



Tgl Menerima : 17-7-2008
Beli / Sumbangan : Pomlis
Nomor Induk : 1338/08
Klasifikasi : Lap. penelitian
Jul 2008

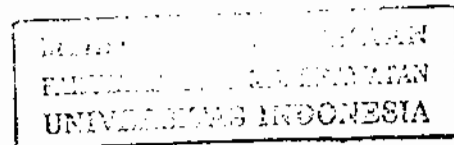
UNIVERSITAS INDONESIA

HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN
TINGKAT DEPRESI PADA LANSIA DI SALAH
SATU RW KELURAHAN PONDOKCINA
KECAMATAN BEJI KOTA DEPOK

Laporan Penelitian
Dibuat untuk memenuhi tugas akhir mata ajar
Riset Keperawatan pada
Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Oleh

DIENA JULIANA
0606059955
IKA SUKMAWATI
06060231



FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
2008

LEMBAR PERSETUJUAN

Penelitian dengan judul :

**Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tingkat Depresi
pada Lansia di Salah Satu RW Kelurahan Pondokcina
Kecamatan Beji Kota Depok**

Telah mendapatkan persetujuan
Depok, 30 Mei 2008

Mengetahui,
Koordinator Mata Ajar



(Hanny Handayani, SKp. Mkep.)
NIP. 132 161 165

Menyetujui,
Pembimbing Riset



(Tuti Nuraini, SKp. MBiomed)
NIP. 132 206 698



ABSTRAK

Lanjut usia (lansia) umumnya mengalami banyak perubahan baik fisik, mental, peran, kedudukan sosial serta perpisahan dengan orang-orang yang dicintai. Ketidakmampuan lansia beradaptasi terhadap perubahan-perubahan ini dan ketidakadekuatan dukungan keluarga dapat menimbulkan problem mental, salah satunya depresi. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat depresi pada lansia di salah satu RW Kelurahan Pondokcina, Kecamatan Beji Kota Depok. Penelitian ini menggunakan desain deskriptif korelasional dengan pendekatan *cross sectional*. Total sampel 40 orang lansia, Dukungan keluarga dikaji menggunakan kuesioner dukungan keluarga dan APGAR keluarga, sedangkan depresi dikaji dengan menggunakan GDS-15. Hasil penelitian menunjukkan bahwa 60% lansia mengalami depresi ringan, 40% lansia mengalami depresi sedang, tidak ada lansia yang mengalami depresi berat. Selain itu juga didapatkan bahwa mayoritas lansia (65%) yang menjadi responden mendapatkan dukungan keluarga yang tinggi, sedangkan 35% lainnya mendapatkan dukungan keluarga yang sedang. Hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat depresi pada lansia diketahui dengan menggunakan uji Kai kuadrat. Dukungan keluarga terbukti secara bermakna mempengaruhi tingkat depresi pada lansia. Dari penelitian ini dapat disimpulkan bahwa lansia membutuhkan dukungan keluarga guna menghadapi berbagai perubahan sebagai akibat proses menua. Hasil studi ini dapat digunakan untuk meningkatkan pelayanan terhadap lansia melalui pemberdayaan keluarga dalam memberikan dukungan yang lebih efektif.

Kata Kunci : depresi, dukungan keluarga, lansia



Kata Pengantar

Puji dan syukur peneliti panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah memberikan rahmat serta ridho-Nya sehingga laporan penelitian yang berjudul “Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tingkat Depresi Lansia pada Salah Satu RW di Kelurahan Pondokcina, Kecamatan Beji, Kota Depok” ini dapat kami selesaikan.

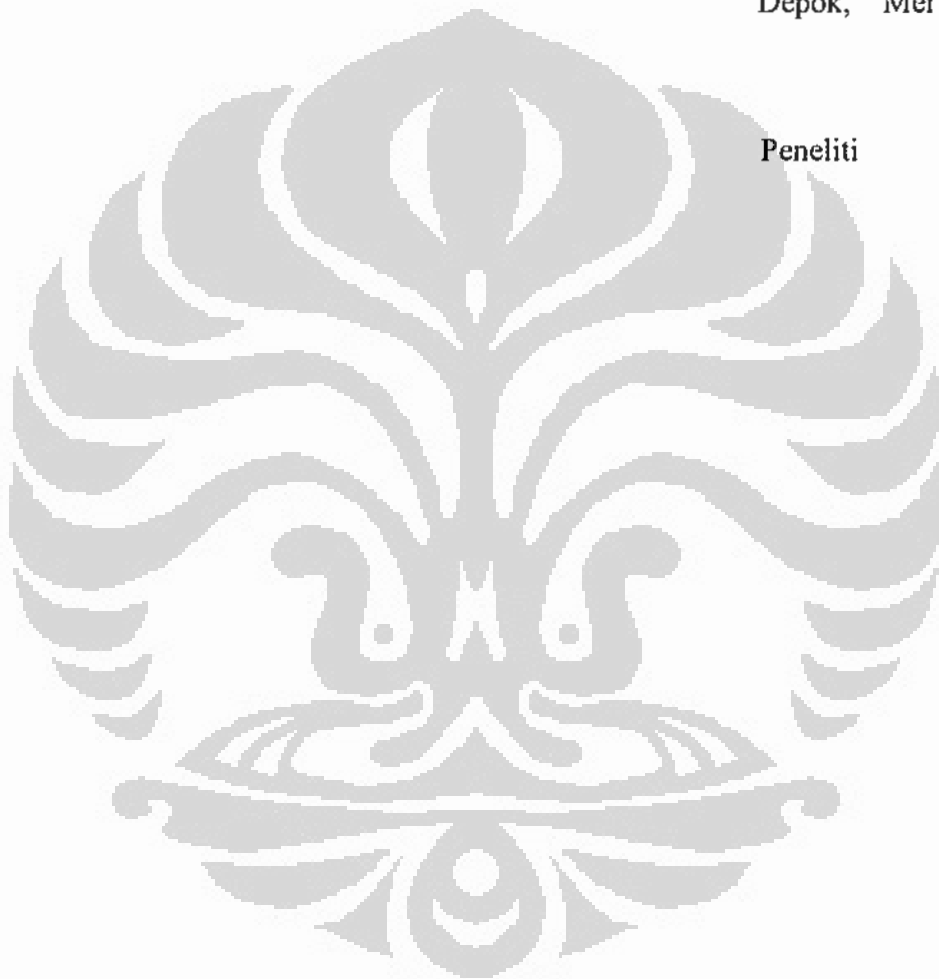
Laporan penelitian ini dapat kami selesaikan dengan bimbingan dan dukungan dari banyak pihak. Oleh karena itu, dalam kesempatan ini peneliti ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ibu Dewi Irawati, MA. PhD. selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Ibu Tuti Nuraini, SKp. M. Biomed. selaku pembimbing riset.
3. Ibu Hanny Handiyani, SKp. MKep. selaku koordinator Mata Ajar Riset Keperawatan.
4. Para dosen dan staf karyawan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
5. Seluruh keluarga kami yang selalu mendoakan dan memberikan dukungan.
6. Teman-teman seangkatan Ekstensi pagi 2006 yang selalu “SOLID”.
7. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu.

Peneliti menyadari bahwa masih terdapat kekurangan dalam proposal penelitian ini. Oleh karena itu peneliti sangat mengharapkan kritikan dan saran yang membangun agar penelitian mendatang dapat lebih baik lagi. Peneliti berharap proposal penelitian ini dapat bermanfaat bagi semua pihak terutama profesi keperawatan.

Depok, Mei 2008

Peneliti





DAFTAR ISI

	Halaman
LEMBAR PERSETUJUAN	i
ABSTRAK	ii
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	v
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR SKEMA	viii
DAFTAR LAMPIRAN	x
BAB I : PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Masalah Penelitian.....	4
C. Tujuan Penelitian.....	5
D. Manfaat Penelitian.....	5
BAB II : STUDI KEPUSTAKAAN	
A. Teori dan Konsep Terkait.....	7
B. Penelitian Terkait.....	28
BAB III : KERANGKA KERJA PENELITIAN	
A. Kerangka Konsep.....	29
B. Hipotesa Penelitian.....	30
C. Definisi Operasional.....	30
BAB IV : METODE PENELITIAN	
A. Desain Penelitian.....	33
B. Populasi dan Sampel.....	33
C. Etika Penelitian.....	35

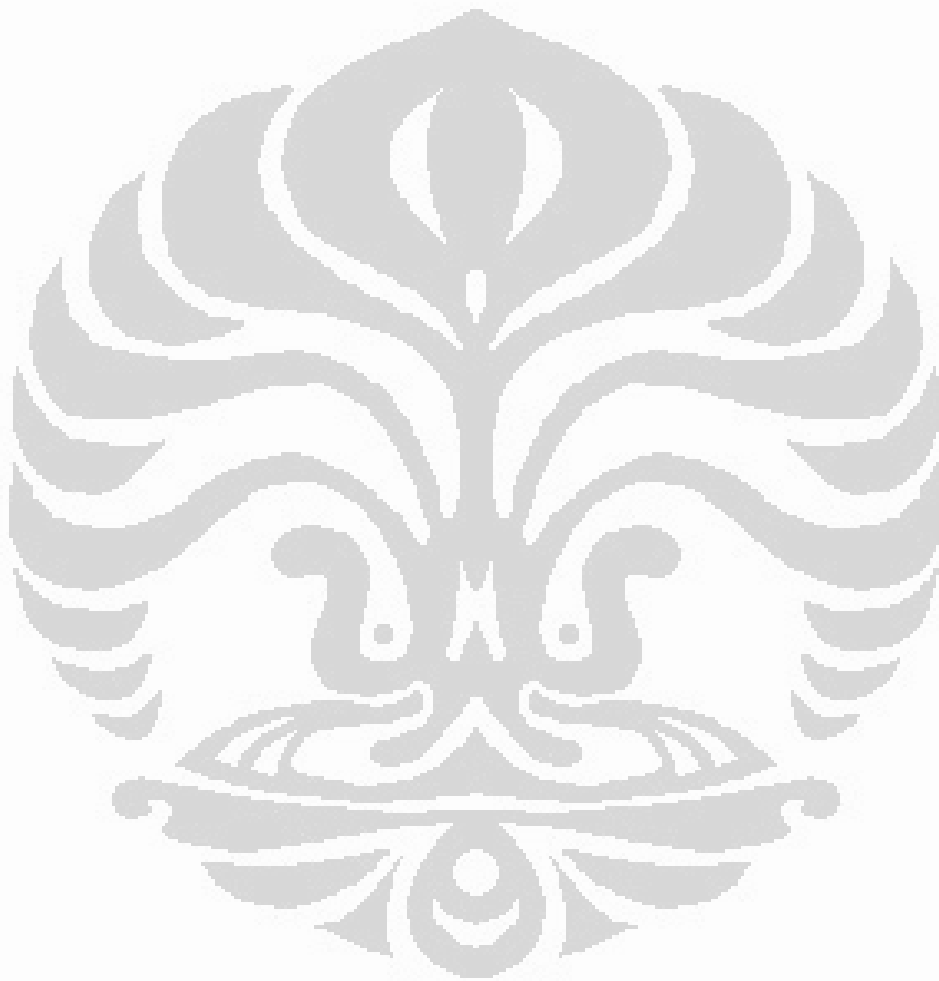
D. Alat Pengumpulan Data.....	36
E. Uji Coba Kuesioner.....	38
F. Prosedur Pengumpulan Data.....	38
G. Pengolahan dan Analisa Data.....	40
H. Jadwal Penelitian.....	43
BAB V : HASIL PENELITIAN	
A. Analisis Univariat.....	45
B. Analisis Bivariat.....	49
BAB VI : PEMBAHASAN	
A. Interpretasi dan Diskusi Hasil.....	50
B. Keterbatasan Penelitian.....	53
BAB VII : SIMPULAN DAN SARAN	
A. Simpulan.....	56
B. Saran	57
DAFTAR PUSTAKA.....	59
LAMPIRAN.....	61

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 3.1 Definisi Operasional Variabel Penelitian.....	31
Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan karakteristik lansia di salah satu RW Kelurahan Pondokcina Kecamatan Beji Kota Depok bulan Mei 2008 (n=40).....	46
Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Dukungan Keluarga pada lansia di salah satu RW Kelurahan Pondokcina Kecamatan Beji Kota Depok bulan Mei 2008 (n=40).....	47
Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Tingkat Depresi pada lansia di salah satu RW Kelurahan Pondokcina Kecamatan Beji Kota Depok bulan Mei 2008 (n=40).....	48
Tabel 5.4 Analisa Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tingkat Depresi Terhadap Lansia di salah satu RW Kelurahan Pondokcina Kecamatan Beji Kota Depok bulan Mei 2008 (n=40).....	49

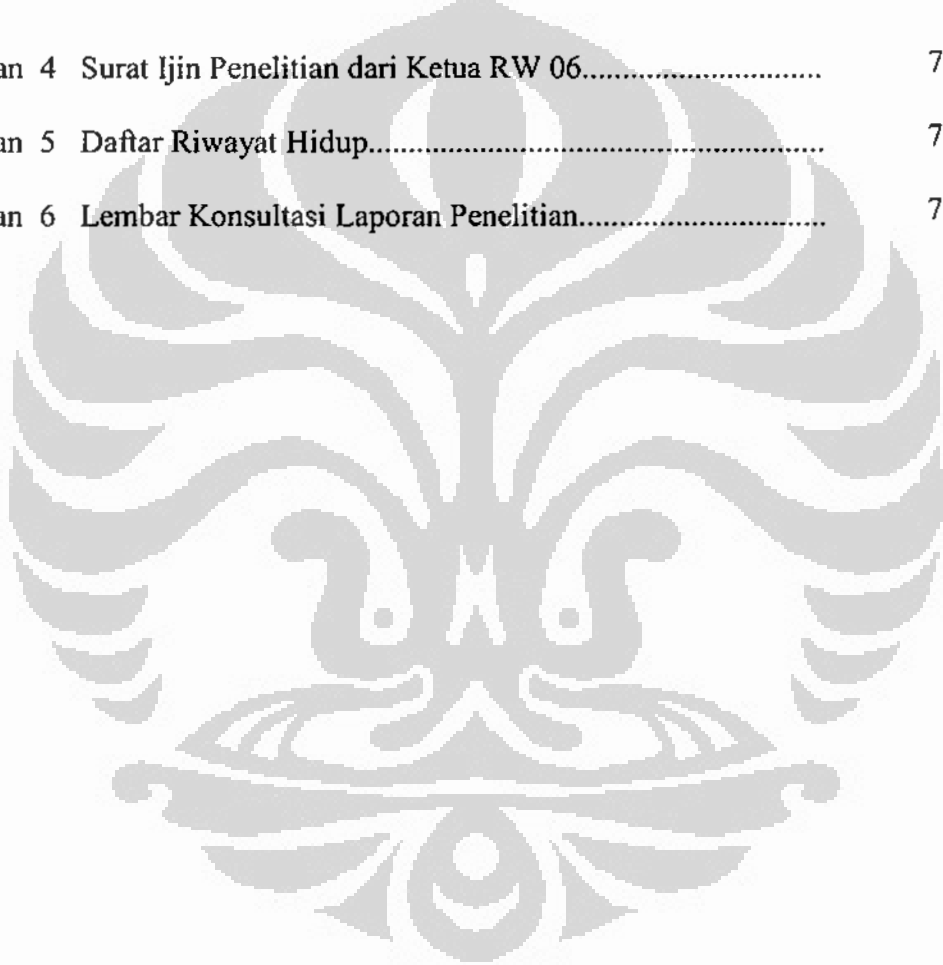
DAFTAR SKEMA

	Halaman
Skema 3.1 Skema Konsep Penelitian.....	29



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 Lembar Persetujuan Responden.....	62
Lampiran 2 Kuesioner Penelitian.....	63
Lampiran 3 Surat Permohonan Ijin Praktek Riset Keperawatan dari FIK UI.....	75
Lampiran 4 Surat Ijin Penelitian dari Ketua RW 06.....	76
Lampiran 5 Daftar Riwayat Hidup.....	77
Lampiran 6 Lembar Konsultasi Laporan Penelitian.....	79





BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Usia lanjut merupakan bagian dari proses alamiah kehidupan yang tidak dapat dihindari dan akan dialami oleh setiap individu. Pada tahap ini individu mengalami banyak perubahan baik secara fisik maupun mental khususnya kemunduran dalam berbagai fungsi dan kemampuan yang pernah dimilikinya. Perubahan penampilan fisik sebagai bagian dari proses penuaan yang normal seperti menurunnya ketajaman panca indera, berkurangnya daya tahan tubuh merupakan ancaman bagi integritas orang usia lanjut. Selain itu, mereka masih harus berhadapan dengan perubahan peran, kedudukan sosial serta perpisahan dengan orang-orang yang dicintai. Kondisi-kondisi tersebut diatas menyebabkan lanjut usia (lansia) menjadi lebih rentan untuk mengalami problem mental (Soejono, Setiati & Wiwie, 2000).

Depresi merupakan salah satu gangguan fungsi psikososial yang paling umum terjadi pada lansia. Hal ini ditunjukkan dengan penelitian yang dilakukan pada perawatan primer, rumah sakit dan perawatan jangka panjang. Pada perawatan primer depresi teridentifikasi pada 17%-37% pasien lansia, 30% diantaranya mengalami depresi mayor. Di rumah sakit 11% dari pasien lansia mengalami depresi mayor dan 25% mengalami *less severe depression*. Pada perawatan jangka panjang 12% dan 30% pasien lansia mengalami depresi mayor

dan *less severe depression* (Serbi dan Yu, 2003 dalam Luecknotte, 2006). Pada tahun 2020 depresi akan menduduki urutan teratas di negara berkembang termasuk Indonesia (Soejono, Setiati & Wiwie, 2000).

Depresi pada lansia seringkali tidak terdeteksi, misdiagnostik dan tidak ditangani dengan baik (Miller, 2004). Hal ini disebabkan oleh berbagai faktor antara lain fakta bahwa depresi pada lansia bisa tertutupi oleh gangguan fisik. Selain itu, isolasi sosial, penolakan dan kurangnya pemahaman terhadap proses penuaan ikut berkontribusi terhadap kesalahan-kesalahan tersebut. Jika depresi pada lansia tidak terdiagnosa, akibatnya tidak tertangani dengan baik sehingga bisa menyebabkan peningkatan kesakitan dan kematian pada lansia.

Terjadinya depresi pada lansia merupakan interaksi faktor biologik, psikologik dan sosial. Dari aspek biologik usia lanjut mengalami kehilangan dan kerusakan banyak sel-sel saraf maupun zat neurotransmiter, resiko genetik maupun adanya penyakit tertentu seperti kanker, DM, stroke memudahkan terjadinya gangguan depresi. Sedangkan faktor psikologik yang berperan dalam timbulnya depresi adalah rasa rendah diri, kurang percaya diri, kurangnya rasa keakraban dan ketidak berdayaan karena menderita penyakit kronis. Faktor sosial pada lansia adalah berkurangnya interaksi sosial, kesepian, berkabung dan kemiskinan dapat mencetuskan depresi. Perubahan fungsi biologis bisa menyebabkan masalah psikologis yang akhirnya berakibat pada timbulnya masalah sosial pada lansia. Semua hal tersebut menuntut kemampuan beradaptasi yang cukup besar.

Tahap lansia merupakan tahap *integrity versus dispair* yakni individu yang sukses melampaui tahap ini akan dapat beradaptasi dengan baik, menerima

berbagai perubahan dengan tulus, mampu berdamai dengan keterbatasannya, bertambah bijak menyikapi kehidupan. Sebaliknya mereka yang gagal akan melewati tahap ini dengan penuh pemberontakan, putus asa dan ingkar terhadap kenyataan yang dihadapinya (Erikson, 1950 dalam Leahy dan Kizilay, 1998). Sukses tidaknya seseorang melewati tahap ini dipengaruhi oleh maturitas kepribadian pada fase sebelumnya, tekanan hidup yang dihadapinya dan dukungan dari lingkungan terdekatnya termasuk keluarga.

Dukungan sosial dapat mengurangi efek negatif stress dan mencegah depresi pada lansia. Penelitian yang dilakukan oleh Chung (1995) menunjukkan bahwa efek dari kejadian negatif dalam hidup seperti kehilangan pekerjaan dan pasangan pada lansia yang bisa menyebabkan depresi dapat dikurangi oleh adanya dukungan sosial dari orang-orang yang berarti. Selain itu, diketahui adanya efek positif dari dukungan sosial terhadap keberdayaan diri pada lansia.

Lansia di Indonesia umumnya tinggal bersama keluarga sehingga keluarga dapat digolongkan sebagai orang-orang yang berarti bagi lansia. Dukungan keluarga merupakan salah satu bentuk dari terapi keluarga yang termasuk pada penatalaksanaan depresi pada usia lanjut. Melalui dukungan keluarga, lansia akan merasa masih ada yang memperhatikan, ikut merasakan, mau membantu mengatasi beban hidupnya. Jadi dengan adanya dukungan keluarga yang mempunyai ikatan emosional setidaknya akan memberikan kekuatan pada lansia untuk menjalani hari tua yang lebih baik.

B. Masalah Penelitian

Depresi merupakan salah satu problem mental yang sering ditemukan pada komunitas usia lanjut. Banyak faktor yang berpengaruh terhadap munculnya depresi pada usia lanjut baik organo biologik maupun psikososial. Secara organobiologik depresi pada usia lanjut dikaitkan dengan menurunnya aktivitas neurotransmitter, perubahan anatomis dan sensitivitas reseptor, dan pemakaian obat-obat tertentu khususnya obat anti hipertensi. Dari aspek psikososial dapat berupa respon terhadap kehilangan peran, kematian pasangan atau kerabat dekat, pindah tempat tinggal, ataupun memasuki masa pensiun.

Masalah depresi pada lansia yang ada di keluarga seringkali masih belum dipahami, sehingga banyak kasus depresi yang tidak dikenali dan tidak diobati. Kurangnya penghargaan, menurunnya nilai-nilai kekerabatan, komunikasi keluarga dan pelaksanaan tugas kesehatan keluarga yang merupakan suatu bentuk dukungan terhadap lansia akan mengakibatkan semakin bertambahnya tingkat depresi yang terjadi pada usia lanjut.

Berdasarkan uraian diatas, maka permasalahan dalam penelitian ini adalah:

1. Bagaimana dukungan keluarga yang diterima oleh lansia yang ada di keluarga ?
2. Bagaimana tingkat depresi lansia yang ada di keluarga ?
3. Adakah hubungan dukungan keluarga terhadap pencegahan depresi pada lansia di keluarga ?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengidentifikasi hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat depresi pada lansia disalah satu RW Kelurahan Pondokcina.

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus dalam penelitian ini adalah mengidentifikasi:

- a. Katakarakteristik lansia yang tinggal bersama keluarga.
- b. Dukungan keluarga yang diterima oleh lansia yang ada di keluarga.
- c. Tingkat depresi lansia yang ada di keluarga.
- d. Hubungan dukungan keluarga terhadap tingkat depresi pada lansia di keluarga.

D. Manfaat Penelitian

Manfaat yang diharapkan dari penelitian ini adalah:

1. Bagi keluarga

Sebagai upaya untuk meningkatkan pengetahuan dan pemahaman keluarga tentang pentingnya memberikan dukungan kepada anggota keluarganya yang lansia agar dapat mencegah terjadinya depresi pada lansia.

2. Bagi peneliti

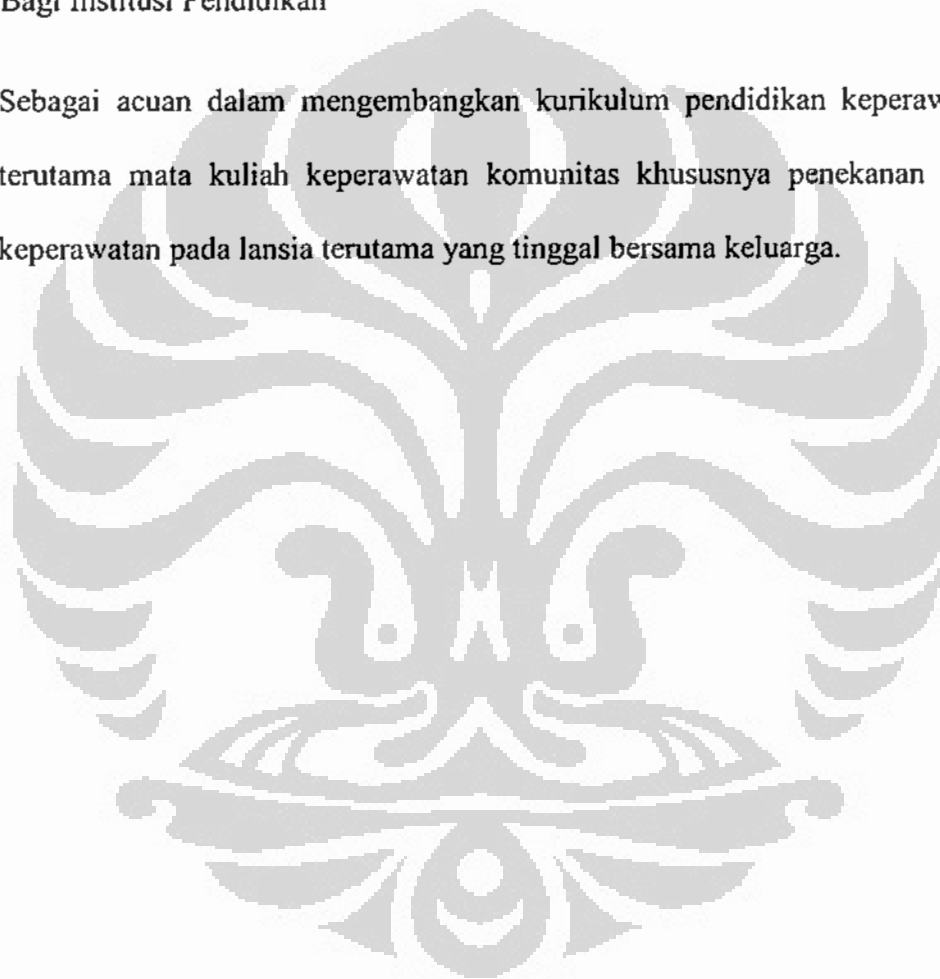
Sebagai dasar untuk penelitian selanjutnya dalam hal membuktikan lebih lanjut hubungan antara dukungan keluarga dengan depresi pada lansia.

3. Bagi perawat

Sebagai upaya pengembangan keilmuan keperawatan komunitas khususnya keperawatan gerontik, sehingga mampu mengkaji pengaruh dukungan keluarga terhadap pencegahan depresi pada lansia sehingga dapat dijadikan dasar pengembangan model pelayanan.

4. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai acuan dalam mengembangkan kurikulum pendidikan keperawatan terutama mata kuliah keperawatan komunitas khususnya penekanan pada keperawatan pada lansia terutama yang tinggal bersama keluarga.





BAB II

STUDI KEPUSTAKAAN

Pada bab ini akan diuraikan tentang teori, konsep serta penelitian yang terkait dengan dukungan keluarga dan depresi pada lansia.

A. Teori dan Konsep Terkait

1. Konsep keluarga

a. Pengertian keluarga

Ada beberapa definisi keluarga yang sebagian besar mencakup elemen yang sama, yaitu menggambarkan keluarga berdasarkan struktur dan fungsinya. Menurut Depkes RI (1988, dalam Effendi 1998), keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat, terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah suatu atap dalam keadaan saling ketergantungan. Pendapat lain mendefinisikan keluarga sebagai dua orang atau lebih yang tergantung satu sama lain untuk mendapat dukungan emosional, fisik dan ekonomi (Hanson, 2001 dalam Doane dan Varcoe, 2004)

Burgers (1963, dalam Friedman 1992) menjelaskan bahwa keluarga terdiri dari orang-orang yang disatukan oleh ikatan perkawinan, darah dan adopsi yang hidup dalam satu rumah tangga, antar anggota keluarga saling berinteraksi dalam peran sosialnya dan mempertahankan suatu

kultur untuk bersama-sama mencapai tujuan bersama. Jadi, dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa keluarga adalah beberapa orang yang bergabung karena adanya suatu hubungan, saling berinteraksi, saling tergantung untuk mendapatkan dukungan dan mempunyai tujuan bersama.

Keluarga diharapkan menjadi tempat dimana lansia merasa memiliki dan menjadi sumber kebahagiaan dan kepuasan. Lansia yang mempunyai keluarga dapat melihat kembali keberhasilan yang sudah mereka lakukan, misalnya: melihat kesuksesan anak-anak mereka atau menikmati bermain bersama cucu. Anggota keluarga juga merupakan merupakan sumber dukungan yang sangat baik ketika lansia mengalami kehilangan dari kematian pasangan, pensiun dan penurunan kesehatan (Tyson, 1999).

b. Fungsi-fungsi keluarga

Fungsi keluarga biasanya didefinisikan sebagai hasil atau konsekuensi dari struktur keluarga. Adapun fungsi keluarga tersebut adalah (Friedman, 1998):

1) Fungsi afektif (fungsi pemeliharaan kepribadian)

Fungsi ini untuk memelihara stabilitas kepribadian kaum dewasa, memenuhi kebutuhan-kebutuhan para anggota keluarga.

2) Fungsi sosialisasi dan fungsi penempatan sosial

Fungsi ini untuk meningkatkan sosialisasi primer anak-anak yang bertujuan untuk membuat mereka menjadi anggota keluarga.

3) Fungsi reproduktif

Fungsi ini bertujuan untuk menjaga kelangsungan generasi dan juga untuk kelangsungan hidup bermasyarakat.

4) Fungsi ekonomis

Fungsi ini untuk mengadakan sumber-sumber ekonomi yang memadai dan pengalokasian sumber-sumber tersebut secara efektif.

5) Fungsi perawatan kesehatan

Fungsi ini untuk mengadaan kebutuhan-kebutuhan fisik, pangan, sandang, papan dan perawatan kesehatan.

c. Tugas-tugas keluarga dalam bidang kesehatan

Menurut Freeman (1981, dalam Effendi, 1998), ada lima tugas kesehatan keluarga yang harus dilakukan berkaitan dengan lansia adalah:

1) Mengenal masalah kesehatan lansia.

Lansia merupakan unit keluarga yang sangat rentan dengan berbagai masalah kesehatan biopsikososio spiritual. Keluarga harus mampu mengenal dan menyadari masalah yang mungkin akan muncul atau sedang dialami oleh lansia tersebut untuk dapat dicegah dan diatasi.

- 2) Mengambil keputusan yang tepat untuk mengatasi masalah kesehatan lansia

Keluarga diharapkan dapat mengambil keputusan tepat terhadap masalah yang mungkin muncul ataupun yang telah terjadi. Hal ini berkaitan dengan pengambil keputusan utama dalam keluarga.

- 3) Merawat anggota keluarga lansia

Merawat lansia dalam hal ini tidak saja merawat lansia yang telah sakit tapi juga merawat lansia agar tetap sehat dan terhindar dari masalah kesehatan yang mungkin muncul.

- 4) Memodifikasi lingkungan fisik dan psikologis sehingga lansia dapat beradaptasi terhadap proses penuaan tersebut.

Keluarga diharapkan mampu memodifikasi lingkungan lansia untuk mencegah munculnya masalah kesehatan yang beresiko terjadi pada lansia serta mengoptimalkan kemampuan lansia yang mengalami masalah kesehatan seperti cedera.

- 5) Menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan dan sosial dengan tepat sesuai dengan kebutuhan lansia.

Keluarga diharapkan mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan seperti Puskesmas, dokter, RS untuk lansia yang mengalami masalah kesehatan. Selain itu, keluarga juga diharapkan mampu memfasilitasi lansia dalam memanfaatkan fasilitas sosial yang ada di masyarakat.

d. Dukungan keluarga bagi kesehatan lansia

Perubahan aspek psikososial yang dialami lansia merupakan suatu kondisi yang perlu dipahami dan membutuhkan perhatian bagi perawat. Dengan adanya perubahan-perubahan yang dihadapi, lansia perlu melakukan penyesuaian diri atau beradaptasi. Seperti yang telah dijelaskan dalam teori Adaptasi Roy bahwa kemampuan seseorang dalam beradaptasi sangat dipengaruhi oleh stimulus yaitu stimulus fokal, residual dan kontekstual. Stimulus kontekstual yang dapat mempengaruhi respon lansia terhadap kehilangan yang dihadapinya adalah dukungan dari keluarga. Hal ini karena lansia merupakan subsistem dari keluarga yang dapat mempengaruhi status kesehatan keluarga dan juga dipengaruhi oleh keluarga (Roy, 1991)

Ada beberapa upaya intervensi yang dapat diberikan untuk meningkatkan kesehatan psikososial lansia dan menurunkan dampak kehilangan. Intervensi tersebut yaitu: menggunakan komunikasi untuk meningkatkan harga diri, memfasilitasi secara maksimal kemandirian lansia, promosi terhadap kontrol diri serta memberikan dukungan sosial (*social support*) terutama dari keluarga sebagai orang-orang terdekat (Miller, 2004)

Keluarga merupakan *support system* (sistem pendukung) yang berarti sehingga dapat memberi petunjuk tentang kesehatan mental klien, peristiwa dalam hidupnya dan sistem dukungan yang diterima. Sistem dukungan penting bagi kesehatan lanjut usia terutama fisik dan emosi. Lansia yang sering dikunjungi, ditemani dan mendapatkan dukungan akan mempunyai kesehatan mental yang lebih baik (Hogstel, 1995).

Keluarga dan teman merupakan sistem pendukung dalam meningkatkan kesehatan lansia. Keberadaan teman juga dapat menjadikan stimulus bagi lansia untuk mau berinteraksi lebih baik dengan individu lain. Teman mempunyai nilai stimulus, menambah minat dan kesempatan untuk bersosialisasi dalam hidup bersama kelompok yang diperoleh dari interaksi merupakan pengetahuan, ide atau pandangan tentang kehidupan sosialnya. Selain teman, dukungan keluarga juga merupakan sesuatu yang bermakna bagi lansia untuk dapat beradaptasi terhadap proses berduka (Wright, 1992)

Menurut Logan dan Dawkin (1986), dukungan keluarga merupakan proses hubungan di antara keluarga dengan lingkungan sosialnya. Jenis dukungan yang dapat diberikan oleh keluarga kepada lansia dapat berbentuk komunikasi secara reguler, interaksi sosial, emosional, mempertahankan kegiatan rumah tangga, menyiapkan makanan, dukungan menggunakan sarana transportasi dan dukungan finansial. Lebih lanjut mereka menjelaskan bahwa dukungan emosional merupakan aspek penting dalam keluarga termasuk membantu anggota keluarga dalam memfasilitasi kehilangan, ketidakmampuan akibat penyakit kronis, dan membantu anggota keluarga dalam menghadapi berbagai situasi yang terjadi.

Tes APGAR Keluarga dikembangkan untuk mengukur *adaptation, partnership, growth, affection* dan *resolve* (Smilkstein, 1982 dalam Luecknotte, 2006). Penyusun instrumen ini menyeleksi faktor-faktor tersebut berdasarkan tema umum yang dijelaskan pada literatur-literatur

ilmu sosial. Masing-masing dari lima area dalam akur mengandung pertanyaan yang berhubungan dengan area tersebut menggunakan pertanyaan tertutup mengenai fungsi keluarga. memilih dari 1 dari 3 pilihan yang akan memungkinkan pewawancara membuat suatu pengukuran yang kuantitatif mengenai kepuasan lansia terhadap keluarga. Smilkstein mengarahkan agar instrument ini digunakan jika keluarga dilibatkan dalam perawatan klien, jika klien baru bergabung dalam sistem atau membutuhkan informasi dalam menangani suatu keluarga yang mengalami siklus disfungsional (Hogstel, 1995).

2. Konsep depresi pada lansia

Depresi adalah salah satu gangguan mental yang paling sering terjadi pada lansia.

a. Batasan lansia

Lansia dikelompokkan menjadi: 1) Usia pertengahan (*middle age*), ialah kelompok usia 45 sampai 59 tahun, 2) Lanjut usia (*elderly*): antara 60 dan 74 tahun, 3) Lanjut usia tua (*old*): antara 75 dan 90 tahun, 4) Usia sangat tua (*very old*): diatas 90 tahun (World Health Organization (WHO) dalam Wahyudi, 2000). Sedangkan menurut UU no 13 tahun 1998 tentang kesejahteraan lanjut usia dalam BAB I pasal 1 ayat 2, lansia adalah seseorang yang mencapai usia 60 tahun ke atas. Jadi, berdasarkan kedua pengertian tersebut, lansia adalah seseorang yang berusia minimal 60 tahun (Wahyudi, 2000).

b. Teori proses menua

Ada beberapa teori yang menjelaskan mengenai proses menua, di antaranya teori-teori biologi dan psikososial.

1) Teori-teori biologi

a) Teori mutasi somatik

Menurut teori ini menua telah terprogram secara genetik untuk spesies-spesies tertentu. Menua terjadi sebagai akibat dari perubahan biokimia yang diprogram oleh molekul-molekul/DNA dan setiap sel pada saatnya akan mengalami mutasi.

b) Teori dipakai dan usang

Kelebihan usaha dan stress menyebabkan sel-sel tubuh lelah (terpakai).

c) Teori autoimun

Di dalam proses metabolisme tubuh, suatu saat diproduksi suatu zat khusus. Ada jaringan tubuh tertentu yang tidak tahan terhadap zat tersebut sehingga jaringan tubuh menjadi sakit.

d) Teori *immunology slow virus*

Sistem imun menjadi efektif dengan bertambahnya usia dan masuknya virus ke dalam tubuh dapat menyebabkan kerusakan organ tubuh.

e) Teori stress

Menua terjadi akibat hilangnya sel-sel yang biasa digunakan tubuh. Regenerasi jaringan tidak dapat mempertahankan kestabilan lingkungan internal, kelebihan usaha dan stres menyebabkan sel-sel tubuh lelah terpakai.

f) Teori radikal bebas

Radikal bebas dapat terbentuk di alam bebas. Tidak stabilnya radikal bebas) mengakibatkan oksidasi oksigen bahan-bahan organik seperti karbohidrat dan protein. Radikal bebas ini menyebabkan sel-sel tidak dapat regenerasi.

g) Teori rantai silang

Sel-sel yang tua atau usang, reaksi kimianya menyebabkan ikatan yang kuat, khususnya jaringan kolagen. Ikatan ini menyebabkan kurangnya elastis, kekacauan, dan hilangnya fungsi.

h) Teori program

Kemampuan organisme untuk menetapkan jumlah sel yang membelah setelah sel-sel tersebut mati.

2) Teori psikososial

a) Teori aktivitas

(1) Ketentuan akan meningkatnya pada penurunan jumlah kegiatan secara langsung. Teori ini menyatakan bahwa lanjut usia yang sukses adalah mereka yang aktif dan ikut banyak dalam kegiatan sosial.

(2) Ukuran optimum (pola hidup) dilanjutkan pada cara hidup dari lanjut usia

(3) Mempertahankan hubungan antara sistem sosial dan individu agar tetap stabil dari usia pertengahan ke lanjut usia.

b) Teori berkelanjutan

Dasar kepribadian atau tingkah laku tidak berubah pada lanjut usia. Teori ini merupakan gabungan dari teori di atas. Pada teori ini menyatakan bahwa perubahan yang terjadi pada seseorang yang lanjut usia sangat dipengaruhi oleh tipe kepribadian yang dimilikinya.

c) Teori pemisahan

Teori ini menyatakan bahwa dengan bertambahnya usia, seseorang secara berangsur-angsur mulai melepaskan diri dari kehidupan sosialnya atau menarik diri dari pergaulan sekitarnya. Keadaan ini mengakibatkan interaksi sosial lanjut usia menurun,

baik secara kualitas maupun kuantitas sehingga sering terjadi kehilangan ganda (*Triple Loos*), yakni: (1) Kehilangan peran (*Loos of role*), (2) Hambatan kontak sosial (*Restriction of contact and relationships*) dan (3) Berkurangnya komitmen (*Reduced commitment to social mores and values*).

c. Perubahan-perubahan yang terjadi pada lansia

Menurut Wahyudi (2000), beberapa perubahan yang bisa terjadi pada lansia yaitu:

1) Perubahan-perubahan fisik

Meliputi perubahan dari tingkat sel sampai ke semua sistem organ tubuh diantaranya sistem pernafasan, pendengaran, penglihatan, kardio vaskuler, sistem pengaturan temperatur tubuh, sistem respirasi, muskuloskeletal, gastrointestinal, genitourinaria, endokrin dan integumen

2) Perubahan-perubahan mental

Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan mental diantaranya adalah perubahan fisik, kesehatan umum, tingkat pendidikan, keturunan, lingkungan, gangguan saraf panca indera, gangguan gizi, rangkaian kehilangan, hilangnya kekuatan dan ketegapan fisik yang menyebabkan perubahan terhadap gambaran diri serta perubahan konsep diri.

hidupnya, mengalami perasaan tidak berguna dan tidak punya harapan serta perubahan perilaku lainnya (Luecknotte, 2006).

f. Jenis-jenis depresi pada lansia

Depresi pada lansia bisa dibedakan menjadi dua kategori, yaitu: *depressive disorder* dan *bipolar disorder* (Luecknotte, 2006). *Depressive disorder* bisa bervariasi dari depresi mayor hingga *dysthymia* yang merupakan suatu rentang kronik (2 tahun atau lebih) dari gejala depresi. Pada *bipolar disorder* gejala depresi bisa berubah menjadi gejala manik yang terlihat sebagai peningkatan *mood* abnormal. Peralihan antara periode depresi dan mania bisa terjadi secara cepat.

g. Faktor pendukung terjadinya depresi pada lansia

Menurut Townsend (1998), terdapat 2 teori untuk menjelaskan faktor pendukung terjadinya depresi yaitu:

1) Teori biologis

Teori biologis menjelaskan beberapa hal yang merupakan faktor pendukung terjadinya depresi secara biologis yaitu genetik dan biokimia. Teori genetik menjelaskan dari berbagai penelitian ditemukan bahwa terdapat dukungan keterlibatan herediter dalam penyakit depresi. Luasnya akibat depresi lebih besar pada individu-individu yang memiliki hubungan keluarga dengan kelainan tersebut daripada populasi umum (DSM-III-R, 1987 dalam Townsend 1998).

Teori biokimia menjelaskan bahwa ketidakseimbangan elektrolit yaitu kesalahan hasil metabolisme dalam perubahan natrium dan kalium di dalam neuron tampak memainkan peranan dalam penyakit depresif (Gibbons, 1960 dalam Townsend, 1998). Teori biokimia yang lainnya menyangkut biogenik amin, norepinefrin, dopamin, dan serotinin. Tingkatan zat-zat kimia ini mengalami defisiensi dalam individu dengan penyakit depresif (Janowsky, 1988 dalam Townsend, 1998).

2) Teori psikososial

Teori-teori psikososial menjelaskan beberapa hal yang merupakan faktor pendukung terjadinya depresi secara psikososial. Teori psikoanalisa menurut Klein (1934, dalam Townsend, 1998) melibatkan suatu ketidakpuasan dalam hubungan awal ibu-bayi sebagai suatu predisposisi untuk penyakit depresif. Ahli teori-teori kognitif yakin bahwa penyakit depresif terjadi sebagai suatu hasil dari kelainan kognitif (Beck, 1979 dalam Townsend, 1998).

Teori Pembelajaran menurut Seligman (1973, dalam Townsend, 1998) mengemukakan bahwa penyakit depresif dipengaruhi oleh keyakinan individu bahwa ada kurang kontrol atau situasi-situasi kehidupannya. Pembelajaran atas ketidakberdayaan ini digambarkan sebagai suatu predisposisi untuk penyakit depresif. Teori kehilangan objek menyatakan bahwa penyakit depresif terjadi jika pribadi tersebut terpisah dari atau ditolak orang terdekat selama 6 bulan pertama kehidupan (Bowly, 1973 dalam Townsend, 1998).

h. Penyebab depresi pada lansia

Menurut Hogstel (1995), ada beberapa penyebab depresi pada lansia, yaitu:

1) Penyakit mental yang lain

Depresi bisa dihubungkan dengan gangguan psikiatrik lain seperti *schizophrenia (catatonic)*, *schizophrenia form disorder* dan *dimensia*.

2) Kehilangan

Lansia dapat mengalami banyak kehilangan. Setiap kehilangan memicu reaksi berduka dan tiap periode berduka menyebabkan perubahan. Perubahan-perubahan ini bisa menyebabkan kebingungan, disorientasi dan *sub sequent withdrawal* (Garret, 1987 dalam Hogtel, 1995). Setiap kehilangan bisa meningkatkan kerentanan individu terhadap kehilangan berikutnya. Dampak dari akumulasi kehilangan bisa lebih besar pada lansia karena lansia jarang mengalami kehilangan yang diimbangi dengan hal-hal yang menyenangkan/ menguntungkan seperti pekerjaan baru atau membentuk keluarga baru.

3) Penyakit fisik

Penyakit fisik bisa menjadi faktor pencetus gejala depresi. Depresi juga merupakan respon dari ketidakmampuan kronik atau penyakit terminal. Penyakit-penyakit fisik yang sering dihubungkan dengan depresi pada lansia mencakup gagal jantung kongestif, *diabetes*

mellitus, penyakit-penyakit infeksi, perubahan fungsi gastrointestinal, kanker, anemia dan gangguan tidur (Luecknotte, 2006).

4) Penggunaan obat- obatan

Sebagian lansia mengalami penyakit kronik sehingga membutuhkan obat untuk mengatasi kondisi tersebut. Beberapa jenis obat-obatan yang bisa menyebabkan depresi yaitu: *amphetamine*, antineoplastik, antiparkinson, barbiturate, benzodiazepine, digoksin, estrogen, *phenothiazines*, sulfonamides. Penggunaan alkohol, obat-obatan ilegal dan obat bebas juga bisa meningkatkan resiko terjadinya depresi pada lansia (Morris, 2001 dalam Luecknotte, 2006).

5) Gagal tumbuh

Gagal tumbuh pada lansia bisa didefinisikan sebagai suatu kondisi kelemahan akibat kemunduran progresif yang mendahului kakheksia. Verdery (1993, dalam Milles, 2004) membedakan gagal tumbuh pada lansia berdasarkan penyebab yaitu: penyebab organik seperti kanker ganas, gagal jantung, uremia dan penyebab inorganik seperti pengabaian, kekerasan dan immobilisasi.

6) Kesepian dan isolasi

Kondisi lanjut usia mengalami berbagai penurunan atau kemunduran baik fungsi biologis maupun psikis yang dapat mempengaruhi mobilitas dan juga kontak sosial, salah satunya adalah isolasi atau rasa kesepian (*loneliness*) atau terkucil atau merasa tidak

diperhatikan lagi.

Perasaan kesepian dan isolasi yang disertai dengan perubahan konsep diri akibat penurunan fungsi fisik dan psikologis seringkali meningkatkan ketergantungan pada keluarga atau orang lain. Perasaan tergantung ini bisa menyebabkan kemunduran yang progresif yang berakibat terjadinya depresi pada lansia.

7) Peran pemberi perawatan

Pemberi perawatan seringkali merasa bosan dan tertekan saat memberikan perawatan pada lansia. Hal ini juga merupakan salah satu faktor yang meningkatkan resiko terjadinya depresi pada lansia.

i. Pengelolaan depresi pada lansia

Pengelolaan depresi pada pasien geriatrik berbeda dengan pasien depresi lainnya (Soejono, Setiati & Wiwie, 2000).

1) Diagnosis depresi pada lansia

Gangguan depresi dibedakan dalam depresi ringan, sedang dan berat sesuai dengan banyak dan beratnya gejala serta dampaknya terhadap fungsi kehidupan seseorang. Pada gangguan depresi ada 3 gejala utama yaitu: *mood* terdepresi (suasana perasaan hati murung / sedih), hilang minat atau gairah, hilang tenaga dan mudah lelah yang disertai dengan gejala lain seperti konsentrasi menurun, harga diri menurun, perasaan bersalah, pesimis memandang masa depan, ide bunuh diri atau menyakiti diri sendiri, pola tidur berubah dan nafsu makan menurun (Soejono, Setiati & Wiwie, 2000).

2) Pemeriksaan pasien depresi

Salah satu langkah awal yang penting dalam penatalaksanaan depresi adalah mendeteksi atau mengidentifikasi. Sampai saat ini belum ada suatu konsensus atau prosedur khusus untuk penapisan/skrining depresi pada populasi usia lanjut. Salah satu instrumen yang dapat membantu adalah *Geriatric Depression Scale* (GDS) yang terdiri atas 30 pertanyaan yang harus dijawab oleh pasien sendiri. GDS ini dapat dimampatkan menjadi hanya 15 pertanyaan saja atau disebut GDS-15.

Bilamana ditemukan tanda-tanda yang mengarah pada depresi, harus dilakukan lagi pemeriksaan yang lebih rinci yaitu (Soejono, Setiati & Wiwie, 2000).

a) Riwayat klinik / anamnesis

Mencakup: riwayat keluarga, gangguan psikiatri yang lampau, kepribadian, riwayat sosial, ide/percobaan bunuh diri, gangguan-gangguan somatik, perkembangan gejala-gejala depresi.

b) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik pada pasien depresi sangat penting karena gejala-gejala depresi sering disertai dengan penyakit fisik.

c) Pemeriksaan kognitif

Penilaian *Mini Mental State Examination* (MMSE) pada usia lanjut yang menunjukkan gejala depresi bermanfaat dalam

tindak lanjut penatalaksanaan pasien. Perbaikan pada MMSE setelah dilakukan terapi terhadap depresi, menunjukkan bahwa pasien dengan depresi mengalami masalah konsentrasi dan memori yang mempengaruhi fungsi kognitifnya.

d) Pemeriksaan status mental

Pemeriksaan status mental mencakup: penampilan dan perilaku, suasana perasaan hati, pembicaraan, isi pikiran, gejala ansietas, gejala hipokondriakal.

e) Pemeriksaan lainnya

Mengingat pasien usia lanjut rentan terhadap gangguan metabolik sekunder akibat penyakit depresi yang berat, seperti tidak adekuatnya asupan cairan, maka perlu dipertimbangkan pemeriksaan sebagai berikut: ureum dan elektrolit, darah lengkap dan hitung jenis, Vitamin B12 dan Folat, tes fungsi tiroid, foto dada, lain-lain: serum sifilis, *Electro Cardio Graphy (ECG)*, *Electro Encephalo Graphy (EEG)*, *CT-scan* dst.

3) Prognosis

Prognosis depresi pada usia lanjut tidaklah berbeda dengan prognosis pada usia yang lebih muda. Umumnya pasien akan sembuh dan tetap dapat berfungsi dengan baik jika depresi diobati dan ditatalaksana dengan baik. Hasil terapi yang kurang baik tampaknya berhubungan dengan episode awal yang parah dan adanya komorbiditas dengan penyakit kronik.

4) Penatalaksanaan depresi pada lansia

a) Terapi fisik

Terapi fisik untuk lansia yang mengalami depresi terdiri dari pemberian obat dan terapi elektrokonvulsif (ECT). Untuk pasien depresi yang tidak bisa makan dan minum, berniat bunuh diri atau retardasi hebat maka ECT merupakan pilihan terapi yang efektif dan aman. Terapi ECT diberikan sampai ada perbaikan *mood* (sekitar 5 - 10 kali), dilanjutkan dengan anti depresan untuk mencegah kekambuhan. Peran perawat sangat diperlukan untuk memberikan pendidikan kesehatan pada lansia dan keluarga tentang efek samping kedua terapi ini.

b) Terapi psikologik

(1) Psikoterapi

Psikoterapi individual maupun kelompok paling efektif jika dilakukan bersama-sama dengan pemberian anti depresan. Meskipun mekanismenya belum sepenuhnya dimengerti, namun kecocokan antara pasien dan terapis dalam proses terapeutik akan pasien lebih nyaman, lebih mampu mengatasi persoalannya serta lebih percaya diri.

(2) Terapi kognitif

Terapi kognitif-perilaku bertujuan mengubah pola pikir pasien yang selalu negatif (persepsi diri, masa depan, dunia, diri tak berguna, tak mampu dan sebagainya) ke

arah pola pikir yang netral atau positif. Melalui latihan-latihan, tugas-tugas dan aktivitas tertentu terapi kognitif bertujuan mengubah perilaku dan pola pikir.

(3) Terapi keluarga

Problem keluarga dapat berperan dalam perkembangan penyakit depresi, sehingga dukungan terhadap keluarga pasien sangat penting. Proses penuaan mengubah dinamika keluarga, ada perubahan posisi dari dominan menjadi dependen pada orang usia lanjut. Tujuan terapi terhadap keluarga pasien yang depresi adalah untuk meredakan perasaan frustrasi dan putus asa, mengubah dan memperbaiki sikap/struktur dalam keluarga yang menghambat proses penyembuhan pasien.

(4) Penanganan Ansietas (Relaksasi)

Teknik yang umum dipergunakan adalah program relaksasi progresif baik secara langsung dengan instruktur atau melalui alat perekam. Teknik ini dapat dilakukan dalam praktek umum sehari-hari. Untuk menguasai teknik ini diperlukan kursus singkat terapi relaksasi.

B. Penelitian Terkait

Penelitian terkait yang peneliti temukan yaitu penelitian yang dilakukan oleh Wijayanti (2005) tentang hubungan antara dukungan keluarga dengan respons kehilangan pada lansia di Desa Pekaja, Kalibagor kabupaten Banyumas Jawa Tengah. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat kejadian lansia yang mengalami respons kehilangan adaptif sebanyak 80 responden (53,3%), sedangkan lansia yang mengalami respons kehilangan maladaptif sebanyak 70 responden (46,7%). Dari tujuh jenis dukungan keluarga yang terbukti secara bermakna mempengaruhi tingkat respons kehilangan pada lansia adalah dukungan keluarga melalui interaksi sosial, upaya penyediaan transportasi, menyiapkan makanan dan finansial. Sedangkan yang paling dominan berpengaruh terhadap respons kehilangan lansia adalah dukungan keluarga melalui interaksi sosial. Dari penelitian ini dapat disimpulkan bahwa lansia membutuhkan dukungan keluarga khususnya interaksi sosial guna menghadapi perubahan sebagai akibat proses menua.

Penelitian lain yang dilakukan oleh Tanner (2004) tentang prevalensi depresi pada lansia yang tinggal di rumah pada daerah rural menunjukkan bahwa kesepian, dukungan keluarga, status fungsional dan diabetes adalah prediktor independen yang bermakna bagi status depresi. Sedangkan jenis kelamin, ras dan hidup sendirian bukanlah prediktor independen yang bermakna untuk status depresi. Penelitian ini juga menunjukkan bahwa kesepian, dukungan keluarga, status fungsional dan diabetes adalah faktor penting untuk mempertimbangkan ketika melakukan *screening* dan penanganan depresi pada lansia.



BAB III

KERANGKA KERJA PENELITIAN

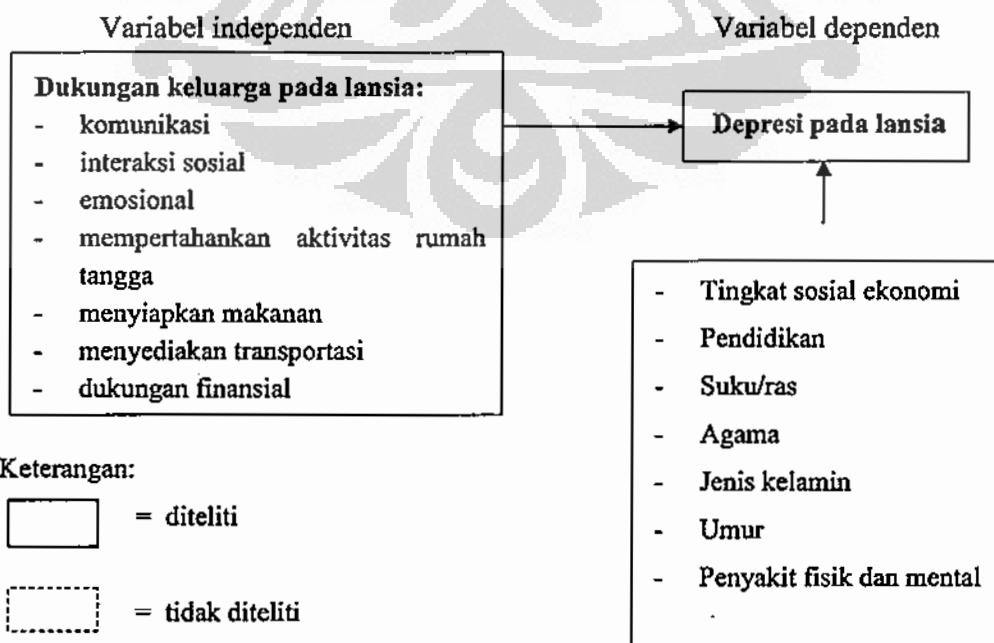
Pada bab ini akan diuraikan tentang kerangka konsep, hipotesis dan definisi operasional yang dapat memberikan arah pada pelaksanaan penelitian.

A. Kerangka Konsep

Berdasarkan landasan teori yang diuraikan pada studi kepustakaan, maka kerangka konsep dalam penelitian ini dapat digambarkan secara skematis pada skema 3.1 sebagai berikut:

Skema 3.1

Skema konsep penelitian



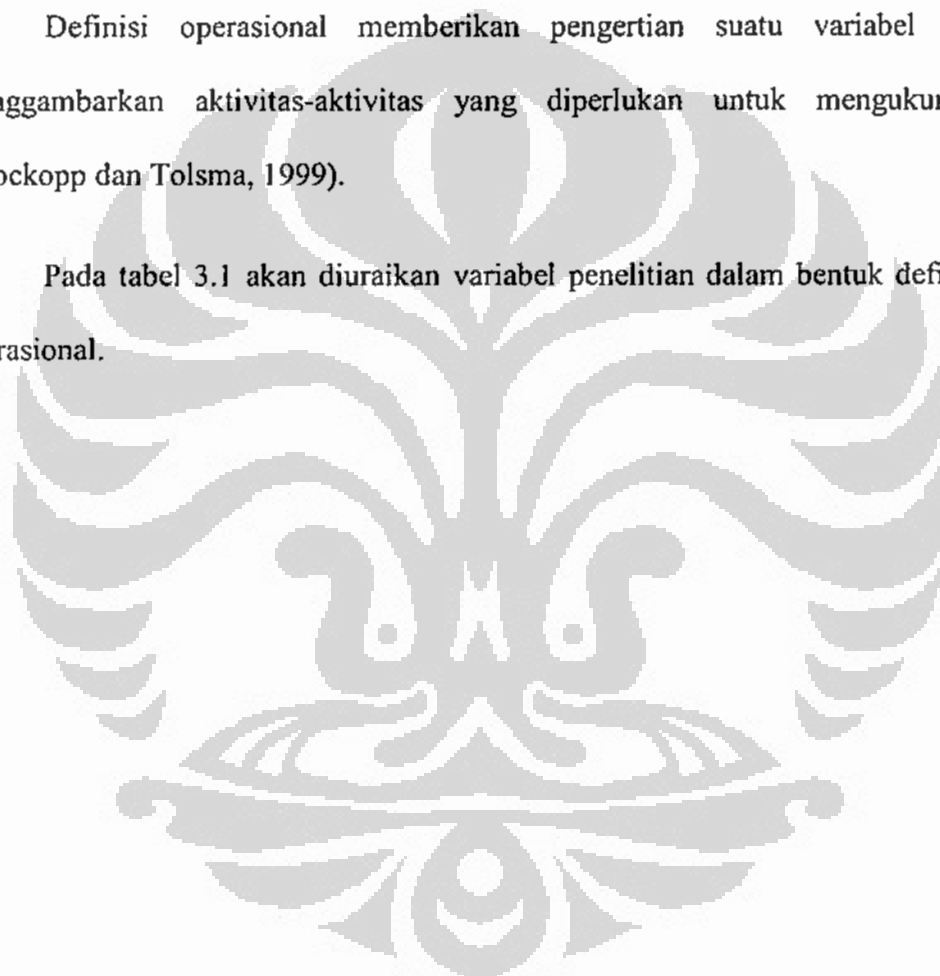
B. Hipotesis

Hipotesa alternatif (H_a) adalah ada hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat depresi pada lansia. Hipotesa nol (H_0) adalah tidak ada hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat depresi pada lansia.

C. Definisi Operasional

Definisi operasional memberikan pengertian suatu variabel dan menggambarkan aktivitas-aktivitas yang diperlukan untuk mengukurnya (Brockopp dan Tolsma, 1999).

Pada tabel 3.1 akan diuraikan variabel penelitian dalam bentuk definisi operasional.



Tabel 3.1
Definisi operasional variabel penelitian

No	Variabel	Definisi Konseptual	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat ukur	Hasil Ukur	Skala
1.	Independen: Dukungan keluarga	Proses hubungan di antara keluarga dengan lingkungan sosialnya yang dapat diberikan oleh keluarga kepada lansia dalam bentuk komunikasi secara reguler, interaksi sosial, emosional, mempertahankan kegiatan rumah tangga, menyiapkan makanan, dukungan menggunakan sarana transportasi dan dukungan finansial (Logan dan Dawkin, 1986)	Tingkat dukungan keluarga pada lansia yang tinggal bersama di rumah dalam kriteria tinggi, sedang dan rendah berdasarkan pertanyaan responden terhadap kuesioner yang ada. Jenis dukungan yang diberikan keluarga pada lansia meliputi: komunikasi efektif secara reguler, interaksi sosial, dukungan emosional, finansial, transportasi, mempertahankan kegiatan rumah tangga, dukungan	Memberikan kuesioner B yang akan diisi oleh keluarga. Pertanyaan yang diberikan sesuai jenis dukungan keluarga sejumlah 42 item dengan jawaban tidak pernah, jarang, sering dan selalu. Skor kumulatif berada dalam rentang 1 – 168. Memberikan kuesioner C. Ada 5 item pertanyaan yang akan dijawab oleh lansia dengan jawaban selalu, kadang-kadang, jarang/tidak pernah. Skor	Kuesioner bagi keluarga dan kuesioner APGAR keluarga bagi lansia.	Dinyatakan dalam kategori tinggi, sedang atau rendah. > 66% = tinggi 33%-66%= sedang < 33%= rendah.	Ordinal

			dalam menyiapkan makanan	<p>kumulatif berada pada rentang 0-10.</p> <p>Menghitung jumlah skor kumulatif dalam kuesioner yang diisi oleh keluarga dan lansia, kemudian menggabungkan keduanya dengan persentase 50%:50%</p>	Kuesioner dengan menggunakan GDS-15	GDS terdiri dari 15 pertanyaan Option yang bercetak tebal memiliki nilai 1, dan yang biasa memiliki nilai 0. Dinyatakan dalam kategori:.	Ordinal
2.	Dependen: Tingkat depresi pada lansia	Suatu kelainan alam perasaan berupa hilangnya minat atau kesenangan dalam aktivitas-aktivitas yang biasa dan pada waktu yang lampau (Townsend, 1998)	Tingkat depresi yang digolongkan dalam kriteria ringan, sedang, berat, yang dialami oleh lansia berusia 60-74 tahun	<p>Diukur dengan menggunakan kuesioner D yang akan diisi oleh lansia. Ada 15 item pertanyaan yang akan dijawab dengan jawaban ya dan tidak.</p> <p>Menghitung jumlah jawaban dalam kuesioner.</p>		0-5: depresi ringan 6-9: depresi sedang >10: depresi berat	



BAB IV

METODE DAN PROSEDUR PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Desain penelitian adalah keseluruhan dari suatu perencanaan untuk menjawab pertanyaan penelitian dan mengantisipasi beberapa kesulitan yang mungkin timbul selama proses penelitian (Burn dan Grove, 1993). Penelitian ini menggunakan metode penelitian deskriptif korelasi karena bertujuan untuk menggambarkan hubungan diantara variabel-variabel (Burn dan Grove, 1993). Selain itu, penelitian ini menggunakan pendekatan *Cross Sectional* yaitu suatu penelitian yang mempelajari dinamika korelasi dengan cara pendekatan, observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat. Artinya tiap subjek penelitian hanya diobservasi sekali saja dan pengukuran dilakukan terhadap status karakter atau variabel subjek pada saat pemeriksaan (Notoatmodjo, 1993).

B. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi pada penelitian ini adalah keseluruhan lansia berusia 60-74 tahun yang tinggal bersama keluarga di salah satu RW Kelurahan Pondokcina, Kecamatan Beji Kota Depok. Pada tahun 2008, jumlah lansia yang berusia 60-74 tahun di wilayah tersebut sejumlah 64 orang (daftar pemilih tetap pilkada Jabar, 2008).

2. Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi yang dipilih dengan "sampling" tertentu untuk bisa mewakili populasi (Nursalam, 2001). Sampel diambil dengan memperhatikan kriteria inklusi dan eksklusi dari sampel. Kriteria inklusi sampel lansia pada penelitian ini yaitu: berusia 60 - 74 tahun, tidak menderita cacat fisik, mental dan dementia, tinggal bersama keluarga, bersedia untuk diteliti, berada pada wilayah salah satu RW di Kelurahan Pondokcina, Depok. Sedangkan kriteria inklusi sampel keluarga yaitu: berusia 17-59 tahun, tidak menderita cacat fisik dan mental, bisa baca tulis, bersedia untuk diteliti, tinggal bersama lansia pada wilayah salah satu RW di Kelurahan Pondokcina, Depok.

Jumlah sampel dalam penelitian ini akan dihitung dengan mempergunakan rumus sederhana untuk populasi yang kurang dari 10.000 (Notoatmodjo, 2002). Perhitungannya adalah sebagai berikut:

$$\begin{aligned}
 n &= \frac{N}{1+N(d^2)} \\
 &= \frac{64}{1+64(0,1)^2} = 39,02439 \approx 40 \text{ responden}
 \end{aligned}$$

Keterangan:

n = jumlah sampel

N = jumlah populasi = 64 orang

d = tingkat kepercayaan/ ketepatan yang diinginkan (d=0,1)

Peneliti menambahkan jumlah sampel sebanyak 10%, sehingga jumlah sampel menjadi 44 responden. Penambahan sampel tersebut untuk mengantisipasi hal-hal yang tidak diinginkan dalam pengisian instrumen penelitian, misalnya: cacat, robek, rusak dan lain-lain.

Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah menggunakan *consecutive sampling*. Pada sampling ini setiap responden yang memenuhi kriteria inklusi dimasukkan dalam penelitian sampai batas waktu tertentu sehingga jumlah responden terpenuhi (Nursalam, 2000).

C. Etika Penelitian

Dalam melakukan penelitian peneliti mengajukan permohonan ijin kepada ketua salah satu RW di Kelurahan Pondokcina untuk mendapatkan persetujuan. Setelah mendapatkan persetujuan barulah dilakukan penelitian dengan menekankan masalah etika yang meliputi :

1. Lembar Persetujuan Penelitian

Lembar persetujuan diberikan kepada subyek yang akan diteliti dalam hal ini adalah keluarga dan lansia. Peneliti menjelaskan maksud dan tujuan riset yang dilakukan. Jika keluarga dan lansia bersedia diteliti maka mereka harus menanda tangani lembar persetujuan tersebut. Apabila keluarga dan lansia menolak untuk diteliti maka peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati hak-haknya.

2. *Anonimity*

Untuk menjaga kerahasiaan identitas keluarga dan lansia, peneliti tidak mencantumkan namanya pada lembar pengumpulan data, tetapi cukup dengan memberi kode pada masing-masing lembar tersebut.

3. *Confidentiality*

Semua informasi yang diberikan oleh keluarga dan lansia dijamin kerahasiaannya oleh peneliti.

D. Alat Pengumpul Data

Alat pengumpul data di rancang sendiri oleh peneliti dengan mengacu kepada kerangka konsep yang telah dibuat. Kuesioner terdiri dari 4 bagian. Bagian pertama berisi data karakteristik responden, bagian kedua berupa pertanyaan mengenai tingkat dukungan keluarga yang diisi oleh keluarga, bagian ketiga berupa pertanyaan mengenai tingkat dukungan keluarga yang diisi oleh lansia dan bagian keempat berisi pertanyaan yang menyangkut tingkat depresi pada lansia.

1. Kuesioner A untuk data umum yang merupakan data karakteristik responden. Data tentang karakteristik responden meliputi data tentang: pendidikan, pekerjaan, suku, agama dan jenis kelamin responden.
2. Kuesioner B dipergunakan untuk mengukur tingkat dukungan keluarga terhadap lansia. Kuesioner ini diisi oleh keluarga, terdiri dari 42 pertanyaan sesuai jenis dukungan keluarga dengan skala likert. Setiap satu item diberikan skor 1 untuk jawaban tidak pernah, skor 2 untuk jawaban jarang, skor 3 untuk jawaban sering dan skor 4 untuk jawaban selalu. Total skor

terendah adalah 1 dan tertinggi adalah 168. Jenis dukungan keluarga yang ingin diketahui meliputi:

- a. Dukungan komunikasi yang terdiri dari 6 item pertanyaan yang diberi nomor 1, 2, 4, 5 dan 6.
 - b. Dukungan emosional yang terdiri dari 5 item pertanyaan yang diberi nomor 7, 8, 9, 10, 11 dan 12
 - c. Dukungan interaksi sosial yang terdiri dari 6 item pertanyaan yang diberi nomor 13, 14, 15, 16, 17 dan 18.
 - d. Dukungan finansial yang terdiri dari 6 item pertanyaan yang diberi nomor 19, 20, 21, 22, 23 dan 24.
 - e. Dukungan transportasi yang terdiri dari 6 item pertanyaan yang diberi nomor 25, 26, 27, 28, 29 dan 30.
 - f. Dukungan mempertahankan kegiatan rumah tangga yang terdiri dari 6 item pertanyaan yang diberi nomor 31, 32, 33, 34, 35 dan 36.
 - g. Dukungan finansial yang terdiri dari 6 item pertanyaan yang diberi nomor 37, 38, 39, 40, 41 dan 42.
3. Kuesioner C dipergunakan untuk mengetahui dukungan keluarga yang dirasakan oleh lansia. Kuesioner ini diisi oleh lansia, menggunakan tes APGAR keluarga yang disusun oleh Smilkstein (1978) pada skornya. Ada lima item pertanyaan dengan jawaban selalu (skor 2), kadang-kadang (skor 1) dan tidak pernah (skor 0). Total skor terendah adalah 0 dan tertinggi adalah 10.
4. Kuesioner D dipergunakan untuk mengetahui tingkat depresi pada lansia. Kuesioner ini diisi oleh lansia, menggunakan *Geriatric Depression Scale-15 (GDS-15)* versi baru oleh Sutcliffe, C, Cordingley, L, dkk. (2000).

Ada 15 item pertanyaan dengan jawaban ya dan tidak. Total skor terendah adalah 0 dan tertinggi adalah 15.

E. Uji Coba Kuesioner

1. Validitas

Kuesioner dikatakan valid apabila instrumen tersebut mampu mengukur apa yang ingin diukur peneliti (Notoatmodjo, 2002). Uji ini dilakukan untuk mengetahui tingkat validitas suatu kuesioner. Kuesioner dinyatakan valid apabila nilai r hasil $>$ r tabel.

2. Reliabilitas

Akan menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan (Notoatmodjo, 2002). Dalam penelitian ini, kuesioner akan diuji reliabilitasnya dengan menggunakan uji *Alfa Cronbach*. Reliabilitas biasanya dinyatakan dalam bentuk angka, disebut *koefisien*. Nilai 1,00 menunjukkan reliabilitas sempurna dan 0,00 menunjukkan tidak reliabel. Untuk instrument yang sudah dikembangkan dengan baik, tingkat koefisien terendah yang dapat diterima adalah 0,80. Sedangkan instrument yang baru dikembangkan, biasanya reliabilitas 0,70 masih dianggap reliabel (Burns dan Grove, 1993).

F. Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan secara langsung terhadap para lansia dan keluarga di salah satu RW Kelurahan Pondokcina, Kecamatan Beji, Kota Depok, dengan prosedur sebagai berikut:

1. Setelah proposal disetujui oleh dosen pembimbing, dan koordinator mata ajar, maka penelitian dilanjutkan dengan mengajukan surat permohonan izin kepada ketua salah satu RW di Kelurahan Pondokcina, Kecamatan Beji, Kota Depok untuk melakukan pengambilan data.
2. Setelah mendapat izin dari ketua RW, peneliti mengunjungi responden dan memberikan penjelasan tentang penelitian serta meminta persetujuan untuk menjadi responden dengan menandatangani surat persetujuan.
3. Responden diberi penjelasan mengenai cara pengisian kuesioner dan memberi kesempatan responden untuk bertanya apabila ada yang kurang dipahami.
4. Responden diberi kesempatan untuk menjawab pertanyaan saat itu juga atau dalam waktu satu hari. Peneliti mengingatkan responden untuk menjawab seluruh pertanyaan dengan lengkap.
5. Responden diberitahukan bahwa lembar kuesioner diberikan secara langsung kepada peneliti setelah diisi, kemudian peneliti memeriksa kelengkapannya. Apabila belum lengkap, maka peneliti akan meminta responden untuk melengkapinya kembali saat itu.
6. Peneliti mengakhiri pertemuan dengan responden setelah kuesioner lengkap. Peneliti mengucapkan terimakasih atas kesediaan responden atas partisipasinya dalam penelitian, serta memberikan cinderamata kepada responden.

G. Pengolahan dan Analisis Data

Pengolahan data adalah satu rangkaian penelitian yang sangat penting. Setelah pengambilan data dengan kuesioner, tahap selanjutnya adalah pengolahan data agar analisa yang dihasilkan memberikan informasi yang benar. Tahap-tahap pengolahan data antara lain:

1. *Editing* adalah upaya untuk memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh atau dikumpulkan. Editing dapat dilakukan pada tahap pengumpulan data atau setelah data terkumpul.
2. *Coding* merupakan kegiatan pemberian kode numerik (angka) terhadap data ulang terdiri atas beberapa kategori. Pemberian kode ini sangat penting bila pengolahan dan analisis data menggunakan komputer.
3. *Entry* data adalah kegiatan memasukkan data yang telah dikumpulkan ke dalam master tabel atau database komputer, kemudian membuat distribusi frekuensi sederhana atau bisa juga dengan membuat tabel kontingensi.
4. Melakukan teknik analisis, khususnya terhadap data penelitian menggunakan ilmu statistik terapan yang disesuaikan dengan tujuan yang hendak dianalisis.

Analisis yang dilakukan peneliti antara lain dengan menggunakan analisis univariat dan analisis bivariat. Dalam analisis univariat akan didiskripsikan atau dijelaskan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti. Karena data-data yang diteliti adalah termasuk dalam jenis kategori maka analisis data akan dibuat dalam bentuk jumlah dan persentase yang ditampilkan dalam tabel atau grafik.

Selanjutnya setelah diketahui karakteristik masing-masing variabel, maka akan dilakukan analisis lanjut yaitu dengan analisis bivariat. Dari analisis ini peneliti ingin mengetahui ada tidaknya hubungan antara dukungan keluarga dengan depresi pada lansia. Karena variabel-variabel yang akan diteliti berjenis kategorik maka peneliti akan menggunakan uji *Chi-square*.

Tahapan analisis *Chi-square* adalah sebagai berikut:

1. Formulasi hipotesis (H_a dan H_o)

Hipotesa alternatif (H_a) adalah ada hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat depresi pada lansia. Hipotesa nol (H_o) adalah tidak ada hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat depresi pada lansia

2. Memasukkan frekuensi observasi (O) kedalam tabel kontingensi.

Dukungan keluarga	Tingkat depresi			Jumlah
	Berat	Sedang	Ringan	
Rendah	a	b	c	a+b+c
Sedang	d	e	f	d+e+f
Tinggi	g	h	i	g+h+i
Jumlah	a+d+g	b+e+h	c+f+i	N

Keterangan: a, b, c, d, e, f, g, h dan i adalah nilai observasi.

3. Menghitung frekuensi harapan (E)

Nilai harapan/ ekspektasi (e) dicari dengan rumus:

$$E = \frac{\text{total baris} \times \text{total kolom}}{\text{Jumlah keseluruhan data}}$$

Jumlah keseluruhan data

Misalnya mencari ekspektasi untuk a (E_a) maka dihitung dengan:

$$E_a = \frac{(a+b+c) \times (a+d+g)}{N}$$

4. Melakukan pengujian *Chi-square*

Rumus: $\chi^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$

5. Menghitung *P value*

Dengan membandingkan nilai χ^2 dengan tabel *Chi-square*.

6. Mengambil keputusan

- a. Bila $P \text{ value} < \alpha$, H_0 ditolak, berarti ada hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat depresi pada lansia.
- b. Bila $P \text{ value} > \alpha$, H_0 gagal ditolak, berarti tidak ada hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat depresi pada lansia.

H. Jadwal Penelitian

No	Kegiatan	Bulan				
		Februari	Maret	April	Mei	Juni
1	Identifikasi masalah					
2	Studi kepustakaan					
3	Penyusunan proposal					
4	Persiapan perijinan					
5	Penyerahan proposal					
6	Pengumpulan data					
7	Pengolahan data					
8	Penyusunan laporan					
9	Penyerahan laporan					
10	Penyusunan manuskrip					
11	Publikasi					



BAB V

HASIL PENELITIAN

Pada bab V akan diuraikan hasil data penelitian tentang hubungan dukungan keluarga terhadap tingkat depresi pada lanjut usia di salah satu RW Kelurahan Pondokcina Kecamatan Beji Kota Depok. Proses pengumpulan data menggunakan instrumen berupa kuesioner dan diberikan kepada 40 responden yang secara sukarela berpartisipasi terhadap penelitian ini. Data selanjutnya dianalisis dengan analisis univariat dan bivariat menggunakan program analisis statistik komputer.

Alat ukur yang digunakan dalam penelitian ini adalah instrumen yang sudah teruji validitas dan reliabilitasnya. Tetapi, untuk lebih mengetahui keakuratan dan objektivitas kuesioner penelitian ini terutama kuesioner B, peneliti mencoba melakukan uji validitas dan reliabilitas terlebih dahulu. Kuesioner B tentang dukungan keluarga peneliti adopsi dari instrument penelitian Wijayanti, 2004 dengan modifikasi pada kata "saya" menjadi "lansia". Kuesioner ini diujicobakan kepada 30 orang keluarga yang mempunyai kriteria inklusi yang sama tapi pada wilayah yang berbeda dengan responden penelitian. Hasil uji instrument pada kuesioner B menunjukkan bahwa penilaian validitas dari 42 pertanyaan yang ada terdapat 8 pertanyaan yang tidak valid yang ditunjukkan dengan nilai r hasil $<$ r tabel. Berdasarkan hasil uji validitas dan reabilitas ini pertanyaan yang tidak valid dilakukan modifikasi untuk memperbaikinya dan selanjutnya tetap digunakan karena pertanyaan ini diperlukan dalam penelitian ini. Dua kuesioner lainnya yaitu

kuesioner C atau APGAR keluarga (Smilktein, 1982 dalam Luecknotte, 2006) serta kuesioner D atau GDS-15 (Sutcliffe, C, Cordingley, L, et al, 2000 dalam Palestin, 2006) yang kami gunakan adalah instrument yang sudah sering digunakan dan diuji, sehingga tidak kami uji kembali.

Hasil analisis data akan dimulai dari analisis data univariat, meliputi karakteristik lansia yaitu tingkat pendidikan, pekerjaan, agama dan jenis kelamin lansia. Pada analisis bivariat dari analisis ini peneliti ingin mengetahui ada tidaknya hubungan antara dukungan keluarga dengan depresi pada lansia.

A. Analisis Univariat

Pada analisa univariat ini disajikan tentang karakteristik lansia, distribusi frekuensi dukungan keluarga dan tingkat depresi pada lansia.

1. Karakteristik Lansia

Analisis karakteristik responden melalui uji univariat dapat dikemukakan bahwa dari latar belakang pendidikan formal yang ditamatkan, terlihat bahwa mayoritas responden lansia tamat SD sebanyak 13 orang, (32,5%). Berdasarkan pekerjaan, sebagian besar lansia tidak bekerja sejumlah 21 orang (52,5%). Latar belakang agama dan budaya menunjukkan hampir seluruh lansia sejumlah 39 orang (97,5%) beragama Islam dan mayoritas berasal dari suku betawi sejumlah 37 orang (92,5%). Sebagian besar lansia berjenis kelamin perempuan yaitu sejumlah 27 orang (67,5%),

Tabel 5.1

Distribusi frekuensi responden berdasarkan karakteristik lansia
di salah satu RW Kelurahan Pondokcina Kecamatan Beji
Kota Depok Bulan Mei 2008 (n=40)

Karakteristik lansia	Frekuensi	Persentase
Pendidikan		
Tidak sekolah	11	27,5
SD	13	32,5
SMP	9	22,5
SMA	6	15,0
Akademik/PT	1	2,5
Pekerjaan		
Tidak bekerja	21	52,5
Pensiunan	12	30,0
Wiraswata	4	10,0
Lain-lain	3	7,5
Agama		
Islam	39	97,5
Kristen	1	2,5
Suku		
Betawi	37	92,5
Jawa	2	5,0
Lain-lain	1	2,5
Jenis Kelamin		
Laki-laki	13	32,5
perempuan	27	67,5

2. Dukungan keluarga

Tabel 5.2

Distribusi frekuensi dukungan keluarga pada lansia
di salah satu RW Kelurahan Pondokcina Kecamatan Beji
Kota Depok bulan Mei 2008 (n=40)

Dukungan keluarga	Frekuensi	Persentase
Rendah	0	0
Sedang	14	35
Tinggi	26	65
Jumlah	40	100

Pada tabel di atas terlihat bahwa mayoritas lansia (65%) mendapatkan dukungan keluarga yang tinggi.

3. Tingkat depresi pada lansia

Tabel 5.3

Distribusi frekuensi tingkat depresi pada lansia di salah satu RW

Kelurahan Pondokcina Kecamatan Beji Kota Depok

bulan Mei 2008 (n=40)

Tingkat depresi	Frekuensi	Persentase
Ringan	24	60
Sedang	16	40
Berat	0	0
Jumlah	40	100

Pada tabel di atas terlihat bahwa mayoritas lansia (60%) mengalami depresi ringan.

B. Analisis Bivariat

Pada analisis bivariat akan disajikan tentang hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat depresi pada lansia.

Tabel 5.4

Analisis hubungan dukungan keluarga dengan tingkat depresi terhadap lansia di salah satu RW Kelurahan Pondokcina Kecamatan Beji Kota Depok bulan Mei 2008

Dukungan Keluarga	Tingkat Depresi				Total		P Value	OR 95% CI
	Sedang		Ringan		n	%		
	n	%	n	%				
Sedang	10	71,4%	4	28,6%	14	100%	0,008	8,33
Tinggi	6	23,1%	20	76,9%	26	100%		
Total	16	40,0%	24	60,0%	40	100%		

Hasil uji statistik menunjukkan nilai $p=0,008$, maka dapat disimpulkan ada perbedaan proporsi tingkat depresi antara lansia yang mendapatkan dukungan keluarga sedang dan tinggi. Dengan kata lain, terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan tingkat depresi pada lansia. Besar perbedaan proporsi dapat dilihat dari nilai $OR=8.33$. Hal tersebut berarti lansia yang memperoleh dukungan keluarga tinggi lebih tidak beresiko mengalami depresi sedang 8,33 kali dibandingkan lansia dengan dukungan keluarga sedang.



BAB VI

PEMBAHASAN

Pada bab ini akan dibahas mengenai hasil penelitian hubungan dukungan keluarga dengan tingkat depresi pada lansia yang dilanjutkan dengan pembahasan tentang keterbatasan dalam proses penelitian.

A. Interpretasi dan Diskusi Hasil

Hasil analisis karakteristik responden melalui uji univariat menunjukkan bahwa dari latar belakang pendidikan formal yang ditamatkan, terlihat mayoritas responden lansia tamat SD. Hal ini menunjukkan masih banyak lansia yang berpendidikan rendah. Hal ini mungkin mempengaruhi pengetahuan lansia terhadap kesehatan dan akses mereka terhadap pelayanan kesehatan yang ada.

Pada penelitian ini diketahui mayoritas lansia tidak bekerja lagi. Menurut Soejono, Setiati, dan Wiwie, (2000), perubahan peran dan penurunan interaksi sosial yang terjadi akibat kehilangan pekerjaan pada lansia bisa menyebabkan mereka menjadi lebih rentan terhadap masalah-masalah mental, termasuk depresi.

Berdasarkan penelitian ini juga diketahui bahwa mayoritas responden beragama Islam. Hal ini menunjukkan mereka memiliki suatu keyakinan hidup terkait agama yang dianut. Dengan demikian lansia akan memiliki stabilitas dan koping yang relatif lebih baik daripada lansia yang tidak memiliki prinsip atau

pegangan hidup yaitu agama yang dianut. Namun, hubungan antara faktor agama dengan kesehatan mental termasuk tingkat depresi pada lansia masih perlu diteliti lebih lanjut.

Berdasarkan penelitian ini juga dapat dikemukakan bahwa 65% lansia yang menjadi responden mendapatkan dukungan keluarga yang tinggi, sedangkan 35% mendapatkan dukungan keluarga yang sedang. Tidak ada lansia yang mendapatkan dukungan keluarga yang rendah. Hasil ini menunjukkan bahwa seluruh lansia di salah satu RW kelurahan Pondokcina Kecamatan Beji Kota Depok ini cukup mendapatkan dukungan dari keluarga. Hal ini mungkin disebabkan oleh budaya betawi dan agama Islam yang dianut mayoritas masyarakat setempat yang menganggap lansia sebagai sosok yang harus dihormati dan dihargai.

Berdasarkan hasil penilaian dengan GDS-15 semua lansia yang menjadi responden menunjukkan gejala depresi ringan sampai sedang. Mayoritas lansia mengalami depresi ringan (60%), sedangkan yang lain mengalami depresi sedang (40%) dan tidak ada yang mengalami depresi berat. Hal ini sesuai dengan konsep bahwa berbagai perubahan yang terjadi pada lansia menyebabkan mereka menjadi lebih rentan untuk mengalami problem mental, salah satunya depresi (Soejono, Setiati, dan Wiwie, 2000).

Hasil analisis hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat depresi dapat menunjukkan ada perbedaan proporsi tingkat depresi antara lansia yang mendapatkan dukungan keluarga sedang dan tinggi. Dengan kata lain, terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan tingkat depresi pada

lansia. Berdasarkan nilai $OR=8.33$, berarti lansia yang memperoleh dukungan keluarga tinggi lebih tidak beresiko mengalami depresi 8.33 kali dibandingkan lansia dengan dukungan keluarga sedang.

Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Chung, 1995 bahwa dukungan sosial dapat mengurangi efek negatif stress dan mencegah depresi pada lansia. Penelitian ini menunjukkan bahwa efek dari kejadian negatif dalam hidup seperti kehilangan pekerjaan dan pasangan pada lansia yang bisa menyebabkan depresi dapat dikurangi oleh adanya dukungan sosial dari orang-orang yang berarti. Selain itu, diketahui adanya efek positif dari dukungan sosial terhadap keberdayaan diri pada lansia.

Penelitian lain yang dilakukan oleh Tanner (2004) tentang prevalensi depresi pada lansia yang tinggal di rumah pada daerah rural menunjukkan bahwa dukungan keluarga adalah salah satu prediktor independen yang bermakna bagi status depresi. Selain itu, penelitian yang dilakukan oleh Wijayanti (2005) tentang hubungan antara dukungan keluarga dengan respons kehilangan pada lansia di Desa Pekaja, Kalibagor kabupaten Banyumas Jawa Tengah, menunjukkan bahwa lansia membutuhkan dukungan keluarga khususnya interaksi sosial guna menghadapi perubahan sebagai akibat proses menua.

Lansia di Indonesia umumnya tinggal bersama keluarga sehingga keluarga dapat digolongkan sebagai orang-orang yang berarti bagi lansia. Dukungan keluarga merupakan salah satu bentuk dari terapi keluarga yang termasuk pada penatalaksanaan depresi pada usia lanjut. Melalui dukungan keluarga, lansia akan merasa masih ada yang memperhatikan, ikut merasakan

mau membantu mengatasi beban hidupnya. Jadi dengan adanya dukungan keluarga yang mempunyai ikatan emosional setidaknya akan memberikan kekuatan pada lansia untuk menjalani hari tua yang lebih baik.

Sebagaimana dijelaskan oleh Hogstel, 1995 bahwa keluarga merupakan *support system* (sistem pendukung) yang berarti sehingga dapat memberi petunjuk tentang kesehatan mental klien, peristiwa dalam hidupnya dan sistem dukungan yang diterima. Sistem dukungan adalah penting bagi kesehatan lanjut usia, terutama secara fisik dan emosi. Lansia yang sering dikunjungi, ditemani dan mendapatkan dukungan akan mempunyai kesehatan mental yang lebih baik

Dari pembahasan dan hasil penelitian di atas, dapat peneliti simpulkan bahwa hipotesa pada penelitian ini diterima. Kenyataan ini mungkin dipengaruhi oleh berbagai faktor di antaranya tingkat sosial ekonomi, pendidikan, suku/ras, agama, jenis kelamin, usia serta penyakit fisik dan mental. Namun faktor karakteristik lansia yang dimungkinkan menjadi faktor *confounding* ini tidak diteliti dalam penelitian ini.

B. Keterbatasan penelitian

Dalam penelitian ini, peneliti menyadari bahwa penelitian ini belum sempurna dan masih memerlukan perbaikan. Dalam melaksanakan penelitian, peneliti mengalami banyak keterbatasan, yaitu :

1. Rancangan atau desain penelitian

Rancangan penelitian ini menggunakan desain penelitian deskriptif korelasional dengan pendekatan *cross sectional*. Desain atau rancangan ini

memiliki beberapa kelemahan dan keterbatasan diantaranya tidak dapat menggambarkan hubungan sebab akibat tetapi hanya menjelaskan hubungan antara variabel independent dan variabel dependent saja.

2. Variabel yang diteliti

Berdasarkan teori, terdapat banyak faktor yang mempengaruhi depresi pada lansia. Namun dengan berbagai keterbatasan yang ada, peneliti hanya melihat dan menganalisa hubungan salah satu faktor yaitu dukungan keluarga dengan depresi pada lansia. Sementara faktor lain seperti karakteristik lansia yang meliputi: tingkat sosial ekonomi, pendidikan, suku/ras, agama, jenis kelamin, usia serta penyakit fisik dan mental yang diasumsikan turut berpengaruh terhadap depresi pada lansia belum diteliti.

3. Instrumen penelitian

Pada penelitian ini peneliti berusaha memilih instrumen yang bahasa dan teknik pengisiannya sederhana dengan tetap menjamin kevalidan dari instrument tersebut. Instrument yang digunakan dalam penelitian ini ada tiga. Kuesioner B tentang dukungan keluarga diadopsi dari instrument penelitian Wijayanti, 2004 dengan modifikasi. Untuk menjamin kevalidan (kesahihan) dan reliabilitas (konsistensi) alat ukur/ instrumen penelitian ini, peneliti melakukan uji coba instrumen terlebih dahulu untuk kuesioner B. Namun demikian berdasarkan uji validitas dan reliabilitas masih terdapat beberapa pertanyaan yang tidak valid dan tidak reliabel. Hal tersebut diatasi dengan memodifikasi pertanyaan tersebut. Selain itu, dua kuesioner lainnya yaitu kuesioner C atau APGAR keluarga serta kuesioner D atau GDS-15 yang

kami gunakan adalah hasil terjemahan dari bahasa Inggris. Hal ini menyebabkan kuesioner tersebut agak sulit dipahami oleh lansia sehingga perlu dijelaskan kembali oleh peneliti sebagai pengumpul data dengan bahasa yang lebih sederhana.

4. Proses pengumpulan data

Pengumpulan data dilakukan sendiri oleh peneliti. Dalam pengumpulan data ini peneliti tidak menemukan hambatan yang berarti. Namun, data yang dikumpulkan dengan menggunakan kuesioner masih memungkinkan adanya pengaruh subjektivitas dan sangat tergantung terhadap pemahaman responden dalam mengisi kuesioner. Selain itu daftar pertanyaan yang banyak juga membuat responden baik dari pihak keluarga maupun lansia agak kesulitan untuk memahaminya sehingga memerlukan ketelitian dari peneliti untuk mengatasi hal tersebut. Selain itu peneliti juga melakukan pengeditan data guna meminimalkan adanya pengaruh dalam pengumpulan data.

5. Hasil penelitian

Penelitian ini dilakukan pada hanya salah satu RW di Kelurahan Pondokcina dan untuk lansia yang berusia 60-74 tahun. Oleh karena itu, hasil penelitian ini tidak bisa digeneralisir untuk seluruh lansia yang ada di Kelurahan Pondok Cina. Akan tetapi hasil penelitian dapat digunakan sebagai bahan kajian lebih lanjut dan dapat digunakan untuk pelaksanaan pelayanan keperawatan komunitas khususnya keperawatan gerontik. Selain itu juga menjadi masukan untuk pelaksanaan program kegiatan Puskesmas atau RW Siaga setempat dalam pembinaan kesehatan lansia.



BAB VII

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

1. Pada penelitian ini didapatkan bahwa 65% lansia yang menjadi responden mendapatkan dukungan keluarga yang tinggi, sedangkan 35% mendapatkan dukungan keluarga yang sedang. Tidak ada lansia yang mendapatkan dukungan keluarga yang rendah. Hasil ini menunjukkan bahwa seluruh lansia di salah satu RW kelurahan Pondokcina Kecamatan Beji kota Depok ini cukup mendapatkan dukungan dari keluarga.
2. Berdasarkan hasil penilaian dengan GDS-15 semua lansia yang menjadi responden menunjukkan gejala depresi ringan sampai sedang. Mayoritas lansia mengalami depresi ringan (60%), sedangkan yang lain mengalami depresi sedang (40%) dan tidak ada yang mengalami depresi. Hal ini sesuai dengan konsep bahwa berbagai perubahan yang terjadi pada lansia menyebabkan mereka menjadi lebih rentan untuk mengalami problem mental, salah satunya depresi.
3. Berdasarkan hasil analisis statistik didapatkan hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat depresi pada lansia. Dimungkinkan adanya faktor lain yang ikut berpengaruh terhadap tingkat depresi pada lansia tetapi belum ikut diteliti meliputi tingkat sosial ekonomi, pendidikan, suku/ras, agama, jenis kelamin, usia serta penyakit fisik dan mental.

B. Saran

Jika mengacu pada penelitian ini, ada beberapa hal yang harus diperhatikan dan ditindaklanjuti yaitu:

1. Bagi praktisi keperawatan komunitas
 - a. Perawat harus lebih mengenal faktor yang mempengaruhi depresi pada lansia.
 - b. Perawat perlu memahami pengenalan dini depresi. Pengenalan dini depresi pada lansia memerlukan kerjasama antara berbagai profesi kesehatan
 - c. Perawat perlu memberikan pendidikan kesehatan pada keluarga dan masyarakat tentang pencegahan dan pengenalan dini depresi pada lansia.
 - d. Perlunya informasi bagi perawat mengenai instrument depresi dan dukungan keluarga.
2. Bagi keluarga dan masyarakat
 - a. Lansia berperan sebagai orang tua yang bijaksana dan penuh ketauladanan, oleh karenanya keluarga dan masyarakat perlu mengikutsertakan lansia dalam mengikutsertakan lansia dalam kehidupan sosial bermasyarakat.
 - b. Keluarga hendaknya memberikan kesempatan beraktivitas yang disesuaikan dengan kapasitas lansia.
 - c. Keluarga perlu menghindari stigma dan mitos yang salah tentang lansia.
3. Bagi institusi pelayanan kesehatan terutama yang berbasis masyarakat agar mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan kepada lansia dan

keluarga seperti posyandu bagi lansia (posbindu) dan perkumpulan lansia (karang werdha).

4. Bagi pendidikan keperawatan

- a. Perlu menjalin kerjasama dengan institusi terkait dalam mengembangkan laboratorium keperawatan gerontik untuk meningkatkan kompetensi mahasiswa dalam keperawatan usia lanjut.
- b. Perlu melaksanakan kegiatan –kegiatan pengembangan keperawatan lansian sebagai wujud Tri Dharma Perguruan Tinggi.

5. Bagi peneliti lain

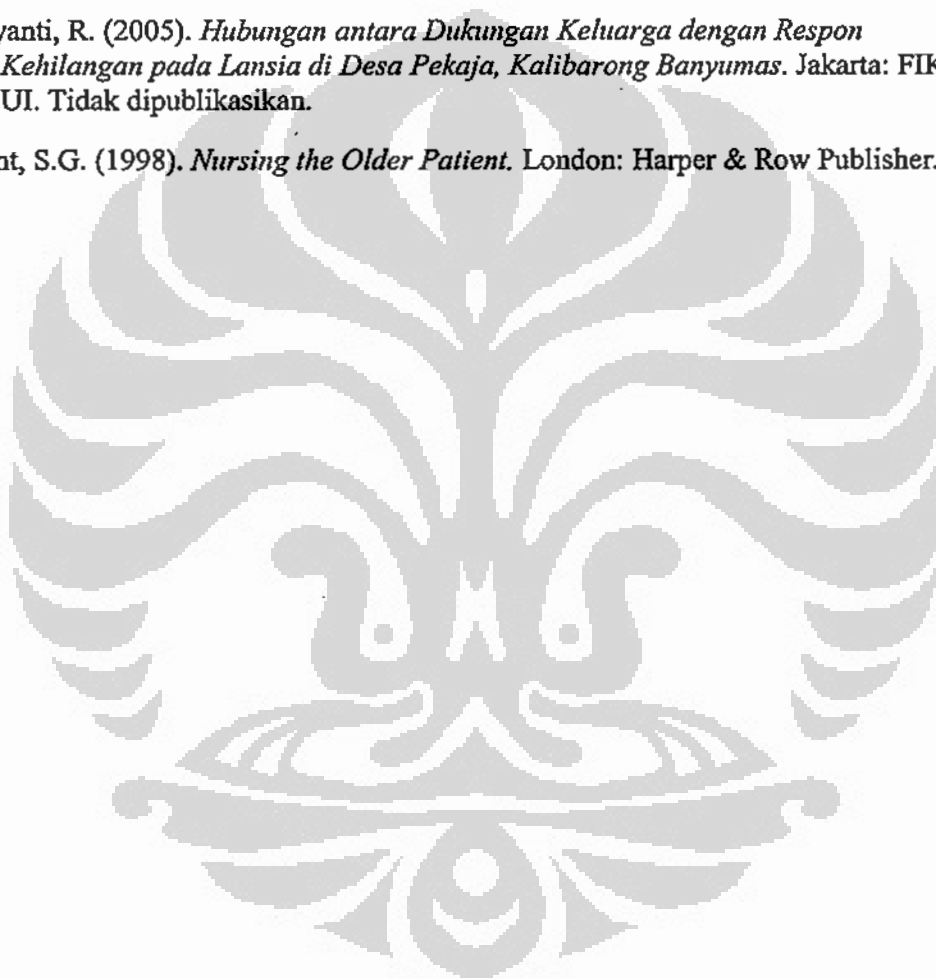
- a. Perlu mengembangkan area penelitian tentang lansia terutama yang berhubungan dengan keluarga.
- b. Perlu penelitian yang lebih komprehensif mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi depresi pada lansia.
- c. Perlu pengujian instrumen-instrumen skrining masalah lansia yang telah ada seperti GDS 15 dan APGAR keluarga agar lebih aplikatif dan relevan bagi populasi lansia dan masyarakat Indonesia.
- d. Perlunya memperbanyak sampel dan memperluas populasi bagi penelitian selanjutnya agar hasil penelitian dapat digeneralisasikan.
- e. Perlunya menggunakan desain penelitian dan analisa penelitian yang lain, misalnya deskriptif korelasi dengan analisa multivariat untuk mencari hubungan masing-masing variabel dari faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga dan depresi pada lansia



DAFTAR PUSTAKA

- Brockopp & Tolsma. (1999). *Fundamentals of Nursing Research*. (Yasmin Asih & Maryunani, penerjemah). Boston: Jones & Bartlett Publisher, Inc. (sumber asli diterbitkan).
- Burns, N, & Grove, S.K. (1993). *The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique & Utilization*. 2nd. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Chung, E. (1995). *Social support and self-efficacy as mediators between stress and depressive symptoms in older adults*. University of Michigan, 130, Diakses tanggal 1 April 2008 dari www.proquest.umi.com
- Effendy, N. (1998). *Dasar-Dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat*. Edisi 2, Jakarta: EGC
- Friedman. M.M. (1998). *Family Nursing: research, Theory and Practice*. California: Appleton & Lange.
- Keliat.B.A, (1996). *Kedaruratan Pada gangguan Alam Perasaan*, Jakarta: EGC.
- Leany, J.M.V, & Kizilay, P.E.(1998). *Foundations of Nursing Practice: a nursing Process approach*, Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Logan, B.B, & Dawkin, C.E. (1986). *Family Centered Nursing in the Community*. California: Addison-Wesley Publisher Co.
- Luecknotte, A.G. (2006). *Gerontologic Nursing*. Mosby-Years Book, Inc.
- Miller, A.C. (2004). *Nursing Care of Older Adult. Theory and practice*. 3rd Ed. Philadelphia: J. B Lippincott Co.
- Notoatmojo, Sukidjo. (1999). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Edisi 2. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Nugroho, W. (2000). *Keperawatan Gerontik*. Edisi 2. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Nursalam (2003). *Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan: pedoman skripsi, tesis dan instrument penelitian*. Jakarta: Penerbit Salemba Medika.
- Palestin, B. (2006), *Pengaruh umur, depresi dan demensia terhadap disabilitas fungsional lansia di PSTW Abiyoso dan PSTW Budi Dharma Provinsi D.I. Yogyakarta (Adaptasi model sistem Neuman)*. Jakarta: FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- Roy, S.C. (1991). *The Roy Adaption Model; The Definitive Statement*. New Jersey: Appelton-Century Crofts.

- Soejono, C. H, Setiati, S. & Wiwie. (2000). *Pedoman Pengelolaan Kesehatan Pasien Geriatri: Untuk Dokter & Perawat*. Jakarta: Penerbit FKUI.
- Tanner, E. (2004). *Prevalence of depression in rural homebound older adults*. *The Gerontologist*, 44, (1), 326, Diakses tanggal 1 April 2008 dari www.proquest.umi.com
- Tyson, S.R. (1999). *Gerontological Nursing Care*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Wijayanti, R. (2005). *Hubungan antara Dukungan Keluarga dengan Respon Kehilangan pada Lansia di Desa Pekaja, Kalibarong Banyumas*. Jakarta: FIK-UI. Tidak dipublikasikan.
- Wright, S.G. (1998). *Nursing the Older Patient*. London: Harper & Row Publisher.





LAMPIRAN



Lampiran 1**Lembar Persetujuan Responden**

Judul penelitian :

“Hubungan dukungan keluarga dengan tingkat depresi pada lansia di salah satu RW Kelurahan Pondokcina Kota Depok”

Peneliti: 1. Diena Juliana
2. Ika Sukmawati

Pembimbing: Tuti Nuraini, SKp, MBiomed.

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bersedia untuk turut berpartisipasi sebagai responden penelitian. Saya mengerti bahwa saya menjadi bagian dari penelitian ini yang bertujuan untuk mengetahui adanya hubungan dukungan keluarga dengan tingkat depresi pada lansia di salah satu RW Kelurahan Pondokcina, Kecamatan Beji, Kota Depok.

Sebelum menjawab kuesioner, saya telah diberitahu oleh peneliti bahwa jawaban kuesioner bersifat sukarela dan identitas saya sebagai pemberi jawaban kuesioner akan dirahasiakan. Semua berkas yang mencantumkan identitas subyek peneliti hanya akan digunakan untuk keperluan pengolahan data dan setelah itu akan dimusnahkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sukarela dan tanpa ada unsur paksaan dari pihak manapun.

Depok, Mei 2008

Responden

Kuesioner Penelitian

Kuisisioner A : Data Demografi

Petunjuk Pengisian

Anda diharapkan:

1. Menjawab setiap pertanyaan yang tersedia dengan memberikan kode pada tempat yang disediakan.
2. Semua pertanyaan harus dijawab.
3. Tiap satu pertanyaan diisi dengan satu jawaban.
4. Bila ada yang kurang dimengerti dapat ditanyakan pada peneliti.

Kode (diisi oleh peneliti) :

1. Pendidikan

- a. Tidak sekolah
- b. SD
- c. SMP
- d. SMA
- e. Akademik / PT

2. Pekerjaan

- a. Tidak bekerja
- b. Pensiunan
- c. Petani
- d. Wiraswasta
- e. Lain-lain

3. Agama

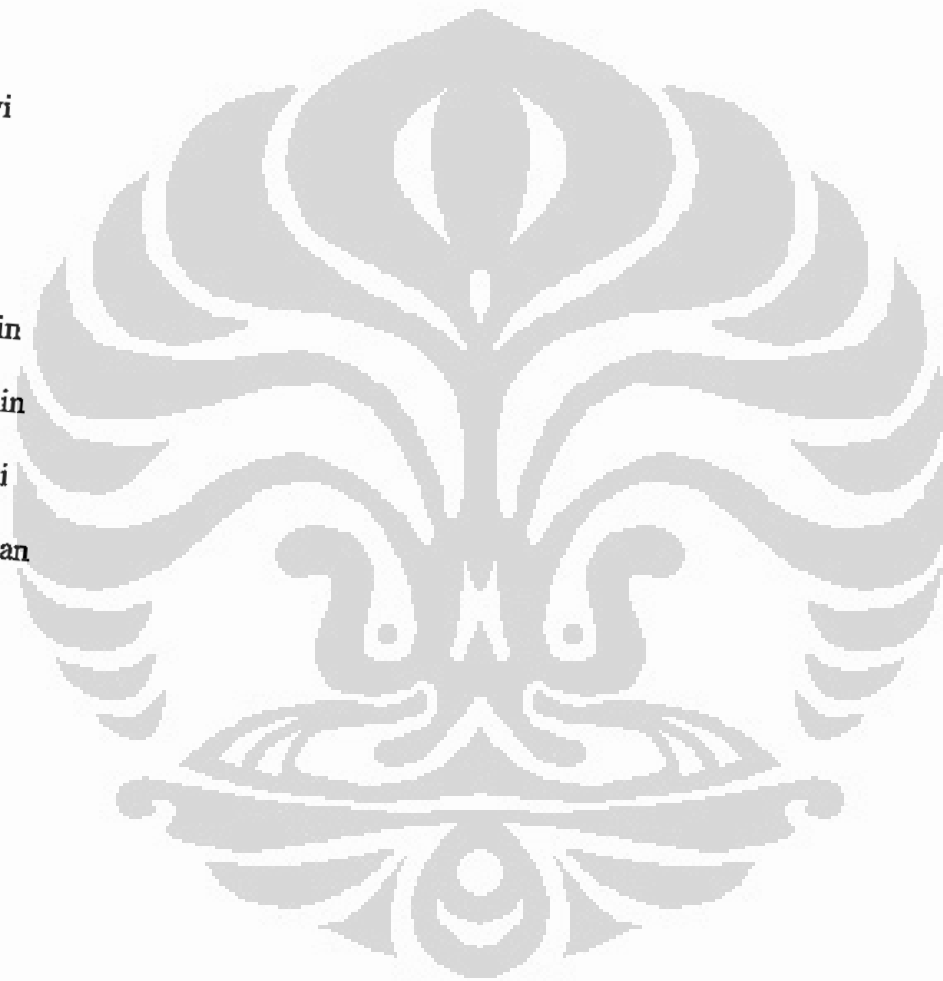
- a. Islam
- b. Katholik
- c. Kristen
- d. Budha
- e. Hindu

4. Suku

- a. Betawi
- b. Jawa
- c. Sunda
- d. Lain-lain

5. Jenis kelamin

- a. Laki-laki
- b. Perempuan



STUDI KEMERDEKAAN
REKREASI DAN HIBURAN
UNIVERSITAS PADJARAN

Kuisisioner B : Dukungan Keluarga terhadap lansia

Petunjuk : Berilah tanda cek list (V) pada kolom jawaban yang telah tersedia.

Jawaban :

Selalu : Jika pernyataan tersebut selalu dilakukan oleh Keluarga

Sering : Jika pernyataan tersebut sering dilakukan oleh Keluarga

Jarang : Jika pernyataan tersebut jarang dilakukan oleh Keluarga

Tidak pernah : Jika pernyataan tersebut tidak pernah dilakukan oleh Keluarga

NO	Pernyataan	Selalu	Sering	Jarang	Tidak pernah
1	Keluarga mau menanggapi apa yang lansia bicarakan				
2	Keluarga menunjukkan wajah yang menyenangkan saat berbicara dengan lansia.				
3	Keluarga menggunakan kalimat yang mudah dipahami saat berbicara dengan lansia.				
4	Keluarga memberi kesempatan bertanya pada lansia bila lansia tidak mengerti apa yang disampaikan saat berbicara.				

NO	Pernyataan	Selalu	Sering	Jarang	Tidak pernah
5	Keluarga mau duduk berhadapan saat berbicara dengan lansia.				
6	Keluarga berbicara dengan lansia dengan suara tidak membentak.				
7	Keluarga mau mendengarkan keluhan- keluhan yang lansia rasakan.				
8	Keluarga meluangkan waktu untuk berkumpul bersama lansia.				
9	Keluarga merawat lansia dengan penuh kasih sayang.				
10	Keluarga menghargai pendapat lansia.				
11	Keluarga melibatkan lansia dalam mengambil keputusan.				
12	Keluarga mau menerima lansia apa adanya walaupun kemampuan lansia tidak seperti dulu lagi.				
13	Keluarga memberi kebebasan lansia untuk mengikuti kegiatan sosial				

No	Pertanyaan	Selalu	Sering	Jarang	Tidak pernah
14	Keluarga mendukung lansia untuk mengikuti kegiatan sosial yang ada dimasyarakat.				
15	Keluarga mengikutsertakan lansia untuk merencanakan setiap ada acara keluarga.				
16	Keluarga melibatkan lansia dalam acara- acara keluarga.				
17	Keluarga siap membantu menyelesaikan masalah yang lansia hadapi.				
18	Keluarga memberi keluasaan pada lansia untuk berhubungan dengan tetangga dan teman- teman lansia.				
19	Keluarga membantu menyediakan biaya untuk kebutuhan sehari- hari (makan, pakaian dan kebutuhan lainnya).				
20	Keluarga membantu kebutuhan lansia untuk menjaga kesehatan lansia.				

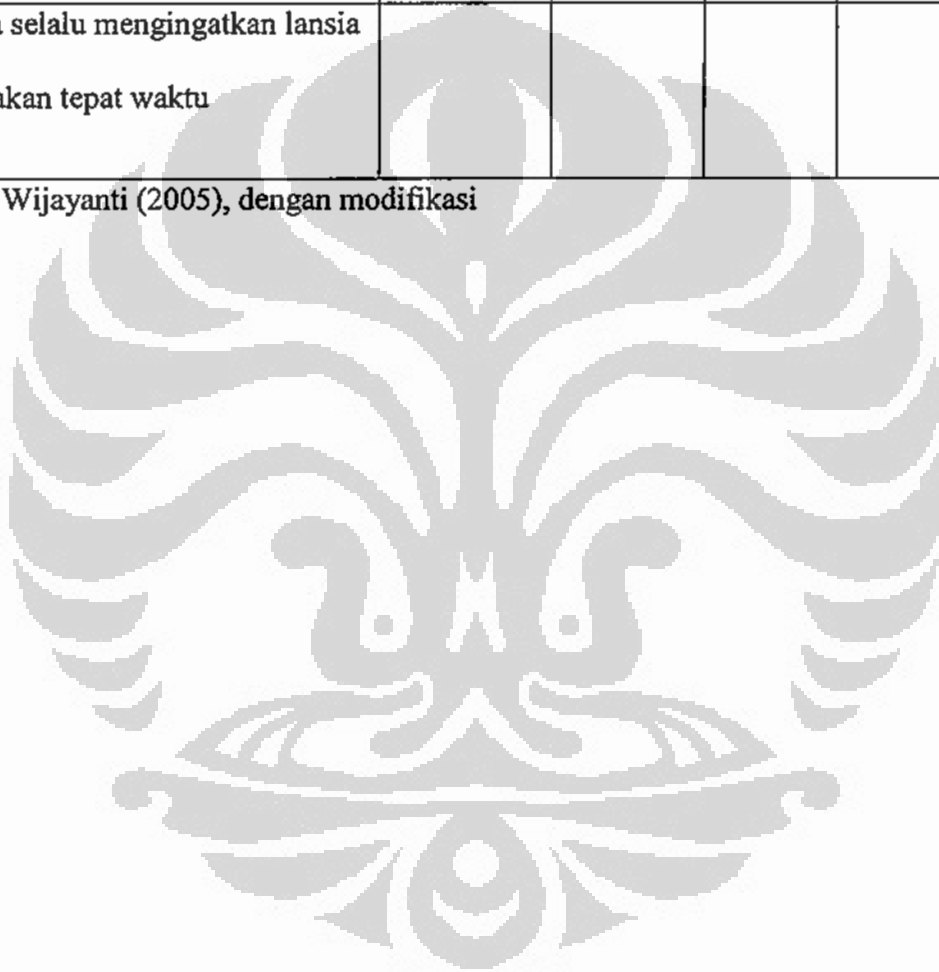
No	Pertanyaan	Selalu	Sering	Jarang	Tidak pernah
21	Keluarga menyediakan biaya untuk kegiatan sosial yang lansia lakukan.				
22	Keluarga menyediakan biaya untuk kebutuhan berobat jika sakit.				
23	Keluarga menyediakan tabungan khusus untuk keperluan lansia.				
24	Keluarga memberikan kebebasan dalam mengelola uang hasil pendapatan diri lansia sendiri.				
25	Keluarga siap mengantarkan lansia untuk melakukan pemeriksaan kesehatan atau berobat kerumah sakit.				
26	Keluarga mendukung lansia untuk menggunakan sarana transportasi jika lansia bepergian jauh ke luar kota				
27	Keluarga siap mengantar mengikuti kegiatan di masyarakat jika lansia tidak mampu untuk pergi sendiri.				

No	Pertanyaan	Selalu	Sering	Jarang	Tidak pernah
28	Keluarga selalu menanyakan apakah lansia menghadapi kesulitan untuk dapat mengikuti kegiatan sosial dimasyarakat.				
29	Keluarga siap menemani kemana lansia akan pergi untuk melakukan kegiatan kelompok lansia.				
30	Keluarga mengingatkan lansia untuk menghadiri kegiatan posyandu.				
31	Keluarga melibatkan lansia dalam kegiatan sehari- hari dirumah.				
32	Keluarga memberi kesempatan kepada lansia untuk melakukan kegiatan yang lansia sukai.				
33	Keluarga memberi kesempatan untuk terlibat dalam kegiatan rumah tangga sehari- hari sesuai dengan kemampuan lansia.				
34	Keluarga memberi kesempatan yang cukup dalam melakukan tugas- tugas sehari- hari.				

No	Pertanyaan	Selalu	Sering	Jarang	Tidak pernah
35	Keluarga mendukung menciptakan lingkungan yang aman bagi lansia seperti (lantai rumah dan kamar mandi yang tidak licin dan bersih) untuk melakukan kegiatan sehari-hari.				
36	Keluarga mendukung lansia dalam menggunakan alat bantu yang lansia butuhkan seperti tongkat, kacamata dan lain-lain..				
37	Keluarga membantu menyiapkan makanan untuk kebutuhan makan lansia sehari- hari.				
38	Keluarga mempertahankan jenis makanan yang sesuai dengan kebutuhan lansia. (makanan yang boleh dan tidak boleh dimakan).				
39	Keluarga membantu memberikan makan bila lansia tidak mampu makan sendiri karena sakit.				

No	Pertanyaan	Selalu	Sering	Jarang	Tidak pernah
40	Keluarga memperhatikan bila lansia tidak ada keinginan makan.				
41	Keluarga tahu kesukaan dan kebutuhan makan dan minum lansia.				
42	Keluarga selalu mengingatkan lansia untuk makan tepat waktu				

Sumber: Wijayanti (2005), dengan modifikasi



Kuisisioner C : Dukungan Keluarga terhadap lansia/ APGAR keluarga

Petunjuk : Berilah tanda cek list (V) pada kolom jawaban yang telah tersedia.

Jawaban :

Selalu : Jika pernyataan tersebut selalu anda rasakan

Kadang-kadang : Jika pernyataan tersebut kadang-kadang anda rasakan

Jarang : Jika pernyataan tersebut jarang/tidak pernah anda

NO	Pernyataan	Selalu	Kadang-kadang	Jarang
1	Saya merasa puas karena saya bisa kembali pada keluarga untuk membantu saya jika ada masalah			
2	Saya merasa puas atas cara keluarga membicarakan berbagai hal dan mau berbagi masalah dengan saya			
3	Saya merasa puas dengan cara keluarga menerima dan mendukung keinginan saya untuk untuk melakukan suatu aktivitas baru			
4	Saya puas dengan cara keluarga mengungkapkan sikap dan respon terhadap emosi/perasaan saya seperti kemarahan, kesedihan dan cinta			
5	Saya puas dengan cara keluarga dan saya meluangkan waktu bersama			

Sumber : Smilkstein (1982) dalam Luecknotte (2006)

Kuisiener D : Geriatric Depression Scale 15 (GDS 15)

Petunjuk : Berilah tanda cek list (V) pada kolom jawaban yang telah tersedia.

Pilihlah jawaban yang paling tepat, yang sesuai dengan perasaan anda dalam satu minggu terakhir !

1. Apakah anda sebenarnya puas dengan kehidupan anda ?
 Ya Tidak
2. Apakah anda telah meninggalkan banyak kegiatan dan minat atau kesenangan anda ?
 Ya Tidak
3. Apakah anda merasa kehidupan anda kosong ?
 Ya Tidak
4. Apakah anda sering merasa bosan ?
 Ya Tidak
5. Apakah anda mempunyai semangat hidup ?
 Ya Tidak
6. Apakah anda takut sesuatu yang buruk akan terjadi pada diri anda ?
 Ya Tidak
7. Apakah anda merasa bahagia untuk sebagian besar hidup anda ?
 Ya Tidak
8. Apakah anda sering merasa tidak berdaya ?
 Ya Tidak
9. Apakah anda lebih senang tinggal di rumah daripada pergi ke luar dan mengerjakan sesuatu hal yang baru ?
 Ya Tidak
10. Apakah anda merasa mempunyai banyak masalah dengan daya ingat anda dibandingkan kebanyakan orang ?
 Ya Tidak
11. Apakah anda pikir bahwa hidup anda sekarang ini menyenangkan ?
 Ya Tidak

12. Apakah anda merasa tidak berharga?

Ya

Tidak

13. Apakah anda merasa penuh semangat ?

Ya

Tidak

14. Apakah anda merasa bahwa keadaan anda tidak ada harapan ?

Ya

Tidak

15. Apakah anda pikir bahwa orang lain lebih baik keadaannya dari anda ?

Ya

Tidak

Skor : Hitung jumlah jawaban yang bercetak tebal

- Skor jawaban bercetak tebal mempunyai nilai 1
- Skor 0 – 5 menunjukkan depresi ringan
- Skor 6 - 9 menunjukkan depresi sedang
- Skor 10 -15 menunjukkan depresi berat

Sumber:

Sutcliffe, C, Cordingley, L, et al. (2000) dalam Palestin (2006)



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Lampiran 3

Kampus UI Depok Telp. (021) 78849120, 78849121 Fax. 7864124
Email : fonui1@cbn.net.id Web Site : http://www.fikui.or.id

Nomor *1244* IPT02.H4.FIK/II/2008
Lampiran : Proposal
Perihal : Permohonan Praktek M.A. Riset

2 Mei 2008

Yth. Ketua
Rukun Warga 06
Jl. Margonda Gg. Salak
Kelurahan Pondok Cina
Depok

Dalam rangka mengimplementasikan mata ajar "Riset Keperawatan" mahasiswa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) :

No	Nama mahasiswa	NPM
1	Diena Juliana	0606059955
2	Ika Sukmawati	0606060231

akan mengadakan praktek riset dengan judul : "Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Tingkat Depresi Pada Lansia Di Salah Satu RW Di Kelurahan Pondok Cina Kecamatan Beji Kota Depok".

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan mahasiswa tersebut untuk mengadakan praktek riset di RW 06 Kelurahan Pondok Cina Depok.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.

Dekan,



Tembusan Yth. :

1. Wakil Dekan Bid.Akademik FIK-UI
2. Manajer Dikmahalum FIK-UI
3. Ka.Prog Studi S1 FIK-UI
4. Koord. M.A.Riset Kep FIK-UI

PENGURUS RUKUN WARGA 06

KELURAHAN PONDOKCINA KECAMATAN BEJI KOTA DEPOK

JALAN MARGONDA RAYA GANG SALAK

SURAT IJIN PENELITIAN

No. 063/SI/06/2/08.

Yang bertanda tangan di bawah ini memberikan ijin kepada :

1. Nama : Diena Juliana

NPM : 0606059955

2. Nama : Ika Sukmawati

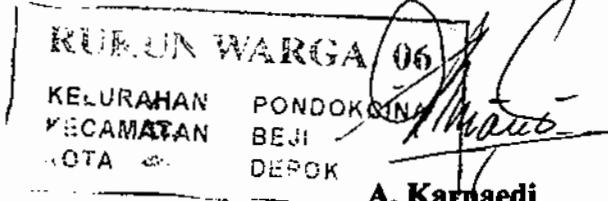
NPM : 0606060231

selaku mahasiswa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia untuk mengambil data di wilayah RW 06 Kelurahan Pondokcina Kecamatan Beji Kota Depok yang berkaitan dengan penelitian yang berjudul **“Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Depresi Pada Lansia Di Salah Satu RW Kelurahan Pondokcina Kecamatan Beji Kota Depok”**.

Demikian surat ini dibuat untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Depok, 3 Mei 2008

Ketua,



A. Karnaedi

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Diena Juliana

Tempat, tanggal lahir : Mempawah, 13 Juli 1979

Jenis kelamin : Perempuan

Alamat rumah : Jl. Sei Sambas Barat I no 41 Perumnas IV Pontianak Timur,
Kalimantan Barat

Alamat institusi : Akademi Keperawatan Yarsi Jl. Panglima Aim Pontianak
Timur, Kalimantan Barat

Riwayat pendidikan : SDN 06 Mempawah (1985-1991)
SMPN 01 Mempawah (1991-1994)
SMUN 01 Mempawah (1994-1997)
Akademi Keperawatan Yarsi Pontianak (1997-2000)
Fakultas Ilmu Keperawatan UI (2006-sekarang)

Riwayat pekerjaan : Staf Akademi Keperawatan Yarsi Pontianak

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Ika Sukmawati

Tempat, tanggal lahir : Langsa, 01 Maret 1997

Jenis kelamin : Perempuan

Alamat rumah : Jl. T. Chikditunong No. 32B/21 Kota Langsa Aceh Timur

Alamat institusi : Akademi Keperawatan DEPKES Banda Aceh

Riwayat pendidikan : SDN 15 Langsa Aceh Timur (1985-1991)
SMPN 04 Langsa Aceh Timur (1991-1994)
SMUN 01 Langsa Aceh Timur (1994-1997)
Akademi Keperawatan DEPKES Banda Aceh (1997-2000)
Fakultas Ilmu Keperawatan UI (2006-sekarang)


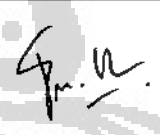
Riwayat pekerjaan : Staf Puskesmas Sungai Raya Kabupaten Aceh Timur

**LEMBARAN BIMBINGAN RISET KEPERAWATAN EKSTENSI PAGI 2006
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA**

Judul riset : Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tingkat Depresi pada lansia
disalah satu RW Kelurahan Pondokcina Kecamatan Beji Kota Depok

Mahasiswa : Diena Juliana
Ika Sukmawati

Pembimbing : Tuti Nuraini, SKp. MBIomed.

No	Hari/Tanggal	Kegiatan Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing	keterangan
1	27/5 - 08	Bab V, VI, VII		Abstrak : - latar belakang - tujuan, metode - Hasil, simpulan - jln kata 150-200
2	28/5 - 08	Bab V, VI, VII		-Analisa Bivariate -Penambahan pd - Pembahasan