menyalahkan diri sendiri hingga keinginan bunuh diri.

Gangguan depresi yang sering terjadi adalah depresi minor, yaitu depresi yang bersifat *subtreshold* dan subklinikal, dengan gambaran gejala keluhan fisik sangat dominan dan gejala berupa tidak ada motivasi, kesulitan untuk berkonsentrasi dan fungsi kognitif yang memburuk.

4. Asesmen Depresi

a. *Geriatric Depression Scale (GDS)*

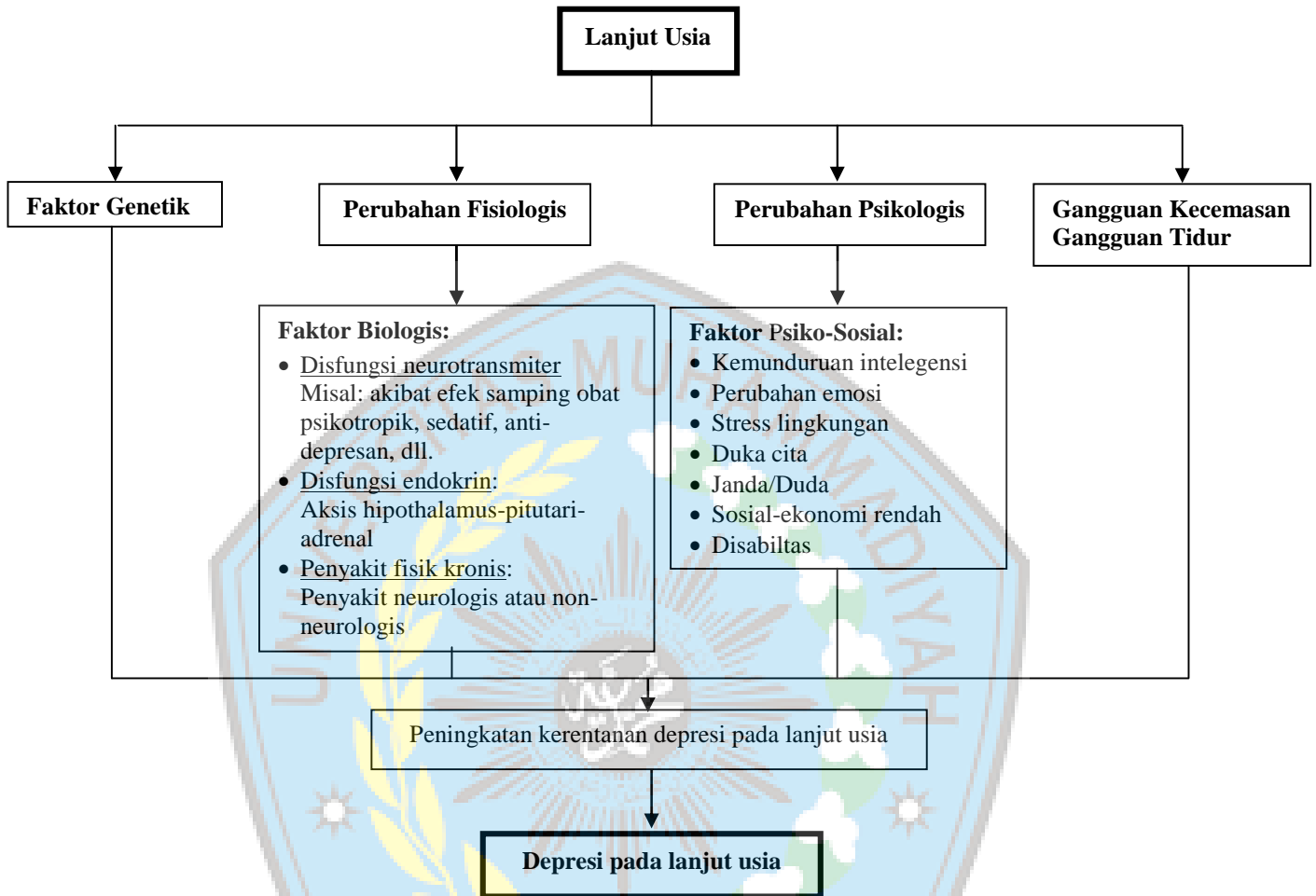
Terdiri dari 30 pertanyaan, biasanya dipergunakan untuk memisahkan apakah pasien tersebut masuk ke dalam kelompok depresi. Alat ukur GDS ini memiliki sensitivitas 88,9% dan spesifisitas 47,8%. Penilaian skala ini berdasarkan aspek kekhawatiran somatik, penurunan afek, gangguan kognitif, berkurangnya orientasi terhadap masa yang akan datang, dan kurangnya harga diri. Skala ini telah direkomendasikan agar dipergunakan dalam situasi klinis oleh Institute of Medicine.¹⁸

5. Prognosis²⁴

Tabel 2.6. Prognosis depresi pada lanjut usia

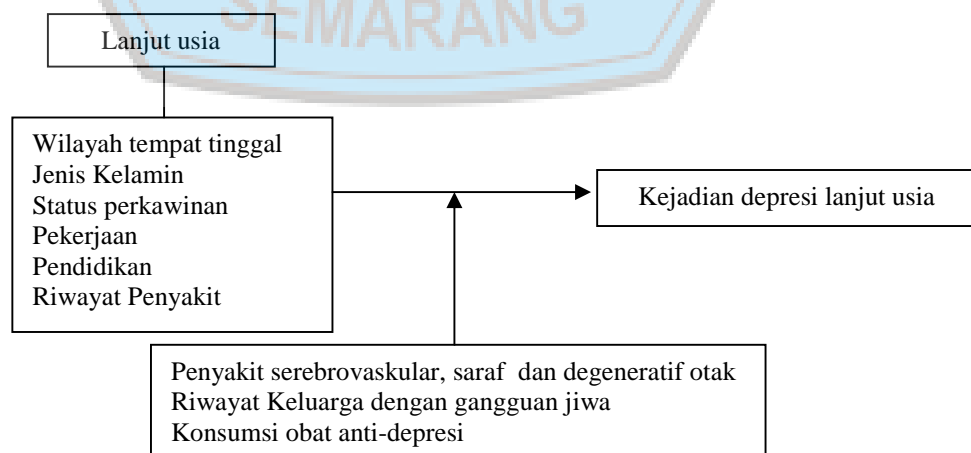
Prognosis baik		Prognosis buruk	
a.	Usia <70 tahun	a.	Usia > 70 tahun dengan wajah tua
b.	Riwayat keluarga adanya penderita depresi atau manic	b.	Terdapat penyakit fisik serius dan disabilitas
c.	Riwayat pernah depresi berat (sembuh sempurna) sebelum usia 50 tahun	c.	Riwayat depresi terus menerus selama 2 tahun
d.	Kepribadian extrovert dan temperamen yang datar	d.	Terbukti ada kerusakan otak, misal adanya dementia

D. Kerangka Teori



Gambar 2.1. Bagan kerangka teori penelitian

E. Kerangka konsep



Gambar 2.2. Bagan kerangka konsep penelitian

F. Hipotesis

Ada perbedaan kejadian depresi antara penduduk lanjut usia di Kecamatan Semarang Selatan dan di Kecamatan Gunung Pati.



BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Ruang lingkup

1. Tempat : Kecamatan Semarang Selatan dan Kecamatan GunungPati
2. Waktu : Oktober 2012 – Desember 2012
3. Disiplin ilmu : Ilmu Kedokteran Jiwa

B. Jenis penelitian

Jenis penelitian yang dipakai pada penelitian ini adalah penelitian observasional analitik dengan membandingkan dua kelompok tidak berpasangan. Rancangan penelitian adalah *cross sectional* dan metode yang digunakan adalah wawancara menggunakan kuesioner.

C. Populasi dan sampel

1. Populasi

Semua penduduk lanjut usia lima Kelurahan di Kecamatan Semarang Selatan dan lima kelurahan di Kecamatan Gunung Pati (N = 4.905).

2. Sampel

a. Besar sampel

Besar sampel yang diambil menggunakan rumus untuk penelitian *cross sectional*:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \cdot p(1-p) \cdot N}{d^2(N-1) + Z_{1-\alpha/2}^2 \cdot p(1-p)}$$

Keterangan:

N = populasi

n = sampel minimal

d = derajat penyimpangan 0,05

p = 0,05

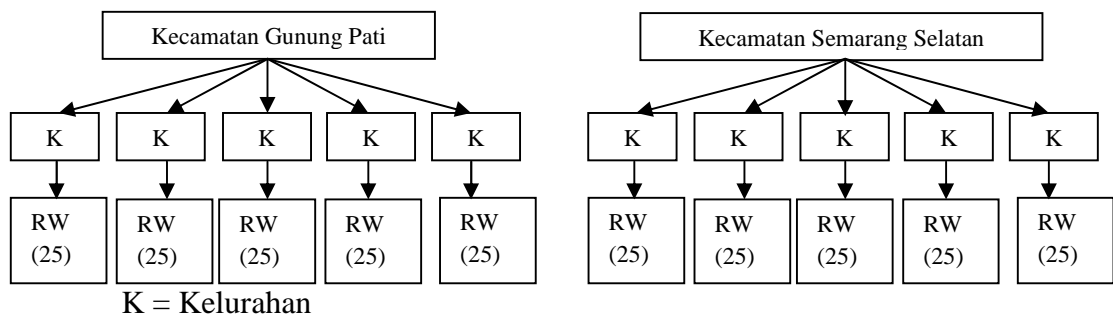
Dengan jumlah populasi 4.905 dan $\alpha = 0,05$ didapatkan besar sampel sebanyak 250 penduduk lanjut usia lima Kelurahan di Kecamatan Semarang Selatan dan lima Kelurahan di Kecamatan Gunung Pati.

b. Sampel

Sampel diambil dengan cara *Multistage Random Sampling* yang merupakan bentuk kompleks kluster dengan minimal melalui 2 tahapan kluster digunakan dalam studi dengan populasi besar. Tahapan kluster berdasarkan:

- i. Kecamatan Semarang Selatan dan Kecamatan Gunung Pati,
- ii. Lima Kelurahan di Kecamatan Semarang Selatan dan Lima Kelurahan di Kecamatan Gunung Pati:
 1. Kelurahan di Kecamatan Semarang Selatan: Lamper Kidul, Lamper Lor, Wonodri, Mugasari dan Barusari.
 2. Kelurahan di Kecamatan Gunung Pati: Gunung Pati, Sekaran, Pongangan, Ngijo, dan Plalangan.
Di Kecamatan Gunung Pati terjadi perubahan kelurahan yaitu Jatirejo menjadi Plalangan dikarenakan kesulitan peneliti untuk mencapai daerah tersebut.
Pemilihan kelurahan dengan cara *simple random sampling* melalui pengocokan.
- iii. Satu RW di masing-masing Kelurahan yang terpilih, setiap RW diambil 25 penduduk lanjut usia.

Pemilihan RW dan sampel di Kecamatan Semarang Selatan dan Kecamatan Gunung Pati menggunakan *purposive sampling* dengan memilih RW dengan penduduk lanjut usia terbanyak berdasarkan data kependudukan dari kelurahan masing-masing



Gambar 3.1. Bagan kluster pengambilan sampel dengan *multistage random sampling*

- c. Kriteria inklusi :
- i. Lanjut usia ≥ 60 tahun
 - ii. Bersedia menjadi responden.
- d. Kriteria eksklusi :
- i. Riwayat menderita penyakit serebrovaskular dan penyakit degeneratif otak seperti stroke, penyakit parkinson, penyakit alzheimer, demensia dn epilepsi.
 - ii. Riwayat depresi *early-onset*
 - iii. Mengonsumsi obat depresi seperti Tricyclic Antidepressants (Amitriptyline, Clomipramine, Tianeptine, Opipramol), MAOI-reversible (Moclobemide), SSRI (setraline, Paroxetine, Fluvoxamine, Fluxetine, Citalopram)

Pengelompokan kriteria inklusi dan eksklusi dengan wawancara langsung berdasarkan kuesioner latar belakang.

D. Variabel penelitian

1. Variabel bebas : Wilayah tempat tinggal, usia, jenis kelamin, status perkawinan, pekerjaan, pendidikan, riwayat Penyakit
2. Variabel terikat : Kejadian depresi lanjut usia

E. Instrumen Penelitian

Alat yang digunakan adalah kuesioner yaitu:

1. Kuesioner Latar Belakang

Kuesioner berisi data identitas diri yaitu nama, usia, jenis kelamin, status perkawinan, pekerjaan, pendidikan terakhir, penyakit yang di derita, obat yang sedang dikonsumsi.

2. *Geriatric Depression Scale (GDS)*

Kejadian depresi responden lanjut usia berdasarkan hasil wawancara secara langsung penduduk lanjut usia menggunakan GDS dalam Bahasa Indonesia. Kuesioner terdiri 30 pertanyaan tertutup dengan pilihan jawaban iya atau tidak. Untuk pertanyaan nomor 2, 3, 4, 6, 8, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26, dan 28, untuk setiap jawaban 'Ya' akan diberi skor 1, untuk setiap jawaban 'Tidak' diberi skor 0. Pada pertanyaan nomor 1, 5, 7, 9, 10, 15, 19, 21, 27, 29 dan 30, untuk setiap jawaban 'Tidak' diberi skor 1, dan untuk setiap jawaban 'Ya' diberi skor 0. Setelah dilakukan wawancara, skor yang telah didapat di jumlah dan dikelompokkan sesuai dengan kategori:

Non-Depresi : 9

Depresi : 10

F. Data yang Dikumpulkan

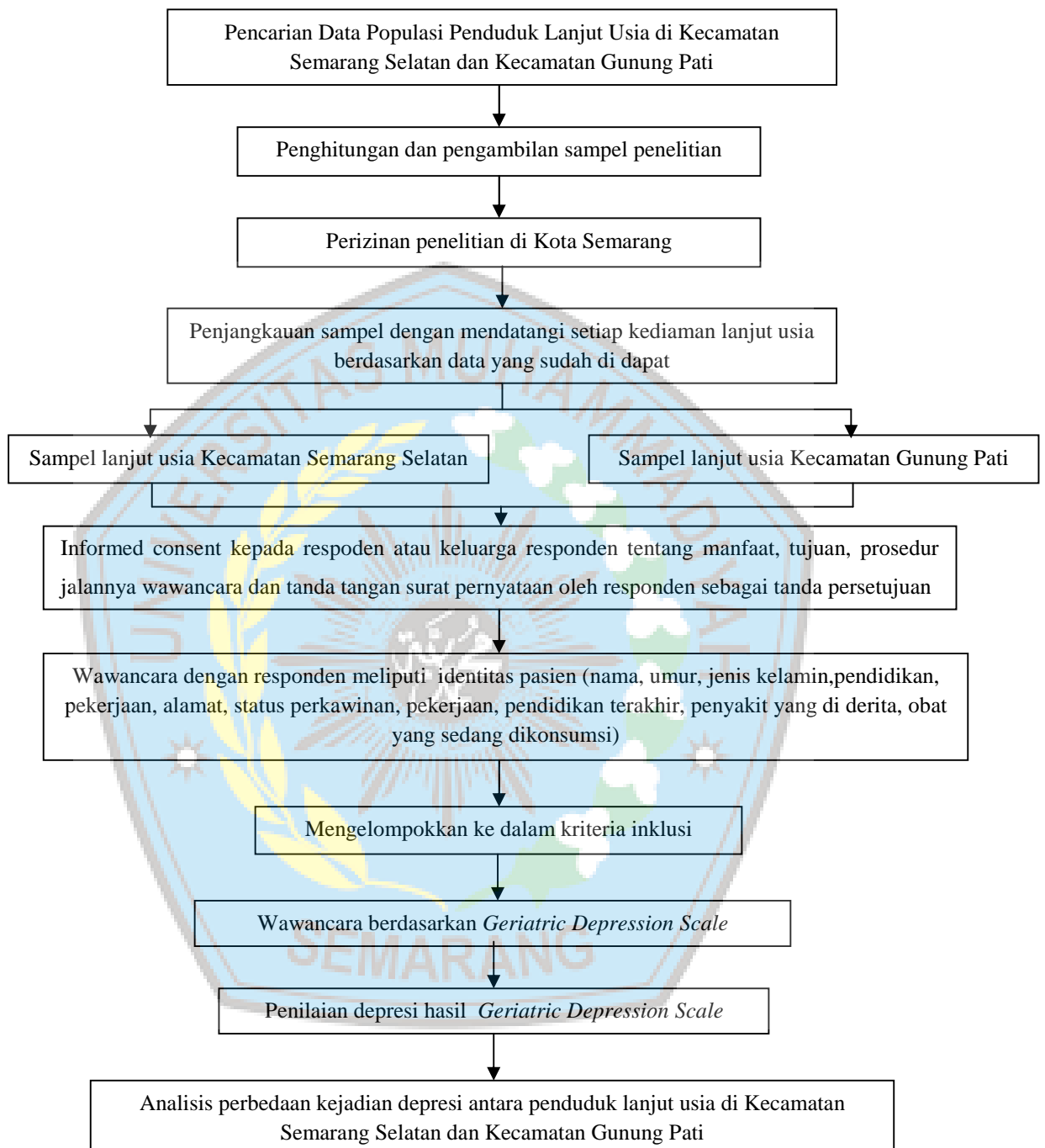
1. Data Sekunder

Data sekunder tentang jumlah penduduk lanjut usia didapatkan dari data penduduk Kecamatan Semarang Selatan dan Kecamatan Gunung Pati di Badan Pusat Statistik 2011 dan data kependudukan di masing-masing RW.

2. Data Primer

Data primer dengan wawancara langsung dengan responden lanjut usia mengenai data latar belakang, demografi, dan penilaian depresi dengan *Geriatric Depression Scale*.

G. Alur Penelitian



Gambar 3.2. Bagan alur penelitian

H. Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi operasional variabel

No.	Variabel	Definisi	Skala variabel
1.	Kejadian depresi	Penilaian keadaan pasien dengan gejala depresi menggunakan quesioner berdasarkan <i>Geriatric Depression Scale</i> (GDS). a. Non-depresi : 0 – 9 b. Depresi : 10	Ordinal
2.	Wilayah tempat tinggal	Tempat tinggal penduduk lanjut usia yaitu Kecamatan Semarang Selatan sebagai perkotaan dan Kecamatan Gunung Pati sebagai pedesaan	Nominal
3.	Usia	Usia berdasarkan tanggal lahir yang tercantum pada KTP sampai saat penelitian dan dinyatakan dalam tahun penuh. Pembulatan <6 bulan dibulatkan ke bawah dan >6 bulan dibulatkan ke atas dengan kategori usia : a. 60 – 74 tahun b. 75 – 90 tahun c. >90 tahun	Nominal
4.	Jenis kelamin	Perempuan atau laki-laki	Nominal
5.	Status perkawinan	Status perkawinan responden yang dikelompokkan menjadi tidak menikah, janda/ duda, dan menikah	Nominal
6.	Pendidikan	Berdasarkan tingkat pendidikan yang telah ditamatkan sampai mendapatkan ijazah, dikategorikan tidak pernah sekolah, SD, SMP, SMA dan AKPD/PT	Nominal
7.	Pekerjaan	Kegiatan rutin responden yang baik wiraswata maupun tidak, dikategorikan menjadi: Tidak bekerja Bekerja ringan : menjaga toko, kantor, dll Bekerja berat : bertani, berkebun, dll	Nominal
8.	Riwayat kesehatan	Penyakit yang telah di derita pasien dalam jangka waktu satu tahun terakhir yang diukur berdasarkan : • Risiko rendah depresi: Selain penyakit risiko tinggi • Risiko tinggi depresi: menderita 2 atau lebih penyakit diantaranya Tuberculosis, HIV/AIDS, Neoplasma, Hipertensi, Diabetes mellitus, gangguan jantung, Penyakit sendi, Osteoporosis	Nominal

I. Pengolahan Data

1. Metode Pengolahan Data

Metode pengolahan data melalui proses pengeditan, pemberian kode, pemasukan data dan kalkulasi ke dalam komputer.

2. Analisis data

a. Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk memperoleh gambaran distribusi frekuensi berdasarkan variabel yang diteliti.

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat untuk menganalisis perbedaan variabel bivariat menggunakan analisis data non-parametrik uji chi-square. Hasil dikatakan bermakna apabila didapatkan nilai $p < 0,05$ yang artinya ada perbedaan bermakna antar variabel bebas dan terikat. Kekuatan hubungan dari penelitian *cross sectional* ini dilihat dari nilai *odds ratio* (OR).

c. Analisis Multivariat

Analisis multivariat untuk menganalisis variabel multivariat yang menjadi faktor perbedaan kejadian depresi di Kecamatan Semarang Selatan dan Gunung Pati dengan menggunakan uji logistic dengan *binary logistic* dengan metode *backward stepwise (Likelihood Ratio)*. Hasil dianggap bermakna bila nilai $p < 0,05$ dan kekuatan hubungan dilihat dari OR/Exp(B).

Variabel yang dianalisis dengan multivariat adalah variabel dengan nilai $p < 0,025$ di analisis bivariat dengan uji *chi square*.

J. Jadwal Penelitian

Tabel 3.2. Jadwal Penelitian

Tanggal	Kegiatan
12-14 Oktober 2012	Proses perizinan penelitian di Kota Semarang dan masing-masing kecamatan.
15-17 Oktober 2012	Pengumpulan data penduduk lanjut usia di lima kelurahan Kecamatan Semarang Selatan dan Mempersiapkan peralatan yang diperlukan untuk penelitian
18 Oktober-24 November 2012	Penelitian di lima kelurahan di Kecamatan Semarang Selatan
25 November -27 Desember 2012	Pengumpulan data dan penelitian Lima Kelurahan di Kecamatan Gunung Pati
17-24 Januari 2013	Proses input, pengeditan, pemberian kode, dan pemasukan data
25 Januari-27 Februari 2013	Proses analisis hasil penelitian dan penyusunan karya tulis ilmiah

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Kecamatan Semarang Selatan dan Kecamatan Gunung Pati pada pertengahan bulan Oktober sampai Desember 2012. Kecamatan Semarang Selatan dan Kecamatan Gunung Pati merupakan wilayah dari Kota Semarang, Provinsi Jawa Tengah. Rancangan penelitian yang digunakan adalah *cross sectional*. Pengambilan sampel dilakukan dengan *multistage random sampling*, didapatkan total responden penelitian 250 responden. Total responden tersebut dibagi menjadi dua, yaitu setiap kecamatan sebanyak 125 responden. Kecamatan Semarang Selatan diambil lima kelurahan yaitu Kelurahan Lamper Lor, Kelurahan Lamper Kidul, Kelurahan Wonodri, Kelurahan Mugassari, dan Kelurahan Barusari sedangkan Kecamatan Gunung Pati juga diambil lima kelurahan Kelurahan Plalangan, Kelurahan Gunung Pati, Kelurahan Ngijo, Kelurahan Sekaran, dan Kelurahan Pongangan.

2. Gambaran Karakteristik Responden

Penelitian ini menggunakan wawancara berdasarkan kuesioner latar belakang dan demografi untuk setiap responden di kedua wilayah.

Tabel 4.1 Distribusi Responden berdasarkan Usia dan Jenis Kelamin

Usia	Kecamatan Semarang Selatan				Kecamatan Gunung Pati			
	Laki-laki		Perempuan		Laki-laki		Perempuan	
	F	%	F	%	F	%	F	%
75 – 90 thn	10	8	20	16	12	9,6	24	19,2
60 – 74 thn	31	24,8	64	51,2	36	28,8	53	42,4
Jumlah	41	32,8	84	67,2	48	38,4	77	61,6

Berdasarkan tabel 4.1 responden di Kecamatan Semarang Selatan berdasarkan usia dan jenis kelamin didapatkan responden perempuan 84

orang (67,2%) dan laki-laki 41 orang (32,8%). Mayoritas berusia 60-74 tahun 95 orang (76%). Responden di Kecamatan Gunung Pati didapatkan responden dan perempuan 77 orang (61,6%) dan laki-laki 48 orang (38,4%). Mayoritas berusia 60-74 tahun 89 orang (71,2%).

Tabel 4.2. Distribusi Responden berdasarkan Status Perkawinan

Status perkawinan	Kecamatan Semarang Selatan		Kecamatan Gunung Pati	
	F	%	F	%
Tidak Menikah	1	0,8	0	0
Janda/ Duda	67	53,6	54	43,2
Menikah	57	45,6	71	56,8
Jumlah	125	100	125	100

Berdasarkan Tabel 4.2 mayoritas responden di Kecamatan Semarang Selatan yang tidak Menikah/ janda/ duda 67 responden (53,6 %) dan minoritas 1 responden yang tidak menikah (0,8%). Responden yang diwawancarai di Kecamatan Gunung Pati adalah menikah 71 responden (56,8%) dan 54 responden (43,2%) janda/ duda.

Tabel 4.3. Distribusi Responden berdasarkan Tingkat Pendidikan

Pendidikan	Kecamatan Semarang Selatan		Kecamatan Gunung Pati	
	F	%	F	%
Tidak sekolah	30	24	63	50,4
SD	25	20	43	34,4
SMP	21	16,8	3	2,4
SMA	18	14,4	8	6,4
AKPD/PT	31	24,8	8	6,4
Jumlah	125	100	125	100

Berdasarkan Tabel 4.3 mayoritas pendidikan responden di Kecamatan Semarang Selatan adalah AKPD/ PT 31 responden (24,8%) dan minoritas 18 responden (14,4%) dengan pendidikan terakhir SMA/SMK. Mayoritas pendidikan responden di Kecamatan Gunung Pati adalah Tidak Sekolah 63 responden (50,4%) dan minoritas 3 responden (2,4%) dengan pendidikan terakhir SMP.

Tabel 4.4. Distribusi Responden berdasarkan Pekerjaan

Pekerjaan	Kecamatan Semarang Selatan		Kecamatan Gunung Pati	
	F	%	F	%
Tidak bekerja	100	80	78	62,4
Bekerja ringan	23	18,4	19	15,2
Bekerja berat	2	1,6	28	22,4
Jumlah	125	100	125	100

Berdasarkan Tabel 4.4 Mayoritas responden di Kecamatan Semarang Selatan tidak bekerja 100 responden (80%) dan minoritas 2 responden (1,6%) yang bekerja berat. Responden di Kecamatan Gunung Pati mayoritas tidak bekerja 78 responden (62,4%) dan minoritas 19 responden (15,2%) bekerja ringan.

Tabel 4.5. Distribusi Responden berdasarkan Riwayat Penyakit

Riwayat penyakit	Kecamatan Semarang Selatan		Kecamatan Gunung Pati	
	F	%	F	%
Resiko tinggi depresi	70	56	66	52,8
Resiko rendah depresi	55	44	59	47,2
Jumlah	125	100	125	100

Berdasarkan Tabel 4.5 responden di Kecamatan Semarang Selatan dengan resiko tinggi depresi 70 responden (56%) dan resiko rendah depresi 55 responden (44%). Responden di Kecamatan Gunung Pati dengan resiko tinggi depresi 66 responden (52,8%) dan resiko rendah depresi 59 responden (47,2%).

3. Analisis bivariat

Analisis bivariat menggunakan uji chi square digunakan untuk menganalisis hubungan dan perbedaan antara variabel bebas dan variabel terikat. Hasil dari analisis ini akan menunjukkan variabel bebas mana yang bermakna secara statistik dengan variabel terikat. Hasil analisis dikatakan signifikan bila mencapai nilai p kurang dari 0,05 ($p < 0,05$).²⁹

Variabel status perkawinan, pendidikan dan pekerjaan mengalami pengkategorian ulang untuk memenuhi syarat uji *chi square*. variabel status pernikahan semula terdiri dari tiga kategori yaitu tidak menikah, janda/ duda dan menikah menjadi dua kategori yaitu tidak berpasangan (tidak menikah, janda/ duda) dan berpasangan (menikah). Variabel pendidikan semula terdiri dari lima kategori yaitu tidak sekolah/tidak tamat SD, SD, SMP, SMA/SMK, dan AKPD/PT menjadi dua kategori yaitu tidak sekolah dan sekolah. Variabel pekerja semula terdiri dari tiga kategori yaitu tidak bekerja, bekerja ringan dan bekerja berat menjadi dua kategori yaitu bekerja dan tidak bekerja.

a. Analisis Kejadian Depresi di Kecamatan Semarang Selatan

Tabel 4.6. Hasil Analisis *Chi Square* Kejadian Depresi di Kecamatan Semarang Selatan berdasarkan Usia

Usia	Subjek N=125		Depresi		Non-Depresi		p	OR	95% CI	
	F	%	F	%	F	%			Lower	upper
75-90 tahun	30	24	24	80	6	20	<0,001	6,27	2,34	16,79
60-74 tahun	95	76	37	38,9	58	61,1				

(p<0,05;OR=6,27;95%CI=2,34-16,79)

Berdasarkan tabel 4.6 diatas dapat dilihat depresi dialami 80% usia 75-90 tahun dan 38,9% usia 60-74 tahun. Hasil analisis *chi square* pada variabel usia dengan kejadian depresi didapatkan nilai $p < 0,05$, artinya ada perbedaan bermakna kejadian depresi di Kecamatan Semarang Selatan berdasarkan usia. *Odds ratio* (OR) sebesar 6,27 yang artinya usia 75-90 tahun di Kecamatan Semarang Selatan memiliki risiko depresi 6,27 kali lebih tinggi dibanding usia 60-74 tahun dengan interval kepercayaan 95% antara 2,34 sampai 16,79.

Tabel 4.7. Hasil Analisis *Chi Square* Kejadian Depresi di Kecamatan Semarang Selatan berdasarkan Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	Subjek N=125		Depresi		Non-Depresi		p	OR	95% CI	
	F	%	F	%	F	%			Lower	upper
Perempuan	84	67,2	46	54,8	38	45,2	0,056	2,10	0,97	4,52
Laki-laki	41	32,8	15	36,6	26	63,4				

($p > 0,05$; OR=2,10; 95% CI=0,97-4,52)

Berdasarkan tabel 4.7 diatas dapat dilihat depresi dialami 54,8% perempuan dan 36,6% laki-laki. Hasil analisis *chi square* pada variabel jenis kelamin dengan kejadian depresi didapatkan nilai $p > 0,05$, artinya tidak ada perbedaan bermakna kejadian depresi di Kecamatan Semarang Selatan berdasarkan jenis kelamin.

Tabel 4.8. Hasil Analisis *Chi Square* Kejadian Depresi di Kecamatan Semarang Selatan berdasarkan Status Perkawinan

Status perkawinan	Subjek N=125		Depresi		Non-Depresi		P	OR	95% CI	
	F	%	F	%	F	%			Lower	Upper
Tidak berpasangan	67	53,6	41	61,2	26	38,8	0,003	3,00	1,44	6,23
Berpasangan	58	46,4	20	34,5	38	65,5				

($p < 0,05$; OR=3,00; 95% CI=1,44-6,23)

Berdasarkan tabel 4.8 diatas dapat dilihat depresi dialami 61,2% lanjut usia tidak berpasangan dan 34,5% lanjut usia yang berpasangan. Hasil analisis *chi square* pada variabel status perkawinan dengan kejadian depresi didapatkan nilai $p < 0,05$, artinya ada perbedaan bermakna kejadian depresi di Kecamatan Semarang Selatan berdasarkan status perkawinan. *Odds ratio* (OR) sebesar 3,00 yang artinya lanjut usia yang tidak berpasangan (tidak menikah/ janda/ duda) memiliki resiko depresi 3,00 kali lebih tinggi dibanding berpasangan (menikah) dengan interval kepercayaan 95% antara 1,44 sampai 6,23.

Tabel 4.9. Hasil Analisis *Chi Square* Kejadian Depresi di Kecamatan Semarang Selatan berdasarkan Pendidikan

Pendidikan	Subjek N=125		Depresi		Non-Depresi		p	OR	95% CI	
	F	%	F	%	F	%			Lower	upper
Tidak sekolah	30	24	22	73,3	8	26,7	0,002	3,95	1,60	9,78
Sekolah	95	76	39	41,1	56	58,9				

($p < 0,05$; OR=3,95; 95% CI=1,60-9,78)

Berdasarkan tabel 4.9 diatas dapat dilihat depresi dialami 73,3% lanjut usia yang tidak sekolah dan hanya 41,1% lanjut usia yang sekolah. Hasil analisis *chi square* pada variabel pendidikan dengan kejadian depresi didapatkan nilai $p < 0,05$, artinya ada perbedaan bermakna kejadian depresi di Kecamatan Semarang Selatan berdasarkan pendidikan. *Odds ratio* (OR) sebesar 3,95 yang artinya lanjut usia yang tidak sekolah di Kecamatan Semarang Selatan memiliki resiko depresi 3,95 kali lebih tinggi dibanding lanjut usia yang sekolah dengan interval kepercayaan 95% antara 1,60 sampai 9,78.

Tabel 4.10. Hasil Analisis *Chi Square* Kejadian Depresi di Kecamatan Semarang Selatan berdasarkan Pekerjaan

Pekerjaan	Subjek N=125		Depresi		Non-Depresi		p	OR	95% CI	
	F	%	F	%	F	%			Lower	upper
Tidak bekerja	100	80	54	54	46	46	0,020	3,02	1,16	7,86
Bekerja	25	20	7	28	18	72				

($p < 0,05$; OR=3,02; 95% CI=1,16-7,86)

Berdasarkan tabel 4.10 diatas dapat dilihat depresi dialami 54% lanjut usia yang tidak bekerja dan 28% lanjut usia yang bekerja. Hasil analisis *chi square* pada variabel pekerjaan dengan kejadian depresi didapatkan nilai $p < 0,05$, artinya ada perbedaan bermakna kejadian depresi di Kecamatan Semarang Selatan berdasarkan pekerjaan. *Odds ratio* (OR) sebesar 3,02 yang artinya lanjut usia yang tidak bekerja di Kecamatan Semarang Selatan memiliki resiko depresi 3,02 kali lebih tinggi dibanding lanjut usia yang sekolah dengan interval kepercayaan 95% antara 1,16 sampai 7,86.

Tabel 4.11. Hasil Analisis *Chi Square* Kejadian Depresi di Kecamatan Semarang Selatan berdasarkan Riwayat Penyakit

Riwayat penyakit	Subjek N=125		Depresi		Non-Depresi		p	OR	95% CI	
	F	%	F	%	F	%			Lower	upper
Risiko tinggi depresi	70	56	42	60	28	40	0,005	2,84	1,37	5,92
Risiko rendah depresi	55	44	19	34,5	36	65,5				

($p < 0,05$; OR=2,84; 95% CI=1,37-5,92)

Berdasarkan tabel 4.10 di atas dapat dilihat depresi dialami 60% lanjut usia dengan riwayat penyakit resiko tinggi depresi dan 34,5% lanjut usia dengan riwayat penyakit resiko rendah depresi. Hasil analisis *chi square* pada variabel riwayat penyakit dengan kejadian depresi didapatkan nilai $p < 0,05$, artinya ada perbedaan bermakna kejadian depresi di Kecamatan Semarang Selatan berdasarkan riwayat penyakit. *Odds ratio* (OR) sebesar 2,84 yang artinya lanjut usia dengan riwayat penyakit resiko tinggi depresi di Kecamatan Semarang Selatan memiliki resiko depresi 2,84 kali lebih tinggi dibanding lanjut usia dengan riwayat penyakit resiko rendah depresi dengan interval kepercayaan 95% antara 1,37 sampai 5,92.

b. Analisis Kejadian Depresi di Kecamatan Gunung Pati

Tabel 4.12. Hasil Analisis *Chi Square* Kejadian Depresi di Kecamatan Gunung Pati berdasarkan Usia

Usia	Subjek N=125		Depresi		Non-Depresi		p	OR	95% CI	
	F	%	F	%	F	%			Lower	upper
75 – 90 tahun	36	28,8	25	69,4	11	30,6	<0,001	8,37	3,50	20,02
60 – 74 tahun	89	71,2	19	21,3	70	78,7				

($p < 0,05$; OR=8,37; 95% CI=3,50-20,02)

Berdasarkan tabel 4.12 di atas dapat dilihat depresi dialami terjadi 69,4% usia 75-95 tahun dan 21,3% usia 60-74 tahun. Hasil analisis *chi square* pada variabel usia dengan kejadian depresi didapatkan nilai $p < 0,05$, artinya ada perbedaan bermakna kejadian depresi di Kecamatan Gunung Pati berdasarkan usia. *Odds ratio* (OR) sebesar 8,37 yang artinya kejadian depresi lanjut usia pada usia 75-90 tahun di

Kecamatan Gunung Pati memiliki kemungkinan 8,37 kali lebih tinggi dibanding usia 60-74 tahun dengan interval kepercayaan 95% antara 3,50 sampai 20,02.

Tabel 4.13. Hasil Analisis *Chi Square* Kejadian Depresi di Kecamatan Gunung Pati berdasarkan Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	Subjek N=125		Depresi		Non-Depresi		p	OR	95% CI	
	F	%	F	%	F	%			Lower	upper
Perempuan	77	61,6	31	40,3	46	59,7	0,134	1,81	0,83	3,97
Laki-laki	48	38,4	13	27,1	35	72,9				

($p > 0,05$; OR=1,81; 95% CI=0,83-3,97)

Berdasarkan tabel 4.13 diatas dapat dilihat depresi dialami 40,3% perempuan dan 27,1% laki-laki. Hasil analisis *chi square* pada variabel jenis kelamin dengan kejadian depresi didapatkan nilai $p > 0,05$ ($p=0,134$), artinya tidak ada perbedaan bermakna kejadian depresi di Kecamatan Gunung Pati berdasarkan jenis kelamin.

Tabel 4.14. Hasil Analisis *Chi Square* Kejadian Depresi di Kecamatan Gunung Pati berdasarkan Status Perkawinan

Status perkawinan	Subjek N=125		Depresi		Non-Depresi		p	OR	95% CI	
	F	%	F	%	F	%			Lower	upper
Tidak berpasangan	54	43,2	29	53,7	25	46,3	0,001	4,33	1,98	9,46
Berpasangan	71	56,8	15	21,1	56	78,9				

($p < 0,05$; OR=4,33; 95% CI=1,98-9,46)

Berdasarkan tabel 4.14 diatas dapat dilihat depresi dialami 53,7% lanjut usia yang tidak berpasangan dan 21,1% lanjut usia yang berpasangan. Hasil analisis *chi square* pada variabel status perkawinan dengan kejadian depresi didapatkan nilai $p < 0,05$, artinya ada perbedaan bermakna kejadian depresi di Kecamatan Gunung Pati berdasarkan status perkawinan. *Odds ratio* (OR) sebesar 4,33 yang artinya lanjut usia yang tidak berpasangan di Kecamatan Gunung Pati memiliki resiko depresi 4,33 kali lebih tinggi dibanding laki-laki dengan interval kepercayaan 95% antara 1,98 sampai 9,46.

Tabel 4.15. Hasil Analisis *Chi Square* Kejadian Depresi di Kecamatan Gunung Pati berdasarkan Pendidikan

Pendidikan	Subjek N=125		Depresi		Non-Depresi		p	OR	95% CI	
	F	%	F	%	F	%			Lower	upper
Tidak sekolah	63	50,4	29	46	34	54	0,011	2,67	1,25	5,74
Sekolah	62	49,6	15	24,2	47	75,8				

($p < 0,05$; OR=2,67; 95% CI=1,25-5,74)

Berdasarkan tabel 4.15 diatas dapat dilihat depresi dialami 46% lanjut usia yang tidak sekolah dan 24,2% lanjut usia yang sekolah. Hasil analisis *chi square* pada variabel pendidikan dengan kejadian depresi didapatkan nilai $p < 0,05$, artinya ada perbedaan bermakna kejadian depresi di Kecamatan Gunung Pati berdasarkan pendidikan. *Odds ratio* (OR) sebesar 2,67 yang artinya lanjut usia yang tidak sekolah di Kecamatan Gunung Pati memiliki resiko depresi 2,67 kali lebih tinggi dibanding lanjut usia yang sekolah dengan interval kepercayaan 95% antara 1,25 sampai 5,74.

Tabel 4.16. Hasil Analisis *Chi Square* Kejadian Depresi di Kecamatan Gunung Pati berdasarkan Pekerjaan

Pekerjaan	Subjek N=125		Depresi		Non-Depresi		p	OR	95% CI	
	F	%	F	%	F	%			Lower	upper
Tidak bekerja	78	62,4	39	50	39	50	<0,001	8,40	3,00	23,48
Bekerja	47	37,6	5	10,6	42	89,4				

($p < 0,05$; OR=8,40; 95% CI=3,00-23,48)

Berdasarkan tabel 4.16 diatas dapat dilihat depresi dialami 50% lanjut usia yang tidak bekerja dan 10,6% lanjut usia yang bekerja. Hasil analisis *chi square* pada variabel pekerjaan dengan kejadian depresi didapatkan nilai $p < 0,05$, artinya ada perbedaan bermakna kejadian depresi di Kecamatan Gunung Pati berdasarkan pekerjaan. *Odds ratio* (OR) sebesar 8,40 yang artinya lanjut usia yang tidak bekerja di Kecamatan Gunung Pati memiliki resiko depresi 8,40 kali lebih tinggi dibanding lanjut usia yang sekolah dengan interval kepercayaan 95% antara 3,00 sampai 23,48.

Tabel 4.17. Hasil Analisis *Chi Square* Kejadian Depresi di Kecamatan Gunung Pati berdasarkan Riwayat Penyakit

Riwayat penyakit	Subjek N=125		Depresi		Non-Depresi		p	OR	95% CI	
	F	%	F	%	F	%			Lower	upper
Risiko tinggi depresi	66	52,8	38	57,6	28	42,4	0,001	11,99	4,52	31,79
Risiko rendah depresi	59	47,2	6	10,2	53	89,8				

($p < 0,05$; OR=11,99; 95% CI=4,52-31,79)

Berdasarkan tabel 4.17 diatas dapat dilihat depresi dialami 57,6% lanjut usia dengan riwayat penyakit risiko tinggi depresi dan 10,2% lanjut usia riwayat penyakit risiko rendah depresi. Hasil analisis *chi square* pada variabel riwayat penyakit dengan kejadian depresi didapatkan nilai $p < 0,05$, artinya ada perbedaan bermakna kejadian depresi di Kecamatan Gunung Pati berdasarkan riwayat penyakit. *Odds ratio* (OR) sebesar 11,99 yang artinya lanjut usia yang memiliki riwayat penyakit risiko tinggi depresi di Kecamatan Gunung Pati memiliki resiko depresi 11,99 kali lebih tinggi dibanding lanjut usia yang memiliki riwayat penyakit risiko rendah depresi dengan interval kepercayaan 95% antara 4,52 sampai 31,79.

c. Analisis Perbedaan Kejadian Depresi di Kecamatan Semarang Selatan dan Gunung Pati

Tabel 4.18. Hasil Analisis Uji *Chi Square* Perbedaan Kejadian Depresi Lanjut Usia di Kecamatan Semarang Selatan dan Gunung Pati

Kecamatan	Kejadian Depresi				P	OR	95% CI	
	Depresi		Non depresi				Lower	Upper
	F	%	F	%				
Semarang Selatan	61	48,8	64	51,2	0,029	1,76	1,06	2,92
Gunung Pati	44	35,2	81	64,8				

($p < 0,05$; OR=0,029; 95% CI=1,06-2,92)

Berdasarkan Tabel 4.18 diatas dapat dilihat depresi dialami 48,8% penduduk lanjut usia di Kecamatan Semarang Selatan dan 35,2% penduduk lanjut usia di Kecamatan Gunung Pati. Hasil analisis uji *chi square* perbedaan kejadian depresi di kedua kecamatan menghasilkan

$p=0,029$ maka dapat diambil kesimpulan ada perbedaan kejadian depresi lanjut usia di Kecamatan Semarang Selatan dan Gunung Pati ($p<0,05$). Nilai $OR=1,76$ artinya penduduk lanjut usia di Kecamatan Semarang Selatan memiliki resiko depresi 1,76 lebih tinggi dibanding penduduk lanjut usia Kecamatan Gunung Pati dengan interval kepercayaan 95% antara 1,06 sampai 2,92.

4. Analisis Multivariat

Analisis multivariat menggunakan analisis *binary logistic* dengan *backward stepwise (Likelihood Ratio)* digunakan untuk mengidentifikasi variabel bebas/independen dengan memperhitungkan pengaruh variabel-variabel lain secara bersamaan terhadap kejadian depresi di di Kecamatan Semarang Selatan dan Gunung Pati. Tujuan analisis multivariat ini adalah untuk menentukan faktor resiko yang paling membedakan atau mempengaruhi perbedaan kejadian depresi di kedua kecamatan ini.

Variabel yang di analisis dalam multivariate hanya variabel yang pada analisis bivariat masing-masing kecamatan mempunyai nilai $p<0,025$ yaitu variabel usia, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, dan riwayat penyakit responden.

Dengan menggunakan metode *backward*, terdapat tiga langkah untuk sampai pada hasil akhir (tabel 4.19). Setelah dimasukkan semua variabel, pada langkah pertama variabel pekerjaan memiliki nilai p yang paling besar atau yang paling mendekati 1 sehingga tidak lagi tercantum pada langkah kedua. Pada langkah kedua, variabel status pernikahan memiliki nilai p yang paling besar atau yang paling mendekati 1 sehingga tidak lagi tercantum pada langkah ketiga.

Tabel 4.19. Hasil Analisis *Binary Logistic* dengan *Backward Stepwise (Likelihood Ratio)* Perbedaan Kejadian Depresi di Kecamatan Semarang Selatan dan Gunung Pati

	Variabel	B	Wald	Sig. (p)	Exp(B)/OR	95%CI Exp(B)	
						Lower	Upper
Langkah 1	Usia	1,311	6,150	0,13	3,71	1,32	10,46
	Status Perkawinan	0,305	0,625	0,429	1,36	0,64	2,89
	Pendidikan	0,862	3,175	0,75	2,37	0,92	6,11
	Pekerjaan	0,005	<0,001	0,990	1,01	0,49	2,05
	Riwayat penyakit	0,558	2,306	0,129	1,75	0,85	3,59
	Konstanta	-0,811	20,164	<0,001	0,44		
Langkah 2	Usia	1,312	6,173	0,013	3,71	1,32	10,45
	Status Perkawinan	0,307	0,718	0,397	1,36	0,67	2,77
	Pendidikan	0,863	3,222	0,073	2,37	0,92	6,71
	Riwayat penyakit	0,560	2,820	0,093	1,75	0,91	3,37
	Konstanta	-0,810	22,617	<0,001	0,45		
	Langkah 3	Usia	1,445	8,194	0,004	4,24	1,58
	Pendidikan	0,929	3,833	0,05	2,53	1,00	6,41
	Riwayat penyakit	0,655	4,369	0,037	1,93	1,04	3,56
	konstanta	-0,776	22,179	<0,001	0,46		

Berdasarkan Tabel 4.19 hasil analisis multivariate dengan *binary logistic* dengan metode *backward stepwise (Likelihood Ratio)* dengan $p < 0,05$ adalah variabel usia (0,004) dan riwayat penyakit responden ($p = 0,037$). Variabel dengan nilai $p < 0,05$ artinya secara bermakna berpengaruh terhadap perbedaan kejadian depresi antara Kecamatan Semarang Selatan dan Gunung Pati. Variabel yang mempengaruhi perbedaan kejadian depresi di kedua kecamatan adalah variabel usia responden ($wald = 8,194$) dan variabel riwayat penyakit ($wald = 4,369$). Nilai wald menunjukkan pengaruh variabel terhadap perbedaan kejadian depresi antara Kecamatan Semarang Selatan dan Gunung Pati. Kekuatan hubungan variabel terhadap kejadian depresi dapat dilihat dari nilai *odds ratio*, variabel dengan hubungan paling kuat adalah usia responden dengan $OR = 4,24$ dan interval kepercayaan 95% antara 1,58 sampai 11,42. Kekuatan hubungan variabel

riwayat penyakit dengan kejadian depresi memiliki *odds ratio* 1,93 dan interval kepercayaan 95% antara 1,04 sampai 3,56.

Rumus model probabilitas perbedaan kejadian depresi lanjut usia di Kecamatan Semarang Selatan dan Gunung Pati = $0,776 - 1,44\text{usia} - 0,929\text{pendidikan} - 0,655\text{riwayat penyakit}$.

Tabel 4.20. Uji Hosmer dan Lemeshow

Langkah	Chi-square	df	Sig. (p)
1	3,527	4	0,474
2	2,113	4	0,71
3	0,467	2	0,792

Berdasarkan Tabel 4.20 hasil uji hosmer dan lemeshow untuk menilai kualitas persamaan yang diperoleh didapatkan nilai $p=0,792$ ($p>0,05$) yang artinya persamaan yang diperoleh mempunyai kaliberasi yang baik.

B. Pembahasan

Penelitian dengan rancangan penelitian cross sectional ini dilakukan untuk menemukan perbedaan kejadian depresi pada lanjut usia berdasarkan wilayah yaitu Kecamatan Semarang Selatan sebagai kota dan Kecamatan Gunung Pati sebagai desa. Kejadian depresi pada responden dinilai dengan *Geriatric Depression Scale* (GDS) yang dapat digunakan dengan mudah dan mencapai hasil yang cukup valid.

1. Kejadian Depresi

Kejadian depresi lanjut usia di Kecamatan Semarang Selatan 48,8% dan di Kecamatan Gunung Pati sebanyak 35,2%. Hasil analisis bivariat uji *chi square* menunjukkan ada perbedaan bermakna kejadian depresi di kedua wilayah tersebut ($p<0,05$; OR=1,755; 95% CI=1,06-2,92) (tabel 4.18). Hasil analisis tersebut menunjukkan perkotaan memiliki resiko depresi lebih tinggi dibanding dengan pedesaan atau daerah yang jauh dari pusat kota.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian pada tahun 2005 oleh Kovess-masfety di Canada tentang perbedaan prevalensi gangguan mood antara perkotaan dan pedesaan di beberapa negara eropa. Hasil penelitian menyatakan di beberapa negara eropa salah satunya Jerman, ada perbedaan bermakna kejadian gangguan mood antara perkotaan dan

pedesaan ($p < 0,05$). Resiko gangguan mood lebih tinggi di daerah perkotaan dibanding di pedesaan. Di negara lain seperti Italia tidak menunjukkan ada perbedaan yang bermakna kejadian gangguan mood di perkotaan dan pedesaan. Perbedaan hasil penelitian tersebut diakibatkan perbedaan latar belakang dan sosial budaya masing-masing negara.³⁰

Resiko depresi di perkotaan lebih tinggi dibanding dengan pedesaan karena perkotaan memiliki keadaan hubungan sosial yang lebih individual, tingkat stress dan kebutuhan sosial-ekonomi yang lebih tinggi dibanding pedesaan sehingga meningkatkan resiko depresi pada lanjut usia di perkotaan.

2. Usia

Hasil analisis bivariat uji *chi square* pada variabel usia menunjukkan ada perbedaan yang bermakna kejadian depresi di Kecamatan Semarang Selatan ($p < 0,05$; OR=6,27; 95% CI=2,34-16,79) (Tabel 4.6) dan Kecamatan Gunung Pati ($p < 0,05$; OR=8,37; 95% CI=3,50-20,02) (Tabel 4.12) berdasarkan usia responden. Kedua hasil analisis tersebut menunjukkan usia 75-90 tahun memiliki resiko depresi lebih tinggi dibanding dengan usia 60-74 tahun di masing-masing kecamatan.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian sebelumnya oleh Garcia-Pena di Mexico tahun 2007 tentang kejadian depresi di perkotaan. Garcia-Pena menyatakan usia 80 tahun lebih beresiko depresi di perkotaan ($p < 0,05$). Penelitian oleh Kumar di India tahun 2010 tentang kejadian depresi di pedesaan juga sesuai dengan hasil penelitian ini. Usia 75-90 tahun lebih beresiko terhadap kejadian depresi dibanding dengan usia 60-74 tahun di pedesaan ($p < 0,05$; OR=1,62; 95% CI=0,59-4,52).^{31,32}

Hasil penelitian oleh Sherina di Malaysia tahun 2005 ini menghasilkan hasil yang berbeda yaitu tidak ada perbedaan kejadian depresi lanjut usia berdasarkan usia di perkotaan. Perbedaan hasil penelitian tersebut diakibatkan perbedaan latar belakang dan sosial budaya masing-masing negara.³³

Hasil analisis multivariat *binary logistic* variabel usia merupakan faktor yang membedakan secara signifikan kejadian depresi lanjut usia antara Kecamatan Semarang Selatan dan Gunung Pati (wald=8,194;p<0,05; OR=4,24;95%CI=1,58-11,41) (tabel 19). Lanjut usia dengan usia 75-90 tahun di Kecamatan Semarang Selatan memiliki resiko depresi 4,24 kali lebih tinggi dibanding lanjut usia dengan usia 75-90 tahun di Kecamatan Gunung Pati. Hasil ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan pada tahun 2009 oleh Tahiri di Quebec, dimana usia menjadi faktor yang membedakan kejadian depresi di perkotaan dan pedesaan.³⁴

Peningkatan usia akan menurunkan fungsi fisik, psikologi dan sosial dari individu lanjut usia tersebut. Hal ini akan meningkatkan isolasi terhadap lingkungan sekitar dan hilangnya peran sosial sehingga meningkatkan resiko terjadinya depresi pada lanjut usia. Lanjut usia di perkotaan memiliki kekuatan fisik yang lebih lemah dan lingkungan sosial yang lebih buruk dibanding pedesaan sehingga resiko depresi di perkotaan pada lanjut usia yang berusia tua (> 75 tahun) lebih tinggi dibanding di pedesaan.^{1,35}

3. Jenis Kelamin

Hasil analisis bivariat uji *chi square* pada variabel jenis kelamin menunjukkan tidak ada perbedaan bermakna kejadian depresi di Kecamatan Semarang Selatan (p>0,05;OR=2,10;95%CI=0,97-4,52) (Tabel 4.7) dan Gunung Pati (p>0,05;OR=1,81;95%CI=0,83-3,97) (tabel 4.13) berdasarkan jenis kelamin.

Penelitian sebelumnya oleh Majdi di Iran tahun 2009 tentang kejadian depresi di perkotaan sesuai dengan hasil penelitian ini. Nilai p yang didapatkan lebih dari 0,05 yang artinya tidak ada perbedaan yang bermakna kejadian depresi lanjut usia berdasarkan jenis kelamin di perkotaan. Hasil penelitian ini juga sesuai dengan penelitian sebelumnya oleh Kumar di India tahun 2010 tentang kejadian depresi di pedesaan dengan p=0,6 (p>0,05).^{15,32}

Penelitian oleh Maulik tahun di India 2010 menghasilkan hasil yang berbeda. Sanghamitra yang menyatakan ada perbedaan bermakna kejadian

depresi berdasarkan jenis kelamin di pedesaan. Ada perbedaan juga dengan hasil penelitian oleh Sherina di Malaysia tahun 2005 yang menyatakan ada perbedaan signifikan kejadian depresi lanjut usia berdasarkan jenis kelamin di perkotaan dengan $p=0,015$ ($p<0,05$).^{33,36}

Perbedaan hasil penelitian tersebut dipengaruhi multifaktor di masing-masing tempat penelitian tersebut karena perbedaan kejadian depresi berdasarkan jenis kelamin juga dapat dipengaruhi oleh perbedaan status sosial-ekonomi dan fungsi sosial perempuan dengan laki-laki.³⁷

Jenis kelamin tidak dimasukkan ke dalam analisis multivariat karena pada analisis bivariat nilai $p>0,025$ sehingga jenis kelamin bukan merupakan faktor yang berpengaruh terhadap perbedaan kejadian depresi di Kecamatan Semarang Selatan dan Gunung Pati.

4. Status Perkawinan

Hasil analisis bivariat uji *chi square* pada status perkawinan menunjukkan adanya perbedaan bermakna kejadian depresi lanjut usia di Kecamatan Semarang ($p<0,05$; OR=3,00; 95% CI=1,44-4,52) (Tabel 4.8) dan Gunung Pati ($p<0,05$; OR=4,33; 95% CI=1,98-9,46) (tabel 4.14) berdasarkan variabel status perkawinan. Kedua hasil analisis tersebut menunjukkan lanjut usia yang tidak berpasangan (tidak menikah/ janda/ duda) memiliki resiko depresi lebih tinggi dibanding lanjut usia yang berpasangan atau menikah.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian oleh Kumar di India tahun 2010 tentang kejadian depresi lanjut usia di perkotaan. Kumar menyatakan ada perbedaan bermakna kejadian depresi lanjut usia berdasarkan status pernikahan. Penelitian oleh Papadopoulos di Yunani tahun 2005 tentang kejadian depresi di pedesaan juga sesuai dengan hasil penelitian ini. Papadopoulos menyatakan ada perbedaan bermakna kejadian depresi berdasarkan status perkawinan dengan $p=0,001$ ($p<0,05$). Ada perbedaan bermakna kejadian depresi berdasarkan status perkawinan di perkotaan ($p<0,05$).^{33,37,38}

Penelitian oleh Sherina di Malaysia tahun 2005 mengasilkan hasil yang berbeda. Sherina menyatakan tidak ada perbedaan bermakna kejadian depresi lanjut usia berdasarkan status pernikahan di perkotaan ($p>0,05$). Pada penelitian yang dilakukan Maulik di India tahun 2012, ditemukan tidak ada perbedaan kejadian depresi lanjut usia berdasarkan status perkawinan ($p>0,05$). Perbedaan hasil penelitian tersebut diakibatkan perbedaan latar belakang dan sosial budaya masing-masing negara dan metode yang dipakai peneliti.^{33,36}

Semua penelitian tersebut bersamaan menyatakan bahwa kejadian depresi pada lanjut usia yang tidak berpasangan (tidak menikah/ janda/ duda) memiliki kemungkinan lebih tinggi dibanding dengan responden yang berpasangan (menikah). Hal ini disebabkan tidak adanya teman hidup/pasangan akan menimbulkan kesepian terutama bila disertai penurunan kesehatannya sendiri, disabilitas dan gangguan fungsi kognitif. Selain itu, meninggalnya pasangan hidup dapat menyebabkan kerusakan ketahanan jiwa pada lanjut usia sehingga menimbulkan rasa duka cita yang mendalam dan dapat meningkatkan isolasi terhadap lingkungan sekitar dan penurunan kesehatan. Dua hal tersebut dapat meningkatkan kejadian depresi pada lanjut usia.^{1,22,37}

Status perkawinan bukan menjadi faktor yang membedakan kejadian depresi Kecamatan Semarang Selatan dan Gunung Pati karena $p>0,05$. Hasil ini sesuai dengan hasil penelitian sebelumnya tentang perbedaan kejadian depresi di perkotaan dan pedesaan oleh Tahiri di Quebec tahun 2009. Hasil yang berbeda pada penelitian oleh Killian di Amerika Serikat tahun 2012, status pernikahan merupakan faktor yang membedakan kejadian depresi lanjut usia di perkotaan dan pedesaan. Perbedaan ini mungkin dikarenakan perbedaan jumlah sampel untuk membandingkan kejadian depresi lanjut usia berdasarkan status pernikahan antara perkotaan dan pedesaan.³⁹

5. Pendidikan

Hasil analisis bivariat uji *chi square* pada variabel pendidikan menunjukkan ada perbedaan yang bermakna kejadian depresi lanjut usia di Kecamatan Semarang Selatan ($p < 0,05$; OR=3,95; 95% CI=1,60-9,78) (Tabel 4.9) dan Gunung Pati ($p < 0,05$; OR=2,67; 95% CI=1,25-5,74) (tabel 4.15) berdasarkan pendidikan. Kedua hasil analisis tersebut menunjukkan lanjut usia yang tidak sekolah memiliki resiko depresi yang lebih tinggi dibanding lanjut usia yang sekolah.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Garcia-Pena di Mesiko tahun 2008. Garcia-Pena menyatakan ada perbedaan yang bermakna kejadian depresi berdasarkan pendidikan di perkotaan ($p < 0,05$). Penelitian oleh Maulik di India tahun 2010 juga sesuai dengan hasil penelitian ini. Maulik menyatakan ada perbedaan kejadian depresi lanjut usia berdasarkan pendidikan di pedesaan ($p < 0,05$).^{33,36}

Penelitian yang dilakukan oleh Tahiri di Quebec tahun 2009 menunjukan hasil yang berbeda. Tahiri menyatakan tidak ada perbedaan yang bermakna kejadian depresi lanjut usia di perkotaan maupun pedesaan berdasarkan pendidikan ($p > 0,05$).³⁴

Penelitian sebelumnya juga menyatakan bahwa lanjut usia yang tidak sekolah memiliki kemungkinan lebih tinggi mengalami depresi dibanding lanjut usia yang sekolah. Hal ini disebabkan tingkat pendidikan akan mempengaruhi status sosial-ekonomi, jenis pekerjaan, pemasukan finansial, dan pemahaman kondisi kesehatan lanjut usia tersebut. Pendidikan yang rendah atau tidak sekolah secara tidak langsung menyebabkan sosial-ekonomi rendah dan kualitas hidup yang tidak baik sehingga dapat meningkatkan kejadian depresi.^{1,37,34}

Hasil uji multivariat pendidikan bukan faktor yang membedakan secara bermakna kejadian depresi lanjut usia antara Kecamatan Semarang Selatan dan Gunung Pati ($p = 0,05$).

6. Pekerjaan

Hasil analisis bivariat uji *chi square* variabel pekerjaan dengan kejadian depresi menunjukkan ada perbedaan kejadian depresi lanjut usia di

Kecamatan Semarang Selatan ($p < 0,05$; $OR = 3,02$; $95\% CI = 1,16-7,86$) (tabel 4.10) dan Gunung Pati ($p < 0,05$; $OR = 8,40$; $95\% CI = 3,00-23,48$) (tabel 4.16) berdasarkan variabel pekerjaan. Kedua hasil analisis tersebut menunjukkan lanjut usia yang tidak bekerja memiliki resiko depresi yang lebih tinggi dibanding lanjut usia yang bekerja.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Killian di Amerika Serikat tahun 2004. Killian menyatakan ada perbedaan kejadian depresi berdasarkan pekerjaan baik di perkotaan maupun pedesaan.³⁸

Pekerjaan berpengaruh terhadap kejadian depresi dari segi social-ekonomi. Lanjut usia yang masih bekerja rata-rata memiliki penghasilan yang lebih tinggi dibanding dengan lanjut usia yang tidak bekerja sehingga mengurangi keterbatasan finansial yang merupakan faktor resiko depresi. Selain itu, lanjut usia yang bekerja dapat menyalurkan hobi untuk mengisi waktu dan memiliki peranan sosial yang lebih tinggi di lingkungannya.^{1,22,34}

Hasil analisis multivariat *binary logistic* variabel pekerjaan bukan menjadi faktor yang membedakan kejadian depresi Kecamatan Semarang Selatan dan Gunung Pati karena $p > 0,05$. Hasil ini sesuai dengan hasil penelitian sebelumnya oleh Tahiri di Quebec tahun 2009 tentang perbedaan kejadian depresi di perkotaan dan pedesaan. Selain itu, dapat diakibatkan jumlah sampel yang sedikit untuk membandingkan kejadian depresi kedua kecamatan tersebut.

7. Riwayat Penyakit

Hasil analisis uji *chi square* pada variabel riwayat penyakit dengan kejadian depresi menunjukkan adanya perbedaan kejadian depresi lanjut usia di Kecamatan Semarang Selatan ($p < 0,05$; $OR = 2,84$; $95\% CI = 1,37-5,92$) (tabel 4.11) dan Gunung Pati ($p < 0,05$; $OR = 11,99$; $95\% CI = 4,52-31,79$) (tabel 4.17) berdasarkan riwayat penyakit. Kedua hasil analisis tersebut menunjukkan lanjut usia dengan riwayat penyakit resiko tinggi depresi memiliki resiko depresi yang lebih tinggi dibanding lanjut usia dengan riwayat penyakit resiko rendah depresi.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Sherina Di Malaysia tahun 2005. Sherina menyatakan ada perbedaan yang bermakna kejadian depresi berdasarkan riwayat penyakit di perkotaan dengan nilai $p < 0,05$. Penelitian yang dilakukan oleh Tahiri di Quebec tahun 2009 juga sesuai dengan hasil penelitian ini. Tahiri menyatakan adanya perbedaan yang bermakna kejadian depresi di pedesaan berdasarkan riwayat penyakit dengan $p < 0,05$.^{33,34}

Hasil analisis multivariat *binary logistic* variabel riwayat penyakit merupakan faktor yang membedakan secara signifikan kejadian depresi lanjut usia antara Kecamatan Semarang Selatan dan Gunung Pati (wald=4,369; $p < 0,05$; OR=1,93; 95% CI=1,04-3,56) (tabel 4.19). Lanjut usia dengan riwayat penyakit risiko tinggi depresi di Kecamatan Semarang Selatan memiliki resiko depresi lebih tinggi dibanding lanjut usia dengan riwayat penyakit risiko tinggi depresi di Kecamatan Gunung Pati.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian oleh Tahiri di Quebec tahun 2009. Tahiri menyatakan riwayat penyakit menjadi faktor yang membedakan kejadian depresi di perkotaan dan pedesaan. Pada penelitian tersebut meneliti lebih spesifik jumlah dan lama penyakit yang di derita lanjut usia dengan depresi di perkotaan dan pedesaan.³⁴

Riwayat penyakit risiko tinggi depresi seperti hipertensi, penyakit jantung, diabetes mellitus, infeksi kronis, keganasan, penyakit sendi dan tulang akan meningkatkan resiko depresi pada lanjut usia. Hal ini disebabkan penyakit tersebut akan menurunkan kualitas hidup, peningkatan isolasi, dan meningkatkan kebutuhan financial. Di perkotaan dengan tingkat stressor yang lebih tinggi, pola hidup yang kurang sehat dan kebutuhan sosial ekonomi yang lebih tinggi akan meningkatkan resiko depresi dibanding dengan di pedesaan.^{1,22}

Pembahasan penelitian ini menunjukkan terdapat perbedaan kejadian depresi penduduk lanjut usia antara Kecamatan Semarang Selatan dan Gunung Pati sehingga hipotesis penelitian ini diterima.

Keterbatasan penelitian ini adalah jumlah sampel yang sedikit untuk populasi dua kecamatan, penelitian menggunakan metode wawancara berdasarkan kuesioner *geriatric depression scale* dengan 30 pertanyaan mungkin ada metode lain yang lebih efisien dan memiliki spesifistas yang lebih tinggi. Pada penelitian ini belum meneliti secara mendalam kejadian depresi dari segi klinis dari responden yang mempunyai pengaruh yang lebih kuat terhadap kejadian depresi.



BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan dapat disimpulkan terdapat perbedaan yang bermakna ada perbedaan kejadian depresi antara penduduk lanjut usia Kecamatan Semarang Selatan (24,4%) dan Kecamatan Gunung pati (17,6%). Kejadian depresi pada penduduk lanjut usia di Kecamatan Semarang Selatan (perkotaan) memiliki kemungkinan 1,755 kali lebih tinggi dibanding di Kecamatan Gunung Pati (pedesaan). Faktor yang paling membedakan adalah:

1. Faktor usia responden, resiko depresi pada usia 75-90 tahun atau lanjut usia tua di Kecamatan Semarang Selatan 4,24 kali lebih tinggi dibanding usia 75-90 tahun ata lanjut usia tua di Kecamatan Gunung Pati.
2. Faktor riwayat penyakit responden, resiko depresi pada penduduk lanjut usia dengan riwayat penyakit resiko tinggi depresi di Kecamatan Semarang Selatan 1,93 kali lebih tinggi dibanding penduduk lanjut usia dengan riwayat penyakit tinggi depresi di Kecamatan Gunung Pati.

Kejadian depresi penduduk lanjut usia di masing-masing kecamatan yaitu Kecamatan Semarang Selatan dan Gunung Pati menunjukkan terdapat perbedaan bermakna berdasarkan usia, status pernikahan, pendidikan, pekerjaan dan riwayat penyakit responden, sedangkan tidak ada perbedaan bermakna berdasarkan jenis kelamin responden. Penduduk lanjut usia di kedua kecamatan memiliki resiko depresi yang lebih tinggi pada usia 75-90 tahun, perempuan, tidak menikah/ janda/ duda, tidak sekolah, tidak berkerja dan memiliki riwayat penyakit resiko tinggi depresi.

B. Saran

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan, maka saran yang dapat disampaikan adalah sebagai berikut:

1. Masyarakat

- a. Mengadakan kegiatan yang berkelanjutan dan bermanfaat untuk penduduk lanjut usia seperti arisan, pengajian, bakti sosial atau pengembangan hobi khusus untuk penduduk lanjut usia merajut, menjahit ataupun bercocok tanam.
- b. Mengadakan kegiatan tentang kesehatan rutin untuk penduduk lanjut usia di masing-masing Rukun Warga (RW) seperti posyandu lanjut usia, kegiatan senam lanjut usia dan senam jantung sehat, serta penyuluhan tentang kesehatan.

2. Penelitian

- a. Penelitian selanjutnya disarankan membandingkan kategori variabel yang lebih spesifik agar mendapatkan hasil maksimal.
- b. Penelitian selanjutnya disarankan untuk menggunakan sampel yang lebih banyak dan tempat yang lebih memenuhi syarat perkotaan dan pedesaan agar mendapatkan hasil yang lebih akurat.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kaplan, Harold I., S. Benjamin J., G. Jack A. Mood Disorder. Dalam: Synopsis of Psychiatry (ed. I Made Wiguna S.). Tangerang: Binarupa Aksara. 2010. Hal:791-832
2. Beck, Aaron T., B.A. Alford. The definition of depression. Dalam: Depression Causes and Treatment. Philadelphia: University of Pennsylvania Press. 2009. Hal: 3 – 9.
3. Ani, Chizobam, M. Bazargan, D. Hindman, D. Bell, M. A Farooq, L. Akhanjee, F. Yemofio, R. Baker, M. Rodriguez. Depression symptomatology and diagnosis: discordance between patients and physicians in primary care settings. BMC Family Practice 2008, 9:1.
4. WHO. Depression. Diakses pada tanggal 9 Mei 2012 dari http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/
5. Departemen Kesehatan. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007. Diakses pada tanggal 9 Mei 2012 dari <http://www.ppid.depkes.go.id/index.php>
6. Lebowitz, Barry D. & J. Olin. Older Americans & Mental Illness. Dalam: Clinical Geriatric Psychopharmacology edition 4 (ed. Carl Salzman). Pennsylvania: Maryland Composition co. Inc;2004. Hal: 3 – 15.
7. Kessler RC, Berglund PA, Demler O, Jin R, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). Archives of General Psychiatry 2005 June;62(6):593-602.
8. Fiske, Amy, J. L. Wetherell, M. Gatz. Depression in older adult. Annual Review of Clinical Psychology 2009; 5:363 – 389.
9. Himpunan Peraturan Perundang-Undangan Republik Indonesia Tahun 1998. Jakarta: Eko Jaya, 1999.
10. Effendi, Ferry & Makhfudi. Kesehatan Lanjut Usia. Dalam: Keperawatan Kesehatan Komunitas Teori dan Praktek Dalam Keperawatan (ed. Nursalam). Jakarta: Salemba Medika. 2009. Hal: 241 – 7.
11. Steffens, David C., I. Skoog, M. C. Norton, A. D. Hart, J.T. Tschanz, B. L. Plassman, B.W. Wyse, K. A. Welsh-Bohmer, J. C. S. Breitner. Prevalence of depression and its treatment in an elderly population. Archives of General Psychiatry 2000; 57:601 – 607.

12. Blazer, Dan G., C. F. Hybels. Origin of depression in later life. Psychological Medicine Cambridge University Press 2005; 35; 1-12.
13. Badan Pusat Statistik. Kesehatan Lanjut Usia. Dalam: Statistika Penduduk Lanjut Usia 2009. Jakarta: Badan Pusat Statistik;2009. Hal: 55-65
14. Badan Pusat Statistik Kota Semarang. Kependudukan dan Tenaga Kerja. Dalam: Kota Semarang Dalam Angka 2010. Semarang: Badan Pusat Statistik Kota Semarang. 2011. Hal: 150-161
15. Majdi, Mohamad R., M. G. Morbahan, M. Salek, M. Taghi, N. Mokhber. Prevalence of depression in an elderly population: a population-based study in iran. Irian Journal of Psyschiatry and Behavioral Sciences 2011; 5(1).
16. Beck, Aaron T., B.A. Alford. Symptomatology of Depression. Dalam: Depression Causes and Treatment. Philadelpia: University of Pennsylvania Press. 2009. Hal: 12-33.
17. Tylee, andre, P. Gandhi. The importance of somatic symptoms in depression in primary care. Primary Care Companion Journal of Clinical Psychiatry 2007; 7(4): 167 – 174.
18. Gallo, Joseph J. Pengkajian Status Mental. Dalam: Buku Saku Gerontologi (ed. M. Ester) edisi 2. Jakarta: EGC;1998. Hal: 81-6.
19. Ismail R.I, Sistek. Gangguan Depresi. Dalam: Buku Ajar Psikiatri (ed. S. Elvira & G. Hadisukanto). Jakarta: Badan Penerbit Fakultas Kedokteran UI;2010. Hal: 209-22.
20. Muslim, Rusdi. Gangguan Suasana Perasaan. Dalam: Diagnosis Gangguan Jiwa, Rujukan Ringkas PPDGJ-III. Jakarta: Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa FK-Unika Atmajaya;2001. Hal: 60 – 9.
21. Mitrea, Liliena Stadler. The Aging Aspect. Dalam: Gerontology. Canada: Natural Medicine Books. 2008. Hal: 9 – 12.
22. Darmojo, Boedhi and Hadi, H. Utama, Hendra. Beberapa Aspek Gerontologi dan Pengantar Geriatri. Dalam: Buku Ajar Ilmu Geriatri. Jakarta: Balai Penerbitan FKUI. 2009. Hal: 3 – 115.
23. Darmojo, Boedhi. Teori Proses Menua. Dalam: Geriatri/ Gerontologi dan Karangan Lain. Semarang: Bagian Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran UNDIP. 1994. Hal: 5-15.

24. Mitrea, Liliena Stadler. Physiology of Aging. Dalam: Gerontology. Canada: Natural Medicine Books. 2008. Hal. 70 – 82.
25. Jacobson, Sandra A., R. W. Pies, I. R. Katz. Basic Pharmacology and aging. Dalam: Clinical Manual Of Geriatric Psychopharmacology 1st edition. America: American Psychiatry Publish, Inc. 2007. Hal:27 – 58.
26. Kessler, Ronald C., P. S. Wong. Epidemiology of Depression. Handbook of Depression (ed. Ian H. Gotlib) 2nd edition. Newyork: The Guilford Press. 2009. Hal: 5 – 22.
27. Robnett, Regula H., W. C. Chop. Demographic Trends Of an Aging Society. Dalam: Gerontology For The Health Care Profesional. Canada: Jones and Bartlett Publisher. 2010. Hal: 1 – 19.
28. Katz, Ira R., Catherine J., D. D. Weintraub, D. W. Oslin. Diagnosis of Later Life Depression. Dalam: Clinical Geriatric Psychopharmacology (ed. C. Salzman) edition 4. Pennsylvannia: Maryland Composition co. Inc. 2004. Hal: 120 – 200.
29. Dahlan, M. Sopiudin. Uji Hipotesis Kategorik Tidak Berpasangan (Tabel B×K). Dalam: Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan (edisi 5). Jakarta: Salemba Medika, 2011. Hal: 129-150
30. Kovess-Masfety, Viviane, Jordi Alonso, Ron De Graf, Kuen Demytteneare. A european approach to rural-urban difference in mental health: the esemed 2000 comparative study. The Canadian Journal of Psychiatry.2005;50:926-936.
31. Garcia-Pena, Carmen, Fernando A. Wagner, Sergio Sanchez-Gracia, Teresa Juarez-Cedillo, Claudia Wspinell-Bermudez, Jose Juan Garsia-Gonzales, Katia Gallgos-Carrillo, Francisco Franco-Marina, and Joseph J. Gallo. Depressive symptoms among adults in mexico city. Journal of General Internal Medicine.2008;23(12):1973-1980.
32. Kumar, Vikash. Prevalence and determinanis of depression in elderly population in rural wardha. Wardha: dr. Susihila Nayar of Public Health, 2010.
33. Sherina M., Sidik Rampal, Aini M., M., Norhidayati H. The prevalence of depression among elderly in an urban area of Selangor, Malaysia. The International Medical Journal.2005;4(2):57-63.
34. Tahiri, Samia Mechakra, Maria V. Zunzunegui, Michel Preville and Micheline Dulde. Social relationships and depression among people 65 years and over living in rural and urban areas of quebec. International Journal of Geriatric Psychiatry.2009;24:1226-1236.

35. Mudey, Abhay, Shrikant Ambekar, Ramchandra C. Goyal, Sushil Agarekar and Vasant V Wagh. Assesment of quality life among rural and urban elderly population of wardha district, Maharashtra, india. *Ethno Medical*.2011;5(2): 89-93.
36. Maulik, Sanghamitra. Depression and its determinants in rural elderly of westbengal. *Intenational Journal of Biological & Medical Research*. 2012; 3(1): 1299-1302.
37. Papadopoulos, F. C., E. Petridou, S. Argyropoulou, V. Kontaxakis, N. Dessypris, A. Anastasiou, K. P. Katsiardani, D. Trichopoulos and C. Lyketsos. Prevalence and correlates of depression in late life: a population based study from a rural greek town. *International Journal of Geriatric Psychiatry*.2005;20:350-357.
38. Vishal, Jariwala, Basal RK, Patel Swati, and Tamakuwala Bimal. A study of depression among aged in surat city. *National Journal of Community Medicine*.2010;1(1):47-49.
39. Killian, Timothy S., and Penfield, Megan. Predictor of depressive symptoms: what are the roles of geography and informal social support. *Scientiffic Research*.2012; 2(4):313-319.

