



UNIVERSITAS INDONESIA

**FAKTOR-FAKTOR RISIKO YANG BERHUBUNGAN
DENGAN GANGGUAN MENTAL EMOSIONAL PADA
LANSIA DI DKI JAKARTA
(ANALISIS DATA RISKESDAS 2007)**

SKRIPSI

**Diajukan untuk memenuhi salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Sarjana Kesehatan Masyarakat**

SUYOKO

NPM : 0906617681

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT
PEMINATAN EPIDEMIOLOGI
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK
JANUARI 2012**

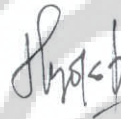
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Skripsi ini adalah hasil karya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar**

Nama : Suyoko

NPM : 0906617681

Tanda tangan :



Tanggal : 20 Januari 2012

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Suyoko
NPM : 0906617681
Mahasiswa Program : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Tahun Akademik : 2009/2010

menyatakan bahwa saya tidak melakukan plagiat dalam penulisan skripsi saya yang berjudul :

**FAKTOR-FAKTOR RISIKO YANG BERHUBUNGAN
DENGAN GANGGUAN MENTAL EMOSIONAL PADA
LANSIA DI DKI JAKARTA
(ANALISIS DATA RISKESDAS 2007)**

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan tindakan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 20 Januari 2012



(Suyoko)


HALAMAN PENGESAHAN


Skripsi ini diajukan oleh :
Nama : Suyoko
NPM : 0906617681
Program Studi : Sarjana Kesehatan masyarakat
Judul Skripsi : Faktor-faktor Risiko yang Berhubungan dengan Gangguan Mental Emosional Pada Lansia Di DKI Jakarta (Analisis Data Riskesdas 2007)

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Sarjana Kesehatan Masyarakat Peminatan Epidemiologi, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : drg Nurhayati A. Prihartono. MPH. M.Sc. SCD ()

Penguji : dr. Yovsah. M.Kes ()

Penguji : dr. Suhardi. MPH ()

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 20 Januari 2012

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Wr.Wb.

Alhamdulillah, puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, karena berkat rahmat dan karunia-Nya, penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Faktor-Faktor Risiko Yang Berhubungan Dengan Gangguan Mental Emosional Pada Lansia (Analisis Data Riskesdas 2007)”. Penulisan skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM) pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Ucapan terima kasih yang tak terhingga penulis sampaikan kepada keluarga yang selalu memberikan semangat dan dukungan baik moril maupun materil dalam seluruh proses penyusunan skripsi ini. Dan kepada Drg Nurhayati A. Prihartono, MPH, MSc, SCD, selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran didalam mengarahkan penulis dalam proses penyusunan skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa tanpa bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak lain, dari masa perkuliahan hingga pada penyelesaian skripsi, akan sulit bagi penulis untuk sampai pada tahapan ini. Oleh karena itu, dalam kesempatan ini dengan segala kerendahan hati penulis ingin mengucapkan terimakasih pula yang setinggi-tingginya kepada:

1. Dr. Dr. Ratna Djuwita MPH selaku Ketua Departemen Epidemiologi beserta Staf dan Dosen yang telah memberikan bantuan motivasi dan bimbingan kepada penulis selama mengikuti perkuliahan.
2. Dr Yovsah, M.Kes. selaku penguji dalam yang telah bersedia meluangkan waktunya menjadi penguji dalam ujian sidang skripsi dan telah memberikan masukan yang sangat berarti dalam penyusunan skripsi ini.
3. Dr. Suhardi, MPH selaku penguji luar yang telah bersedia meluangkan waktunya menjadi penguji dalam ujian sidang skripsi dan telah memberikan masukan yang sangat berarti dalam penyusunan skripsi ini.

4. Tim Manajemen Data Riskesdas yang memberi ijin dan membantu kelancaran penulis dalam pengambilan data.
5. Semua teman-teman kantor, terima kasih atas support, doa dan bantuannya selama penulis skripsi ini.
6. Teman-teman ekstensi epid angkatan 2009 yang tidak bisa disebutkan satu persatu, terima kasih atas kebersamaan, semangat juang dan motivasinya.
7. Semua orang yang telah memberikan kebaikan mulai dari penulis masuk Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia sampai akhirnya bisa menyelesaikan skripsi ini.

Akhir kata, penulis berharap semoga Allah SWT, senantiasa membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Penulis menyadari bahwa sebagai manusia biasa memiliki keterbatasan sehingga banyak melakukan kesalahan dan banyak kekurangan dalam penyusunan skripsi ini. Oleh karena itu, penulis sangat mengharapkan kritik dan sarannya yang bersifat membangun. Semoga skripsi ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu di masa yang akan datang.

Wabillahi taufiq wal hidayah wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Depok, 20 Januari 2012

Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Suyoko
NPM : 0906617681
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Departemen : Epidemiologi
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis karya : Skripsi

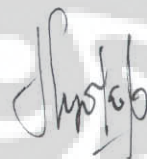
demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

Faktor-faktor Risiko yang Berhubungan dengan Gangguan Mental Emosional Pada Lansia di DKI Jakarta (Analisis Data Riskesdas 2007)

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di: Depok
Pada tanggal : 20 Januari 2012
Yang menyatakan



(Suyoko)

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Suyoko
Tempat/Tanggal Lahir : Purworejo, 28 Agustus 1981
Jenis Kelamin : Laki-laki
Agama : Islam
Alamat : Jl. Cempaka Warna No 19 Rt 10/04 Kele
Cempaka Putih Timur, Cempaka Putih , Jakarta
Pusat
Email : onoyoko81@gmail.com

Riwayat Pendidikan

1. Tahun 1987-1993 Sekolah Dasar Negeri Andong
2. Tahun 1993-1996 Sekolah Menengah Pertama Negeri 1 Kutoarjo
3. Tahun 1996-1999 Sekolah Menengah Atas Negeri 1 Kutoarjo
4. Tahun 2000-2003 Poltekes Depkes Jogjakarta Jurusan Kesling
5. Tahun 2009-2011 Fakultas Kesehatan Masyarakat Univesitas
Indonesia, Jurusan Epidemiologi

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
SURAT PERNYATAAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR.....	v
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR	vii
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR SINGKATAN.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xv
ABSTRAK.....	xvi
ABSTRACT.....	xvii
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Pertanyaan Penelitian	4
1.4 Tujuan	4
1.4.1 Tujuan Umum	4
1.4.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat Penelitian	5
1.5 Ruang Lingkup	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Lansia	6
2.2 Lansia Sehat	6
2.2.1 Lanjut usia sehat.....	6
2.2.2 Lanjut usia sehat jiwa.....	7
2.3 Kesehatan Jiwa	7
2.4 Gangguan Jiwa.....	8
2.5 Gangguan Mental emosional.....	11
2.6 Pengukuran Gangguan mental emosional.....	13

2.7	Faktor Risiko Gangguan mental emosional pada lansia	
2.7.1	Faktor Sosial demografi.....	15
2.7.1.1	Umur.....	15
2.7.1.2	Jenis Kelamin.....	16
2.7.1.3	Status perkawinan.....	16
2.7.1.4	Tingkat Pendidikan.....	16
2.7.1.5	Status Pekerjaan.....	16
2.7.1.6	Status Sosial ekonomi.....	17
2.7.2	Menderita Penyakit Kronis.....	18
2.7.3	Penggunaan Obat/pengguna obat dan alkohol.....	20
2.7.4	Kemandirian Fisik.....	20
2.7.5	Religi.....	21
2.7.6	Dukungan Sosial	21
2.7.7	Status Gizi.....	21
2.7.8	Riwayat gangguan jiwa.....	22
BAB 3	KERANGKA KONSEP, DEFINISI OPERASIONAL DAN HIPOTESIS	
3.1	Kerangka Teori	23
3.2	Kerangka Konsep.....	24
3.3	Definisi Operasional	25
BAB 4	METODOLOGI PENELITIAN	
4.1	Desain Penelitian	28
4.2	Riset Kesehatan Dasar 2007	28
4.3	Waktu dan lokasi penelitian	29
4.4	Populasi dan sampel	29
4.5	Pengumpulan Data	31
4.6	Manajemen data	31
4.7	Analisis Data	32
BAB 5	HASIL PENELITIAN	
5.1	Distribusi lansia yang mengalami gangguan mental di DKI Jakarta	33
5.2	Distribusi Frekuensi berdasarkan faktor sosial demografi.....	33
5.3	Distribusi frekuensi berdasarkan faktor menderita penyakit kronis... ..	37
5.4	Distribusi frekuensi berdasarkan status gizi.....	39
5.5	Distribusi frekuensi berdasarkan kemandirian fisik	39
5.6	Perbedaan proporsi berdasarkan faktor sosial demografi	40
5.7	Perbedaan proporsi berdasarkan faktor menderita penyakit kronis	49
5.8	Perbedaan proporsi berdasarkan status gizi	50
5.9	Perbedaan proporsi berdasarkan kemandirian fisik	51

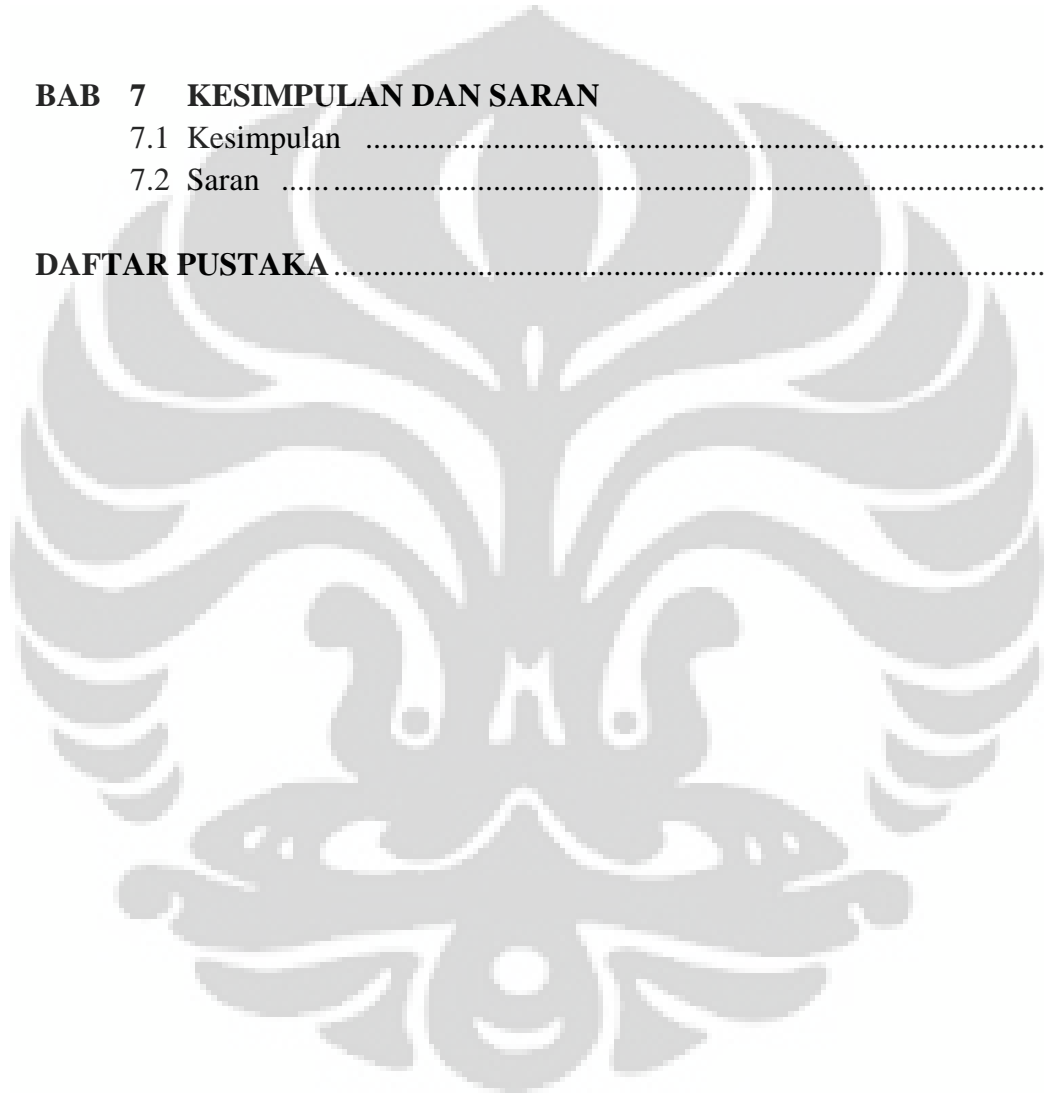
BAB 6 PEMBAHASAN

6.1 Perbedaan proporsi berdasarkan faktor sosial demografi	52
6.2 Perbedaan proporsi berdasarkan faktor menderita penyakit kronis	54
6.3 Perbedaan proporsi berdasarkan status gizi	54
6.4 Perbedaan proporsi berdasarkan kemandirian fisik	55
6.5 Keterbatasan Penelitian	55

BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan	56
7.2 Saran	57

DAFTAR PUSTAKA	59
-----------------------------	----



DAFTAR TABEL

Tabel 3.	Definisi Operasional	25
Tabel 5.1	Distribusi gangguan mental emosional pada lansia berdasarkan Data Riskesdas 2007 di DKI Jakarta	33
Tabel 5.2	Distribusi frekuensi gangguan mental emosional pada lansia berdasarkan umur Data Riskesdas 2007 di DKI Jakarta.....	34
Tabel 5.3	Distribusi frekuensi gangguan mental emosional pada lansia berdasarkan Jenis kelamin Data Riskesdas 2007 di DKI Jakarta	34
Tabel 5.4	Distribusi frekuensi gangguan mental emosional pada lansia berdasarkan Tingkat pendidikan Data Riskesdas 2007 di DKI Jakarta	35
Tabel 5.5	Distribusi frekuensi gangguan mental emosional pada lansia berdasarkan pekerjaan Data Riskesdas 2007 di DKI Jakarta	35
Tabel 5.6	Distribusi frekuensi gangguan mental emosional pada lansia berdasarkan status ekonomi Data Riskesdas 2007 di DKI Jakarta.....	36
Tabel 5.7	Distribusi frekuensi gangguan mental emosional pada lansia berdasarkan status keluarga Data Riskesdas 2007 di DKI Jakarta ...	36
Tabel 5.8	Distribusi frekuensi gangguan mental emosional pada lansia berdasarkan status perkawinan Data Riskesdas 2007 di DKI Jakarta	37
Tabel 5.9	Distribusi frekuensi gangguan mental emosional pada lansia berdasarkan menderita DM Data Riskesdas 2007 di DKI Jakarta	37
Tabel 5.10	Distribusi frekuensi gangguan mental emosional pada lansia berdasarkan menderita hipertensi Data Riskesdas 2007 di DKI Jakarta	38
Tabel 5.11	Distribusi frekuensi gangguan mental emosional pada lansia berdasarkan menderita gangguan sendi Data Riskesdas 2007 di DKI Jakarta	38
Tabel 5.1 2	Distribusi frekuensi gangguan mental emosional pada lansia berdasarkan status gizi Data Riskesdas 2007 di DKI Jakarta	39
Tabel 5.13	Distribusi frekuensi gangguan mental emosional pada lansia berdasarkan kemandirian fisik Data Riskesdas 2007 di DKI Jakarta	39

Tabel 5.14	Hubungan umur dengan gangguan mental emosional pada lansia Data Riskesdas 2007 di DKI Jakarta	40
Tabel 5.15	Hubungan jenis kelamin dengan gangguan mental emosional pada lansia Data Riskesdas 2007 di DKI Jakarta	41
Tabel 5.16	Hubungan tingkat pendidikan dengan gangguan mental emosional pada lansia Data Riskesdas 2007 di DKI Jakarta	42
Tabel 5.17	Hubungan pekerjaan dengan gangguan mental emosional pada lansia Data Riskesdas 2007 di DKI Jakarta	43
Tabel 5.18	Hubungan status ekonomi dengan gangguan mental emosional pada lansia Data Riskesdas 2007 di DKI Jakarta	44
Tabel 5.19	Hubungan status dalam keluarga dengan gangguan mental emosional pada lansia Data Riskesdas 2007 di DKI Jakarta	45
Tabel 5.20	Hubungan status perkawinan dengan gangguan mental emosional pada lansia Data Riskesdas 2007 di DKI Jakarta	46
Tabel 5.21	Hubungan menderita DM dengan gangguan mental emosional pada lansia Data Riskesdas 2007 di DKI Jakarta	47
Tabel 5.22	Hubungan menderita hipertensi dengan gangguan mental emosional pada lansia Data Riskesdas 2007 di DKI Jakarta	48
Tabel 5.23	Hubungan menderita gangguan sendi dengan gangguan mental emosional pada lansia Data Riskesdas 2007 di DKI Jakarta	49
Tabel 5.24	Hubungan status gizi dengan gangguan mental emosional pada lansia Data Riskesdas 2007 di DKI Jakarta	50
Tabel 5.25	Hubungan kemandirian fisik dengan gangguan mental emosional pada lansia Data Riskesdas 2007 di DKI Jakarta	51

DAFTAR SINGKATAN

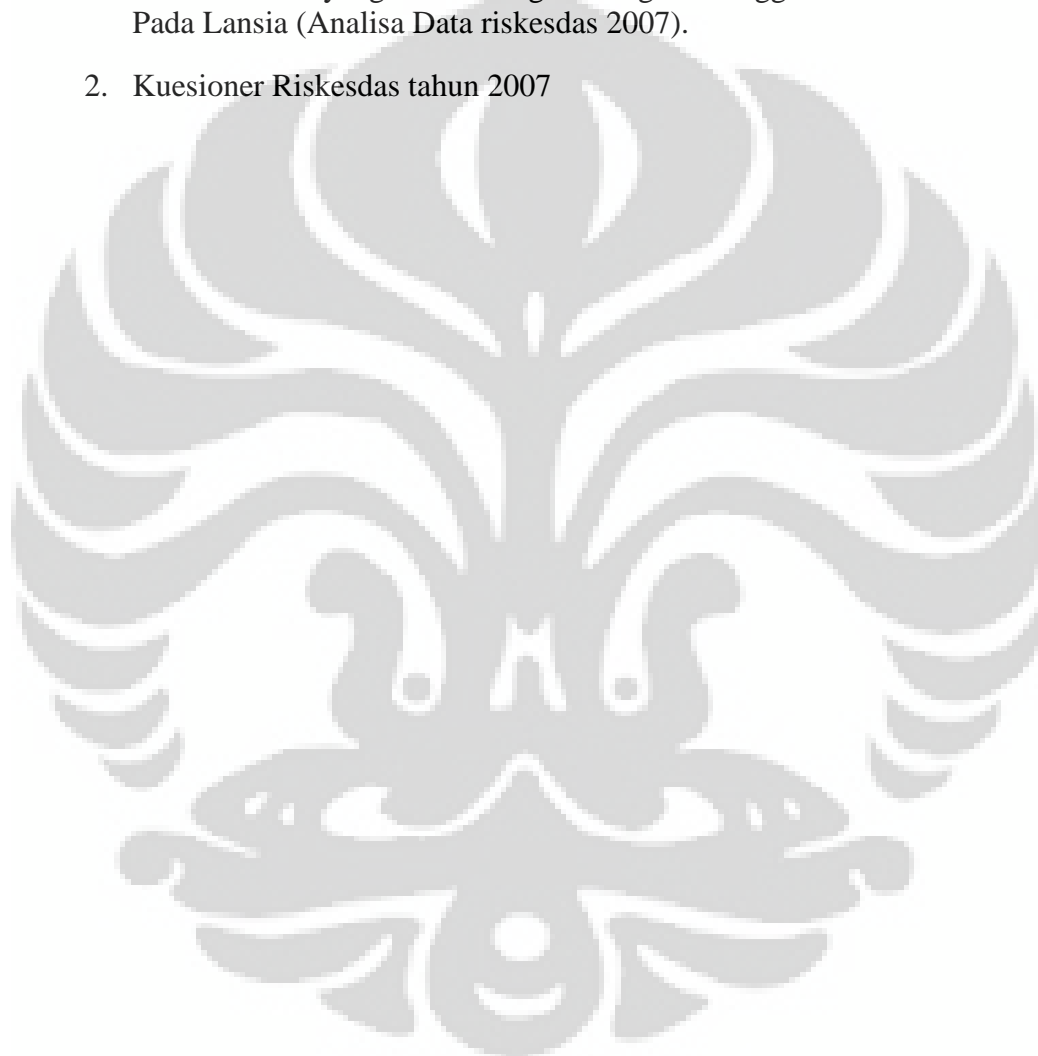
BPS	: Badan Pusat Statistik
CI	: Confidence Interval
Depkes	: Departemen Kesehatan
DKI	: Daerah Khusus Ibukota
DM	: Diabetes Mellitus
IMT	: Indeks Massa Tubuh
PR	: Prevalens Rasio
Risikesdas	: Riset Kesehatan Dasar
SKRT	: Survei Kesehatan Rumah Tangga
Susenas	: Survei Kesehatan Nasional
WHO	: World Health Organization



DAFTAR LAMPIRAN

Nomor lampiran

1. Output Pengolahan Data Univariat dan Bivariat pada Penelitian Faktor-Faktor risiko yang Berhubungan dengan Gangguan Mental Emosional Pada Lansia (Analisa Data riskesdas 2007).
2. Kuesioner Riskesdas tahun 2007



ABSTRAK

Nama : Suyoko
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Judul : Faktor-Faktor Risiko Yang Berhubungan Dengan Gangguan Mental Emosional Pada lansia Di DKI Jakarta (Analisis Data Riskesdas 2007)

Di Provinsi DKI Jakarta gangguan mental emosional khususnya pada lansia menjadi masalah seiring dengan bertambahnya jumlah lansia. Tujuan penelitian adalah mengetahui prevalensi, distribusi dan perbedaan proporsi faktor-faktor risiko yang berhubungan dengan gangguan mental emosional pada lansia. Metode penelitian ini adalah *cross sectional* dengan menggunakan data Riskesdas tahun 2007. Hasil Penelitian prevalensi sebesar 21,1%, Berdasarkan umur proporsi gangguan mental emosional pada lansia lebih besar pada umur ≥ 70 tahun (21,0%), lebih besar pada jenis kelamin perempuan (26,0%), lebih besar pada tingkat pendidikan rendah (26,8%), lebih besar pada yang tidak bekerja (24,2%), lebih besar pada status ekonomi tinggi (24,1%), lebih besar pada anggota keluarga (25,3%), lebih besar pada yang cerai (30,6%), lebih besar pada yang menderita DM (31,6%), lebih besar pada yang menderita hipertensi (29,9%), lebih besar pada menderita gangguan sendi (26,2%) lebih besar pada yang kurus (27,4%) lebih besar pada yang tidak mandiri (46,5%).

Kata kunci :
Gangguan mental emosional, lansia, Risiko

ABSTRACT

Name: Suyoko

Study program: Bachelor of Public Health

Title: The Risk Factors Related With Emotional Mental Disorder In the elderly in DKI Jakarta (Data Analysis Riskesdas 2007)

In Jakarta Provincial mental disorders in the elderly in particular emotional an issue as the number of elderly. The research objective was to determine the prevalence, distribution and differences in the proportion of risk factors related with emotional mental disorder in the elderly. This method is a *cross sectional* study using data Riskesdas 2007. Research a prevalence of 21.1%, Based on the emotional life of the proportion of mental disorders in the elderly greater at age \geq 70 years (21.0%), greater in the female sex (26.0%), greater in the low education level (26.8%), greater in that it does not work (24.2%), greater in the high economic status (24.1%), greater in family members (25.3%), greater in the divorce (30.6%), which suffer greater in DM (31.6%), greater in hypertensive (29.9%), greater in suffering from joint disorders (26.2%) greater in the lean (27.4%) was greater in the dependent (46.5%).

Key words:

Emotional mental disorders, the elderly, Risk

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Seiring dengan kemajuan bangsa, baik dibidang ekonomi, teknologi, pertanian, pendidikan dan sebagainya, kemajuan ilmu kedokteran telah berhasil menurunkan beberapa penyakit menular/infeksi . Penyakit infeksi dan malnutrisi semakin berkurang sementara penyakit-penyakit tidak menular penyakit-penyakit tidak menular seperti penyakit degeneratif, kanker, gangguan jiwa dan *man made diseases* lainnya semakin meningkat.

Berdasarkan laporan organisasi kesehatan dunia WHO pada tahun 2001 satu dari empat orang di dunia akan terkena gangguan jiwa pada satu tahap dalam kehidupannya,. Sekitar 450 juta orang kini telah menderita gangguan seperti itu, sehingga menempatkan penyakit jiwa sebagai penyakit utama dunia. Pengobatan memang dapat dilakukan, tetapi hampir dua pertiga dari penderita gangguan jiwa tidak pernah mencari bantuan profesional kesehatan yang dapat menanganinya. Hal ini terjadi karena cap buruk yang diberikan masyarakat terhadap gangguan jiwa. (<http://www.psikologizone.com>)

Menurut data dari *Global Burden of diseases Study* (WHO,2008) menunjukkan gangguan kesehatan jiwa khususnya depresi merupakan penyebab tertinggi keempat (4,3%) dalam beban umum diantara seluruh penyakit.

Menurut Hasil Survei SKRT tahun 1995 oleh Balitbang Depkes pada 65.664 rumah tangga menunjukkan bahwa adanya gejala gangguan kesehatan jiwa pada penduduk rumah tangga dewasa di Indonesia, yaitu 264 kasus per 1.000 penduduk. Dari Hasil SKRT didapatkan juga bahwa gangguan mental emosional pada usia 15 tahun keatas mencapai 140 kasus per 1.000 penduduk sedangkan , pada usia 5-14 104 per 1000 penduduk .

Gangguan mental emosional merupakan suatu keadaan yang mengindikasikan individu mengalami suatu perubahan emosional yang dapat berkembang menjadi keadaan patologis apabila berlanjut. (Sarafino,2008)

Pada dasarnya gangguan mental emosional adalah masalah setiap orang . Setiap dia berinteraksi dengan lingkungannya, dan selama ia terlibat dalam kemajuan zaman, terdapat kemungkinan untuk mengalami gangguan tersebut. namun cukup banyak masyarakat yang menganggap gangguan ini sebagai stigma Mereka cenderung mengingkari atau menolak untuk mengetahui keberadaannya, pencegahannya, dan pengobatannya Ernaldi (dalam Rahajeng,1996)

Penduduk lanjut usia merupakan bagian dari anggota keluarga dan anggota masyarakat yang semakin bertambah jumlahnya sejalan dengan peningkatan usia harapan hidup. Pada tahun 1980 penduduk lanjut usia baru berjumlah 7,7 juta jiwa atau 5,2 persen dari seluruh jumlah penduduk. Pada tahun 1990 jumlah penduduk lanjut usia meningkat menjadi 11,3 juta orang atau 8,9 persen. Jumlah ini meningkat di seluruh Indonesia menjadi 15,1 juta jiwa pada tahun 2000 atau 7,2 persen dari seluruh penduduk, dan diperkirakan pada tahun 2020 akan menjadi 29 juta orang atau 11,4 persen. Hal ini menunjukkan bahwa penduduk lanjut usia meningkat secara konsisten dari waktu ke waktu. Angka harapan hidup penduduk Indonesia berdasarkan data Biro Pusat Statistik pada tahun 1968 adalah 45,7 tahun, pada tahun 1980 : 55,30 tahun, pada tahun 1985 : 58,19 tahun, pada tahun 1990 : 61,12 tahun, dan tahun 1995 : 60,05 tahun serta tahun 2000 : 64,05 tahun (BPS.2000)

Di Provinsi DKI Jakarta Jumlah Lansia berdasarkan data dari BPS Provinsi DKI Jakarta tahun 2007 sebesar 525.505 jiwa. Pertambahan penduduk lansia yang tinggi akan menyebabkan beban keluarganya .dan lingkungannya. Selain itu masalah kesehatan fisik dan mental pada lansia perlu mendapat perhatian karena pada usia tersebut sudah terjadi penurunan fisik dan kognitif .

Dengan makin bertambahnya jumlah lanjut usia di Indonesia khususnya di DKI Jakarta, maka pelayanan kesehatan, termasuk kesehatan mental bagi kelompok usia tersebut merupakan hal yang perlu mendapat perhatian. Untuk dapat memberikan pelayanan kesehatan mental yang adekuat, maka diperlukan data prevalensi gangguan mental lanjut usia yang ada di masyarakat. (Frida 2005)

Secara umum kondisi fisik seseorang yang telah memasuki masa lanjut usia mengalami penurunan. Hal ini berpengaruh pada kondisi psikis, dengan

berubahnya penampilan, menurunnya fungsi panca indra menyebabkan lanjut usia merasa rendah diri, mudah tersinggung dan merasa tidak berguna lagi . (Wirakartakusuma,2000)

Menjalani masa tua dengan bahagia dan sejahtera merupakan dambaan semua orang. Keadaan seperti ini hanya dapat dicapai oleh seseorang apabila orang tersebut sehat secara fisik, mental dan emosional, merasa di butuhkan , merasa dicintai mempunyai harga diri serta dapat berpartisipasi dalam kehidupan. Keadaan ini sangat erat hubungannya dengan kesehatan jiwa mereka . penemuan kasus dini melalui pengenalan masalah kesehatan jiwa perlu dipahami oleh semua pihak yang terkait dengan pembinaan kesehatan jiwa usia lanjut, baik medis maupun non medis .Untuk itu perlu diketahui tanda-tanda yang mengarah kepada adanya suatu gangguan masalah kesehatan jiwa sehingga dapat dilakukan intervensi sebelum terjadinya gangguan fungsi (disabilitas) pada usia lanjut .

Di Provinsi DKI Jakarta gangguan mental emosional khususnya pada lansia menjadi masalah seiring dengan bertambahnya jumlah lansia. berdasarkan data Riskesdas 2007 prevalensi gangguan kesehatan emosional pada umur 15 keatas di DKI Jakarta sebesar 14,1 diatas prevalensi nasional. Berdasarkan hal tersebut maka peneliti tertarik meneliti prevalensi, distribusi dan perbedaan proporsi faktor-faktor risiko yang berhubungan dengan gangguan mental emosional pada lansia di DKI Jakarta berdasarkan data Riskesdas 2007.

1.2 Rumusan Masalah

Di Indonesia Khususnya di DKI Jakarta yang merupakan daerah perkotaan gangguan mental emosional pada Lansia merupakan masalah seiring dengan bertambahnya jumlah lansia. Gangguan mental emosional dapat menimbulkan masalah karena dapat mengganggu aktivitas dan bisa berakibat pada gangguan jiwa dan berujung pada ketidakmampuan (disabilitas). Berdasarkan hal tersebut maka perlu diteliti tentang ,prevalensi, distribusi dan perbedaan proporsi berdasarkan faktor risiko yang berhubungan dengan gangguan mental emosional pada lansia di DKI Jakarta berdasarkan data Riskesdas 2007.

1.3 Pertanyaan Penelitian

Bagaimana prevalensi, distribusi dan perbedaan proporsi faktor-faktor risiko yang berhubungan dengan gangguan mental emosional pada lansia di DKI Jakarta (berdasarkan data Riskesdas 2007)

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Mengetahui prevalensi gangguan mental emosional pada lansia, distribusi dan perbedaan proporsi faktor-faktor risiko yang berhubungan dengan gangguan mental emosional pada lansia di Provinsi DKI Jakarta berdasarkan data Riskesdas 2007.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui distribusi gangguan mental emosional pada lansia berdasarkan karakteristik sosial demografi (umur, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, pekerjaan, status ekonomi, status dalam keluarga), menderita penyakit kronis , status gizi, kemandirian fisik di Provinsi DKI Jakarta.
2. Mengetahui perbedaan proporsi kejadian gangguan mental emosional pada lansia berdasarkan faktor sosial demografi (umur, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, pekerjaan, status ekonomi, status dalam keluarga) di DKI Jakarta
3. Mengetahui perbedaan proporsi kejadian gangguan mental emosional pada lansia berdasarkan menderita penyakit kronis (DM, Hipertensi, Gangguan Sendi) di DKI Jakarta
4. Mengetahui perbedaan proporsi kejadian gangguan mental emosional pada lansia berdasarkan status gizi di DKI Jakarta
5. Mengetahui perbedaan proporsi kejadian gangguan mental emosional pada lansia berdasarkan kemandirian fisik di DKI Jakarta

1.5 Manfaat Penelitian

- 1.5.1 Sebagai bahan masukan bagi tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi usia lansia.
- 1.5.2 Sebagai bahan masukan bagi para pengambil keputusan di bidang kesehatan di dalam merencanakan atau mengambil kebijakan strategis dalam rangka menanggulangi masalah kejadian gangguan mental emosional pada lansia.
- 1.5.3 Bagi penulis dapat memberikan wawasan pengetahuan, menambah pengalaman dalam menganalisa hasil penelitian khususnya mengenai gangguan mental emosional pada lansia.

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini merupakan analisis data Riset Kesehatan Dasar Tahun 2007. Dengan desain *cross sectional* . data yang digunakan adalah data sekunder dari kuisioner Riskesdas 2007. Penelitian ini bertujuan mengetahui prevalensi, distribusi dan perbedaan proporsi faktor-faktor risiko yang berhubungan dengan gangguan mental emosional pada lansia di Provinsi DKI Jakarta berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar tahun 2007.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Lansia

Lansia diukur menurut usia kronologis, fisiologis (biologi) dan kematangan mental, ketiganya seringkali tak berjalan secara sejajar seperti yang diharapkan. Dalam geriatri (ilmu kesehatan usia lanjut) yang dianggap penting adalah usia biologis seseorang bukan usia kronologisnya. (Darmojo, RB, 2006)

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) bahwa usia lanjut meliputi: usia pertengahan (*middle age*) yaitu kelompok usia 45-59 tahun, lanjut usia (*elderly*) yaitu kelompok usia 60-74 tahun, lanjut usia tua (*old*) yaitu kelompok usia 75-90 tahun, usia saat tua (*very old*) yaitu kelompok usia di atas 90 tahun.

Departemen Kesehatan membagi lansia menjadi 3 kelompok berdasarkan usianya yaitu pra lansia adalah kelompok usia 45- 59 tahun, lansia adalah kelompok usia 60 tahun atau lebih, dan lansia beresiko tinggi adalah kelompok usia 70 tahun atau lebih, atau usia 60-69 tahun namun bermasalah (misalnya depresi, pikun, delirium, hipertensi). (Depkes 2004)

Undang No. 13 Tahun 1998 dinyatakan bahwa usia 60 tahun ke atas adalah yang paling layak disebut lansia. Usia biologis adalah usia yang sebenarnya. Di mana biasanya diterapkan kondisi pematangan jaringan sebagai indeks usia biologis.

2.2 Lansia Sehat

2.2.1 Lanjut Usia sehat

Lansia adalah seseorang yang secara alami telah menurun fungsinya seiring dengan bertambahnya usia, penurunan ini bermacam-macam-tingkatannya walaupun demikian lansia yang sudah turun fungsinya masih dikatakan sehat bila tidak disertai keadaan patologi. (WHO.1998)

Menurut Hall (1986) lansia sehat sangat dipengaruhi pada lingkaran kehidupan dan keluarganya, terdapat 2 (dua) lingkaran kehidupan yang mempengaruhi kesehatan dari lansia yaitu: lingkaran kehidupan negatif dan lingkaran kehidupan positif. Pada lingkaran kehidupan negatif lansia merasakan

kapasitas fisik, mental atau sosial menurun , lalu oleh keluarga/masyarakat dicap sebagai orang yang tak mampu atau sudah tidak efisien sehingga lansia tersebut menjadi sakit dan akhirnya mengakui dirinya sakit dan cacat. Sedangkan teori lingkaran positif, lansia tersebut ada pada keberadaan yang nyaman, ia menjalankan pemeriksaan medik dan mendapatkan diagnosa dan pengobatan yang tepat ia juga mendapatkan masukan sosial medik seperti ndukungan , makanan, perumahan dan pengangkutan . dengan itu semua lansia tersebut memiliki kemampuan emosi dan dukungan emosional, dirinya mengikuti peran lanjut usia untuk mempertahankan sosialnya misalnya sebagai relawan.

2.2.2 Lanjut Usia sehat Jiwa

Menurut Depkes 2004 , usia lanjut sehat jiwa mempunyai ciri-ciri antara lain:

- a. Mampu mengambil keputusan dan mengatur kehidupannya sendiri
- b. Memiliki tingkat kepuasan hidup yang relatif tinggi karena merasa hidupnya bermakna.
- c. Mampu menerima kegagalan yang dialaminya sebagai bagian dari hidupnya yang tidak perlu disesali dan mengandung hikmah yang berguna bagi hidupnya.
- d. Memiliki integritas pribadi yang baik berupa konsep diri yang mantap dan terdorong untuk terus memanfaatkan potensi yang dimilikinya.
- e. Mampu mempertahankan dukungan sosial yang bermakna, yaitu berada diantara orang-orang yang menyayngkan dan memperhatikan mereka.
- f. Merasa dirinya masih diperlukan dan dicintai.
- g. Mempunyai kebiasaan dan gaya hidup yang sehat
- h. Memiliki keamanan finansial yang memungkinkan hidup mandiri tidak menjadi beban orang lain.
- i. Dapat memperjuangkan nasibnya sendiri, tidak bergantung kepada orang lain.

2.3. Kesehatan Jiwa

Istilah kesehatan jiwa/ mental digunakan untuk menggambarkan kesejahteraan baik emosi maupun kognitif atau ketiadaan dari penyakit mental. Dalam Undang-undang No 36 tahun 2009 tentang kesehatan disebutkan bahwa sehat adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan

setiap organ hidup produktif secara sosial dan ekonomi. Kesehatan jiwa adalah keadaan yang memungkinkan perkembangan fisik, mental dan intelektual yang optimal dari seseorang serta perkembangan tersebut berjalan selaras dengan orang lain sebagaimana adanya dan mempunyai sikap positif terhadap diri sendiri dan orang lain. (Direktorat Kesehatan Jiwa, 2001)

Mental Health foundation di Inggris, menyatakan kesehatan jiwa individual adalah ketika seseorang mampu:

1. Membangun emosional, kreativitas, intelektualitas, dan spiritual
2. Berinisiatif, membangun, dan meneruskan hubungan saling menguntungkan dan memuaskan
3. Percaya diri dan aktif
4. Sadar akan orang lain dan berempati terhadap mereka
5. Menggunakan dan menikmati kesepian
6. Bermain dan menikmati kesenangan
7. Tertawa , baik terhadap dunia maupun dirinya.

2.4 Gangguan Jiwa

Gangguan jiwa dapat terjadi kapan saja , terhadap siapa saja, dari yang paling ringan sampai yang sangat parah. Menurut dr. Gerald Mario Semen, Sp.KJ bahwa tidak ada seorang pun yang dapat mengatakan dirinya tidak pernah mengalami gangguan kejiwaan (Kompas, 5 November 2007).

Dari berbagai penelitian dikatakan bahwa gangguan jiwa adalah kumpulan dari keadaan-keadaan yang tidak normal , baik yang berhubungan dengan fisik , maupun mental . keabnormalan tersebut di bagi kedalam dua golongan yaitu gangguan jiwa (neurosis) dan sakit jiwa (psikosis). Keabnormalan terlihat dalam berbagai gejala, yang terpenting diantaranya adalah ketegangan (tension), rasa putus asa dan murung , gelisah, cemas, perbuatan-perbuatan yang terpaksa (convulsive), histeria, rasa lemah, tidak mampu mencapai tujuan , takut, pikiran-pikiran yang buruk dan sebagainya (Yoseph ,2008)

Sedangkan menurut Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa Depkes, gangguan jiwa adalah suatu kelompok gejala atau perilaku yang bermakna dan dapat ditemukan secara klinis dan yang disertai dengan penderitaan

(*distress*) pada kebanyakan kasus dan yang berkaitan dengan terganggunya fungsi seseorang. Pada dasarnya gangguan jiwa bukanlah sesuatu yang berdiri sendiri, karena kita mengetahui manifestasi gangguan jiwa berupa perilaku, pikiran, dan perasaan, erat sekali kaitannya dengan kondisi tubuh/jasmani.

Jenis gangguan Jiwa

Menurut Maramis (2009) kalsifikasi gangguan jiwa terbagi dalam 2 golongan besar yaitu:

a. Psikosis (gangguan jiwa berat/ penyakit mental)

Psikosa adalah gangguan jiwa serius yang timbul karena penyebab organik atau emosional dan menunjukkan gangguan kemampuan berpikir , bereaksi secara emosional, mengingat, berkomunikasi, menafsirkan kenyataan dan bertindak sesuai dengan kenyataan itu, sedemikian rupa sehingga kemampuan untuk memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari sangat terganggu.

b. Neurosis (gangguan jiwa ringan/ gangguan mental)

Neurosis ialah suatu kesalahan penyesuaian diri secara emosional karena tidak dapat diselesaikannya suatu konflik tak sadar .

Bagi penderita gangguan mental / *psyconeurosis* masih menghayati realitas , masih hidup dalam alam pada umumnya . Ia masih mengetahui dan merasakan kesukaran-kesukaran . sebenarnya ia tidak dapat atau kurang dapat mengadakan penyesuaian diri dengan lingkungannya serta belum kuat atau tidak kuat hatinya.itulah sebabnya ia mencari jalan keluar untuk melarikan diri dari kekecewaan atau penderitaan menjadi neurosis/*psyconeurosis* (Sundari, 2005)

Jenis Neurosis menurut Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa Depkes

Menurut gejalanya neurosis di bagi beberapa jenis yaitu:

1. Neurosis cemas

Pada neurosis kecemasan tidak terikat pada suatu benda atau keadaan , tetapi mengambang bebas . bila kecemasan sudah mencapai panik , orang itu akan menjadi berbahaya. Dengan sikap yang agresif dan mengancam.

Gejala somatik berupa sesak nafas, dada tertekan, kepala enteng, linu-linu, epigastrium nyeri, lekas lelah, palpitasi, keringat dingin, gejala lain seperti keluhan sistem pencernaan, pernafasan, sistem kardiovaskuler, genitourinaria.

Gejala psikologik timbul rasa was-was khawatir akan terjadi sesuatu yang tidak menyesuaikan .

2. Neurosa Histerik

Gejala-gejala sering timbul dan hilang secara tiba-tiba, terutama bila penderita menghadapi keadaan yang menimbulkan emosi yang hebat dan yang mempunyai arti simbolik mengenai konflik. Gejala-gejala sering dimodifikasi hanya dengan sugesti.

3. Neurosa Fobik

Ditandai dengan rasa takut yang hebat sekali terhadap benda atau oleh individu yang sebenarnya disadari sebagai bukan ancaman dan dapat mengakibatkan perasaan seperti akan pingsan, merasa lelah, palpitasi, berkeringat, mual, tremor, dan panik. neurosis ini menimbulkan kompulsi atau obsesi .

4. Neurosa Obsesif kompulsif

Obsesi suatu idea yang mendesak ke dalam pikiran, sedangkan kompulsi menunjukkan dorongan atau impuls yang tidak dapat ditahan untuk melakukan sesuatu.

5. Neurosa depresif

Neurosa depresif ialah gangguan perasaan dengan ciri-ciri semangat berkurang , rasa harga diri rendah, menyalahkan diri sendiri, gangguan tidur dan makan. Gejala psikologik ialah pendiam, rasa sedih, pesimistik, putus asa, nafsu bekerja dan bergaul kurang, tidak dapat mengambil keputusan, lekas lupa, timbul pikiran-pikiran bunuh diri.

Gejala badaniah ialah penderita merasa tidak senang, cepat lelah tak bersemangat atau apatis, terdapat anorexia, insomnia, dan konstipasi.

6. Neurosa nerastenik

Ditandai dengan keluhan yang menahun ,mudah lelah dan kadang-kadang kehabisan tenaga. Kepribadian premorbid dengan neurosa ini adalah terus-menerus tidak puas dan merasa ditolak atau tidak diterima.

7. Neurosa depersonalisasi

Merupakan keadaan yang didominasi oleh rasa ketidakwajaran (*unreality*) dan keasingan (*estrangement*) terhadap dirinya, tubuhnya atau lingkungannya. Penderita neurosa ini terjadi kesadaran yang tidak menyenangkan terhadap dunia luar. Diri sendiri dirasakan lain, asing, seperti dalam mimpi atau mungkin berada diluar tubuhnya dan melihat tubuhnya dari atas

Kriteria untuk diagnosa depersonalisasi

1. Kenyataan berubah
2. Perubahan yang tidak menyenangkan
3. Perubahan persepsi suatu waham
4. Tidak adanya respon emosional
5. Neurosa Hipokondrik

Keadaan ini ditandai oleh pikiran yang terpaku (*preoccupied*) pada kesehatan fisik dan mentalnya. Penderita takut akan adanya penyakit pada berbagai bagian tubuh.

Gangguan neurosis dialami sekitar 10-20% kelompok lanjut usia (lansia). Sering sukar untuk mengenali gangguan ini pada lanjut usia (lansia) karena disangka sebagai gejala ketuaan. Hampir separuhnya merupakan gangguan yang ada sejak masa mudanya, sedangkan separuhnya lagi adalah gangguan yang didapatkannya pada masa memasuki lanjut usia (lansia). Gangguan neurosis pada lanjut usia (lansia) berhubungan erat dengan masalah psikososial dalam memasuki tahap lanjut usia (lansia)

Gejala gangguan mental / neurosis pada taraf awal sulit dibedakan dengan gejala psikosis . semakin berat penderitaan semakin nampak perbedaan itu.(Sundari , 2005)

2.5 Gangguan mental emosional

Gangguan mental emosional menurut *Dictionary reference* dari Universitas Priceton adalah bagian dari gangguan jiwa yang bukan disebabkan oleh kelainan organik otak dan lebih didominasi oleh gangguan emosi (*disturbace of emotions*). Penelitian yang dilakukan oleh Harison menunjukkan bahwa klien yang berkunjung ke rumah sakit umum ada yang mengalami gejala somatisasi, yaitu berobat dengan gejala keluhan fisik namun tidak ada penyebab organik.

Pengertian ini mengandung arti bahwa gangguan mental emosional lebih mengarah ke aspek psikologis daripada aspek biologis. Richmond (dalam Kaplan,2005), mengemukakan bahwa gangguan mental emosional merupakan perubahan mood dan afek yang dihubungkan kepada pikiran-pikiran spesifik atau kondisi fisik yang sesuai dengan yang seiring dengan mood dan afek . Gangguan mental emosional merupakan perubahan atau gangguan mood dan afek yang berpengaruh juga terhadap fisik seseorang karena aspek biologis (fisik), psikis (salah satunya emosi) dan sosial. Sehingga aspek fisik dan mental saling mempengaruhi terhadap gangguan mental emosional seseorang.

Setiap orang pernah mengalami perubahan dalam hidupnya dimana perubahan tersebut menuntut seseorang untuk beradaptasi dalam mengatasinya. Perubahan tersebut bisa menjadi kondisi yang mengancam Individu (Siswoyo,2011). Kaplan dan Saddock (2005) menjelaskan bahwa apabila individu tidak mampu menemukan penyelesaian terhadap situasi yang mengancamnya maka individu tersebut mengalami gangguan mental emosional.

Gangguan Mental emosional merupakan suatu keadaan yang mengindikasikan individu mengalami perubahan emosional yang dapat berkembang menjadi keadaan patologis apabila berlanjut (Idaiani, 2009)

Gejala Gangguan mental emosional dapat berupa gejala depresi, gangguan psikosomatik, dan ansietas. Tanda-tanda gejala depresi, Psikosomatik dan ansietas meliputi:

Menurut ICD -10 tanda-tanda gejala depresi terdiri dari:

- Perasaan depresif
- Hilangnya minat dan semangat
- Mudah lelah dan tenaga hilang
- Konsentrasi menurun
- Harga diri menurun
- Perasaan bersalah
- Pesimistis terhadap masa depan
- Gagasan membahayakan diri (self harm) atau bunuh diri
- Gangguan tidur
- Menurunnya libido

Gangguan psikomatis adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami keluhan gejala fisik yang berulang, yang disertai permintaan pemeriksaan medis tetapi hasilnya negatif dan sudah dijelaskan oleh dokter bahwa tidak ditemukan kelainan fisik yang menjadi dasar keluhannya, Pasien biasanya menolak adanya penyebab biologis. Gejala fisik dapat berupa keluhan nyeri lambung, alergi kulit, gangguan haid, diare, sesak nafas, dan lain-lain. (Siswoyo, 2011)

Ansietas merupakan respon emosi tanpa obyek yang jelas tetapi penderita merasakan perasaan was-was seakan sesuatu yang buruk akan terjadi yang biasanya disertai gejala otonomik yang berlangsung beberapa bulan bahkan tahunan. Manifestasi secara psikis adalah : khawatir secara berlebihan, gelisah tidak menentu, takut berlebihan dan tidak tenang. Manifestasi secara fisik dapat berupa nafas pendek, nyeri perut, tangan bergetar, diare/konstipasi, penglihatan kabur, otot terasa tegang (Sumiati, 2009)

2.6 Pengukuran gangguan mental emosional

Gangguan mental dapat diukur dengan menggunakan self reporting Questionnaire (SRQ) yang digunakan oleh WHO. SRQ pada awalnya terdiri dari 25 pertanyaan yang terdiri dari 20 pertanyaan berhubungan dengan gejala neurosis, 4 pertanyaan berhubungan dengan psikosis dan 1 pertanyaan yang berhubungan dengan epilepsi. (WHO, 1994).

SRQ adalah kuisioner yang biasa digunakan untuk skrining masalah kesehatan jiwa dimasyarakat yang memiliki jawaban “ya atau tidak dengan maksud mempermudah masyarakat untuk menjawabnya.

Pengukuran gangguan mental emosional sendiri menggunakan SRQ-20 terdiri dari pertanyaan-pertanyaan mengenai gejala yang lebih mengarah kepada gangguan neurosis. gejala depresi terdapat pada butir nomor 6, 9, 10, 14, 15, 16, 17; gejala cemas pada butir nomor 3,4,5; gejala somatik pada butir nomor 1, 2, 7, 19; gejala kognitif pada butir nomor 8, 12, 13; gejala penurunan energi pada butir 8, 11, 12, 13, 18, 20.

Uji validasi terhadap SRQ yaitu pada tahun 1995 yang dilakukan oleh Hartono. Beliau melakukan uji validasi terhadap penggunaan SRQ dengan *cut off point* /nilai batas pisah 6 yang kemudian digunakan pada RISKESDAS 2007. penggunaan

SRQ pada Riskesdas 2007 bertujuan untuk mendapatkan gambaran status kesehatan mental/gangguan mental emosional yang ada dimasyarakat. Pertanyaan SRQ diberikan kepada anggota rumah tangga (ART) yang berusia ≥ 15 tahun . Ke 20 pertanyaan tersebut mempunyai jawaban ‘ya’ atau ‘tidak’ dengan *cut off point* 5/6 artinya jika responden menjawab ≥ 6 jawaban “ya” dari pertanyaan yang diajukan maka responden tersebut diindikasikan mengalami gangguan mental emosional. SRQ memiliki keterbatasan karena hanya mengungkap status emosional sesaat (± 2 minggu) dan tidak dirancang untuk diagnostik gangguan jiwa yang spesifik.

Daftar pertanyaan SRQ yang ditanyakan ke responden yaitu:

1. Apakah anda sering menderita sakit kepala?
2. Apakah ada tidak nafsu makan?
3. Apakah anda sulit tidur?
4. Apakah anda mudah takut?
5. Apakah anda merasa tegang , cemas dan kuatir?
6. Apakah tangan anda gemetar?
7. Apakah pencernaan anda terganggu/buruk?
8. Apakah anda sulit untuk berpikir jernih?
9. Apakah anda merasa tidak bahagia?
10. Apakah anda menangis lebih sering?
11. Apakah anda merasa sulit untuk menikmati kegiatan sehari-hari?
12. Apakah anda sulit mengambil keputusan?
13. Apakah pekerjaan anda sehari-hari terganggu?
14. Apakah anda tidak mampu melakukan hal-hal yang bermanfaat dalam hidup?
15. Apakah anda kehilangan minat pada berbagai hal?
16. Apakah anda merasa tidak berharga?
17. Apakah anda mempunyai pikiran untuk mengakhiri hidup?
18. Apakah anda merasa lelah sepanjang waktu?
19. Apakah anda mengalami rasa tidak enak di perut?
20. Apakah anda mudah lelah?

2.7 Faktor Risiko yang berhubungan dengan gangguan mental emosional pada lansia

2.7.1 Faktor sosial demografi

2.7.1.1 Umur

Menurut Koenig dan Blazer (2003) menjelaskan bahwa resiko gangguan mental emosional pada pasien sesudah berusia 50 tahun lebih disebabkan faktor biologi yang mungkin disebabkan perubahan pada sistem syaraf pusat . hal ini yang mungkin menyebabkan terjadinya depresi. Menurut penelitian Marini (2008) umur lansia yang berusia diatas 70 tahun lebih beresiko mengalami gangguan mental emosional .

2.7.1.2 Jenis Kelamin

Diagnostik gangguan mental adalah sama untuk semua jenis kelamin, namun wanita lebih rentan terkena gangguan mental emosional karena disebabkan perubahan hormonal dan perbedaan karakteristik antara laki-laki dan perempuan, selain perubahan hormonal , karakteristik wanita yang lebih mengedepankan emosional daripada rasional juga berperan. Ketika menghadapi suatu masalah wanita cenderung menggunakan perasaan.(Marini,2008)

2.7.1.3 Status Perkawinan

Gangguan mental emosional lebih banyak terjadi pada lanjut usia yang hidup sendiri baik karena bercerai atau memang tidak menikah. Riset yang dilakukan Andrienne Frech, (2002) ahli sosiologi dari Universitas Ohio ,AS. Menurut stuart dan sundeen (2001) bahwa orang yang cerai, pisah , janda/duda atau belum kawin cenderung beresiko tinggi melakukan bunuh diri dibanding yang sudah kawin.

2.7.1.4 Tingkat Pendidikan

Pendidikan yang makin tinggi dapat menghasilkan keadaan sosial ekonomi yang makin baik dan kemandirian yang makin mantap . dari penelitian Boedhi darmoyo tahun 1992 di Semarang didapatkan bahwa tingkat pendidikan seorang usia lanjut berbanding positif langsung dengan tingkat kesehatannya. (Darmojo, 2004)

Pendidikan rendah dihubungkan dengan meningkatnya risiko untuk terjadinya demensia dan terjadinya depresi. Pada penelitian-penelitian sebelumnya didapatkan bahwa depresi lebih banyak terjadi pada orang lanjut usia dengan tingkat pendidikan rendah. (<9 tahun bersekolah)

2.7.1.5 Status Pekerjaan

Pada umumnya setelah orang memasuki lansia, ia mengalami penurunan fungsi kognitif dan psikomotor. Fungsi kognitif meliputi proses belajar, persepsi, pemahaman, pengertian, perhatian, dan lain-lain sehingga menyebabkan reaksi dan perilaku lansia menjadi semakin lambat. Sementara fungsi psikomotor (konatif) meliputi hal-hal yang berhubungan dengan dorongan kehendak, seperti gerakan, tindakan, dan koordinasi, yang mengakibatkan lansia kurang cekatan (Sutarto dan Cokro, 2009).

Tuckman dan Lorge (dikutip dari Stieglitz, 1954) menemukan bahwa pada waktu menginjak usia pensiun (65 tahun) hanya 20% diantara orang-orang tua tersebut yang masih betul-betul ingin pensiun, sedangkan sisanya sebenarnya masih ingin bekerja terus (Tamher dan Noorkasiani, 2009).

Pensiun setelah bertahun-tahun bekerja dapat membahagiakan dan memenuhi harapan, atau hal ini dapat menyebabkan masalah kesehatan fisik dan mental. Setelah pensiun beberapa orang tidak pernah dapat menyesuaikan diri dengan waktu luangnya dan selalu merasa mengalami hari yang panjang. Beberapa lansia tidak termotivasi untuk mempertahankan penampilan mereka ketika mereka tidak atau hanya sedikit melakukan kontak dengan orang lain diluar rumahnya (Stanley dan Patricia, 2006).

Kehilangan peran kerja sering memiliki dampak besar bagi orang yang telah pensiun. Identitas biasanya berasal dari peran kerja, sehingga individu harus membangun identitas baru pada saat pensiun. Mereka juga kehilangan struktur pada kehidupan harian saat mereka tidak lagi memiliki jadwal kerja. Interaksi sosial dan interpersonal yang terjadi pada lingkungan kerja juga telah hilang. Sebagai penyesuaian, lansia harus

menyusun jadwal yang bermakna dan jaringan sosial pendukung (Potter Perry, 2009).

2.7.1.6 Status Sosial ekonomi

Ketika seseorang sakit maka tidak akan terlalu berdampak buruk pada orang yang berpenghasilan tetapi bagi yang tidak berpenghasilan dapat menimbulkan goncangan ekonomi sehingga dapat menimbulkan stress atau gangguan mental (Depkes,2004)

Menurut beberapa penelitian tingkat sosial ekonomi keluarga juga merupakan salah satu faktor yang menentukan gangguan emosional , semakin tinggi sumber ekonomi keluarga akan mendukung stabilitas dan kebahagiaan keluarga. Apabila status ekonomi pada tahap yang sangat rendah sehingga kebutuhan dasar saja tidak terpenuhi inilah yang akan menimbulkan konflik dalam keluarga yang menyebabkan gangguan mental emosional. (Murti, 2004)

2.7.2 Menderita Penyakit Kronis

Pengaruh penyakit kronik pada usia lanjut dapat menimbulkan gangguan mental emosional melalui cara yang tidak langsung yaitu karena adanya keterbatasan mobilitas, ketergantungan orang lain, dan nyeri yang terus menerus atau ketidaknyamanan. Pengalaman klinis menyebutkan bahwa bukan keparahan penyakit atau ancaman kematian yang mengganggu kesehatan mental usia lanjut tetapi adanya berbagai kehilangan akibat penyakit tersebut yang mempunyai hubungan erat dengan gangguan mental emosional. (Soedjono, dkk 2000)

Menurut Koenig (2003) yang menjelaskan bahwa satu faktor risiko terjadinya gangguan mental adalah penyakit fisik (kronis) , hal ini juga sesuai model medis menurut Meyer et.all yang dijelaskan bahwa perubahan perilaku dalam gangguan mental emosional disebabkan oleh penyakit biologis perilaku yang menyimpang berhubungan dengan toleransi responden terhadap stress. (Stuart, 2007).

Penyakit kronik adalah penyakit tidak menular dan menular yang diderita berlangsung lama, beberapa penyakit tidak menular yang beresiko menyebabkan gangguan mental adalah hipertensi, gangguan sendi dan DM

.Hipertensi adalah tekanan darah tinggi yang bersifat abnormal dan diukur paling tidak pada tiga kesempatan yang berbeda. Tekanan darah normal bervariasi sesuai usia. Namun secara umum seorang dianggap mengalami hipertensi apabila tekanan darahnya lebih tinggi daripada untuk sistolik 140mm Hg dan diastolik 90 mmHg. Hipertensi pada usia lanjut mempunyai komplikasi yang lebih besar daripada hipertensi pada kelompok lain . penurunan fungsi kognitif dan demensia serta stroke banyak terdapat pada hipertensi kronik (Parsudi, 2009).

Diabetes melitus termasuk gangguan metabolis (metabolik syndrome) dari distribusi gula oleh tubuh . penderita DM tidak mampu memproduksi hormon insulin dalam jumlah yang cukup , atau tubuh tidak dapat menggunakannya secara efektif sehingga terjadi kelebihan gula di dalam tubuh (Anies, 2006).

Menurut American Diabetes Association /WHO DM diklasifikasikan 4 macam:

a. DM Tipe I

Disebabkan karena kerusakan sel beta pankreas akibat reaksi autoimun. Pada tipe ini hormon insulin tidak diproduksi. Kerusakan sel beta tersebut terjadi sejak anak-anak maupun dewasa. Penderita harus mendapat suntikan insulin setiap hari selama hidupnya sehingga dikenal dengan istilah Insulin Dependen Diabetes Mellitus (IDDM) . DM Tipe I cenderung diderita orang yang berusia kurang dari 20 tahun.

b. DM Tipe II

Disebabkan oleh resistensi hormon insulin karena jumlah reseptor insulin pada permukaan sel kurang, meskipun jumlah insulin tidak berkurang . hal ini menyebabkan glukosa tidak dapat masuk ke dalam sel insulin , walaupun telah tersedia. Kondisi ini disebabkan oleh obesitas, diet tinggi lemak dan rendah karbohidrat, kurang olahraga, faktor keturunan.DM tipe 2 biasanya terjadi pada mereka yang telah berusia diatas 40 tahun meskipun saat ini prevalensinya pada remaja dan anak-anak semakin tinggi.

c. DM Tipe III

Disebabkan kelainan genetik spesifik , penyakit pankreas, gangguan endokrin lain, efek obat-obatan , bahan kimia, infeksi virus dan lain-lain

d. DM kehamilan

DM yang terjadi pada saat hamil

Patofisiologis Diabetes Mellitus pada lansia sampai saat ini belum jelas atau dapat dikatakan belum seluruhnya diketahui. Selain faktor intrinsik , ekstrinsik seperti menurunnya ukuran massa tubuh dan naiknya lemak tubuh mengakibatkan kecenderungan timbulnya penurunan aksi insulin pada jaringan sasaran sehingga akan berdampak juga pada sistem neuro hormonal (Rochmah, 2006).

Berdasarkan penelitian Roserhermiati (2008) penderita penyakit kronis DM 2,295 kali lebih banyak mengalami gangguan mental emosional dibanding yang tidak mengalami penyakit kronis DM.

Wanita dengan diabetes akan lebih mengalami depresi dibandingkan dengan laki-laki. Ketika seseorang didiagnosis diabetes orang tersebut akan shock sehingga perasaan seperti penyangkalan , rasa bersalah, kesedihan dan kecemasan bahkan untuk beberapa orang yang tidak bisa menerima akan timbul depresi dan atau gangguan kecemasan. (<http://www.beyondblue.org.au>)

Gangguan sendi adalah penyakit radang kronis yang menyerang persendian dan mengganggu fungsi persendian. Diagnosa sakit persendian ditegakkan berdasarkan kumpulan gejala-gejala sebagai berikut:

1. Sakit nyeri, kaku-kaku/pembengkakan yang timbul disekitar persendian lengan, tangan, tungkai dan kaki serta berlangsung selama sebulan atau lebih
2. Kaku-kaku dipersendian ketika bangun tidur atau setelah duduk lama.
3. Kaku-kaku berlangsung lebih dari 30 menit
4. Kaku-kaku tidak hilang jika sendi digerakkan

Gangguan sendi pada lansia menurut Susenas 2004 prevalen sakit persendian pada perempuan lebih tinggi daripada laki-laki.

Dua pertiga orang dengan gangguan sendi arthritis mengatakan bahwa kondisi mereka telah mempengaruhi secara emosional. Banyak orang dengan radang sendi takut oleh dampak arthritis pada kehidupan mereka sehari-hari dan kehidupan masa depan. Orang dengan nyeri persisten lebih mungkin akan mengalami depresi atau kecemasan 2x dari pada yang hidup tanpa rasa nyeri.

Memiliki arthritis dapat berakibat pada hilangnya kemerdekaan, harga diri, kemampuan untuk bekerja dan melanjutkan kegiatan sosial atau rekreasi. (<http://www.beyondblue.org.au>)

2.7.3 Penggunaan Obat /Pengguna obat dan alkohol

Berdasarkan penelitian Hawari (1990) menunjukkan bahwa responden dengan penyalahgunaan obat memiliki risiko gangguan mental (kecemasan) sebesar 13,8 kali dan depresi sebesar 18,8 kali. Etiologi yang berhubungan dengan pengguna alkohol adalah genetika dan psikososial yang meliputi: status sosial ekonomi dan riwayat kesulitan sekolah.

2.7.4 Kemandirian Fisik

Kemandirian pada usia lanjut dinilai dari kemampuannya untuk melakukan aktifitas sehari-hari (*Activities of Daily Life=ADL*). Apakah mereka tanpa bantuan dapat bangun, mandi dan lain sebagainya. Sehingga jika terdapat faktor kehilangan fisik yang mengakibatkan hilangnya kemandirian akhirnya akan meningkatkan kerentanan terhadap depresi (Soejono, CH, 2006)

2.7.5 Religi

Tingkat spiritualitas/religiusitas terbukti besar berpengaruh terhadap kesehatan jiwa berbagai penelitian yang dilakukan terhadap usia lanjut (Larson, DB, dkk. 2000) menyimpulkan antara lain:

- Usia lanjut yang non religius angka kematiannya dua kali lebih besar dibandingkan usia lanjut yang religius
- Usia lanjut yang non religius kurang tabah, dan kurang mampu mengatasi stres dibandingkan usia lanjut yang religius sehingga lebih sering mengalami gangguan jiwa.

2.7.6 Dukungan Sosial

Adanya dukungan sosial yang tinggi dilaporkan dapat melindungi diri dari kejadian depresi pada usia lanjut. Dukungan pekerjaan kurang penting dibandingkan persamaan (usia, hobi) , tingkat kepercayaan diri , mempunyai pasangan hidup dan tingkat keakraban , kejadian kehidupan yang menyedihkan mungkin mempercepat depresi/ gangguan mental (Goldberg, 2007)

2.7.7 Status Gizi

Perubahan fisik dan penurunan fungsi organ tubuh akan mempengaruhi konsumsi dan penyerapan zat gizi pada lansia. Beberapa penelitian yang dilaksanakan menunjukkan bahwa masalah gizi pada lansia sebagian besar merupakan masalah gizi berlebih dan kegemukan yang memicu timbulnya berbagai penyakit degeneratif seperti penyakit jantung koroner, hipertensi, DM, batu empedu, rematik, ginjal dan kanker. (Maryam, 2008)

Status gizi adalah keadaan yang dapat memberi petunjuk apakah seseorang menderita gizi kurang, baik atau lebih. Status gizi seseorang dapat diketahui salah satunya dengan cara antropometri. Ukuran antropometri untuk usia dewasa digunakan indeks massa tubuh (IMT) atau body mass Index (Depkes, 1990)

Klasifikasi IMT menurut WHO (2004)

- a. Kurus : $<18,5$
- b. Normal : $18,5-24,9$
- c. Gemuk : $\geq 25-29,9$
- d. Sangat Gemuk: ≥ 30

Kajian epidemiologi psikiatrik yang membuktikan bahwa memang ada hubungan antara pertumbuhan berat badan dan gangguan mental menurut Dr. Susan McElroy, seorang professor psikiatri di University of Cincinnati telah melaksanakan Studi ini didasarkan survei nasional pada sekitar 9.125 orang dewasa yang menjalani interview kesehatan mental yang dilengkapi catatan ukuran berat dan tinggi badan partisipan. Sekitar seperempat dari seluruh responden masuk dalam kategori obesitas, sekitar 22 persen dari

mereka mengalami gangguan mood (seperti depresi dan rasa cemas berlebihan) dibanding 18 persen responden yang tak mengalami obesitas.

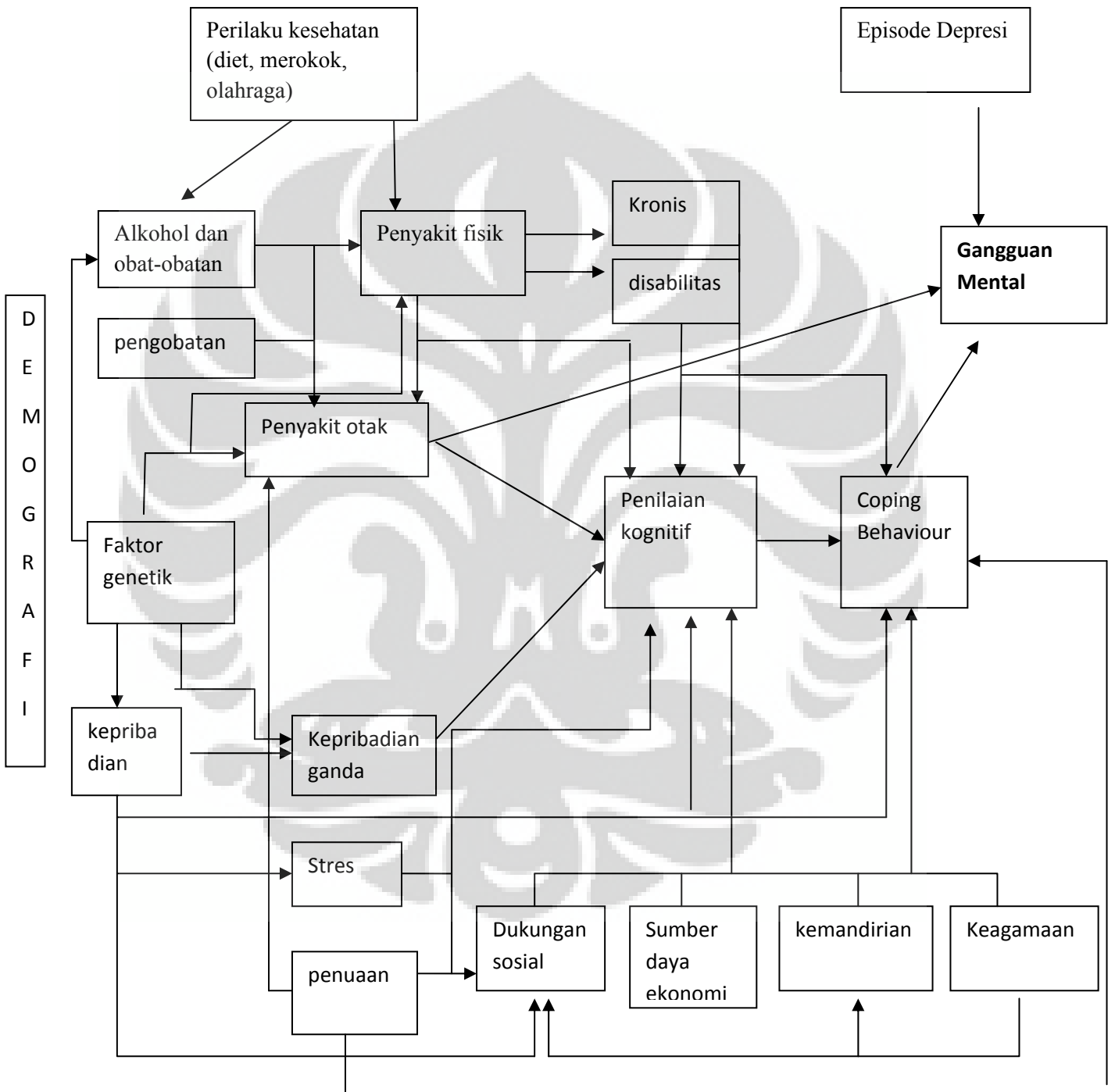
2.7.8 Riwayat Gangguan Jiwa(skizoprenia)

Faktor keturunan yang mempengaruhi kesehatan seseorang dimana kasus tertentu seperti retardasi mental. Berdasarkan teori neurologi dan adanya faktor konstitusi menunjukkan bahwa faktor genetik keseluruhan ataupun yang diperolehnya kemudian disebutkan dapat berperan dalam kemungkinan terjadinya gangguan depresi (Maramis,2009)



BAB III
KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, DEFINISI OPERASIONAL

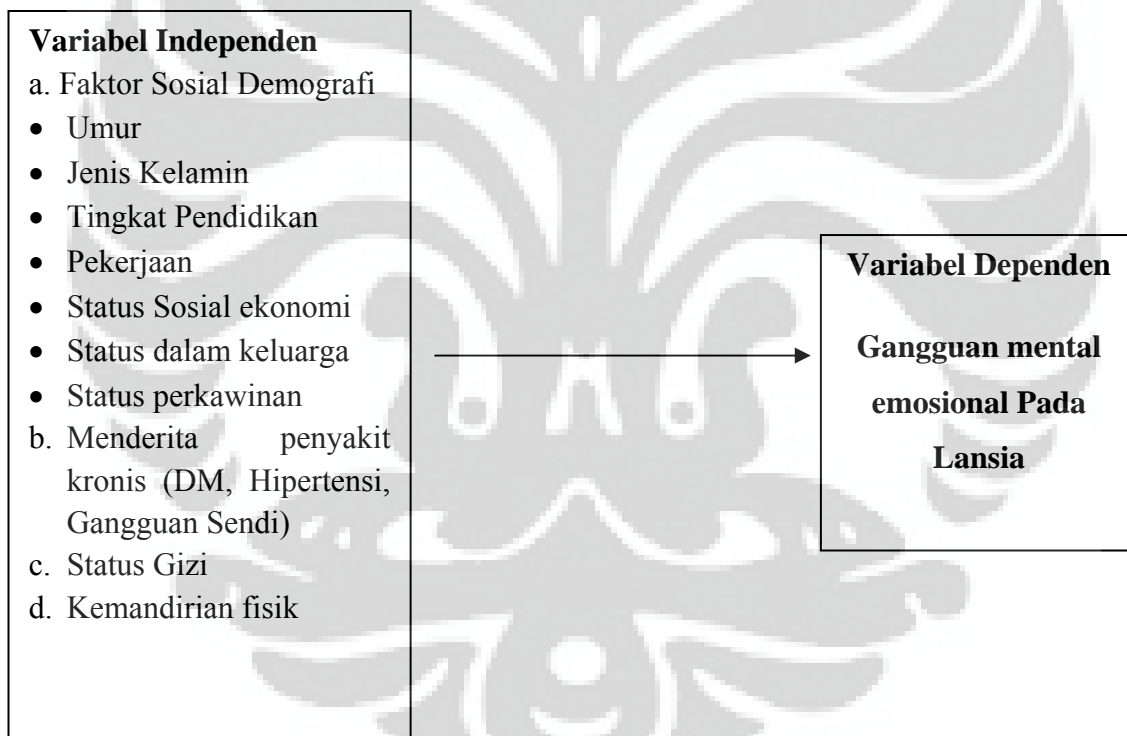
3.1 Kerangka Teori



Sumber: Geriatric Medicine An evidence Based Approach, 2003

3.2 Kerangka Konsep

Berdasarkan tinjauan kepustakaan dan kerangka teori bahwa gangguan mental emosional pada lansia disebabkan multifaktor dan faktor-faktor tersebut saling berkaitan dan dapat timbul bersama-sama atau sendiri-sendiri. Namun tidak semua variabel dikemukakan dapat diteliti dalam penelitian ini. Adapun yang menjadi variabel independen dalam penelitian ini adalah umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, status sosial ekonomi, status dalam keluarga, adanya penyakit kronis (DM, Hipertensi, Gangguan sendi), status gizi, kemandirian fisik, sedangkan variabel independen adalah gangguan mental emosional pada lansia.

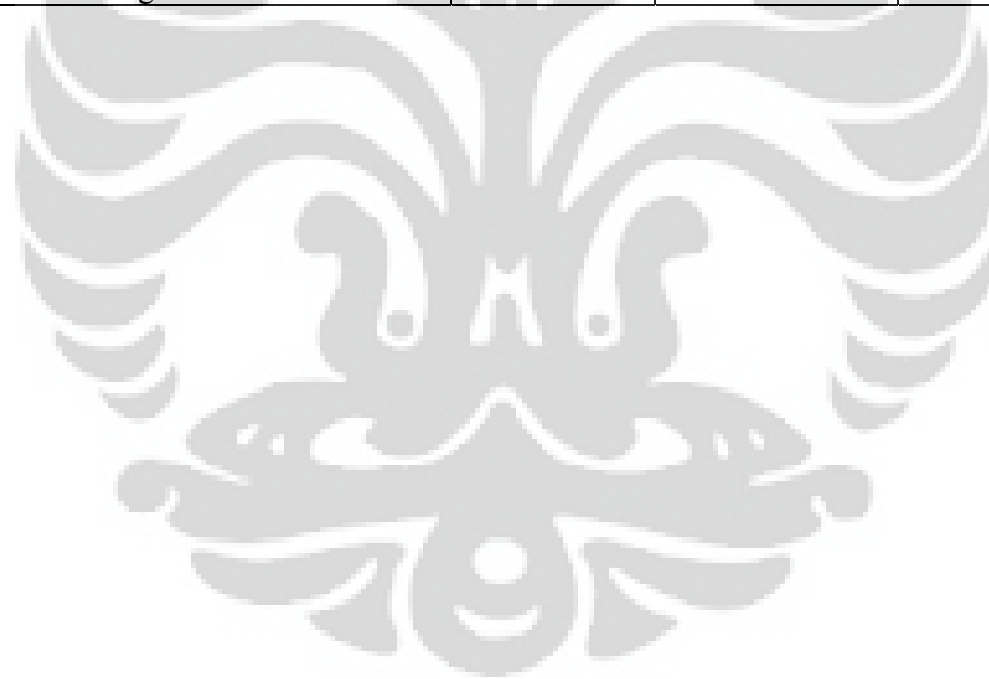


3.3 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1	Gangguan mental emosional pada lansia	Suatu keadaan yang mengindikasikan individu yang berumur > 60 tahun mengalami perubahan emosional yang dapat berkembang menjadi keadaan patologis apabila terus berlanjut. (Idaiani 2009) Gangguan ini diukur menggunakan Kesehatan mental dinilai dengan <i>Self Reporting Questionnaire</i> (SRQ) yang terdiri dari 20 Pertanyaan kriteria adanya gangguan mental emosional adalah apabila responden menjawab “ya” pada minimal 6 pertanyaan.	Wawancara	Kuesioner Kesehatan mental no RKD 07.IND.X F01 s.d 20	0= ya 1= tdk	Nominal
2	Umur	lama waktu hidup responden yang dihitung sejak lahir sampai ulang tahun terakhir	Wawancara/ transformasi data	Kuesioner Keterangan Anggota Rumah tangga RKD.07.RT.IV.5	0= ≥70 tahun 1=60-69 tahun	Ordinal
3	Jenis Kelamin	Pembagian responden berdasarkan jenis alat reproduksi	Wawancara/ ransformasi data	Kuesioner Keterangan Anggota Rumah tangga RKD.07.RT.IV.4	0= Perempuan 1= Laki-laki	Nominal
4	Tingkat Pendidikan	Pendidikan tertinggi yang dicapai oleh responden	Wawancara/ ransformasi data	Kuesioner Keterangan Anggota Rumah tangga RKD.07.RT.IV.7	0= Rendah Tidak Sekolah-SD) 1=Sedang (SMP-SMA) 2=Tinggi (PT)	Ordinal

5	Pekerjaan	Aktifitas rutin yang dilakukan responden untuk menghasilkan pendapatan secara ekonomi untuk memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari	Wawancara/ transformasi data	Kuesioner Keterangan Anggota Rumah tangga RKD.07.RT..8	0=Tidak Bekerja 1= Bekerja	Ordinal
6	Status Ekonomi	Status ekonomi dilihat dari tingkat pengeluaran rumah tangga yang digunakan untuk keperluan rumah tangga	Wawancara/t ransformasi data	Kuesioner Keterangan Anggota Rumah tangga RKD.07.RT.3	0=rendah 1=tinggi	Ordinal
7	Status dalam keluarga	Status Responden dalam keluarga	Wawancara/t ransformasi data	Kuesioner Keterangan Anggota Rumah tangga RKD.07.RT.3	0= anggota keluarga 1=Kepala keluarga	Ordinal
8	Status perkawinan	Riwayat pernikahan formal yang dialami oleh responden	Wawancara/t ransformasi data	Kuesioner Keterangan Anggota Rumah tangga RKD.07.RT.3	0=ceraai 1=tidak kawin 2=kawin	Nominal
9	Menderita Penyakit kronis	Sakit yang diderita responden berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan (Dokter/perawat/bidan) dalam 12 terakhir yang meliputi: DM, Hipertensi, Gangguan sendi	Wawancara/t ransformasi data	Kuesioner penyakit tidak menular RKD.X. .IND.B35.B4.B 43	0=ya 1=tidak	Nominal

10	Status Gizi	Pengukuran berat badan dalam kg per tinggi badan dalam meter yang diubah kedalam ukuran IMT (Indeks masa tubuh) lalu diambil potongan didasarkan IMT untuk lansia.	Wawancara/ ransformasi data	Kuesioner pengukuran dan pemeriksaan RKD.XI.IND.1. 2a	0=diatas 25 (kegemukan) 1=dibawah 18,5 (kurus) 2=18,5-25 (normal)	Ordinal
11	Kemandirian fisik	Kemampuan responden untuk melakukan aktifitas hidup sehari-hari dihitung berdasarkan Indeks barthel yang terdiri dari 3 pertanyaan apabila responden menjawab "ya" pada salah satu pertanyaan kuisoner dikategorikan tidak mandiri.	Wawancara/ ransformasi data	Kuisoner Disabilitas/ketid akmampuan.RK D.X.IND.E21 .E23	0= tidak mandiri 1= mandiri	Ordinal





BAB IV

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian ini adalah metode epidemiologi deskriptif *cross sectional* untuk mengetahui gambaran faktor –faktor beresiko yang berhubungan dengan gangguan mental emosional pada lansia. desain studi *cross sectional* digunakan untuk melihat gambaran hubungan antara penyakit (karakter lain terkait status kesehatan) dengan variabel lain yang ingin diteliti pada satu waktu (Murti, 2007)

4.2. Riset Kesehatan Dasar 2007

Riset Kesehatan 2007 merupakan salah satu wujud pengejawantahan dari 4 grand strategi Departemen Kesehatan yaitu berfungsinya sistem informasi kesehatan yang *evidence based* melalui pengumpulan data dasar dan indikator kesehatan. Indikator yang dihasilkan antara lain status kesehatan dan faktor penentu kesehatan yang bertumpu pada konsep Hendrik Blum , merepresentasikan gambaran wilayah nasional, provinsi, kabupaten/kota.

Disain Riskesdas 2007 merupakan survei *cross sectional* yang bersifat deskriptif Desain riskesdas dimaksudkan untuk menggambarkan masalah-masalah kesehatan penduduk di seluruh pelosok Indonesia secara menyeluruh akurat dan berorientasi pada kepentingan para pengambil keputusan di berbagai tingkat administratif.

Riset Kesehatan Dasar 2007 berhasil mengumpulkan sebanyak 258.366 sampel rumah tangga dan 987.205 sampel anggota rumah tangga untuk pengukuran berbagai variabel kesehatan masyarakat. Riskesdas 2007 juga mengumpulkan 36.357 sampel untuk pengukuran berbagai variabel biomedik dari anggota rumah tangga yang berumur lebih dari 1 tahun dan bertempat tinggal di desa/kelurahan dengan klasifikasi perkotaan. Keterbatasan Riskesdas mencakup non random error antara lain : pembentukan kabupaten baru, blok sensus tidak terjangkau , rumah tangga tidak dijumpai, periode waktu pengumpulan data yang berbeda, estimasi tingkat kabupaten tidak bisa berlaku untuk semua indikator, dan data

biomedis yang hanya mewakili blok sensus perkotaan . seluruh hasil Riskesdas ini bermanfaat sebagai asupan dalam pengembangan kebijakan dan perencanaan program kesehatan . Dengan 900 variabel hasil riskesdas 2007 dapat digunakan untuk pengembangan riset dan analisis lanjut, pengembangan nilai standart baru berbagai indikator kesehatan , penelusuran hubungan kausal , dan permodelan statistik

4.3. Waktu dan Lokasi Penelitian

Penelitian dilakukan di Jakarta dengan menggunakan data sekunder yaitu data yang berasal dari hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2007. Permintaan data disesuaikan dengan tujuan penelitian yang akan dilakukan dan memenuhi prosedur yang ada di Instansi yang terkait. Waktu penelitian pada bulan Desember 2011.

4.4 Populasi dan Sampel

Populasi dan sampel dalam riskesdas 2007 yaitu semua anggota rumah tangga di DKI jakarta berdasarkan data riskesdas 2007. Sampel rumah tangga dan anggota rumah tangga sesuai dengan sampel Susenas DKI Jakarta. Dengan demikian metodologi perhitungan dan penarikan sampel untuk Riskesdas DKI Jakarta identik dengan two stage sampling yang digunakan dalam Susenas 2007. Berikut ini adalah uraian cara perhitungan dan penarikan sampel :

1. Penarikan sampel blok sensus

Riskesdas 2007 menggunakan sampel terpilih dari Susenas 2007, setiap kabupaten atau kota yang masuk dalam kerangka sampel sejumlah blok sensus yang persentasional terhadap jumlah rumah tangga di Kabupaten/Kota tersebut dengan PPS (probability proporsional to size) .bila dalam sebuah blok sensus terdapat lebih dari 150 rumah tangga maka dalam penarikan sampel di tingkat ini akan di bentuk sub blok sensus. Riskesdas 2007 berhasil mengunjungi 409 blok sensus dari 6 kabupaten/kota.

2. Penarikan Sampel rumah tangga

Setiap blok sensus terpilih kemudian dipilih 16 rumah tangga secara acak sederhana (SRS) , yang menjadi sampel rumah tangga dengan

jumlah sampel tangga di blok sensus. Secara keseluruhan jumlah sampel rumah tangga dari 6 Kabupaten/Kota dalam Susenas DKI Jakarta adalah 6.832. sedangkan Riskesdas DKI Jakarta berhasil mengumpulkan 4.890 rumah tangga.

3. Penarikan sampel anggota rumah tangga

Setelah penarikan sampel rumah tangga, seluruh anggota rumah tangga dari setiap rumah tangga yang terpilih dari proses penarikan tersebut diambil sebagai data individu. Berdasarkan Susenas 2007 dari 6 kabupaten di DKI Jakarta terdapat 27.519 sampel anggota rumah tangga. Riskesdas 2007 berhasil mengumpulkan 16.970 individu anggota rumah tangga yang sama dengan Susenas 2007.

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh penduduk di wilayah Provinsi DKI Jakarta yang berusia ≥ 60 tahun. Sedangkan sampel adalah Seluruh penduduk di Jakarta yang berusia ≥ 60 tahun yang berhasil diwawancarai dalam Riskesdas 2007. Metode pemilihan sampel yang digunakan dalam pada penelitian ini adalah SRS (Simple Random Sampling). Dan untuk mendapatkan jumlah sampel yang cukup maka digunakan rumus uji estimasi dua proporsi (Lameshow, 1997)

$$n = \frac{z_{\alpha/2}^2 * [P1(1 - P1) + P2(1 - P2)]}{d^2}$$

Keterangan:

n= jumlah sampel minimal

$Z_{1-\alpha/2}$ = Nilai pada distribusi normal standar pada α tertentu =derajat kemaknaan $=\alpha$: 0,05 (1,96)

P1= Proporsi gangguan mental emosional pada kelompok yang beresiko = 0,52 (penelitian Marini, 2008)

P2=Proporsi obesitas pada kelompok tdak beresiko= 0,39 (penelitian Marini, 2008)

d= kesalahan absolut yang dapat ditolerir (0,1)

Dari perhitungan didapatkan jumlah sampel minimal 187 sampel. Jumlah sampel yang ada dalam Riskesdas 2007 untuk provinsi DKI Jakarta 1088 yang merupakan usia lansia. Jumlah sampel ini melebihi jumlah sampel minimal, sehingga seluruh sampel digunakan dalam penelitian ini.

4.5. Pengumpulan Data

Pengumpulan data pada penelitian ini hanya melakukan observasi kuesioner data Riskesdas 2007 pada beberapa variabel yang terkait dengan faktor risiko yang berhubungan dengan gangguan mental emosional pada lansia.

4.6 Manajemen Data

Pengolahan data dilakukan dengan menggunakan perangkat lunak SPSS dengan tahapan sebagai berikut:

1. Mengkode data (*data coding*)

Pada tahap ini dilakukan pengkodean sesuai dengan Badan Litbangkes, tetapi ada beberapa variabel yang di modifikasi sesuai dengan tujuan penelitian.

2. Mengedit data (*data editing*)

Pada tahap ini diperiksa apakah ada data yang masih belum dikode, kurang lengkap atau salah.

3. Membuat struktur data (*data structure*)

Mengembangkan struktur data sesuai dengan analisis yang akan dilakukan dan perangkat lunak yang digunakan.

4. Memasukkan data (*data entry*)

Memasukkan data kuisiner ke dalam komputer, pengentrian data sudah dilakukan oleh Badan Litbangkes oleh karena itu peneliti hanya mengelompokkan kembali variabel-variabel penelitian disesuaikan dengan definisi operasional

5. Pemeriksaan data (*data cleaning*)

Peneliti memeriksa kembali apakah ada data yang telah dimasukkan apakah ada pertanyaan yang dibelum diberi kode atau kurang lengkap.

4.7 Analisa Data

Dalam tahap ini data diolah dan dianalisis untuk menguji hipotesis dengan menggunakan program komputer SPSS dengan tahap analisis sebagai berikut

a. Analisa Data Univariat

Analisa data ini berguna untuk mendeskripsikan atau menjelaskan karakteristik terhadap masing –masing variabel yang diteliti, yaitu variabel dependen (Gangguan mental emosional pada lansia) dan variabel independen (umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, status sosial ekonomi, status dalam keluarga, adanya penyakit kronis (DM, Hipertensi, Gangguan sendi, obesitas, kemandirian fisik, Hasil dari analisa univariat ini adalah distribusi yang terlihat dari persentase setiap variabel kategorik

b. Analisa Data Bivariat

Analisis ini berguna untuk melihat perbedaan proporsi antara variabel dependen (Gangguan mental emosional pada lansia) dengan variabel independen (umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, status sosial ekonomi, status dalam keluarga, adanya penyakit kronis (DM, Hipertensi, Gangguan sendi) obesitas, kemandirian fisik Baik variabel dependen maupun independen menggunakan data kategorik , sehingga analisis menggunakan uji *chi square*

BAB V HASIL PENELITIAN

5.1 Distribusi Lansia yang mengalami gangguan mental emosional di DKI Jakarta

Gangguan mental emosional pada lansia disebabkan oleh berbagai faktor antara lain faktor sosial demografi, status gizi, adanya penyakit kronis, kemandirian fisik. Dari hasil penelitian Riskesdas tahun 2007 di Provinsi DKI Jakarta didapatkan responden lansia sebanyak 1080 orang, Distribusi lansia yang mengalami gangguan mental emosional dapat dilihat dalam tabel di bawah ini:

Tabel 5.1
Distribusi Gangguan Mental Emosional pada Lansia Berdasarkan Data Riskesdas 2007 di DKI Jakarta

Gangguan Mental Emosional	Jumlah	Persentase
Tidak	858	78,9
Ya	230	21,1
Total	1088	100,0

Berdasarkan tabel 5.1 dapat dilihat bahwa dari 1088 responden yang diteliti, yang mengalami gangguan mental emosional sebanyak 230 responden (21,1%) dan yang tidak mengalami gangguan mental emosional sebanyak 858 responden (78,9%)

5.2 Distribusi frekuensi gangguan mental pada lansia berdasarkan Faktor sosial demografi

Distribusi gangguan mental emosional lansia berdasarkan faktor sosial demografi dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

5.2.1 Umur

Distribusi gangguan mental emosional lansia berdasarkan umur dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 5.2
Distribusi Frekuensi Gangguan Mental Emosional pada Lansia Berdasarkan Umur Data Riskesdas 2007 di DKI Jakarta

Umur	Jumlah	Persentase
60-69 tahun	119	51,7
≥ 70 tahun	111	48,3
Total	230	100

Berdasarkan tabel 5.2 responden gangguan mental emosional yang berumur 60-69 tahun sebanyak 119 responden (51,7%) dan yang berumur ≥70 tahun sebanyak 111 responden (48,3%).

5.2.2 Jenis kelamin

Distribusi gangguan mental emosional lansia berdasarkan jenis kelamin dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 5.3
Distribusi Frekuensi Gangguan Mental Emosional pada Lansia Berdasarkan Jenis Kelamin Data Riskesdas 2007 di DKI Jakarta

Jenis Kelamin	Jumlah	Persentase
Perempuan	146	63,5
Laki-laki	84	36,5
Total	230	100

Berdasarkan Tabel 5.3 responden gangguan mental emosional yang berjenis kelamin perempuan sebanyak 146 responden (63,5%) dan yang berjenis kelamin laki-laki sebanyak 84 responden (36,5%)

5.2.3 Tingkat pendidikan

Distribusi gangguan mental emosional lansia berdasarkan tingkat pendidikan dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 5.4
Distribusi Frekuensi Gangguan Mental Emosional pada Lansia Berdasarkan Tingkat Pendidikan Data Riskesdas 2007 di DKI Jakarta

Tingkat Pendidikan	Jumlah	Persentase
Rendah	174	75,7
Sedang	50	21,7
Tinggi	6	2,6
Total	230	100

Berdasarkan Tabel 5.4 responden gangguan mental emosional yang berpendidikan rendah sebanyak 174 responden (75,7%), yang berpendidikan sedang sebanyak 50 responden (21,7%) dan yang berpendidikan tinggi sebanyak 6 responden (2,6%).

5.2.4 Pekerjaan

Distribusi gangguan mental emosional lansia berdasarkan pekerjaan dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 5.5
Distribusi Frekuensi Gangguan Mental Emosional pada Lansia Berdasarkan Pekerjaan Data Riskesdas 2007 di DKI Jakarta

Pekerjaan	Jumlah	Persentase
Tidak bekerja	161	70,0
Bekerja	69	30,0
Total	230	100

Berdasarkan tabel 5.5 responden gangguan mental emosional yang tidak bekerja sebanyak 161 responden (70%) dan yang bekerja sebanyak 69 responden (30%).

5.2.5 Status ekonomi

Distribusi gangguan mental emosional lansia berdasarkan status ekonomi dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 5.6
Distribusi Frekuensi Gangguan Mental Emosional pada Lansia Berdasarkan Status Ekonomi Data Riskesdas 2007 di DKI Jakarta

Status ekonomi	Jumlah	Persentase
Rendah	140	60,9
Tinggi	90	31,1
Total	230	100

Berdasarkan tabel 5.6 responden gangguan mental emosional yang mempunyai status ekonomi rendah sebanyak 140 responden (60,9%) dan yang mempunyai status ekonomi tinggi sebanyak 90 responden (39,1%)

5.2.6 Status dalam keluarga

Distribusi gangguan mental emosional lansia berdasarkan status dalam keluarga dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 5.7
Distribusi Frekuensi Gangguan Mental Emosional pada Lansia Berdasarkan Status dalam keluarga Data Riskesdas 2007 di DKI Jakarta

Status dalam keluarga	Jumlah	Persentase
Anggota keluarga	101	43,9
Kepala keluarga	129	56,1
Total	230	100

Berdasarkan tabel 5.7 responden gangguan mental emosional yang berstatus sebagai anggota keluarga sebanyak 101 responden (43,9%) dan yang berstatus kepala keluarga sebanyak 129 responden (56,1%).

5.2.7 Status perkawinan

Distribusi gangguan mental emosional lansia berdasarkan status perkawinan dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 5.8
Distribusi Frekuensi Gangguan Mental Emosional pada Lansia Berdasarkan Status Perkawinan Data Riskesdas 2007 di DKI Jakarta

Status perkawinan	Jumlah	Persentase
Cerai	109	47,4
Tidak Kawin	0	0
Kawin	121	52,6
Total	230	100

Berdasarkan tabel 5.8 responden gangguan mental emosional yang mempunyai status cerai sebanyak 109 responden (47,4%) , mempunyai status kawin sebanyak 121 responden (52,6%) dan yang tidak kawin tidak ada yang menderita gangguan mental.

5.3 Distribusi frekuensi gangguan mental pada lansia berdasarkan faktor menderita penyakit kronis

5.3.1 Diabetes Mellitus (DM)

Distribusi gangguan mental emosional lansia berdasarkan menderita DM dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 5.9
Distribusi Frekuensi Gangguan Mental Emosional Pada Lansia Berdasarkan Menderita Diabetes Mellitus Data Riskesdas 2007 di DKI Jakarta

Menderita DM	Jumlah	Persentase
Ya	31	13,5
Tidak	199	86,5
Total	230	100

Berdasarkan Tabel 5.9 distribusi frekuensi gangguan mental emosional pada lansia berdasarkan kategori menderita DM, dari 230 responden ditemukan 31 responden (13,5%) yang menderita DM dan 199 responden (86,5%) yang tidak menderita DM .

5.3.2 Hipertensi

Distribusi gangguan mental emosional lansia berdasarkan menderita Hipertensi dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 5.10
Distribusi Frekuensi Gangguan Mental Emosional Pada Lansia Berdasarkan Menderita Hipertensi Data Riskesdas 2007 di DKI Jakarta

Menderita Hipertensi	Jumlah	Persentase
Ya	97	42,2
Tidak	133	57,8
Total	230	100

Berdasarkan tabel 5.10 distribusi frekuensi gangguan mental emosional pada lansia berdasarkan kategori menderita Hipertensi , dari 230 responden ditemukan 97 responden (42,2%) yang menderita hipertensi dan 133 responden (57,8%) yang tidak menderita Hipertensi.

5.3.3 Gangguan sendi

Distribusi gangguan mental emosional lansia berdasarkan menderita Hipertensi dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 5.11
Distribusi Frekuensi Gangguan Mental Emosional Pada Lansia Berdasarkan Menderita Gangguan Sendi Data Riskesdas 2007 di DKI Jakarta

Menderita gangguan sendi	Jumlah	Persentase
Ya	103	44,8
Tidak	127	55,2
Total	230	100

Berdasarkan tabel 5.11 distribusi frekuensi gangguan mental emosional pada lansia berdasarkan kategori menderita gangguan sendi, dari 230 responden ditemukan 103 responden (44,8%) yang menderita gangguan sendi dan 127 responden (55,2%) yang tidak menderita gangguan sendi .

5.4 Distribusi frekuensi gangguan mental pada lansia berdasarkan status gizi

Distribusi gangguan mental emosional lansia berdasarkan menderita status gizi dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 5.12
Distribusi Frekuensi Gangguan Mental Emosional Pada Lansia Berdasarkan status gizi Data Riskesdas 2007 di DKI Jakarta

Status gizi	Jumlah	Persentase
Gemuk	68	12,6
Kurus	40	17,4
Normal	122	44,8
Total	230	100

Berdasarkan tabel 5.12 distribusi frekuensi gangguan mental emosional pada lansia berdasarkan status gizi bahwa dari 230 responden ditemukan 68 responden (12,6%) yang mempunyai status gizi gemuk, 40 responden (17,4%) yang berstatus gizi kurus dan 122 responden (44,8%) yang mempunyai status gizi normal,

5.5 Distribusi frekuensi gangguan mental pada lansia berdasarkan kemandirian fisik

Distribusi gangguan mental emosional lansia berdasarkan kemandirian fisik dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 5.13
Distribusi Frekuensi Gangguan Mental Emosional Pada Lansia Berdasarkan Kemandirian Fisik Data Riskesdas 2007 di DKI Jakarta

Kemandirian fisik	Jumlah	Persentase
Tidak Mandiri	67	29,1
mandiri	163	70,9
Total	230	100

Berdasarkan tabel 5.13 distribusi frekuensi gangguan mental emosional pada lansia berdasarkan kemandirian fisik bahwa dari 230 responden ditemukan 67 responden (29,1%) yang tidak mandiri dan 163 responden (70,9 %) yang mandiri.

5.6 Perbedaan Proporsi gangguan mental emosional pada lansia berdasarkan Faktor sosial demografi

5.6.1 Umur

Perbedaan proporsi gangguan mental emosional lansia berdasarkan umur dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 5.14
Hubungan Umur Dengan Gangguan Mental Emosional
Pada Lansia Data Riskesdas 2007 di DKI Jakarta

Umur	Gangguan Mental Emosional				PR (95%CI)	Nilai p
	Ya		Tidak			
	N	%	N	%		
≥ 70 tahun	111	21,0	247	79,0	1,9 (1,5-2,3)	0,001
60-69 tahun	119	16,3	611	83,7	Ref	
Jumlah	230	21,1	858	78,9		

Dari tabel 5. 14 hasil analisis hubungan umur dengan gangguan mental pada lansia , menunjukkan bahwa dari 1088 responden yang diwawancarai pada responden yang berumur ≥ 70 tahun yang mengalami gangguan mental emosional sebanyak 111 responden (21%) dan yang tidak mengalami gangguan mental emosional sebanyak 247 responden (79,0%) sedangkan responden yang berumur 60-69 tahun yang mengalami gangguan mental emosional sebanyak 119 responden (16,3%) dan yang tidak mengalami gangguan mental emosional sebanyak 611 responden (83,7%). Diperoleh hasil uji statistik dengan nilai $p=0,001$ sehingga menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara umur dengan gangguan mental emosional pada lansia. Didapatkan nilai PR 1,9 (CI 1,5-2,3) hal ini berarti bahwa prevalensi gangguan mental emosional pada lansia yang yang berumur ≥ 70 tahun 1,9 kali lebih besar dibandingkan lansia yang berumur 60-69 tahun.

5.6.2 Jenis Kelamin

Perbedaan proporsi gangguan mental emosional lansia berdasarkan jenis kelamin dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 5.15
Hubungan Jenis Kelamin dengan Gangguan Mental Emosional pada Lansia
Data Riskesdas 2007 di DKI Jakarta.

Jenis Kelamin	Gangguan Mental Emosional				PR (95%CI)	Nilai p
	Ya		Tidak			
	N	%	N	%		
Perempuan	146	26,0	415	74,0	1,6 (1,3-2,0) Ref	0,001
Laki-laki	84	15,9	443	84,1		
Jumlah	230	21,1	858	78,9		

Berdasarkan tabel 5.15 hasil analisis hubungan jenis kelamin dengan gangguan mental pada lansia, menunjukkan bahwa dari 1088 responden yang diwawancarai responden perempuan yang mengalami gangguan mental emosional sebanyak 146 responden (26,0%) dan yang tidak mengalami gangguan mental emosional sebanyak 415 responden (74 %) sedangkan responden laki-laki yang mengalami gangguan mental emosional sebanyak 84 responden (15,9%) dan yang tidak mengalami gangguan mental emosional sebanyak 443 responden (84,1%). Diperoleh hasil uji statistik dengan nilai $p=0,001$ sehingga menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan gangguan mental emosional pada lansia Didapatkan nilai PR sebesar 1,6(1,3-2,0) hal ini berarti bahwa prevalensi gangguan mental emosional pada lansia yang berjenis kelamin perempuan 1,6 kali lebih besar dibandingkan lansia yang berjenis kelamin laki-laki.

5.6.3 Tingkat Pendidikan

Perbedaan proporsi gangguan mental emosional lansia berdasarkan tingkat pendidikan dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 5.16
Hubungan Tingkat Pendidikan Dengan Gangguan Mental Emosional pada Lansia Data Riskesdas 2007 di DKI Jakarta.

Tingkat pendidikan	Gangguan Mental Emosional				PR(95%CI)	Nilai p
	Ya		Tidak			
	N	%	N	%		
Rendah	174	26,8	475	73,2	4,3 (1,8-10,2)	0,001
Sedang	50	13,9	311	86,1	1,8 (1,6-2,2)	
Tinggi	6	7,7	72	92,3	Ref	
Jumlah	230	21,1	858	78,9		

Berdasarkan tabel 5.16 hasil analisis hubungan tingkat pendidikan dengan gangguan mental pada lansia, menunjukkan bahwa dari 1088 responden yang diwawancarai bahwa pada responden yang tingkat pendidikannya rendah yang mengalami gangguan mental emosional sebanyak 174 responden (26,8%) dan yang tidak mengalami gangguan mental emosional sebanyak 475 responden (73,2 %), pada responden yang tingkat pendidikannya sedang yang mengalami gangguan mental emosional sebanyak 50 responden (13,9%) dan yang tidak mengalami gangguan mental emosional sebanyak 311 responden (86,1%) , responden yang tingkat pendidikannya tinggi yang mengalami gangguan mental emosional sebanyak 6 responden (7,7%) dan yang tidak mengalami gangguan mental emosional sebanyak 72 responden (92,3%) . Diperoleh hasil uji statistik dengan nilai $p=0,001$ sehingga menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan gangguan mental emosional pada lansia Didapatkan nilai PR sebesar 1,8 (1,6-2,2) pada tingkat pendidikan sedang hal ini berarti bahwa prevalensi gangguan mental emosional pada lansia yang berpendidikan sedang 1,8 kali lebih besar dibandingkan lansia yang berpendidikan tinggi.

Didapatkan nilai PR sebesar 4,3 (1,8-10,2) pada tingkat pendidikan rendah ini berarti bahwa prevalensi gangguan mental emosional pada lansia pendidikan rendah 4,3 kali lebih besar dibandingkan yang berpendidikan tinggi.

5.6.4 Pekerjaan

Perbedaan proporsi gangguan mental emosional lansia berdasarkan pekerjaan dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 5.17
Hubungan Pekerjaan Dengan Gangguan Mental Emosional pada Lansia
Data Riskesdas 2007 di DKI Jakarta.

Pekerjaan	Gangguan Mental Emosional				PR (95%CI)	Nilai p
	Ya		Tidak			
	N	%	N	%		
Tidak Bekerja	161	24,2	504	75,8	1,4(1,1-1,9)	0,002
Bekerja	69	16,3	354	83,7	Ref	
Jumlah	230	21,1	858	78,9		

Berdasarkan tabel 5.17 analisis hubungan pekerjaan dengan gangguan mental pada lansia , menunjukkan bahwa dari 1088 responden yang diwawancarai responden tidak bekerja yang mengalami gangguan mental emosional sebanyak 161 responden (24,2%) dan yang tidak mengalami gangguan mental emosional sebanyak 504 responden (75,8%) , sedangkan pada responden bekerja yang mengalami gangguan mental emosional sebanyak 69 responden (16,3%) dan yang tidak mengalami gangguan mental emosional sebanyak 354 responden (83,7%). Diperoleh hasil uji statistik dengan nilai $p=0,002$ sehingga menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara pekerjaan dengan gangguan mental emosional pada lansia didapatkan nilai PR sebesar 1,5 (1,1-1,9) ini berarti bahwa prevalensi gangguan mental emosional pada lansia yang tidak bekerja 1,5 kali lebih besar dibandingkan yang bekerja.

5.6.5 Status Ekonomi

Perbedaan proporsi gangguan mental emosional lansia berdasarkan Status ekonomi dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 5.18
Hubungan Status Ekonomi Dengan Gangguan Mental Emosional pada Lansia Data Riskesdas 2007 di DKI Jakarta.

Status Ekonomi	Gangguan Mental Emosional				PR (95%CI)	Nilai p
	Ya		Tidak			
	N	%	N	%		
Rendah	140	19,6	574	80,4	0,8(0,6-1,0) Ref	0,103
Tinggi	90	24,1	284	75,9		
Jumlah	230	21,1	858	78,9		

Dari tabel 5.18 hasil analisis hubungan status ekonomi dengan gangguan mental pada lansia, menunjukkan bahwa dari 1088 responden yang diwawancarai bahwa responden yang berstatus ekonomi rendah yang mengalami gangguan mental emosional sebanyak 140 responden (19,6%) dan yang tidak mengalami gangguan mental emosional sebanyak 574 responden (80,4%) sedangkan pada responden yang berstatus ekonomi tinggi yang mengalami gangguan mental emosional sebanyak 90 responden (24,1%) dan yang tidak mengalami gangguan mental emosional sebanyak 284 responden (75,9%), Diperoleh hasil uji statistik dengan nilai $p=0,103$ sehingga menunjukkan ada tidak ada hubungan yang bermakna antara status ekonomi dengan gangguan mental emosional pada lansia didapatkan nilai PR 0,8 (0,6-1,0) ini berarti bahwa prevalensi gangguan mental emosional pada lansia yang status ekonominya rendah 0,8 kali lebih besar dibandingkan yang status ekonominya tinggi.

5.6.6 Status dalam keluarga

Perbedaan proporsi gangguan mental emosional lansia berdasarkan status dalam keluarga dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 5.19
Hubungan Status Dalam Keluarga Dengan Gangguan Mental Emosional pada Lansia Berdasarkan Data Riskesdas 2007 di DKI Jakarta.

Status dalam keluarga	Gangguan Mental Emosional				PR (95%CI)	Nilai p
	Ya		Tidak			
	N	%	N	%		
Anggota keluarga	101	25,3	299	74,8	1,3(1,0-1,6)	0,014
Kepala keluarga	129	18,8	559	81,2	Ref	
Jumlah	230	21,1	858	78,9		

Berdasarkan tabel 5.19 hasil analisis hubungan status dalam keluarga dengan gangguan mental pada lansia, menunjukkan bahwa dari 1088 responden yang diwawancarai pada responden yang berstatus sebagai anggota keluarga yang mengalami gangguan mental emosional sebanyak 101 responden (25,3%) dan yang tidak mengalami gangguan mental emosional sebanyak 299 responden (74,8%) sedangkan pada responden yang berstatus sebagai kepala keluarga yang mengalami gangguan mental emosional sebanyak 129 responden (18,8%) dan yang tidak mengalami gangguan mental emosional sebanyak 559 responden (81,2%). Diperoleh hasil uji statistik dengan nilai $p=0,014$ sehingga menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara status dalam keluarga dengan gangguan mental emosional pada lansia didapatkan nilai PR sebesar 1,3 (1,0-1,6) ini berarti bahwa prevalensi gangguan mental emosional pada lansia yang berstatus anggota keluarga 1,3 kali lebih besar dibandingkan yang berstatus sebagai kepala keluarga.

5.6.7 Status Perkawinan

Perbedaan proporsi gangguan mental emosional lansia berdasarkan status perkawinan dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 5.20
Hubungan Status Perkawinan Dengan Gangguan Mental Emosional pada Lansia Riskesdas 2007 di DKI Jakarta.

Status Perkawinan	Gangguan Mental Emosional				PR(95%CI)	Nilai p
	Ya		Tidak			
	N	%	N	%		
Cerai	109	30,6	247	69,4	1,9 (1,8-2,5)	0,001
Tidak kawin	0	0	3	100	0	
Kawin	121	16,6	608	83,4	Ref	
Jumlah	230	21,1	858	78,9		

Berdasarkan Tabel 5.20 hasil analisis hubungan status perkawinan dengan gangguan mental pada lansia , menunjukkan bahwa dari 1088 responden yang diwawancarai pada responden yang berstatus cerai sebanyak 109 responden (30,6%) yang mengalami gangguan mental emosional dan 247 responden (69,4%) yang tidak mengalami gangguan mental emosional pada responden yang berstatus tidak kawin tidak ada responden (0%) yang mengalami gangguan mental emosional dan 3 responden(100%) yang tidak mengalami gangguan mental emosional, sedangkan responden yang berstatus kawin yang mengalami gangguan mental emosional sebanyak 121 responden (16.6%) dan yang tidak mengalami gangguan mental emosional sebanyak 608 responden (83,4%), Diperoleh hasil uji statistik dengan nilai $p=0,001$ sehingga menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara status perkawinan dengan gangguan mental emosional pada lansia didapatkan nilai PR 1,9 (1,8-2,5) ini berarti bahwa prevalensi gangguan mental emosional pada lansia yang berstatus cerai 1,9 kali lebih besar dibandingkan yang berstatus kawin.

5.7 Perbedaan proporsi gangguan mental emosional pada lansia berdasarkan Faktor menderita penyakit kronis

5.7.1 Diabetes Melitus (DM)

Perbedaan proporsi gangguan mental emosional lansia berdasarkan menderita DM dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 5.21
Hubungan Menderita Diabetes Mellitus Dengan Gangguan Mental Emosional pada Lansia Data Risesdas 2007 di DKI Jakarta.

DM	Gangguan Mental Emosional				PR (95%CI)	Nilai p
	Ya		Tidak			
	N	%	N	%		
Ya	31	31,6	67	68,4	1,6 (1,1-2,1)	0,011
Tidak	199	20,1	791	79,9	Ref	
Jumlah	230	21,1	858	78,9		

Dari Tabel 5.21 hasil analisis hubungan menderita DM dengan gangguan mental pada lansia, menunjukkan bahwa dari 1088 responden yang diwawancarai responden menderita DM yang mengalami gangguan mental emosional sebanyak 31 responden (31,6%) dan yang tidak mengalami gangguan mental emosional sebanyak 67 responden (68,4%) sedangkan responden tidak menderita DM yang mengalami gangguan mental emosional sebanyak 199 responden (21,3%) dan yang tidak mengalami gangguan mental emosional sebanyak 791 responden (79,9 %), Diperoleh hasil uji statistik dengan nilai $p=0,011$ sehingga menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara menderita DM dengan gangguan mental emosional pada lansia didapatkan nilai PR sebesar 1,6 (1,1-2,1) ini berarti prevalensi gangguan mental emosional pada lansia yang menderita DM 1,6 kali lebih besar daripada yang tidak menderita DM.

5.7.2 Hipertensi

Perbedaan proporsi gangguan mental emosional lansia berdasarkan menderita Hipertensi dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 5.22
Hubungan Menderita Hipertensi Dengan Gangguan Mental Emosional pada Lansia Data Riskesdas 2007 di DKI Jakarta.

Hipertensi	Gangguan Mental Emosional				PR(95%CI)	Nilai p
	Ya		Tidak			
	N	%	N	%		
Ya	97	29,9	227	70,1	1,7 (1,3-2,1)	0,001
Tidak	133	17,4	631	82,6	Ref	
Jumlah	230	21,1	858	78,9		

Berdasarkan tabel 5.22 hasil analisis hubungan antara menderita Hipertensi dengan gangguan mental pada lansia, menunjukkan bahwa dari 1088 responden yang diwawancarai, responden menderita Hipertensi yang mengalami gangguan mental emosional sebanyak 97 responden (29,9%) dan yang tidak mengalami gangguan mental emosional sebanyak 227 responden (70,1%) sedangkan responden tidak menderita Hipertensi yang mengalami gangguan mental emosional sebanyak 133 responden (17,4%) dan yang tidak mengalami gangguan mental emosional sebanyak 631 responden (82,6 %). Diperoleh hasil uji statistik dengan nilai $p=0,001$ sehingga menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara hipertensi dengan gangguan mental emosional pada lansia, didapatkan nilai PR 1,7 (1,3-2,1) ini berarti bahwa prevalensi gangguan mental emosional pada lansia yang menderita Hipertensi 1,7 kali lebih besar daripada yang tidak menderita Hipertensi.

5.7.3 Gangguan sendi

Perbedaan proporsi gangguan mental emosional lansia berdasarkan menderita gangguan sendi dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 5.23
Hubungan Menderita Gangguan sendi Dengan Gangguan Mental Emosional pada Lansia Riskesdas 2007 di DKI Jakarta.

Gangguan Sendi	Gangguan Mental Emosional				PR(95%CI)	Nilai p
	Ya		Tidak			
	N	%	N	%		
Ya	103	26,2	290	73,8	1,4 (1,1-1,8)	0,003
Tidak	127	18,3	568	81,7	Ref	
Jumlah	230	21,1	858	78,9		

Dari Tabel 5.23 hasil analisis hubungan menderita gangguan sendi dengan gangguan mental pada lansia, menunjukkan bahwa dari 1088 responden yang diwawancarai, responden menderita gangguan sendi yang mengalami gangguan mental emosional sebanyak 103 responden (26,2%) dan yang tidak mengalami gangguan mental emosional sebanyak 290 responden (73,8%) sedangkan responden tidak menderita penyakit gangguan sendi yang mengalami gangguan mental emosional sebanyak 127 responden (18,3%) dan yang tidak mengalami gangguan mental emosional sebanyak 568 responden (81,7 %). Diperoleh hasil uji statistik dengan nilai $p=0,003$ sehingga menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara menderita gangguan sendi dengan gangguan mental emosional pada lansia. dan didapatkan nilai PR 1,4 (1,1-1,8) ini berarti bahwa prevalensi gangguan mental emosional pada lansia yang menderita gangguan sendi 1,6 kali lebih besar daripada yang tidak menderita menderita gangguan sendi.

5.8 Perbedaan Proporsi lansia yang mengalami gangguan mental emosional berdasarkan Status Gizi

Perbedaan proporsi gangguan mental emosional lansia berdasarkan status gizi lansia dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 5.24
Hubungan Status Gizi Dengan Gangguan Mental Emosional pada Lansia Data Riskedas 2007 di DKI Jakarta.

Status gizi	Gangguan Mental Emosional				PR(95%CI)	Nilai p
	Ya		Tidak			
	N	%	N	%		
Gemuk	68	21,7	245	78,3	1,1 (0,7-1,4)	0,098
Kurus	40	27,4	106	72,6	1,4 (1,3-1,9)	
Normal	122	19,4	507	80,6	Ref	
Jumlah	230	21,1	858	78,9		

Berdasarkan tabel 5.24 hasil analisis hubungan status gizi dengan gangguan mental pada lansia, menunjukkan bahwa dari 1088 responden yang diwawancarai pada responden yang berstatus gemuk yang mengalami gangguan mental emosional sebanyak 68 responden (21,7%) dan yang tidak mengalami gangguan mental emosional sebanyak 245 responden (78,3%) , pada responden berstatus gizi kurus yang mengalami gangguan mental emosional sebanyak 40 responden (27,4%) dan yang tidak mengalami gangguan mental emosional sebanyak 106 responden (72,6 %) , sedangkan responden berstatus gizi normal yang mengalami gangguan mental emosional sebanyak 122 responden (19,4%) dan yang tidak mengalami gangguan mental emosional sebanyak 507 responden (80,6%) . Diperoleh hasil uji statistik dengan nilai $p=0,098$ sehingga menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara status gizi dengan gangguan mental emosional pada lansia didapatkan nilai PR1,4 (1,3-1,9) untuk status gizi kurus ini berarti prevalensi gangguan mental emosional pada lansia yang kurus 1,4 kali lebih besar daripada yang normal.

Didapatkan nilai PR 1,1 (0,7-1,4) untuk status gizi gemuk ini berarti prevalensi gangguan mental emosional pada lansia yang gemuk 1,1 kali lebih besar daripada yang normal.

Universitas Indonesia

5.9 Perbedaan Proporsi Gangguan Mental Emosional pada lansia berdasarkan Faktor Kemandirian Fisik

Perbedaan proporsi gangguan mental emosional lansia berdasarkan kemandirian fisik dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 5.25
Hubungan Kemandirian Fisik dengan Gangguan Mental Emosional pada Lansia Data Riskesdas 2007 di DKI Jakarta.

Kemandirian Fisik	Gangguan Mental Emosional				PR(95%CI)	Nilai p
	Ya		Tidak			
	N	%	N	%		
Tidak Mandiri	67	46,5	77	53,5	2,7(2,1-3,4)	0,001
Mandiri	163	17,3	781	82,7	Ref	
Jumlah	230	21,1	858	78,9		

Berdasarkan tabel 5.25 analisis antara kemandirian fisik dengan gangguan mental pada lansia, menunjukkan bahwa dari 1088 responden yang diwawancarai responden tidak mandiri yang mengalami gangguan mental emosional sebanyak 40 responden (46,5%) dan yang tidak mengalami gangguan mental emosional sebanyak 77 responden (53,5 %) sedangkan responden mandiri yang mengalami gangguan mental emosional sebanyak 163 responden (82,7%) dan yang tidak mengalami gangguan mental emosional sebanyak 781 responden (17,3%). Diperoleh hasil uji statistik dengan nilai $p=0,001$ sehingga menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara kemandirian fisik dengan gangguan mental emosional pada lansia didapatkan nilai PR sebesar 2,7 (2,1-3,4) ini berarti prevalensi gangguan mental emosional pada lansia yang tidak mandiri 2,7 kali lebih besar dibandingkan dengan yang mandiri.

BAB VI

PEMBAHASAN

6.1. Perbedaan Proporsi lansia yang mengalami gangguan mental emosional berdasarkan Faktor sosial demografi

6.1.1 Umur

Berdasarkan hasil penelitian ini proporsi umur lansia yang banyak menderita gangguan mental emosional adalah yang berumur lebih ≥ 70 tahun yaitu sebesar 21,0 % hasil penelitian ini sama dengan penelitian Marini (2008) yang menyebutkan bahwa yang paling banyak menderita gangguan mental emosional berupa depresi adalah lansia yang berumur lebih ≥ 70 tahun. Pada umur tersebut lansia semakin lemah baik kondisi fisik maupun mentalnya sehingga akan lebih mudah terjadi gangguan mental emosional dan penyakit-penyakit fisik lainnya.

6.1.2 Jenis kelamin

Berdasarkan hasil penelitian ini dapat dilihat bahwa proporsi lansia yang berjenis kelamin perempuan lebih banyak yang menderita gangguan mental emosional yaitu sebesar 26% , hasil penelitian ini sama dengan hasil penelitian robert et all (2000) yang menyatakan bahwa lebih banyak perempuan yang menderita gangguan mental emosional berupa depresi, hal ini disebabkan karena pengaruh hormonal dan karakteristik perempuan itu sendiri. Perempuan lebih cenderung menggunakan perasaannya sehingga bila ada masalah ikut berpengaruh dengan mental emosionalnya.

6.1.3 Tingkat Pendidikan

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa proporsi gangguan mental emosional pada lansia berdasarkan tingkat pendidikan bahwa lansia yang paling banyak menderita gangguan mental adalah yang tingkat pendidikannya rendah sebesar 26,8% (, hasil penelitian ini sama dengan penelitian marini (2008) dan Darmojo (2004), bahwa tingkat pendidikan yang rendah lansia berhubungan dengan demesia (lupa ingatan) dan depresi, tingkat pendidikan lansia berbanding positif langsung dengan kesehatannya.semakin tinggi tingkat pendidikan lansia semakin baik juga tingkat kesehatannya.

6.1.4. Pekerjaan

Dari hasil penelitian ini didapatkan bahwa proporsi terbanyak yang mengalami gangguan mental emosional adalah lansia yang sudah tidak bekerja sebesar 24,2 % hal ini kemungkinan disebabkan setelah pensiun beberapa orang tidak pernah dapat menyesuaikan diri dengan waktu luangnya dan selalu merasa mengalami hari yang panjang. Beberapa lansia tidak termotivasi untuk mempertahankan penampilan mereka ketika mereka tidak atau hanya sedikit melakukan kontak dengan orang lain diluar rumahnya sehingga mempengaruhi kesehatan mental dari lansia tersebut.

6.1.5 Status sosial ekonomi

Dari hasil penelitian ini didapatkan bahwa proporsi yang terbanyak yang mengalami gangguan mental emosional adalah lansia yang berstatus ekonomi tinggi sebesar 24,1 % . hal ini berbeda dengan penelitian murti (2006) bahwa status ekonomi rendah berhubungan dengan gangguan depresi dan kehilangan finansial atau status ekonominya rendah merupakan sumber stres bagi usia lanjut. Hal ini kemungkinan disebabkan penelitian ini pada daerah perkotaan sehingga rata-rata orang yang mengalami gangguan mental emosional adalah yang berstatus ekonomi tinggi.

6.1.6 Status dalam keluarga

Dari hasil penelitian proporsi yang paling banyak menderita gangguan mental emosional adalah lansia yang statusnya sebagai anggota keluarga sebesar 25,3% .hal ini kemungkinan disebabkan lansia yang berstatus sebagai anggota keluarga menanggung beban mental sebagai anggota keluarga, sehingga akan berpengaruh terhadap emosional mereka untuk variabel ini peneliti belum menemukan referensi dari penelitian sebelumnya.

6.1.7. Status Perkawinan

Dari hasil penelitian ini didapatkan bahwa proporsi yang terbanyak yang mengalami gangguan mental emosional adalah lansia yang cerai sebesar 30,6 %, tetapi hasil penelitian ini sama dengan hasil penelitian andri frech ahli sosiologi antropologi universitas Ohio, AS bahwa gangguan mental mental emosional banyak terdapat pada lansia yang tidak menikah atau cerai baik cerai hidup maupun cerai mati. Pada lansia yang ditinggal oleh pasangannya akan

menyebabkan kesepian dan tidak mendapat dukungan dari pasangannya sehingga akan berpengaruh pada mental lansia tersebut.

6.2 Perbedaan proporsi lansia yang mengalami gangguan mental emosional berdasarkan Faktor menderit penyakit kronis

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi yang paling banyak menderita gangguan mental emosional adalah lansia yang menderita DM sebesar 31,6% . Hal ini sama dengan penelitian penelitian Roosehermatie (2008) bahwa penderita DM akan lebih beresiko 2,29 kali menderita gangguan mental emosional dibandingkan yang tidak menderita DM ketika seseorang didiagnosis diabetes akan terjadi kesedihan , kecemasan dan ini dapat terus berlanjut sehingga berpengaruh pada mental emosional lansia.

Proporsi yang paling banyak pada kategori menderita Hipertensi adalah lansia yang menderita penyakit hipertensi sebesar 29,9%. Hal ini sama dengan penelitian Parsudi (2009) yang menyebutkan bahwa akan terjadi penurunan fungsi kognitif, demensia serta stroke pada lansia menderita hipertensi kronik.fungsi kognitif dan demensia sangat erat hubungannya dengan gangguan mental emosional.

Proporsi yang paling banyak pada kategori menderita gangguan sendi adalah lansia yang menderita gangguan sendi 26,2%. Banyak orang dengan radang sendi takut oleh dampak arthritis pada kehidupan mereka sehari-hari dan kehidupan masa depan hal ini kemungkinan berepengaruh terhadap mental mereka.

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa untuk penyakit kronis tidak hanya 1 faktor penyakit saja yang menyebabkan adanya gangguan mental emosional tetapi beberapa faktor penyakit yang ikut mendukung terjadinya gangguan mental emosional.

6.3 Perbedaan proporsi lansia yang mengalami gangguan mental emosional berdasarkan status gizi

Dari hasil penelitian proporsi terbanyak lansia yang mengalami gangguan mental emosional adalah lansia yang berstatus gizi kurus sebesar 27,4 % , dari hasil tersebut dapat dilihat bahwa lansia yang berstatus gizi normal tetap beresiko untuk mengalami gangguan mental emosional, tidak hanya lansia yang gemuk

/obesitas. Hal ini berbeda dengan penelitian Susan Mcelroy pada tahun 2010 bahwa 22% pasien yang obesitas mengalami gangguan mental emosional.

6.4 Perbedaan proporsi lansia yang mengalami gangguan mental emosional berdasarkan kemandirian fisik

Berdasarkan hasil penelitian proporsi terbanyak yang menderita gangguan mental emosional adalah lansia yang mandiri sebesar 46,5 % hasil penelitian ini sama dengan penelitian marini (2008) bahwa 60% lansia yang tidak mandiri mengalami gangguan mental emosional berupa depresi. Menurut Soedjono(2006) kehilangan fisik akan meningkatkan kerentanan gangguan mental emosional berupa depresi. Pada lansia yang tidak mandiri keterbatasan gerak fisik akan menimbulkan gangguan juga pada mental emosionalnya.

6.6 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini merupakan analisis data sekunder Riskesdas 2007 yang mempunyai keterbatasan misalnya dalam hal pemilihan variabel penelitian disesuaikan dengan dengan ketersediaan variabel yang ada pada kuisioner Riskesdas 2007. Penulis tidak terlibat langsung dalam Riskesdas 2007 sehingga tidak dapat melakukan modifikasi isi kuisioner dan instrumen lain termasuk dalam hal pelaksanaan di lapangan dan kesalahan sistematik lainnya.

Penelitian ini menggunakan desain penelitian Riskesdas 2007 yaitu desain studi *Cross sectional* (potong lintang) yang mempunyai beberapa keterbatasan antara lain hasil yang dicapai merupakan gambaran sesaat terhadap faktor-faktor yang diteliti. Hasilnya tidak mampu menjelaskan hubungan sebab akibat antara variabel independen dan dependen yang dikaitkan dengan gangguan mental emosional pada lansia.

Pada penelitian dengan menggunakan desain *cross sectional* faktor resiko yang menyebabkan terjadinya gangguan mental emosional berubah-ubah dan tidak hanya faktor resiko yang menyebabkan sakit tetapi juga durasi (waktu sakit) ikut berpengaruh.

Pada penelitian ini menggunakan desain *cross sectional* penelitian ini hanya bertujuan untuk membangun hipotesis tidak untuk menguji hipotesis tentang faktor resiko yang berhubungan dengan gangguan mental emosional pada lansia

BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

- 7.1.1 Prevalensi gangguan mental emosional pada lansia di DKI Jakarta berdasarkan hasil Riskesdas 2007 sebesar 21,1%.
- 7.1.2 Pada lansia yang mengalami gangguan gangguan mental emosional, proporsi yang terbanyak pada umur 60-69 tahun (51,7%), jenis kelamin perempuan (63,5%), tingkat pendidikan rendah (75,7%), tidak bekerja (70%), status ekonomi rendah (60,9%), kepala keluarga (56,1%), tidak menderita DM (86,5%), tidak menderita Hipertensi (57,8%), tidak menderita gangguan sendi (55,2%), status gizi normal(44,8%), dan mandiri(70,9%).
- 7.1.3 Berdasarkan umur proporsi gangguan mental emosional lebih besar pada umur ≥ 70 tahun (21,0%) daripada umur 60-69 tahun (16,3%) dan didapatkan PR =1,9(95%CI 1,5-2,3) nilai $p=0,001$
- 7.1.4 Berdasarkan jenis kelamin proporsi gangguan mental emosional lebih besar pada perempuan (26,0%) daripada laki-laki (15,9%) dan didapatkan PR =1,6(95%CI 1,3-2,0) nilai $p=0,001$
- 7.1.5 Berdasarkan tingkat pendidikan proporsi gangguan mental emosional lebih besar pada tingkat pendidikan rendah (26,8%) daripada tingkat pendidikan sedang (13,9%) dan tinggi(7,7%) didapatkan PR =4,3(95%CI 1,8-10,2) pada pendidikan rendah dan didapatkan PR =1,8(95%CI 1,6-2,2) pada pendidikan sedang nilai $p=0,001$
- 7.1.6 Berdasarkan pekerjaan proporsi gangguan mental emosional lebih besar pada tidak bekerja (24,2%) daripada yang bekerja (16,3%) dan didapatkan PR =1,4(95%CI 1,1-1,9) nilai $p=0,002$
- 7.1.7 Berdasarkan status ekonomi proporsi gangguan mental emosional lebih besar pada status ekonomi tinggi (24,1%) daripada status ekonomi rendah (19,6%) dan didapatkan PR =0,8 (95%CI 0,6-1,0) nilai $p=0,103$

- 7.1.8 Berdasarkan status dalam keluarga proporsi gangguan mental emosional lebih besar pada anggota keluarga (25,3%) daripada kepala keluarga (18,8%) dan didapatkan PR =1,3(95%CI 1,0-1,6) nilai p=0,014
- 7.1.9 Berdasarkan status perkawinan proporsi gangguan mental emosional lebih besar pada cerai (30,6%) daripada kawin (16,6%) dan didapatkan PR =1,9 (95%CI 1,8-2,5) nilai p=0,001.
- 7.1.10 Berdasarkan menderita DM proporsi gangguan mental emosional lebih besar pada yang menderita DM (31,6%) daripada yang tidak menderita DM (20,1%) dan didapatkan PR =1,6(95%CI 1,1-2,1) nilai p=0,011.
- 7.1.11 Berdasarkan menderita Hipertensi proporsi gangguan mental emosional lebih besar pada yang menderita (29,9%) daripada yang tidak menderita (15,9%) dan didapatkan PR =1,7(95%CI 1,3-2,1) nilai p=0,001)
- 7.1.12 Berdasarkan menderita gangguan sendi proporsi gangguan mental emosional lebih besar pada yang menderita (26,2%) daripada yang tidak menderita (18,3%) dan didapatkan PR =1,4(95%CI 1,1-1,8) nilai p=0,003
- 7.1.13 Berdasarkan status gizi proporsi gangguan mental emosional lebih besar pada yang kurus (27,4%) daripada gemuk (21,7%) dan yang normal (19,4%) didapatkan PR =1,1(95%CI 0,7-1,4) pada yang gemuk dan 1,4 (95%CI 1,3-1,9) nilai p=0,098.
- 7.1.14 Berdasarkan kemandirian fisik proporsi gangguan mental emosional lebih besar pada yang tidak mandiri (46,5%) daripada mandiri (17,3%) dan didapatkan PR =2,7 (95%CI 2,1-3,4) nilai p=0,001.

7.2 Saran

7.2.1 Bagi Pemerintah

Memperpanjang usia pensiun yang ada sekarang ini diharapkan dengan memperpanjang umur pensiun dapat menghambat terjadinya gangguan mental.pada lansia .

7.2.2 Bagi Lansia

Mengikuti kegiatan-kegiatan yang dilakuakn oleh kelompok –kelompok lansia seperti pengajian ibu-ibu dan kelompok senam lansia

7.2.3 Bagi Masyarakat

Bagi keluarga yang mempunyai lansia keluarganya dapat memperhatikan kebutuhan lansia diantaranya pemeriksaan kesehatan, kebutuhan ekonomi, dan gizi yang seimbang

7.2.4 Bagi Peneliti lain

Melakukan penelitian lanjutan untuk memperdalam penelitian ini dengan menggunakan desain studi yang berbeda



Daftar Pustaka

Dalami Armawati, dkk. (2009). *Asuhan Keperawatan Jiwa dengan masalah psikososial*. Trans Infomedia. Jakarta

Beyondblue. *Depresi dan kecemasan pada orang diabetes*. http://www.beyondblue.org.au/index.aspx?link_id=101&tmp=FileDownload&fid=523.

Beyondblue. *Depresi dan arthritis pada usia lanjut*. http://www.beyondblue.org.au/index.aspx?link_id=101&tmp=FileDownload&fid=927

Darmojo Rb . (2004). *Gerontologi sosial : masalah sosial dan psikologik golongan lanjut usia dalam geriatri (Ilmu kesehatan usia lanjut , edisi ke 3*. Balai Penerbit FK UI. Jakarta.

Darmojo Rb. (2006). *Gerontologi dan Geriatri di Indonesia dalam Buku ajar ilmu penyakit dalam , Edisi ke empat*. Pusat penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam FK UI. Jakarta.

Departemen Kesehatan.(2004). *Buku pedoman Upaya pembinaan kesehatan jiwa usia lanjut*. Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat. Jakarta

Departemen Kesehatan. (2007). *Pedoman Pengisian Kuisioner Riset Kesehatan Dasar tahun 2007*. Jakarta

Departemen Kesehatan. (2008). *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2007*. Jakarta

Departemen Sosial .(2006). *Undang-undang Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 1998 Tentang Kesejahteraan Lanjut Usia*. Ditjen Pelayanan dan Rehabilitasi Sosial, Direktorat Bina Pelayanan Sosial Lanjut Usia. Jakarta

Frida. (2005). *Prevalensi gangguan mental sesuai the composite international diagnostic interview (CIDI) 1.1 pada lanjut usia di Kelurahan Manggarai, Kecamatan Tebet, Jakarta Selatan*. Tesis. . FKUI. Jakarta

Hall, Michael. (1986). *Geriatrics; Aged; Health services for the aged; Medical care; case studies*, 2nd edition, John willey, New york

Hawari Dadang. (1990). *Pendekatan Psikiatri klinis pada penyalahgunaan zat (hubungan antara penyalahgunaan zatdengan gangguan kepribadian, anti sosial, kecemasan, depresi dan kondisi keluarga)*, Disertasi. FK UI.Jakarta

Idaian,Sri. (2008). *Analisis Gangguan Mental penduduk Indonesia*, Majalah Kedokteran Indonesia Volume 59, No 10.

Kompas. (2007). *penting deteksi dini gangguan jiwa*. 5 November 2007.

Koenig Hg & Blazer DG.(2003). *Depression, Anxiety and other mood disorders in geriatric medicine an evidence based approach*. Ed Christine K,Cassel et all, fourth edition, springer verlag new york, inc, New york

Kaplan, David W dan Mamel , Kathleen. (1991). *Interrelation of high risk adolescent behavior in current pediatric diagnosis and treatment*. prentice Hall International, INC

Kaplan, Harold I, Benjamin J sadock and jack A Gregg. (2005). *Sinopsis Psikiatri (Ilmu penyakit Jilid I dan II perelaku psikiatri klinis)*, Tangerang, Binarupa Aksara

Lemeshow, et.al.(1997). *Besar Sampel Dalam penelitian Kesehatan*. Gadjah Mada University Press. Yogyakarta

Maramis, Willy F dan Albert A Maramis.(2009). *Ilmu kedokteran Jiwa Edisi ke 2* . Surabaya Airlangga Press

Marini.(2006). *Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap kejadian depresi pada usia lanjut di Poli Geriatri RSUD Ciptomangunkusumo, Tahun 2006-2008*. Tesis. UI

Maryam, Siti R.(2008). *Mengenal usia lanjut dan perawatannya*. Jakarta. Salemba Medika

Maslim R. (2003) *Buku Saku Diagnosis Gangguan Jiwa: Rujukan Ringkas dari PPDGJ, ed III*, Jakarta

Baitul Alim Muhamad. *Gangguan Jiwa Penyakit Utama Dunia. 5 Oktober 2009*
<http://www.psikologizone.com/gangguan-jiwa-penyakit-utama-dunia/06511240>

Murti, Bhisma. (1997) *Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi*. Yogyakarta, Gadjah Mada University Press

Parsudi, Imam A,2009, *Ginjal dan Hipertensi dalam buku geriatri(ilmu kesehatan usia lanjut)* editor Darmojo, Jakarta

Potter, Patricia A. dan Anne G. Perry.(2009). *Fundamental Keperawatan Buku 1 Ed. 7*. Jakarta: Salemba Medika.

Rahajeng Ekowati.(1996). *Faktor-faktor pada pasien gangguan mental emosional yang berhubungan dengan perilaku pengobatan di Kelurahan Pulo Gadung Kecamatan Pulo Gadung Jakarta Timur Tahun 1996* , Tesis, FKM UI, Jakarta.

Roosehermatie, Betty .(2008). *Penyakit Kronis dan Gangguan Mental Emosional di Indonesia*, Puslitbang Sistem dan kebijakan Kesehatan, Surabaya

Siswoyo, Hadi. (2011). *Hubungan Kekerasan dalam Rumah Tangga Dengan Gangguan Mental Emosional pada Remaja dan Dewasa Muda di Lima Kota Besar*, Tesis. Jakarta. FKM UI

Sundari Siti. (2005). *Kesehatan Mental dalam kehidupan*. Jakarta. Rineka Cipta

Sarafino, Edward P. (2008). *Health Psychology , biopsychological interactions*, The College of New Jersey , USA, John Willey & Sons Publisher

Soedjono, CH, Probosuseno, Sari, NK.(2006). *Depresi Pada Pasien Usia Lanjut Dalam Buku Ajar Penyakit Dalam , Edisi Keempat Jilid III*. Pusat penerbitan Departemen Ilmu Penyakit dalam FK UI, Jakarta

Sutarto, J. Tito dan C. Ismul Cokro. (2009) *Pensiun Bukan Akhir Segalanya*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.

Stanley, Mickey dan Patricia Gauntlett Beare.(2006). *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*, Edisi 2., Jakarta: EGC

Stuart Gail.(2007). *Keperawatan Jiwa (Ramona dan Egi Komara Y, penerjemah)*, Jakarta, Buku Kedokteran EGC

Stuart, G Wiscarz, Sundeen Sandra.(2001) *Principles and practice of psychiatric Nursing*, USA, St. Louis

Tamher, S. dan Noorkasiani. (2009). *Kesehatan Usia Lanjut dengan Pendekatan Asuhan Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.

Universitas Indonesia. (2008). *Pedoman Teknis Tugas Akhir Mahasiswa Universitas Indonesia*. Depok.UI

Willy F dan Albert A Maramis(2009). *Ilmu Kedokteran Jiwa. Edisi 2, Cetakan pertama*.Surabaya.Airlangga Press .

WHO. (1994). *Users guide to the self Reporting Questionnaire (SRQ)*.Divison of Mental Health, Geneva.

WHO. 2008. *Global Burden of Diseases Update 2004*

Yosep Iyus, (2008). *Proses terjadinya gangguan jiwa(disampaikan pada penyuluhan kesehatan jiwa dan bahaya NAPZA di Desa Legok Kidul, Kecamatan Paseh, Kabupaten Sumedang), Jawa Barat, FIK Unpad*