

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. LATAR BELAKANG MASALAH

Rosululloh SAW bersabda : " *Semua penyakit ada obatnya, kecuali penyakit tua* " (HR. Muslim).

Proses menjadi tua (*aging process*) adalah fitrah dari Tuhan karena manusia adalah ciptaan-Nya, yang kemudian tumbuh, berkembang dan akhirnya mati (Tabrani, 1995). Proses penuaan adalah siklus kehidupan yang ditandai dengan tahap-tahap menurunnya berbagai fungsi organ tubuh, misalnya pada sistem kardiovaskuler dan pembuluh darah, pernafasan, pencernaan, endokrin dan lain sebagainya. Kemudian berbagai fungsi organ tubuh pada diri seseorang lanjut usia tidaklah sama, dan dari satu lanjut usia dibandingkan dengan lainnya juga tidak sama proses penuaannya (Hawari, 1999).

Problema-problema kesehatan pada usia lanjut menurut Schouten (1992) meliputi masalah gerak yakni kesukaran gerak yang disebabkan karena kelainan-kelainan pada tulang, sendi dan otot, masalah kejiwaan, masalah lingkungan sosial, masalah ekonomi, dan berbagai masalah penyakit yang didapatkan pada usia tua.

Keberhasilan di bidang kesehatan telah meningkatkan usia harapan hidup, di Indonesia tercatat pada tahun 1990 usia harapan hidup rata-rata mencapai 50,8 tahun. Pada satu dekade berikutnya usia h

mencapai usia 65 tahun hingga diperkirakan pada tahun 2020 jumlah lanjut usia 11,3% dari populasi dengan usia harapan hidup mencapai 71,7 tahun (Pikiran Rakyat, 2003). Berdasarkan data sensus penduduk, maka penduduk Indonesia usia diatas 65 tahun meningkat dari 2,98 juta (2,52%) tahun 1971 ke 4,78 juta (3,26%) tahun 1980 menjadi 6,96 juta (3,88%) tahun 1990. Setelah itu menurut proyeksi terakhir Bank Dunia, kelompok ini akan merupakan 4,33% dari seluruh penduduk Indonesia pada tahun 1995, 4,77% tahun 2000, 5,57% tahun 2010 sampai 7,08% pada tahun 2020 (Dahlan, 1992).

Masalah utama dengan pertumbuhan kelompok penduduk lanjut usia adalah selain jumlahnya yang semakin besar, adalah kondisi penghasilan dan derajat kesehatannya yang relatif rendah. Hasil sensus penduduk pada tahun 2000 menunjukkan bahwa kelompok penduduk lanjut usia adalah 4,72% dari jumlah total penduduk atau 9.210.923 jiwa. Dari sudut pandang penyediaan pelayanan kesehatan, kelompok penduduk lanjut usia memerlukan pelayanan kesehatan sekunder atau tersier yang memerlukan biaya sangat mahal dan merupakan beban sosial yang harus ditanggung oleh kelompok penduduk yang produktif (Menkes, 2001).

Firman Allah SWT: *"(Tidak demikian) bahkan barang siapa yang menyerahkan diri kepada Allah, sedang ia berbuat kebajikan, maka baginya pahala pada sisi Tuhannya dan tidak ada kekhawatiran terhadap mereka dan tidak (pula) mereka bersedih hati"* (QS. Al Baqarah: 112).

Perubahan-perubahan sosial yang serba cepat sebagai

mempunyai dampak pada kehidupan masyarakat. Perubahan-perubahan sosial tersebut telah mempengaruhi nilai kehidupan masyarakat. Tidak semua orang mampu menyesuaikan diri dengan perubahan-perubahan tersebut yang pada gilirannya dapat menimbulkan ketegangan atau stres pada dirinya. Stres dapat merupakan faktor pencetus, penyebab, atau akibat dari suatu penyakit, sehingga taraf kesehatan fisik dan kesehatan jiwa dari orang yang bersangkutan menurun karenanya. Perubahan-perubahan sosial tersebut yang sering kali bercorak sekuler telah mengakibatkan dehumanisasi, yaitu menurunnya nilai kemanusiaan, yang pada gilirannya dapat mengakibatkan seseorang jatuh sakit (Hawari, 2004).

Salah satu bentuk stres yang dapat menimbulkan gangguan kejiwaan adalah depresi. Depresi merupakan masalah kesehatan jiwa yang utama dewasa ini. Hal ini amat penting karena orang dengan depresi produktifitasnya akan menurun dan ini amat buruk akibatnya bagi suatu masyarakat, bangsa dan negara yang sedang membangun. Orang yang mengalami depresi adalah orang yang amat menderita. Depresi adalah penyebab utama tindakan bunuh diri, dan tindakan ini menduduki urutan ke-6 dari penyebab kematian utama di Amerika Serikat (Hawari, 1999).

Organisasi kesehatan sedunia (WHO, 1974) menyebutkan 17% pasien-pasien yang berobat ke dokter adalah pasien dengan depresi dan diperkirakan prevalensi depresi pada populasi masyarakat dunia adalah 3%. Sehubungan dengan hal tersebut, Sartorius (1974) menaksir 100 juta p

yang akan datang yang disebabkan karena beberapa hal antara lain: usia harapan hidup yang semakin bertambah, stresor psikososial semakin berat, berbagai penyakit kronik semakin bertambah dan kehidupan beragama semakin ditinggalkan (masyarakat sekuler).

Cass, H (1998) mengemukakan bahwa satu dari lima orang pernah mengalami depresi dalam kehidupannya. Di Indonesia, pada tahun 2000 penelitian seberapa banyak penderita depresi, depresi terselubung dan juga kecemasan belum ada. Namun dari waktu ke waktu kasus-kasus gangguan kejiwaan yang tergolong kecemasan dan depresi semakin bertambah. Hal ini dapat dilihat dari kenaikan jumlah kunjungan pasien yang berobat di pusat-pusat pelayanan kesehatan jiwa dan juga yang berobat ke dokter (psikiater).

Lesmana mengatakan bahwa dengan bertambahnya usia, perubahan dalam fisik tak bisa dihindari. Demikian juga terjadinya penurunan daya tahan tubuh pada usia-usia tersebut. Berdasarkan penelitian, 80% lanjut usia mengalami penyakit kronis seperti jantung, rematik, tekanan darah tinggi dan lain-lain. Selain itu akan terjadi perubahan mental seperti pikun dan depresi. Bahkan, 15% lanjut usia memiliki kecenderungan bunuh diri oleh depresi sehingga perlu dilakukan pencegahan (Bali Pos, 2003).

Secara fisik laki-laki memang berbeda dengan perempuan, demikian pula dari segi kejiwaannya. Dalam soal intelegensia mungkin otak perempuan tidak jauh berbeda dengan otak laki-laki, tetapi dalam hal tertentu misalnya jika perempuan menanggapi stres berbeda dengan laki-laki. Pe

mudah terserang penyakit depresi berkenaan dengan dibundling

laki-laki. Menurut Saroson, *cit.* Handayani (2003) bahwa perempuan mempunyai resiko dua kali lebih besar dibanding laki-laki untuk menderita depresi. Hal ini ditunjukkan perempuan lebih banyak datang ke psikolog untuk berkonsultasi atau menceritakan permasalahannya ke orang lain untuk membantu mendapatkan penyelesaian. Pada kenyataannya perempuan banyak menggunakan *feeling* dan emosi dalam menyelesaikan masalah.

Dalam bidang profesi mungkin perempuan bisa memegang suatu jabatan laki-laki misalnya sebagai perdana menteri, astronot, pimpinan atau komandan militer yang membawahi laki-laki, menjadi co-pilot atau pilot pesawat terbang. Berbagai profesi yang disebutkan di atas menunjukkan bahwa otak wanita ternyata mampu juga memegang pekerjaan yang dilakukan laki-laki. Tetapi dalam segi tertentu, misalnya mengantisipasi stres atau depresi, justru ada perbedaan ([www.changjaya-abadi.com](http://www.changjaya-abadi.com)).

Penelitian baru melaporkan bahwa otak perempuan bekerja lebih giat saat ia sedang bersedih. Selain itu pada saat seperti ini perempuan memiliki kemampuan nalar yang rendah. Hasil penelitian dokter George dan sejawatnya dapat dilaporkan bahwa pengolahan emosi yang terjadi pada laki-laki memang berbeda dengan perempuan. Sistem limbic interior pada perempuan lebih aktif dari pada yang terjadi pada laki-laki saat sedang bersedih, jika perempuan sedang bersedih aktifitas bagian itu meningkat hingga dua kali dibandingkan dengan laki-laki ([www.changjaya-abadi.com](http://www.changjaya-abadi.com)).

Berdasarkan studi pendahuluan yang kami lakukan d

besar lanjut usia yang tinggal di Panti adalah perempuan yang berusia antara 60-99 tahun. Mereka berasal dari instansi Pemda, dari desa dan juga dari keluarga sendiri. Sebagian besar telah mengalami penurunan kondisi fisik antara lain: penurunan penglihatan, penurunan pendengaran, penurunan psikomotor dan lain-lain. Hal ini dapat mengakibatkan lanjut usia mengalami depresi.

## **B. PERUMUSAN MASALAH**

Berdasarkan latar belakang di atas maka rumusan masalah pada penelitian ini adalah: apakah ada perbedaan tingkat depresi pada lanjut usia laki-laki dan perempuan di Panti Sosial Tresna Werdha Yogyakarta Unit Budi Luhur.

## **C. TUJUAN**

### **1. Tujuan Umum**

Diketuinya perbedaan tingkat depresi antara lansia laki-laki dan lansia perempuan di Panti Sosial Tresna Werdha Yogyakarta Unit Budi Luhur.

### **2. Tujuan Khusus**

a. Diketuinya tingkat depresi lansia laki-laki di Panti Sosial Tresna Werdha Yogyakarta Unit Budi Luhur.

b. Diketuinya tingkat depresi lansia perempuan di Panti Sosial Tresna Werdha Yogyakarta Unit Budi Luhur.

## **D. MANFAAT**

### **1. Bagi ilmu pengetahuan.**

Dalam menerapkan terapi pada lansia yang mengalami depresi, agar sesuai sasaran, sehingga perlu memperhatikan latar belakang dari setiap lansia yang tinggal di Panti.

### **2. Bagi panti**

Sebagai bahan informasi untuk menyusun strategi operasional serta upaya penanggulangan depresi bagi lansia yang tinggal di Panti.

### **3. Bagi lansia**

Sebagai bahan masukan mengenai pentingnya memperhatikan kesehatan jiwa diri sendiri sehingga dapat menjadi lansia yang berguna.

### **4. Bagi keperawatan**

Sebagai dasar dalam melaksanakan asuhan keperawatan terutama keperawatan gerontik dan keperawatan kesehatan jiwa tentang depresi pada lansia.

## **E. RUANG LINGKUP**

### **1. Variabel penelitian**

a. Variabel bebas penelitian ini adalah lansia laki-laki dan lansia perempuan.

b. Variabel terikatnya adalah tingkat depresi

## 2. Responden penelitian

Responden pada penelitian ini adalah semua lansia yang tinggal di Panti Sosial Tresna Werdha Yogyakarta Unit Budi Luhur dengan kriteria inklusi sebagai berikut:

- a. Bisa berkomunikasi dengan baik
- b. Selama periode pengambilan data tinggal di Panti Sosial Tresna Werdha Yogyakarta Unit Budi Luhur
- c. Bersedia untuk menjadi responden

## 3. Lokasi penelitian

Pemilihan lokasi adalah pada Panti Sosial Tresna Werdha Yogyakarta Unit Budi Luhur

## 4. Waktu penelitian

Waktu penelitian dilaksanakan pada bulan Juli 2005.

## F. KEASLIAN PENELITIAN

Penelitian tentang lansia dan depresi sudah banyak, akan tetapi penelitian mengenai perbedaan tingkat depresi pada lansia laki-laki dan perempuan sangatlah sedikit. Antara lain yaitu :

1. Widiatmoko (2001), mengenai korelasi dukungan sosial dengan derajat depresi pada pasien lansia di poliklinik geriatrik RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta, dengan menggunakan survei deskriptif analitik dan rancangan *cross sectional*, dengan subyek penelitian pa

*incidental random sampling*. Instrumen yang digunakan adalah GDS, SSQ, dan SP MSG. Hasil yang didapat adanya dukungan sosial menurunkan derajat depresi pada lansia.

2. Rining Handayani (2003), mengenai hubungan tingkat kemampuan dalam aktifitas dasar sehari-hari dengan tingkat depresi pada lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Yogyakarta Unit Abiyoso. Metode yang digunakan adalah metode non eksperimental korelasional dengan menggunakan rancangan *cross sectional*, dengan subyek penelitian lansia yang tinggal di Panti Sosial Tresna Werdha Yogyakarta Unit Abiyoso. Instrumen yang digunakan adalah GDS, Skala LMMPI, *Barthel index*. Hasil yang didapat adalah adanya hubungan yang lemah antara tingkat kemampuan aktifitas dasar sehari-hari dengan tingkat depresi pada lansia.

Sedangkan penelitian ini adalah mengenai perbedaan tingkat depresi pada lansia laki-laki dan perempuan, dengan menggunakan instrumen GDS untuk mengukur tingkat depresi. Penelitian ini menggunakan metode deskriptif analitik dengan rancangan *cross sectional*. Subjek penelitiannya adalah semua lansia yang tinggal di Panti Sosial Tresna Werdha Yogyakarta Unit Budi Luhur dengan beberapa kriteria inklusi: