

KEJADIAN DAN KARAKTERISTIK DEPRESI PADA USILA (USIA LANJUT) DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS MANGGIS II TAHUN 2017

Chika Christianne Moreen Nababan¹, Luh Seri Ani², Putu Cintya Denny Yuliyatni²

¹Program Studi Pendidikan Dokter, Fakultas Kedokteran Universitas Udayana

²Departemen Kesehatan Masyarakat dan Kedokteran Pencegahan (DKM-KP) Fakultas Kedokteran, Universitas Udayana, Bali-Indonesia

Email: chikacmnababan@gmail.com

ABSTRAK

Depresi merupakan gangguan mental yang umum terjadi pada usila. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui kejadian dan karakteristik depresi pada usila di Wilayah Kerja Puskesmas Manggis II tahun 2017. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif *cross-sectional*. Sampel dalam penelitian ini adalah usila berusia 60-90 tahun sebanyak 51 orang yang dipilih dengan *multistage random sampling*. Data diperoleh dengan wawancara pada usila yang sebelumnya diberikan *informed consent*. Status depresi diukur dengan GDS-15, status fungsional diukur dengan Katz ADL dan status kognitif diukur dengan MMSE. Data hasil penelitian dianalisis secara deskriptif. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa proporsi kejadian depresi sebesar 60,8%. Kejadian depresi cenderung dialami oleh usila yang berusia ≥ 75 tahun (66,7%), berjenis kelamin perempuan (62,1%), tinggal sendiri (100%), duda/janda (70,6%), tingkat pendidikan rendah (63,8), tidak bekerja (66,7%), berpenghasilan \leq UMK (63,8%), mengalami gangguan fungsional (100%), mengalami gangguan kognitif (65,9%), tidak bisa membaca (70%), memiliki pengalaman stres (62,5%), memiliki riwayat penyakit kronis (69%), merokok (61,5%) dan tidak pernah mengonsumsi alkohol (61,8%). Kesimpulan penelitian adalah kejadian depresi pada usila di Wilayah Kerja Puskesmas Manggis II dalam kategori tinggi, sehingga disarankan kepada Puskesmas Manggis II untuk melaksanakan deteksi dini serta meningkatkan program posyandu usila.

Kata kunci: *Depresi, usila, program puskesmas, deskriptif, cross-sectional*

ABSTRACT

Depression is a common mental disorder among elderly. The purpose of this study was to determine the proportion and characteristics of depression among elderly in the Manggis II Public Health Centre working area in 2017. This study is a cross-sectional descriptive study. The sample in this study was elderly aged 60-90 years of 51 people selected with multistage random sampling. The data were obtained by interviewing the elderly who were previously given informed consent. The depression status was evaluated by GDS-15, functional status by Katz ADL and cognitive status by MMSE. The data were analyzed descriptively. The results indicated that the proportion of depression among elderly is 60.8%. Depression tend to be experienced by elderly aged ≥ 75 years (66.7%), female (62.1%), living alone (100%), widower (70.6%), with low level of education (63.8), not working (66.7%), with income \leq UMK (63.8%), having functional impairment (100%), having cognitive impairment (65.9%), illiterate (70%), experiencing stressful life event (62.5%), having chronic disease (69%), smoker (61.5%) and never consumed alcohol

(61.8%). The conclusion of this study is the proportion of depression among elderly in Manggis II Public Health Centre working area in the high category, so it is advisable to Manggis II Public Health Centre to do early detection and improve *Posyandu* of the elderly.

Keywords: *Depression, elderly, public health centre program, descriptive, cross-sectional*

PENDAHULUAN

Depresi adalah gangguan mental yang umum terjadi di dunia,¹⁻⁴ demikian pula pada usila atau usia lanjut.^{1,2,4} Depresi muncul dengan gejala afek depresi, kehilangan ketertarikan atau minat dan kesulitan menikmati hidup (anhedonia). Gejala lainnya yang dapat muncul seperti merasa bersalah, kelelahan, kehilangan energi, penurunan atensi dan gangguan tidur.⁵ Faktor-faktor penyebab terjadinya depresi pada usila seperti, faktor keturunan, tinggal sendiri, telah bercerai, tingkat pendidikan rendah, merokok, mengonsumsi alkohol, tidak bekerja, gangguan fungsional, gangguan kognitif dan buta huruf.^{4,5} Depresi usila berdampak mengurangi kualitas hidup sampai menimbulkan keinginan bunuh diri.^{1,3}

World Health Organization (WHO) mengestimasi 350 juta orang mengalami depresi dan akan menjadi kontributor tunggal tertinggi pada *Global Disease Burden* tahun 2030.^{1,2} Berdasarkan hasil studi metaanalisis beberapa laporan penelitian di Asia, Eropa, Australia, Amerika Utara dan Amerika Selatan selama tahun 1955 sampai 2005, median prevalensi depresi usila di dunia adalah 10,3%.⁴ Prevalensi depresi usila di Indonesia adalah 33,8%,⁶ di Bali 6,6% berdasarkan hasil penelitian tahun 2013,⁷ sedangkan pada penelitian tahun 2012 di Wilayah Kerja Puskesmas Karangasem I sebesar 42,9%.⁸

Depresi pada usila merupakan hal yang perlu mendapatkan perhatian. Usila mudah mendapatkan permasalahan psikososial, perubahan baik secara fisik, ekonomi, juga spiritual yang memengaruhi kualitas hidup usila sehingga membuat usila rentan mengalami depresi.⁹ Seiring dengan peningkatan angka harapan hidup penduduk dunia, Indonesia telah

memasuki era penduduk struktur usila,¹⁰ dengan jumlah penduduk usila sebanyak 18.781 juta jiwa pada tahun 2014, angka ini diperkirakan akan naik hingga mencapai 36 juta jiwa pada tahun 2025.¹¹ Provinsi Bali merupakan salah satu provinsi dengan jumlah penduduk usila sekitar 7%.¹⁰

Peningkatan jumlah penduduk usila serta besarnya angka kejadian depresi pada usila memperlihatkan bahwa depresi pada usila merupakan suatu permasalahan besar yang sedang terjadi namun sering mengalami kesalahan diagnosis, mendapatkan penanganan yang tidak optimal atau sering dianggap sebagai suatu bagian proses aging yang normal bahkan oleh tenaga kesehatan.¹² Studi metaanalisis menyebutkan bahwa prognosis depresi usila buruk, hanya 33% subjek yang membaik, 33% masih depresi, dan 21% meninggal.¹³ Padahal, 80% usila yang depresi akan sembuh dengan pengobatan, akan tetapi 90% dari mereka mengabaikan dan menolaknya.¹⁰

Penelitian ini memiliki tujuan mengetahui kejadian dan karakteristik depresi pada usila di Wilayah Kerja Puskesmas Manggis II untuk membantu pengembangan penilaian dan terapi yang lebih efektif. Deteksi dini depresi pada usila disertai dengan penanganan yang intensif, komprehensif, dan holistik akan meningkatkan kualitas hidup usila, memperbaiki prognosis, mencegah terjadinya disabilitas atau komplikasi dan kematian akibat bunuh diri.

BAHAN DAN METODE

Penelitian deskriptif dengan teknik *cross sectional* ini dilaksanakan pada Wilayah Kerja Puskesmas Manggis II, Kecamatan Manggis, Kabupaten

Karangasem, Bali. Pengumpulan data dilakukan pada bulan September-Oktober 2017 yang berpopulasikan semua usila di Wilayah Kerja Puskesmas Manggis II. Adapun usila yang diinklusi adalah dengan kriteria berusia antara 60-90 tahun, bersedia menjadi responden dan menandatangani *informed consent*. Usila dengan gangguan komunikasi, gangguan mental dan penurunan kesadaran dieksklusi dalam penelitian ini. Berdasarkan hasil perhitungan, diperlukan sampel minimal sebanyak 51 orang. Sampel dipilih menggunakan metode *multistage random sampling* dari 6 desa yang ada di Wilayah Kerja Puskesmas Manggis II.

Data diperoleh melalui wawancara. Data status depresi diukur dengan GDS-15, status fungsional diukur dengan *Katz ADL* dan status kognitif diukur dengan MMSE. Kemudian data tersebut dianalisis secara deskriptif. Penelitian ini telah mendapatkan *ethical clearance* dari komisi etik penelitian Fakultas Kedokteran Universitas Udayana dengan nomor 1954/UN.14.2/KEP/2017 serta mendapat rekomendasi/izin penelitian oleh Pemerintah Kabupaten Karangasem dengan nomor 070/05066/DPMPTSP-B/2017.

HASIL

Karakteristik responden disajikan pada Tabel 1, responden lebih banyak yang berusia 60-74 tahun, berjenis kelamin perempuan, tinggal bersama dengan keluarga, berstatus pernikahan menikah dan tingkat pendidikan rendah. Hampir seluruh usila berpenghasilan perbulan kurang dari UMK, memiliki status fungsional yang baik, sedangkan status kognitif mengalami gangguan, bisa membaca, memiliki pengalaman stres atau pengalaman menyedihkan dan kurang menyenangkan serta memiliki riwayat penyakit kronis.

Tabel 1. Distribusi karakteristik usila

Variabel (n=51)	Σ	%
Usia		
60-74 tahun	36	70,6
≥75 tahun	15	29,4
Jenis kelamin		
Lelaki	22	43,1
Perempuan	29	56,9
Status tinggal		
Tinggal bersama keluarga	48	94,1
Tinggal sendiri	3	5,9
Status pernikahan		
Menikah	34	66,7
Duda/Janda	17	33,3
Tingkat pendidikan		
Tinggi	4	7,8
Rendah	47	92,2
Status pekerjaan		
Bekerja	21	41,2
Tidak bekerja	30	58,8
Tingkat penghasilan		
≤ UMK	47	92,2
> UMK	4	7,8
Status fungsional		
Fungsional baik	44	86,3
Gangguan fungsional	7	13,7
Status kognitif		
Tidak ada gangguan	10	19,6
Gangguan kognitif	41	80,4
Kemampuan membaca		
Bisa membaca	29	56,9
Tidak bisa membaca	22	43,1
Pengalaman stres		
Tidak ada	11	21,6
Ada	40	78,4
Riwayat penyakit kronis		
Tidak ada	9	17,6
Ada	42	82,4

Tabel 2 menunjukkan bahwa sebagian besar usila tidak pernah mengonsumsi rokok serta tidak mengonsumsi alkohol, sedangkan Tabel 3 menunjukkan proporsi depresi pada usila sebesar 60,8%.

Tabel 2. Distribusi frekuensi perilaku merokok dan konsumsi alkohol

Variabel	Σ	%
Status konsumsi rokok		
Tidak pernah	38	74,5
Ya	13	25,5
Status konsumsi alkohol		
Tidak pernah	34	66,7
Ya	17	33,3

Tabel 3. Kejadian depresi di Wilayah Kerja Puskesmas Manggis II

Status Depresi (n=51)	Σ	%
Tidak depresi	2	3,9
Kemungkinan besar depresi	18	35,3
Depresi	31	60,8

Tabel 4 menyajikan hasil tabulasi silang kejadian depresi dengan karakteristik responden, didapatkan bahwa proporsi depresi usila terjadi lebih tinggi pada usila yang berusia ≥ 75 tahun, berjenis kelamin perempuan, tinggal sendiri, dengan status pernikahan duda/janda, tingkat pendidikan rendah, tidak bekerja, dengan tingkat penghasilan perbulan kurang atau sama dengan UMK, dengan gangguan fungsional, gangguan kognitif, tidak bisa membaca, memiliki pengalaman stres dan memiliki riwayat penyakit kronis.

Tabel 4. Kejadian depresi berdasarkan karakteristik usila

Variabel (n=51)	Status depresi				Total		
	Tidak depresi		Depresi				
	Σ	(%)	Σ	(%)	Σ	(%)	
Usia	60-74 tahun	15	(41,7)	21	(58,3)	36	(100)
	≥ 75 tahun	5	(33,3)	10	(66,7)	15	(100)
Jenis kelamin	Lelaki	9	(40,9)	13	(59,1)	22	(100)
	Perempuan	11	(37,9)	18	(62,1)	29	(100)
	Tinggal bersama keluarga	20	(41,7)	28	(58,3)	48	(100)
Status tinggal	Tinggal sendiri	0	(0)	3	(100)	3	(100)
Status pernikahan	Menikah	15	(44,1)	19	(55,9)	34	(100)
	Duda/Janda	5	(29,4)	12	(70,6)	17	(100)
Tingkat pendidikan	Tinggi	3	(75)	1	(25)	4	(100)
	Rendah	17	(36,2)	30	(63,8)	47	(100)
Status pekerjaan	Bekerja	10	(47,6)	11	(52,4)	21	(100)
	Tidak bekerja	10	(33,3)	20	(66,7)	30	(100)
Tingkat penghasilan	\leq UMK	17	(36,2)	30	(63,8)	47	(100)
	$>$ UMK	3	(75)	1	(25)	4	(100)
Status fungsional	Fungsional baik	20	(45,5)	24	(54,5)	44	(100)
	Gangguan fungsional	0	(0)	7	(100)	7	(100)
Status kognitif	Tidak ada gangguan	6	(60)	4	(40)	10	(100)
	Gangguan kognitif	14	(34,1)	27	(65,9)	41	(100)
Kemampuan membaca	Bisa membaca	14	(45,2)	17	(54,8)	31	(100)
	Tidak bisa membaca	6	(30)	14	(70)	20	(100)
Pengalaman stress	Tidak ada	5	(45,5)	6	(54,5)	11	(100)
	Ada	15	(37,5)	25	(62,5)	40	(100)
Riwayat penyakit kronis	Tidak ada	7	(77,8)	2	(22,2)	9	(100)
	Ada	13	(30,9)	29	(69)	42	(100)

Tabel 5. menyajikan hasil tabulasi silang kejadian depresi dengan perilaku merokok dan konsumsi alkohol, didapatkan bahwa proporsi depresi usila lebih tinggi pada usila yang mengonsumsi rokok dan yang tidak pernah mengonsumsi alkohol.

Tabel 5. Kejadian depresi pada usila berdasarkan perilaku merokok dan konsumsi alkohol

Variabel (n=51)		Status depresi				Total	
		Tidak depresi		Depresi		Σ	(%)
		Σ	(%)	Σ	(%)		
Status konsumsi rokok	Tidak pernah	15	(39,5)	23	(60,5)	38	(100)
	Ya	5	(38,5)	8	(61,5)	13	(100)
Status konsumsi alkohol	Tidak pernah	13	(38,2)	21	(61,8)	34	(100)
	Ya	7	(41,2)	10	(58,8)	17	(100)

PEMBAHASAN

Proporsi depresi usila pada Wilayah Kerja Puskesmas Manggis II adalah 60,8%. Hasil ini hampir sama dengan proporsi depresi usila pada penelitian di Semarang yaitu 60%¹⁴ dan di Slovakia (60,7%).¹⁵ Sedangkan, hasil penelitian ini relatif lebih tinggi dibandingkan dengan hasil penelitian di Wilayah Kerja Puskesmas Karangasem I dengan proporsi 42,9%,⁸ di Wilayah Kerja Puskesmas Kubu II (45,2%),⁹ di Desa Selulung (54,2%)¹⁶ dan di Mexico (29,1%).¹⁷

Perbedaan tersebut dapat disebabkan karena perbedaan teknik pengambilan sampel, tempat penelitian, cara pengukuran dan karakteristik usila.^{8,9,16,17} Berdasarkan teknik pengambilan sampel, pada penelitian di Puskesmas Karangasem I, menggunakan teknik proporsi setiap desa,⁸ sedangkan dalam penelitian ini, usila pada banjar yang terpilih secara acak dari desa yang sebelumnya juga terpilih secara acak diambil sebagai sampel sesuai dengan jumlah yang dibutuhkan. Demikian pula pada penelitian di Mexico, menggunakan teknik pengambilan sampel proporsi dengan jumlah sampel yang besar yaitu 1142 usila.¹⁷ Pada penelitian di Desa Selulung, pengambilan sampel dilakukan secara *concecutive* pada usila yang sedang melakukan kunjungan saat diadakan

pemeriksaan kesehatan di Balai Banjar.¹⁶ Usila yang mengalami depresi cenderung tidak mau datang untuk memeriksakan kesehatannya pada tempat layanan kesehatan. Berdasarkan cara pengukuran, perbedaan penelitian ini dengan penelitian di Puskesmas Kubu II terletak pada alat ukur yang digunakan. Dalam penelitian tersebut digunakan *GDS Long version*,⁹ berbeda dengan penelitian ini yang menggunakan *GDS short version*.

Kejadian depresi lebih besar proporsinya pada usila dengan kelompok usia ≥ 75 tahun (66,7%), sedangkan pada kelompok usia 60-74 tahun proporsi depresi sebesar 58,3%. Hasil yang sama juga didapatkan oleh penelitian pada 4945 usila Chinese dengan prevalensi depresi secara signifikan paling besar terjadi pada kelompok umur tertua yaitu >80 tahun sebesar 45,19%¹⁸ dan penelitian lainnya dengan proporsi depresi usila pada kelompok umur ≥ 75 lebih tinggi (47,6%).⁸ Hal tersebut sesuai dengan teori dasar sebelumnya yang menyebutkan bahwa penambahan usia beriringan dengan terjadinya peningkatan morbiditas, menurunnya kemampuan fungsional dan mendapat paparan faktor-faktor risiko serta peristiwa kehidupan yang memengaruhi usila secara psikis.¹⁹

Berdasarkan jenis kelamin didapatkan bahwa proporsi kejadian depresi usila lebih tinggi pada usila perempuan (62,1%) dibandingkan dengan

usila lelaki (59,1%). Hasil yang sama didapatkan pada penelitian yang menyebutkan bahwa depresi lebih banyak terjadi pada usila perempuan (59,2%) daripada usila lelaki (48,5%).²⁰ Demikian pula penelitian di Turki juga menyebutkan bahwa prevalensi depresi usila secara signifikan lebih tinggi pada usila perempuan dengan proporsi 53,5%, sedangkan pada usila lelaki sebesar 38,2%.²¹ Sebuah studi lain pada usila Chinese di US mendapatkan hasil bahwa 80,9% usila yang mengalami depresi merupakan perempuan.²² Berjenis kelamin perempuan merupakan salah satu faktor risiko terjadinya depresi pada usila. Perempuan cenderung lebih mengeluhkan perasaan *dysphoria*nya dibandingkan dengan lelaki.^{4,5}

Usila yang tinggal sendiri atau terpisah dengan keluarga semuanya (100%) mengalami depresi, sedangkan proporsi depresi pada usila yang tinggal bersama dengan keluarga adalah 58,3%. Suatu studi di Jepang pada tahun 2012 menyebutkan bahwa proporsi depresi pada usila yang tinggal sendiri adalah 31,8%, sedangkan pada usila yang tinggal bersama keluarga yaitu 18,5%.²³ Prevalensi depresi dikatakan secara signifikan lebih tinggi terjadi pada usila yang tinggal sendiri (61,7%).²¹

Tinggal sendiri atau terpisah dari sanak dan saudara merupakan faktor risiko terjadinya depresi pada usila. Usila yang tinggal sendiri cenderung mengalami kesepian dan memiliki dukungan sosial yang rendah, terutama kurangnya dukungan dari keluarga terkhusus dari anak-anak mereka.²³ Tinggal sendiri cenderung menyebabkan berkurangnya integrasi sosial dan bertambahnya isolasi sosial dan telah diidentifikasi sebagai faktor yang penting berkaitan dengan perasaan kesepian.²⁴ Tinggal sendiri juga dikatakan merupakan faktor risiko yang penting terhadap kejadian bunuh diri.²³

Proporsi kejadian depresi didapatkan lebih tinggi pada usila dengan status pernikahan duda/janda yaitu 70,6%,

sedangkan usila yang berstatus pernikahan menikah atau masih memiliki suami/isteri sebesar 55,9%. Hal ini didukung oleh sebuah studi di Turki dengan proporsi sebesar 63,1%, sedangkan pada usila yang menikah sebesar 37,7%.²¹ Menikah merupakan faktor protektif depresi pada usila yang mencegah usila mengalami kesepian.²⁵ Kesepian berkaitan dengan kondisi mental yang buruk, merasa tidak bahagia dalam keluarga dan memiliki hubungan sosial yang tidak baik.¹⁵

Proporsi kejadian depresi usila juga diperoleh lebih tinggi pada usila dengan tingkat pendidikan yang rendah (63,8%) dan pada usila yang tidak bisa membaca yaitu 70%. Proporsi depresi lebih tinggi pada usila dengan tingkat pendidikan rendah didukung oleh hasil penelitian dengan proporsi depresi 44,3% pada usila dengan tingkat pendidikan rendah.⁸ Demikian pula pada penelitian tahun 2015, proporsi kejadian depresi pada usila dengan tingkat pendidikan yang rendah (24,4%).²⁶ Hasil yang serupa juga didapatkan pada penelitian lain yaitu proporsi depresi pada usila dengan tingkat pendidikan rendah lebih tinggi (23%), sedangkan pada usila dengan tingkat pendidikan sedang dan tinggi sebesar 3,5%.²⁷ Tingkat pendidikan yang rendah berasosiasi dengan peningkatan risiko terjadinya depresi pada usila karena usila dengan tingkat pendidikan yang rendah memiliki persepsi diri dan fungsi kognitif yang kurang.²³

Proporsi depresi lebih tinggi pada usila yang tidak bisa membaca didukung oleh penelitian di Puskesmas Karangasem I dengan proporsi 45,5%.⁸ Tingkat pendidikan rendah berhubungan dengan terjadinya buta huruf yang menyebabkan buruknya dukungan sosial. Rendahnya persepsi diri, yang sering terjadi pada orang dengan kemampuan membaca yang terbatas, berkontribusi terhadap risiko depresi diakibatkan oleh buta huruf.²⁸

Dalam penelitian ini diperoleh proporsi depresi usila lebih tinggi pada usila yang tidak bekerja (66,7%). Hasil ini

sejalan dengan data dalam penelitian ini bahwa proporsi depresi lebih tinggi pada usila dengan dengan tingkat penghasilan kurang atau sama dengan UMK (63,8%). Proporsi depresi pada usila yang tidak bekerja juga ditemukan lebih tinggi pada penelitian lain dengan proporsi 45,7%.⁸ Hasil yang sama didapatkan juga pada penelitian di Wilayah Kerja Puskesmas Petang I dengan proporsi depresi lebih tinggi (33,3%) pada usila yang tidak bekerja.¹⁹ Selain itu, kejadian depresi cenderung terjadi pada usila dengan tingkat penghasilan perbulan yang rendah yaitu 80%.¹⁶

Dukungan finansial sangat penting dalam menentukan derajat kesehatan dan kesejahteraan usila.²⁹ Depresi pada usila secara signifikan berhubungan dengan rendahnya pendapatan usila yang memiliki konsekuensi seperti kekurangan nutrisi, menurunnya kesempatan untuk melaksanakan aktivitas rekreasi, mengalami paparan terhadap lingkungan tidak aman dan tidak stabil.³⁰ Usila dengan penghasilan yang rendah akan mengalami stres atau tekanan finansial, yang menyebabkan terjadinya depresi.³¹

Proporsi kejadian depresi lebih tinggi pada usila yang mengkonsumsi rokok (61,5%). Hasil penelitian sebuah studi di Kabupaten Bangli menyebutkan hal serupa, bahwa kejadian depresi cenderung terjadi pada usila yang sedang menjadi perokok yaitu 66,7%.¹⁶ Merokok secara konsisten berhubungan dengan peningkatan risiko depresi. Suatu efek tidak langsung nikotin terhadap neurotransmitter mendasari peningkatan risiko depresi pada perokok.²⁸ Nikotin yang terdapat pada tembakau dikatakan merusak jalur yang meregulasi afek atau *mood* di otak.³¹

Proporsi depresi usila dalam penelitian lebih tinggi pada usila yang tidak pernah mengonsumsi alkohol (61,8%), sedangkan pada usila yang mengonsumsi alkohol sebesar 58,8%. Hasil ini berbeda dengan penelitian lain yang mendapatkan bahwa depresi usila

cenderung terjadi pada usila yang mengonsumsi alkohol dengan proporsi sebesar 46,2%, namun pada usila yang tidak pernah sama sekali mengonsumsi alkohol dengan proporsi 42%.⁸ Perbedaan proporsi ini dapat disebabkan karena konsumsi alkohol pada usila sering dikaitkan sebagai aksi untuk mengatasi keadaan pengalaman hidup yang kurang menyenangkan seperti rasa kehilangan terkait proses penuaan dan bentuk kesusahan psikologis. Konsumsi alkohol dikatakan sebagai reaksi terhadap pengalaman stres dan emosi.³²

Berdasarkan status kesehatan usila, didapatkan proporsi kejadian depresi lebih tinggi pada usila dengan gangguan fungsional (100%). Hasil ini didukung oleh penelitian lain dengan proporsi depresi 63,6%, sedangkan pada usila dengan status fungsional baik adalah 31,7%.⁸ Hasil yang sama didapatkan pada penelitian di Afrika Selatan bahwa proporsi kejadian depresi pada usila yang mengalami ketidakmampuan fungsional sedang sebesar 3,5%, sedangkan pada usila dengan ketidakmampuan fungsional tinggi sebesar 7%.³³ Tingginya status fungsional memiliki peranan dalam pencegahan depresi pada usila. Ketika usila menjadi dependen akan memengaruhi kesehatan mental mereka menjadi kurang baik.³⁴

Berdasarkan status kognitif, proporsi kejadian depresi didapatkan lebih tinggi pada usila dengan gangguan kognitif (65,9%), sedangkan pada usila yang tidak mengalami gangguan kognitif sebesar 40%. Hasil yang sama didapatkan bahwa secara signifikan proporsi depresi pada usila yang mengalami defisit fungsi kognitif adalah sebesar 30,2%.³⁵ Pada individu dengan disfungsi kognitif, terjadi depleksi tryptophan atau asam amino prekursor serotonin³⁶ yaitu neurotransmitter yang paling berkaitan dengan depresi secara akut.³⁷

Proporsi kejadian depresi pada usila yang memiliki pengalaman stres atau pengalaman hidup kurang menyenangkan adalah 62,5%, sedangkan pada usila yang

tidak memiliki pengalaman stres sebesar 37,5%. Hasil sebuah penelitian lain juga menyebutkan bahwa memiliki pengalaman hidup yang menekan atau kurang menyenangkan secara signifikan berhubungan dengan gejala depresi dengan proporsi 48%, sedangkan pada usia yang tidak memiliki pengalaman demikian 32,2%.³⁸ Dalam penelitian ini, didapatkan bahwa jenis pengalaman stres terbanyak yang dialami usia adalah kehilangan orang yang disayang, permasalahan ekonomi dan sakit. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian ini bahwa, proporsi depresi lebih tinggi pada usia dengan riwayat penyakit kronis (69%), sedangkan pada usia yang tidak memiliki riwayat penyakit kronis sebesar 22,2%. Demikian pula pada penelitian di Afrika Selatan menunjukkan bahwa proporsi depresi pada usia yang memiliki riwayat penyakit kronis adalah 69%, sedangkan pada usia yang tidak memiliki riwayat penyakit kronis sebesar 22,2%.³³

Stres psikososial menyebabkan perubahan biologis pada *hipothalamus-pituitary-adrenal-axis* (HPA) dan pada struktur otak.¹² Pikiran dan memori yang negatif menjadi predisposisi gejala depresi. Stres psikososial yang kronis dan akut akan mengaktifasi sistem adrenergik pada HPA sebagai respon stres dan akan mempengaruhi perilaku.^{12,39} Sedangkan pada struktur otak, stres kronis dapat menyebabkan terjadinya perubahan pada area yang penting dalam kontrol perilaku seperti hipokampus, limbik dan korteks prefrontal.¹²

SIMPULAN

Proporsi kejadian depresi pada usia sebesar 60,8%. Depresi cenderung terjadi usia yang berusia ≥ 75 tahun (66,7%), berjenis kelamin perempuan (62,1%), tinggal sendiri (100%), merupakan duda/janda (70,6%), dengan tingkat pendidikan rendah (63,8%), tidak bekerja (66,7%), memiliki penghasilan kurang atau sama dengan UMK (63,8%), mengalami gangguan fungsional (100%),

mengalami gangguan kognitif (65,9%), tidak bisa membaca (70%), memiliki pengalaman hidup yang kurang menyenangkan (62,5%), memiliki riwayat penyakit kronis (64%), mengonsumsi rokok (61,5%) dan tidak mengonsumsi alkohol (61,8%).

DAFTAR PUSTAKA

1. WHO. Depression. 2012 [Diakses pada tanggal 26 Juni 2015]. Tersedia di: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>
2. Du WJ, Tan JP, Yi F, dkk. Physical activity as a protective factor against depressive symptoms in older chinese veterans in the community: Result from a national cross-sectional study. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2015;11:803–13.
3. Prina AM, Deeg D, Brayne C, dkk. The association between depressive symptoms and non-psychiatric hospitalisation in older adults. *PLoS One*. 2012;7(4):1–7.
4. Sengupta P, Benjamin A. Prevalence of depression and associated risk factors among the elderly in urban and rural field practice areas of a tertiary care institution in Ludhiana. *Indian J Public Health*. 2015;59(1):3–8. Tersedia di: <http://www.ijph.in/text.asp?2015/59/1/3/152845>
5. Sözeri-Varma G. Depression in the elderly: clinical features and risk factors. *Aging Dis*. 2012;3(6):465–71.
6. Majdi MR, Mobarhan MG, Salek M, dkk. Prevalence of depression in an elderly population: A Population-based study in Iran. *Iran J Psychiatry Behav Sci (IJPBS)*. 2011;5(1):17–24.
7. Wedhari IAA, Ardani IGAI. Angka kejadian depresi pada lansia di panti

- tresna werdha wana seraya
Denpasar Bali Tahun 2013. 2013;
Tersedia di:
<http://download.portalgaruda.org/>
8. Noprasetyo IGCK, Ermawan, I Made Rika Kamarasamy S. Gambaran prevalensi dan faktor risiko depresi pada lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Karangasem I Tahun 2012. *Essence Sci Med J.* 2012;11(3):41–53.
 9. Bhayu IGMA, Ratep N, Westa W. Gambaran faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat depresi pada lanjut usia di Wilayah Kerja Puskesmas Kubu II Januari-Februari 2014. 2014;1–14.
 10. Irawan H. Gangguan depresi pada lanjut usia. *Cermin Dunia Kedokt.* 2013;40(11):815–9.
 11. Kemenkes R. Pelayanan dan Peningkatan Kesehatan Usia Lanjut. 2015 [Diakses pada tanggal 22 Januari 2017]. Tersedia di: <http://www.depkes.go.id/article/view/15052700010/pelayanan-dan-peningkatan-kesehatan-usia-lanjut.html>
 12. Gameiro GR, Minguini IP, Alves TC de TF. The role of stress and life events in the onset of depression in the elderly. *Rev Med (São Paulo).* 2014;93(1):31–40. Tersedia di: <http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/86139>
 13. Yan X-Y, Huang S-M, Huang C-Q, dkk. Marital status and risk for late life depression: a meta-analysis of the published literature. *J Int Med Res.* 2011;39(4):1142–54. Tersedia di: <http://imr.sagepub.com/cgi/content/long/39/4/1142>
 14. Muna N, Arwani, Purnomo. Hubungan antara karakteristik dengan kejadian depresi pada lansia di Panti Werda Pelkris Pengayoman Kota Semarang. 2013;1–9. Tersedia di: [http://ejournal.stikestelogorejo.ac.id](http://ejournal.stikestelogorejo.ac.id/index.php/ilmukeperawatan/article/view/132)
 15. Kabátová O, Puteková S, Martinková J. Loneliness as a risk factor for depression in the elderly. 2016;48–52.
 16. Puspita P, Westa W, Ratep N. Prevalensi dan faktor risiko depresi pada lansia di Desa Selung Kecamatan Kintamani Kabupaten Bangli Tahun 2014. 2014;1–23.
 17. Ortiz GG, Arias-Merino ED, Flores-Saiffe ME, dkk. Prevalence of cognitive impairment and depression among a population aged over 60 years in the Metropolitan Area of Guadalajara, Mexico. *Curr Gerontol Geriatr Res.* 2012;2012:1–7.
 18. Yu J, Li J, Cuijpers P, Wu S, dkk. Prevalence and correlates of depressive symptoms in Chinese older adults: A population-based study. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2012;27(3):305–12.
 19. Prabhaswari L, Ariastuti NLP. Gambaran kejadian depresi pada lanjut usia di Wilayah Kerja Puskesmas Petang I Kabupaten Badung Bali 2015. *Inisiasi Sains Medis.* 2015;7(1):2–7.
 20. Chen R, Simon MA, Dong X. Gender differences in depressive symptoms in U.S . Chinese older adults. *AIMS Med Sci.* 2014;1(1):13–27.
 21. Arslantas D, Ünsal A, Ozbabalık D. Prevalence of depression and associated risk factors among the elderly in Middle Anatolia, Turkey. *Geriatr Gerontol Int.* 2014;14(1):100–8. Tersedia di: <http://doi.wiley.com/10.1111/ggi.12065>
 22. Onya ON, Stanley P. Risk Factors for Depressive illness among elderly Gopd Attendees at Upth. 2013;5(2):77–86.
 23. Fukunaga R, Abe Y, Nakagawa Y, dkk. Living alone is associated with

- depression among the elderly in a rural community in Japan. *Psychogeriatrics*. 2012;12(3):179–85.
24. Chen Y, Hicks A, While AE. Loneliness and social support of older people living alone in a county of Shanghai, China. *Heal Soc Care Community*. 2014;22(4):429–38.
 25. Padayachey U, Ramlall S, Chipps J. Depression in older adults: prevalence and risk factors in a primary health care sample. *South African Fam Pract*. 2017;59(2):61–6.
 26. Aryawangsa AAN, Ariastuti NLP. Prevalensi dan distribusi faktor risiko depresi pada lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Tampaksiring I Kabupaten Gianyar Bali 2015. *Intisari Sains Medis*. 2016;7(1):12–23.
 27. Yaka E, Keskinoglu P, Ucku R, dkk. Prevalence and risk factors of depression among community dwelling elderly. 2014;59:150–4.
 28. Woong Kim K, Hyuk Park J, Kim M-H, dkk. A Nationwide Survey on the prevalence of dementia and mild cognitive impairment in South Korea. *J Alzheimer's Dis*. 2012;23(1–2):281–91.
 29. Chauhan P, Kokiwar PR, Shridevi K, dkk. A study on prevalence and correlates of depression among elderly population of rural South India. *Int J Community Med Public Heal*. 2016;3(1):236–9. Tersedia di: <http://www.ijcmph.com>
 30. Artigo. Depression in the elderly. 2014;2–33.
 31. Sharma K, Gupta A, Sharma R, dkk. Prevalence and risk factors for depression in elderly North Indians. *J Geriatr Ment Heal*. 2016;3(2):158–63. Tersedia di: <http://www.jgmh.org/text.asp?2016/3/2/158/195673>
 32. Sacco P, Smith CA, Harrington D, dkk. Feasibility and utility of experience sampling to assess alcohol consumption among older adults. *J Appl Gerontol*. 2016;35(1):106–20.
 33. Peltzer K, Phaswana-mafuya N. Depression and associated factors in older adults in South Africa. *Glob Heal Action* ISSN. 2013;6(1):1–9.
 34. Anwar M, Moosa M, Karim MS, dkk. Depression and its association with functional status and physical activity in the elderly in Karachi , Pakistan §. *Asian J Psychiatr*. 2014;1–6.
 35. Borges LJ, Benedetti TRB, Xavier AJ, D'Orsi E. Associated factors of depressive symptoms in the elderly : Epi Floripa study. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(4):1–10.
 36. Gonda X, Pompili M, Serafini G, dkk. The role of cognitive dysfunction in the symptoms and remission from depression. *Ann Gen Psychiatry*. 2015;14(27):1–7.
 37. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry. *Behavior Sciences/Clinical Psychiatry*. 11th ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2015.
 38. Luppá M, Sikorski C, Luck T, dkk. Prevalence and risk factors of depressive symptoms in latest life — results of the Leipzig Longitudinal Study of the Aged (LEILA 75 +). *International J Geriatr Psychiatry*. 2012;27:286–95.
 39. Lavretsky H, Newhouse PA. Stress, inflammation and aging. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2012;20(9):729–33.