



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN FAKTOR SOSIODEMOGRAFI, DUKUNGAN
SOSIAL DAN STATUS KESEHATAN DENGAN TINGKAT
DEPRESI PADA AGREGAT LANJUT USIA
DI KECAMATAN KARANGASEM,
KABUPATEN KARANGASEM
BALI**

TESIS

Oleh

**I WAYAN SUARDANA
NPM 0906594362**

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPERAWATAN KOMUNITAS
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
DEPOK,
JULI 2011**



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN FAKTOR SOSIODEMOGRAFI, DUKUNGAN
SOSIAL DAN STATUS KESEHATAN DENGAN TINGKAT
DEPRESI PADA AGREGAT LANJUT USIA
DI KECAMATAN KARANGASEM,
KABUPATEN KARANGASEM
BALI**

TESIS

**Diajukan sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar
Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Komunitas**

Oleh

**I WAYAN SUARDANA
NPM 0906594362**

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPERAWATAN KOMUNITAS
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
DEPOK,
JULI 2011**

LEMBAR PERSETUJUAN MELAKSANAKAN UJIAN TESIS

Tesis ini telah disetujui untuk diujikan

Depok, Juli 2011

Pembimbing I

Dra. JUNAITI SAHAR,S.Kp.M.App.Sc.,Ph.D

Pembimbing II

DEWI GAYATRI,S.Kp.,M.Kes.

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : I Wayan Suardana

NPM : 0906594362

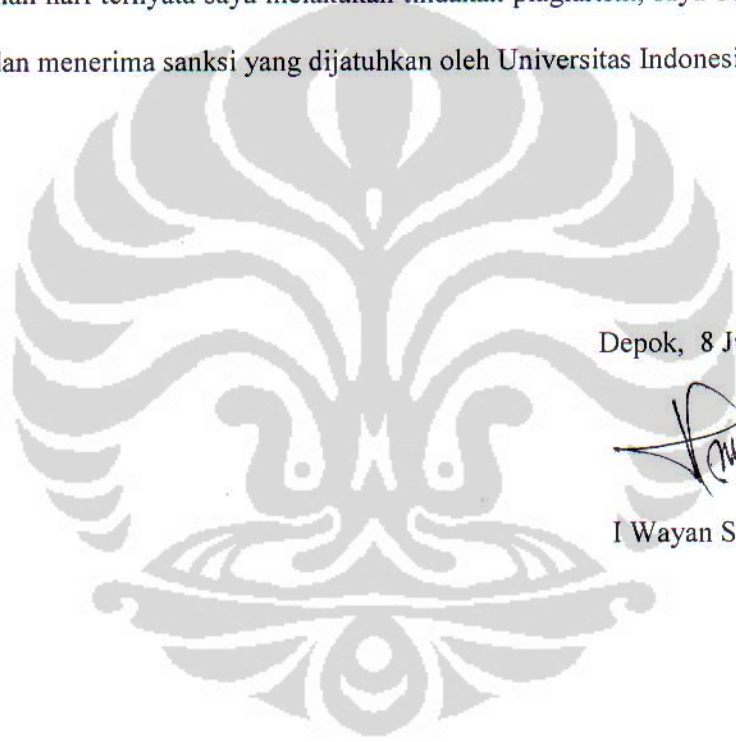
Tanda Tangan : 

Tanggal : 8 Juli 2011

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan di bawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa tesis ini saya susun tanpa tindakan plagiarism sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Universitas Indonesia.

Jika dikemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarism, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Indonesia kepada saya.



Depok, 8 Juli 2011

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'I Wayan Suardana', is written over the watermark logo.


I Wayan Suardana

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : I Wayan Suardana
NPM : 0906594362
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Judul Tesis : Hubungan Faktor Sosiodemografi, Dukungan Sosial dan Status Kesehatan Dengan Kejadian Depresi Pada Agregat Lanjut Usia di Kecamatan Karangasem, Kabupaten Karangasem, Bali

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Magister Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing I : Dra. Junaiti Sahar, S.Kp., M.App.Sc., Ph.D 
Pembimbing II : Dewi Gayatri, S.Kp., M.Kes 
Penguji : Sigit Mulyono, S.Kp., M.N 
Penguji : Ni Made Riasmini, S.Kp., M.Kep, Sp.Kom. 

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : Juli 2011

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya peneliti dapat menyelesaikan tesis dengan judul “ Hubungan sosiodemografi, dukungan sosial dan status kesehatan dengan tingkat depresi pada agregat lanjut usia di Kecamatan Karangasem, Kabupaten Karangasem, Bali”. Tesis ini merupakan prasyarat untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Selama penyusunan tesis ini, peneliti banyak mendapat bimbingan, arahan dan dukungan dari berbagai pihak. Untuk itu peneliti dalam kesempatan ini menyampaikan ucapan terima kasih yang tak terhingga kepada yang terhormat:

1. Ibu Dewi Irawaty, MA., Ph.D., selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Ibu Astuti Yuni Nursasi, S.Kp. M.N., selaku Ketua Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
3. Ibu Dra Junaiti Sahar, S.Kp.M.App.Sc., Ph.D., selaku pembimbing I yang telah banyak memberikan bimbingan dan arahan baik materi dan motivasi selama penyusunan tesis ini.
4. Ibu Dewi Gayatri, S.Kp., M.Kes., selaku pembimbing II yang telah memberikan bimbingan dan arahan secara teknis selama penyusunan tesis ini.
5. Teman-teman seperjuangan program Magister Keperawatan Komunitas angkatan 2009 yang selalu kompak dan memberikan dorongan selama ini.
6. Rekan-rekan perawat di Puskesmas I Karangasem
7. Istri tercinta dan anak-anakku tersayang yang telah memberikan dukungan baik moril maupun materiil

8. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah memberikan dorongan dan bantuan moral selama penyusunan tesis ini.

Peneliti menyadari perlunya masukan, demi kesempurnaan tesis ini. Untuk itu peneliti sangat mengharapkan masukan berupa kritik dan saran demi perbaikan tesis ini. Besar harapan kami semoga tesis ini dapat dijadikan pedoman dalam melakukan penelitian dan bermanfaat bagi perawatan depresi pada lansia dan perkembangan ilmu keperawatan.

Depok, 8 Juli 2011

Peneliti



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

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

Nama : I Wayan Suardana
NPM : 0906594362
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Departemen : Peminatan Keperawatan Komunitas
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis karya : Tesis

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 : “Hubungan Faktor Sosiodemografi, Dukungan Sosial dan Status Kesehatan Dengan Kejadian Depresi pada Agregat Lanjut Usia di Kecamatan Karangasem, Kabupaten Karangasem, Bali” 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 : 8 Juli 2011

Yang menyatakan



(I Wayan Suardana)

ABSTRAK

I Wayan Suardana

Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Komunitas

Hubungan Faktor Sosiodemografi, Dukungan Sosial dan Status Kesehatan Dengan Kejadian Depresi pada Agregat Lanjut Usia di Kecamatan Karangasem, Kabupaten Karangasem, Bali

Kejadian depresi dan bunuh diri pada lansia di Karangasem cukup tinggi. Penanganan depresi pada lansia cukup sulit karena kurangnya informasi dari hasil studi yang berhubungan dengan depresi pada lansia. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan faktor sosiodemografi, dukungan sosial dan status kesehatan dengan kejadian depresi pada Lansia di Kecamatan Karangasem, Kabupaten Karangasem Bali. Penelitian ini merupakan studi *crosssectional* dengan sampel 163 orang. Hasil penelitian menemukan variabel yang sangat berhubungan dengan kejadian depresi pada lansia adalah riwayat depresi ($p=0,00$; $OR=32,49$), penyakit kronis ($p=0,000$, $OR= 28,17$), dukungan sosial ($p=0,000$, $OR= 28,04$) dan pendidikan lansia ($0,005$, $OR= 5,85$). Penanganan perlu dilakukan secara komprehensif dengan menciptakan regulasi, peningkatan kemampuan perawat, meningkatkan peran serta keluarga dan masyarakat maupun melakukan terapi komunitas, sehingga depresi pada lansia bisa dicegah dan dikurangi.

Kata kunci : Sosiodemografi, dukungan sosial, status kesehatan, depresi, lansia.

ABSTRACT

I Wayan Suardana

Relationship between sociodemographics factor, social support and health status with depression in elderly people at Karangasem's District, Karangasem Regency of Bali.

Incidence of depression and suicide in the elderly people in Karangasem is quite high. Treatment for depression in the elderly is quite difficult due to lack of information from the study associated with depression in the elderly. This study aims to determine the sociodemographic factors, social support and health status with the incidence of depression in the elderly people at the district of Karangasem, Bali's Karangasem Regency. This design of this study cross-sectional with 163 sample. The study found that variables highly correlated with a histories of depression ($p=0,00,OR=32,49$), incidence of chronic disease ($p = 0.000, OR = 28,17$), social support ($p = 0.000, OR = 28,04$) and level of education ($p=(0.005, OR = 5,85)$). Handling should be done comprehensively by creating regulations, increased ability nurses, increasing the participation of families and communities as well as doing therapy community, so that the depression in the elderly can be prevented and reduced.

Key words: sociodemographic, social support, health status, depression, elderly.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iii
ABSTRAK BAHASA INDONESIA.....	iv
ABSTRAK BAHASA INGGRIS.....	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR SKEMA/GAMBAR.....	x
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Masalah Penelitian	9
1.3 Tujuan Penelitian	10
1.4 Manfaat Penelitian	12
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Lansia Sebagai Kelompok Risiko Tinggi.....	14
2.2 Proses Menua dan Depresi	17
2.3 Teori PRECEDE-PROCEED	38
2.4 Aplikasi Teori PRECEDE-PROCEED pada Depresi	41
2.5 Kerangka Teoritis	43
BAB 3 KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL	
3.1 Kerangka Konsep	44
3.2 Hipotesis Penelitian	47

3.3 Variabel dan Definisi Operasional	49
BAB 4 METODE PENELITIAN	
4.1 Rancangan Penelitian	53
4.2 Populasi dan Sampel	53
4.3 Tempat Penelitian	59
4.4 Waktu Penelitian	59
4.5 Etika Penelitian	60
4.6 Alat Pengumpul Data	62
4.7 Uji Validitas dan Reliabilitas	66
4.8 Prosedur Pengumpulan Data	68
4.9 Pengolahan dan Analisis Data	70
BAB 5 HASIL PENELITIAN	
5.1 Analisis Univariat	73
5.2 Analisis Bivariat	79
5.3 Analisis Multivariat	88
BAB 6 PEMBAHASAN	
6.1 Interpretasi dan Diskusi Hasil Penelitian	95
6.2 Keterbatasan Penelitian.....	125
6.3 Implikasi Penelitian	123
BAB 7 SIMPULAN DAN SARAN	
7.1 Simpulan.....	130
7.2 Saran	132
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR SKEMA

Isi		Hal
Skema 2.1	Kerangka teori penelitian	43
Skema 3.1	Kerangka konsep penelitian	47
Skema 4.1	Langkah sampling proporsional multi stage random sampling	56



DAFTAR TABEL

Isi	Hal
Tabel 3.1	Variabel dan Definisi operasional..... 49
Tabel 5.1	Distribusi tingkat dan kejadian depresi serta pengetahuan tentang depresi responden di Kecamatan Karangasem, wilayah kerja Puskesmas I Karangasem, tanggal 4 s.d 30 Mei 2011..... 73
Tabel 5.2	Distribusi data sosiodemografik responden di Kecamatan Karangasem, wilayah kerja Puskesmas I Karangasem, tanggal 4 s.d 30 Mei 2011..... 75
Tabel 5.3	Distribusi dukungan sosial responden di Kecamatan Karangasem, wilayah kerja Puskesmas I Karangasem, tanggal 4 s.d 30 Mei 2011..... 76
Tabel 5.4	Distribusi data status kesehatan responden di Kecamatan Karangasem, wilayah kerja Puskesmas I Karangasem, tanggal 4 s.d 30 Mei 2011..... 78
Tabel 5.5	Hubungan sosiodemografi dan kejadian depresi responden di Kecamatan Karangasem, wilayah kerja Puskesmas I Karangasem, tanggal 4 s.d 30 Mei 2011..... 80
Tabel 5.6	Hubungan dukungan sosial dan kejadian depresi responden di Kecamatan Karangasem, wilayah kerja Puskesmas I Karangasem, tanggal 4 s.d 30 Mei 2011..... 82
Tabel 5.7	Hubungan status kesehatan dan kejadian depresi responden di Kecamatan Karangasem, wilayah kerja Puskesmas I Karangasem, tanggal 4 s.d 30 Mei 2011..... 84
Tabel 5.8	Hubungan pengetahuan dan kejadian depresi responden di Kecamatan Karangasem, wilayah kerja Puskesmas I Karangasem, tanggal 4 s.d 30 Mei 2011..... 88
Tabel 5.9	Tabel langkah awal analisis multivariat variabel yang berhubungan dengan depresi responden di Kecamatan Karangasem, wilayah kerja Puskesmas I Karangasem, 4 s.d 30 Mei 2011..... 89
Tabel 5.10	Tabel pemodelan awal analisis variabel yang berhubungan dengan depresi responden di Kecamatan Karangasem, wilayah kerja Puskesmas I Karangasem, tanggal 4 s.d 30 Mei 2011..... 90
Tabel 5.11	Model awal regresi logistic variabel yang berhubungan dengan depresi responden di Kecamatan Karangasem, wilayah kerja Puskesmas I Karangasem, tanggal 4 s.d 30 Mei 2011..... 91

Tabel 5.12	Hasil uji interaksi variabel faktor sosiodemografi, dukungan sosial dan status kesehatan terhadap terjadinya depresi pada responden di Kecamatan Karangasem, wilayah kerja Puskesmas I Karangasem 4-30 Mei 2011.....	91
Tabel 5.13	Pemodelan Akhir Multivariat Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Depresi pada Responden di Kecamatan Karangasem, Wilayah Kerja Puskesmas I Karangasem Tanggal 4 s.d 30 Mei 2011.....	92



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Penjelasan tentang penelitian
- Lampiran 2 Surat pernyataan bersedia berpartisipasi sebagai responden penelitian
- Lampiran 3 Kuisisioner Sosiodemografi
- Lampiran 4 Kuisisioner Dukungan Keluarga
- Lampiran 5 Kuisisioner Dukungan Lingkungan
- Lampiran 6 Kuisisioner Pengukuran Pengetahuan
- Lampiran 7 Kuisisioner Status Kesehatan Lansia
- Lampiran 8 Kuisisioner Pengukuran ADL
- Lampiran 9 Kuisisioner Pengukuran Depresi
- Lampiran 10 Jadwal kegiatan penelitian
- Lampiran 11 Keterangan Lolos Kaji Etik
- Lampiran 12 Ijin Penelitian dari Kesbangpolimas Propinsi Bali
- Lampiran 13 Ijin Penelitian dari Kesbangpolinmas Kabupaten Karangasem

BAB 1

PENDAHULUAN

Pendahuluan adalah bagian awal dari proposal tesis ini, yang berisi tentang rangkaian pola pikir yang mendasari dilakukannya penelitian ini. Pada bagian pendahuluan ini akan menguraikan tentang latar belakang, masalah, tujuan maupun manfaat penelitian.

1.1 Latar Belakang

Lanjut usia (lansia) merupakan fase akhir dari siklus perkembangan manusia. Duvall dan Miller (1985 dalam Friedman, Bowden and Jones, 2003) mengatakan bahwa siklus ini diawali dengan pensiun dan dilanjutkan dengan hilangnya salah satu dari pasangannya. Proses menjadi tua (*aging*) merupakan proses alamiah yang tidak bisa dicegah. Pandangan dalam menghadapi kondisi menua sangat berbeda pada setiap lansia. Menurut Quin (1993 dalam Friedman, Bowden dan Jones, 2003), mengatakan bahwa lansia menganggap masa tua sebagai tahun terbaik dalam kehidupannya, namun dilain pihak banyak lansia yang menganggap sebagai awal kehidupan yang sulit.

Masa tua merupakan fase kehidupan yang ditandai dengan terjadinya proses penurunan fisik, mental maupun psikososial, sehingga mereka dapat digolongkan sebagai kelompok berisiko. Risiko pada lansia dapat dikaitkan dengan umur yang semakin tua (*at risk related ages*) dan juga adanya peristiwa kehidupan yang penuh stress (*life event*) (Hitchcock, Schubert dan Thomas, 1999; Maurer dan Smith, 2005; Stanhope dan Lancaster, 2002).

Konsekwensi lansia sebagai kelompok berisiko mengakibatkan konsekwensi berupa pada tingginya proporsi masalah kesehatan pada lansia (Allender dan

Spradley, 2005). Proses menua mengakibatkan penurunan secara bertahap hampir seluruh organ dan sistem dalam tubuh, baik fisik, mental maupun psikologisnya. Kelemahan fisik merupakan faktor risiko yang mengakibatkan penurunan kemampuan lansia untuk bisa menikmati kehidupan (Miller, 1995). Penurunan fungsi tubuh akibat menua seperti munculnya *presbiacusis* pada mata, terjadinya gangguan fungsi pencernaan, terjadinya *incontinensi urine*, hipotensi dan hipertensi vaskuler, kelemahan otot dan tulang, penurunan fungsi mental dan ingatan serta keterbatasan kemampuan aktivitas sosial mengakibatkan terjadinya gangguan *self esteem* sehingga lansia sangat berisiko mengalami masalah psikologis (Miller, 1995). *Gangguan self esteem* dapat berakibat terjadinya depresi. Depresi merupakan salah satu masalah kesehatan umum dan terbesar ditemukan pada lansia (Hitchcock, Schubert dan Thomas, 1999; Allender and Spradley, 2005).

Depresi terjadi sebagai dampak beragam perubahan dan kehilangan dalam hidup (*multiple loss*), seperti: perubahan sosiodemografi dan konsekwesinya, pensiun, penurunan kesehatan, kurangnya hubungan sosial, dan kehilangan orang yang dicintai (Friedman, Bowden dan Jones, 2003; Allender dan Spradley, 2005). Depresi pada lansia banyak dihubungkan dengan penurunan dan kehilangan fungsi fisiknya (Furner et al, 2006). Depresi semakin meningkat pada lansia, sebagai akibat adanya kontribusi faktor risiko lain seperti sosiodemografi, penyakit kronis, kurangnya komunikasi, dan kurangnya pengetahuan masyarakat maupun lansia tentang depresi (Kleinman, 2010).

Depresi adalah gangguan mental berupa gangguan alam perasaan yang ditunjukkan dengan perasaan yang sangat tertekan, kehilangan terhadap hal-hal yang menarik, perasaan bersalah, penilaian terhadap diri yang rendah, gangguan tidur, gangguan nafsu makan, lemah dan kehilangan daya konsentrasi (WHO, 2010). Hitchcock, Schubert dan Thomas (1999), menyatakan bahwa depresi merupakan gangguan jiwa yang terbanyak ditemukan pada lansia dengan gejala berupa kesedihan yang terus-menerus, tidak punya harapan dan pandangan yang pesimis. Gejala depresi pada lansia terkadang jarang dikeluhkan (Hitchcock,

Schubert dan Thomas, 1999). Lansia di Asia lebih banyak mengungkapkan gejala somatik dibandingkan perasaannya (*mood*), seperti sakit kepala, nyeri dan badan lemas (Kleinman, 2010).

Gejala depresi pada lansia sering tidak tampak. Depresi muncul akibat keterlambatan penyesuaian terhadap kehilangan baik pekerjaan, penghasilan, kehilangan pasangan hidup, penurunan kemampuan fungsi fisik dan melemahnya silaturahmi dengan keluarga (Widnya,2008). Fase awal depresi pada lansia biasanya kurang disadari, akan tetapi pada kondisi lanjut depresi akan berdampak sangat buruk terhadap kesehatan secara umum (Dimond, Ceserta dan Lund, 1994 dalam Lee, 1999). Kondisi ini terjadi akibat kurangnya perhatian dari lansia, keluarga maupun petugas kesehatan terhadap depresi. Penurunan minat, kurangnya nafsu makan, kurangnya sosialisasi dan kurangnya komunikasi sering dianggap sebagai masalah umum akibat proses menua. Kondisi terjadi sebagai akibat dari belum berubahnya paradigma pola berfikir masyarakat maupun petugas kesehatan tentang lansia. Pola fikir yang menganggap lansia sebagai orang yang lemah, mengalami penurunan fungsi dan wajar mengalami gangguan mental merupakan salah satu penyebab lambatnya penemuan depresi (Lee, 1999; WHO, 2007).

Tingginya angka depresi, disebabkan karena makin renggangnya kekerabatan antara lansia dengan keluarga. Kelemahan kekerabatan biasanya berawal dari komunikasi. Komunikasi yang baik merupakan isu yang sangat vital di dalam keluarga. Kesalahan dalam komunikasi baik dalam bentuk komunikasi verbal maupun non verbal dapat mengakibatkan terjadi salah pengertian dan konflik dalam keluarga. Kegagalan dalam adaptasi oleh lansia dan keluarga dapat ditandai dengan buruknya hubungan antara anggota keluarga dengan lansia. Hubungan yang buruk berdampak pada makin berkurangnya interaksi, komunikasi dan perhatian terhadap lanjut usia. Adanya lanjut usia dalam keluarga terkadang dianggap sebagai beban yang dapat menjadi pemicu adanya ketidakseimbangan kondisi emosi dan mental keluarga sehingga perhatian keluarga sering berkurang (Mauk,2010). Kurangnya perhatian mengakibatkan

makin banyak lansia yang diabaikan (Blazer, 2003). Pengabaian, kurangnya dukungan keluarga serta sosial, merupakan bentuk kehilangan kasih sayang (*loss of an external love object*) (Stenback, 1980 dalam Miller, 1995), yang dapat memicu terjadinya perasaan kehilangan, tak berguna, kesepian yang apabila diabaikan dapat mengakibatkan terjadinya depresi.

Depresi sering dianggap bukan masalah, karena pada dasarnya senantiasa pernah dialami oleh setiap orang dalam perjalanan hidupnya sebagai fluktuasi *mood* (WHO, 2001). Penemuan depresi sering terlambat disebabkan oleh faktor keterbatasan tenaga kesehatan jiwa di masyarakat. Pelayanan kesehatan saat ini kurang memperhatikan dalam mendiagnosis depresi, sehingga kasus-kasus depresi sering tidak dilaporkan (WHO, 2007). Lemahnya ketrampilan dari tenaga kesehatan umum dalam mendeteksi depresi, karena pasien biasanya lebih banyak mengeluhkan masalah fisik dibandingkan masalah mental. Pasien biasanya ingin mengatasi masalah depresinya sendiri akibat stigma mengunjungi dokter jiwa (WHO, 2001).

Lansia di luar Amerika dan Eropa memiliki kecenderungan lebih rendah mengalami depresi, karena budaya yang memberikan peran terhadap keluarga dalam merawat lansia (Kleinman, 2004). Saat ini kecenderungan itu berubah dan lebih membahayakan akibat pergeseran budaya yang cepat dan belum bisa diadaptasi oleh lansia, terutama dinegara-negara berkembang (Widnya, 2008). Di negara berkembang, pola budaya hubungan masyarakat cenderung komunal dan *collective*. Model ini berdampak pada adanya bentuk hubungan sosial yang baik, yang merupakan salah satu faktor yang dapat memproteksi terjadinya depresi (Walen dan Lachman, 2000).

Menurut Garda Dewata (2010) perubahan ilmu pengetahuan, ekonomi dan sosial budaya serta munculnya fenomena penyertanya mengakibatkan makin hilangnya nilai-nilai tradisional. Tantangan paling nyata yang patut ditengarai sebagai penyebab tingginya depresi dan bunuh diri di Bali adalah terjadinya *personal and social self destruction*, akibat ketidaksiapan menghadapi perubahan yang

unpredictable, terutama oleh kaum tradisional dan marginal Garda Dewata (2010). Adanya perubahan pola masyarakat yang semakin individual, sebagai dampak dari pergeseran pola hidup dan budaya, mengakibatkan pola hubungan tradisional yang bersifat komunal dan *collective* mulai hilang. Menurut Widnya, (2008), negara-negara yang masyarakatnya belum siap menghadapi perubahan budaya yang serba cepat, angka depresi yang ditemukan cenderung terus meningkat dan gagal ditangani. Kegagalan tersebut berdampak pada makin tinggi terjadinya masalah akibat depresi seperti, peningkatan pengeluaran biaya kesehatan, kehilangan pendapatan, kehilangan produktifitas dan kematian prematur akibat *multiple disease* atau bunuh diri (Kleinman, 2004).

Dharmono (2008 dalam Bali Post, 26 Juni 2008), mengatakan bahwa depresi merupakan masalah kesehatan mental yang banyak ditemui pada lansia. World Health Survey (2003 dalam WHO, 2007) menyebutkan lebih jauh, bahwa depresi merupakan masalah kesehatan yang sangat mengancam dunia dan sebagai penyebab kecacatan (*years lost due to disability*), di negara maju dan berkembang (WHO, 2007). Depresi merupakan gangguan psikologis umum yang diderita oleh hampir 150 juta orang di dunia, dimana 60 % diantaranya dialami oleh lanjut usia (WHO, 2010).

Lansia yang berumur lebih dari 65 tahun hampir 95% tinggal di komunitas, dimana sepersembilan sampai sepertiga dari lansia tersebut menderita depresi (Lee, 1999). WHO (2001) mengatakan, hampir 30% lansia menderita depresi, akan tetapi yang terdiagnosa dan tertangani hanya 5%. Hasil studi epidemiologi tentang depresi diantara lansia di komunitas, menunjukkan bahwa prevalensi depresi berkisar 10-15 % (Evans dan Mottram, 2000; Dharmono, 2008; Lyness et al, 2009). Angka depresi lebih banyak ditemukan pada kelompok 35-64 tahun, namun pada lansia dampak depresi jauh lebih berat. Angka depresi lebih tinggi pada lansia yang aktivitasnya rendah (Strawbridge et al, 2002), depresi banyak terjadi pada lansia yang tidak menikah atau tinggal sendiri. Pendapat lain dari Danesh dan Landeen (2007) mengatakan bahwa depresi justru banyak ditemukan pada orang yang menikah, yakni sebesar (57,1%).

Data insiden depresi di Indonesia sangat bervariasi. Dewi dkk. (2007), mengatakan bahwa angka depresi pada lansia di Indonesia sebesar 6,5%, sedangkan angka depresi pada lansia yang menderita sakit lebih tinggi, yakni sekitar 12-24%. Angka depresi di Bali tidak tercatat dalam *database* laporan kesehatan Propinsi Bali maupun Kabupaten di Bali, akan tetapi menurut Krishna's (2011) hampir 90.000 penduduk Bali menderita depresi. Pendapat tersebut diperkuat oleh pendapat Suryani (2009), yang mengatakan bahwa hampir 7000 penduduk Bali menderita depresi berat dan mengarah ke gangguan jiwa berat.

Pada tahun 2010 jumlah lansia di Bali sekitar 360.300 jiwa (9,25 %) dari total penduduk Bali hasil sensus penduduk 2010 yakni sebesar 3.891.428 jiwa. Jumlah tersebut diperkirakan akan terus meningkat menjadi 371.000 jiwa pada akhir tahun 2011 dan menjadi hampir 400.000 jiwa pada akhir tahun 2013 (BPS Bali, 2010). Apabila diasumsikan bahwa 6,5- 10 % lansia menderita depresi, maka pada tahun 2010 terdapat sekitar 23400 lansia yang menderita depresi. Angka tersebut sudah tentu akan lebih tinggi jika menggunakan perbandingan prevalensi depresi lansia menurut WHO yaitu sekitar 10-15 %.

Kabupaten Karangasem merupakan salah satu kabupaten yang berada di bagian timur pulau Bali, dengan jumlah penduduk 839.540 jiwa, dimana 75.546 jiwa (9 %) berusia lebih dari 60 tahun (Pemda Karangasem, 2011). Dengan asumsi angka depresi 6,5% (Dewi dkk, 2007) maka tampak potensi lansia yang menderita depresi sekitar 4900 orang. Angka tersebut mungkin lebih tinggi, mengingat berbagai kondisi sosiodemografi, dukungan sosial dan status kesehatan yang masih belum optimal. Hasil dari survey pendahuluan yang dilakukan di Puskesmas I Karangasem tanggal 27 Januari 2011 ditemukan bahwa 6 dari 51 lansia yang berobat ke puskesmas menderita depresi. Hasil perhitungan yang dilakukan terhadap perbandingan antara jumlah lansia yang diteliti dengan yang dinyatakan depresi sebesar 11,8 %. Angka ini lebih tinggi bila dibandingkan dengan perkiraan depresi pada lansia di Bali maupun pada tingkat nasional.

Bentuk dampak dari depresi adalah meningkatnya frekwensi kunjungan berulang lansia ke tempat pelayanan kesehatan dengan keluhan somatis yang tidak kunjung berubah. Lansia yang berumur 55 tahun keatas yang menderita depresi rata-rata, mengunjungi tempat pelayanan kesehatan lebih sering dengan berbagai masalah fisik dan meninggal 4 kali lebih cepat dibandingkan dengan yang tidak depresi. Depresi dapat dikelompokkan menjadi tiga tingkatan yakni ringan, sedang dan berat (WHO, 2001). Pada penderita depresi berat biasanya sering muncul pikiran bunuh diri, jika tidak ditangani dapat berakhir dengan bunuh diri. Hampir 15% penderita depresi melakukan bunuh diri, angka keberhasilan bunuh diri pada lansia, lebih tinggi dibandingkan pada orang dewasa dan anak-anak (WHO, 2001). Bunuh diri sebagai akhir dari depresi banyak dipicu oleh faktor ekonomi, kekacauan, kemiskinan, pergeseran budaya, melemahnya ikatan sosial dan penyakit kronis (Husain, 2005; Widnya, 2008).

Widnya (2008) mengatakan bahwa saat ini terjadi kondisi yang sangat serius terkait dengan makin melemahnya ikatan sosial dan kekeluargaan orang Bali. Melemahnya ikatan kekeluargaan mengakibatkan lemahnya kekerabatan yang menyebabkan kurangnya perhatian keluarga pada gejala-gejala depresi dan keinginan lansia melakukan bunuh diri. Bunuh diri bisa dicegah apabila keluarga memberikan perhatian pada lansia yang menderita depresi. Perhatian yang dimaksud adalah perhatian terhadap perilaku yang tidak biasa sebagai respon dari kehilangan arti hidup, kehilangan kebebasan dan hidup dalam tekanan (Miller, 1995).

Depresi dan frustrasi berkontribusi sebesar 62 % terhadap kejadian bunuh diri di Bali, disusul oleh faktor ekonomi dan penyakit yang tak kunjung sembuh (Polda Bali, 2011). Rata-rata angka kejadian bunuh diri dari tahun 2004-2010 sekitar 156 setiap tahun, atau sekitar 4 : 100.000 penduduk. Angka ini sangat tinggi bila dibandingkan dengan angka kejadian bunuh diri di dunia 1:2.5 juta jiwa maupun di Indonesia 1,6-1,8/ 100.000 (Widnya, 2008). Apabila melihat jumlah lansia di Kabupaten Karangasem tahun 2010 sebanyak 75.546 jiwa, maka kemungkinan yang menderita depresi sekitar 8688 orang (11,8%) (Puskesmas I Karangasem,

2011). Hasil perhitungan menunjukkan bahwa, hampir 1300 orang berisiko melakukan bunuh diri. Angka tersebut bisa menjadi lebih tinggi karena faktor risiko bunuh diri pada lansia depresi yang lebih banyak ditemukan di Karangasem. Risiko tersebut mengakibatkan kontribusi angka kejadian bunuh diri paling banyak ditemukan di Kabupaten Karangasem, bila dibandingkan dengan kabupaten lain di Bali (Dyatmikawati, 2006;Polda Bali, 2011).

Konsep Agama Hindu, yang dipeluk oleh sebagian besar penduduk Bali dan Karangasem secara khusus, menganggap bunuh diri sebagai perilaku yang bertentangan dengan ajaran agama. Bunuh diri dianggap sebagai *ulah pati* atau mati tidak wajar. Bunuh diri di Bali terjadi akibat kurangnya pengetahuan masyarakat tentang adat dan agama (Dyatmikawati, 2006). Kurangnya pemahaman ini sering menyebabkan masyarakat mendiskreditkan keluarga yang anggota keluarganya meninggal akibat bunuh diri. Bentuk perlakuan tersebut adalah jenazah keluarga tidak boleh dibawa pulang kerumah (Dyatmikawati, 2006), karena dianggap memberikan aura buruk bagi desa. Kasus bunuh diri selama ini hanya ditangani oleh kepolisian sebagai kasus pidana biasa.

Berbagai upaya telah dilakukan dalam menurunkan angka kejadian depresi, salah satunya oleh Yayasan Suryani Institute, dalam bentuk latihan meditasi dan penemuan dini terhadap depresi (Suryani Istitute, 2009). Upaya secara khusus dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Karangasem bekerja sama dengan RS Jiwa Propinsi Bali. Namun tindakan yang dilakukan masih difokuskan pada pengobatan penderita gangguan jiwa berat. Hal ini diakibatkan oleh keterbatasan anggaran, serta tidak masuknya depresi dan bunuh diri dalam program dasar puskesmas. Peran perawat khususnya perawat komunitas dalam melakukan penanganan depresi hingga saat ini belum ada, sehingga dari tahun ke tahun angka depresi dan bunuh diri di Karangasem masih tetap tinggi.

Penelitian yang berkaitan dengan depresi maupun faktor penyebab bunuh diri dengan pendekatan keperawatan belum pernah dilakukan. Penelitian yang ada hanya berkisar pandangan tentang bunuh diri ditinjau dari konsep budaya, adat

maupun agama, sehingga belum mampu melihat secara mendasar faktor apa yang berkontribusi terhadap terjadinya depresi maupun bunuh diri di Kecamatan Karangasem, Kabupaten Karangasem, Bali.

Dari uraian fakta diatas tampak bahwa kejadian depresi yang berlanjut pada fenomena bunuh diri yang sangat tinggi pada lanjut usia di Kabupaten Karangasem mungkin disebabkan oleh adanya depresi yang tidak terdeteksi dan tertangani dengan baik. Depresi pada lanjut usia masih dianggap penyakit biasa dan bunuh diri masih dianggap kejahatan mengakhiri hidup, yang masuk dalam ranah pidana yang ditangani oleh kepolisian. Kajian komprehensif dan mendalam tentang fenomena depresi pada lansia di Kabupaten Karangasem hingga saat ini belum pernah dilakukan. Untuk itu peneliti merasa tertarik melakukan penelitian, untuk melihat hubungan faktor sosiodemografi, dukungan sosial dan status kesehatan lansia terhadap terjadinya depresi pada lansia di Kecamatan Karangasem, Kabupaten Karangasem, Bali.

1.2 Masalah Penelitian

Depresi pada lansia cukup tinggi ditemukan di Karangsem. Hasil laporan pendahuluan yang dilakukan terkait angka depresi pada lansia, didapatkan insiden sebesar 11,8% (Puskesmas I Karangasem, 2011). Angka depresi tersebut jauh lebih tinggi bila dibandingkan dengan angka depresi rata-rata lansia di Indonesia sebesar 6,5% (Dewi.dkk, 2007). Tingginya angka depresi ditengarai sebagai salah satu penyebab bunuh diri di Karangasem, bila dibandingkan dengan Kabupaten lain di Bali (Dyatkawati, 2006;Polda Bali, 2008).

Masalah depresi hingga saat ini belum mendapat perhatian khusus dalam program kesehatan, karena tidak termasuk dalam target *Millennium Development Goals* maupun enam program pokok puskesmas dan keterbatasan dana serta kemampuan petugas untuk menangani depresi. Sulitnya melakukan penanganan terhadap depresi disebabkan oleh kurangnya informasi dari hasil studi faktor yang berhubungan dengan depresi pada lansia di Karangasem. Tingginya angka

depresi dan bunuh diri pada lansia di Karangasem, merupakan masalah keperawatan lansia di komunitas yang memerlukan upaya pencegahan dan penanganan serius. Hal yang cukup penting untuk diketahui, bahwa sampai saat ini belum ada penelitian di Karangasem terkait faktor sosiodemografi, dukungan sosial dan status kesehatan yang berhubungan dengan depresi dan resiko bunuh diri terutama pada lansia. Dari fenomena tersebut dapat ditarik masalah penelitian yaitu: “Bagaimanakah hubungan faktor sosiodemografi, dukungan sosial dan status kesehatan dengan terjadinya depresi pada lansia di Kecamatan Karangasem, Kabupaten Karangasem, Bali ?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dalam penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan faktor sosiodemografi, dukungan sosial dan status kesehatan dengan kejadian depresi pada lansia di Kecamatan Karangasem, Kabupaten Karangasem, Bali.

1.3.2 Tujuan Khusus, teridentifikasi:

- a. Sosiodemografi lansia yang mengalami depresi di Kecamatan Karangasem Kabupaten, Karangasem, Bali, mencakup : umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, perkawinan dan status tinggal.
- b. Dukungan sosial pada lansia dengan depresi di Kecamatan Karangasem Kabupaten, Karangasem, Bali, mencakup : dukungan keluarga dan dukungan lingkungan.
- c. Status kesehatan lansia dengan depresi di Kecamatan Karangasem Kabupaten, Karangasem, Bali, mencakup : ADL, IMT, penyakit kronis, nyeri, riwayat merokok, riwayat alkohol, riwayat keluarga/pasien depresi, riwayat penggunaan obat-obatan, riwayat skrening dan riwayat penyuluhan yang didapat.
- d. Kejadian depresi lansia di Kecamatan Karangasem, Kabupaten Karangasem, Bali.

- e. Tingkat pengetahuan lansia tentang depresi di Kecamatan Karangasem, Kabupaten Karangasem, Bali.
- f. Hubungan umur dengan kejadian depresi pada lansia di Kecamatan Karangasem, Kabupaten Karangasem, Bali.
- g. Hubungan jenis kelamin dengan kejadian depresi pada lansia di Kecamatan Karangasem, Kabupaten Karangasem, Bali.
- h. Hubungan status perkawinan dengan kejadian depresi pada lansia di Kecamatan Karangasem, Kabupaten Karangasem, Bali.
- i. Hubungan pendidikan dengan kejadian depresi pada lansia di Kecamatan Karangasem, Kabupaten Karangasem, Bali.
- j. Hubungan status pekerjaan dengan kejadian depresi pada lansia di Kecamatan Karangasem, Kabupaten Karangasem, Bali.
- k. Hubungan status penghasilan dengan kejadian depresi pada lansia di Kecamatan Karangasem, Kabupaten Karangasem, Bali.
- l. Hubungan type keluarga dengan kejadian depresi pada lansia di Kecamatan Karangasem, Kabupaten Karangasem, Bali.
- m. Hubungan dukungan keluarga dengan kejadian depresi pada lansia di Kecamatan Karangasem, Kabupaten Karangasem, Bali.
- n. Hubungan dukungan lingkungan dengan kejadian depresi pada lansia di Kecamatan Karangasem, Kabupaten Karangasem, Bali.
- o. Hubungan dukungan sosial dengan kejadian depresi pada lansia di Kecamatan Karangasem, Kabupaten Karangasem, Bali.
- p. Hubungan Indek Massa Tubuh dengan kejadian depresi pada lansia di Kecamatan Karangasem, Kabupaten Karangasem, Bali.
- q. Hubungan status ADL dengan kejadian depresi pada lansia di Kecamatan Karangasem, Kabupaten Karangasem, Bali.
- r. Hubungan riwayat merokok dengan kejadian depresi pada lansia di Kecamatan Karangasem, Kabupaten Karangasem, Bali.
- s. Hubungan kebiasaan minum alkohol dengan kejadian depresi pada lansia di Kecamatan Karangasem, Kabupaten Karangasem, Bali.
- t. Hubungan penyakit kronis dengan kejadian depresi pada lansia di Kecamatan Karangasem, Kabupaten Karangasem, Bali.

- u. Hubungan riwayat keluarga dengan kejadian depresi pada lansia di Kecamatan Karangasem, Kabupaten Karangasem, Bali.
- v. Hubungan riwayat depresi pada lansia dengan kejadian depresi pada lansia di Kecamatan Karangasem, Kabupaten Karangasem, Bali.
- w. Hubungan riwayat penggunaan obat-obatan dengan kejadian depresi pada lansia di Kecamatan Karangasem, Kabupaten Karangasem, Bali.
- x. Hubungan riwayat skrining depresi dengan kejadian depresi pada lansia di Kecamatan Karangasem, Kabupaten Karangasem, Bali.
- y. Hubungan riwayat mendapat penyuluhan tentang depresi dengan kejadian depresi pada lansia di Kecamatan Karangasem, Kabupaten Karangasem, Bali.
- z. Hubungan pengetahuan dengan depresi dengan kejadian depresi pada lansia di Kecamatan Karangasem, Kabupaten Karangasem, Bali.
- aa. Diketahui faktor yang paling berpengaruh terhadap terjadinya depresi pada lansia Kecamatan Karangasem, Kabupaten Karangasem, Bali.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Pelayanan Keperawatan

Dari penelitian ini diharapkan akan menemukan gambaran tentang faktor sosiodemografi, dukungan sosial dan status kesehatan yang berpengaruh terhadap terjadinya depresi pada lansia di Kabupaten Karangasem. Data tentang sosiodemografi akan berguna untuk memberikan gambaran tentang kelompok-kelompok lansia yang berisiko tinggi, sehingga mempermudah dalam menetapkan sasaran program kegiatan. Data tentang dukungan sosial akan memberikan gambaran kondisi nyata hubungan sosial antara penderita depresi dengan keluarga atau dengan masyarakat. Gambaran ini dapat

digunakan dalam merancang proses pemberdayaan keluarga maupun masyarakat dalam melakukan penanganan terhadap depresi.

Data tentang status kesehatan akan memberikan gambaran hubungan perilaku, kondisi kesehatan dengan depresi yang bermanfaat dalam melihat dampak kondisi tersebut terhadap terjadinya depresi sehingga membantu mencari solusi mengatasinya. Semua data yang didapat merupakan awal dalam menetapkan diagnosa sebagai landasan menyusun strategi promosi kesehatan, pencegahan dan penanganan depresi pada lansia yang berbasis komunitas.

1.4.2 Pengembangan Ilmu Keperawatan

Menambah khasanah pengembangan teori dan konsep ilmu keperawatan terutama dalam perawatan lanjut usia khususnya perawatan lansia dengan depresi. Data yang ditemukan dapat digunakan sebagai informasi dalam pengembangan pemahaman tentang hubungan faktor sosiodemografi, dukungan sosial dan status kesehatan dengan terjadinya depresi pada lansia dengan pendekatan model PRECEDE-PROCEED.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Tinjauan pustaka adalah telaahan teori-teori yang tersusun secara sistematis yang dijadikan sebagai landasan dalam menganalisa fenomena-fenomena dalam penelitian. Tinjauan pustaka dalam penelitian ini adalah lansia sebagai populasi risiko tinggi, depresi pada lansia, dan aplikasi teori model PRECEDE-PROCEED.

2.1 Lansia Sebagai Kelompok Berisiko (At Risk)

Populasi lanjut usia di dunia secara umum senantiasa menunjukkan peningkatan. Kondisi ini merupakan dampak dari keberhasilan pembangunan dibidang kesehatan. Populasi lansia yang cukup besar belum diimbangi dengan peningkatan kualitas hidup lansia. Lansia sebagian besar hidup dalam kemiskinan akibat perencanaan hidup yang tidak tepat, pendidikan rendah, kesehatan buruk sehingga secara umum anggaran yang dibutuhkan untuk pelayanan kesehatan lansia menjadi sangat besar yakni hampir 48–50 % dari total anggaran, khususnya kesehatan (Mauk,2010).

Dampak proses menua yang dialami menjadikan lansia digolongkan sebagai kelompok yang berisiko (*at risk*). Risiko adalah kemungkinan suatu peristiwa akan terjadi dalam suatu waktu tertentu (Stanhope dan Lancaster, 1996; Hitchcock, Schubert dan Thomas,1999). *At risk* adalah faktor determinan atau mempengaruhi kondisi seseorang atau populasi untuk menjadi sakit atau sehat (Kaakinen, Hanson, Birenbaum dalam Stanhope dan Lancaster, 2004). Faktor risiko dimaksud dapat berdiri sendiri atau saling berkombinasi yang dapat menyebabkan perubahan status kesehatan seseorang (*National Academy on An Aging,2000*) *Population at risk* adalah populasi yang melakukan aktifitas atau karakteristik tertentu yang meningkatkan potensi mereka

menjadi sakit, cedera atau mendapatkan masalah kesehatan (Clement-Stone, McGuire dan Eigsti, 1998). Kesimpulan pengertian *at risk* berdasarkan keempat definisi diatas adalah risiko, karakteristik, aktifitas atau kemungkinan peristiwa serta faktor dominan yang mempengaruhi seseorang berpotensi menderita penyakit, cedera atau masalah kesehatan. Kondisi ini sangat tepat dengan situasi yang dialami oleh lansia. *At risk* secara umum dikaitkan dengan kondisi biologis (*biologic risk*), sosial (*social risk*), ekonomi (*economic risk*), gaya hidup (*life-style risk*) dan peristiwa kehidupan (*life-event risk*) (Stanhope dan Lancaster,2002). Lansia merupakan kelompok yang berisiko tinggi akibat keseluruhan faktor tersebut sehingga dikatakan sebagai kelompok dengan *multiple at risk* (*National Academy on Aging*, 2000). Populasi lansia merupakan salah satu dari *Ericson Development Stage of Life Cycle* dan termasuk dalam populasi *at risk*, yang telah digunakan memandu dalam keperawatan berbasis *agregat* (Clemen-Stone, McGuire dan Eigsti,1998).

2.1.1 *Biologic risk*

Kategori *at risk* biologis berupa bawaan dan genetik (*inherited biological risk*) dan terkait usia (*age related risk*), (Califano, 1979 dalam Stanhope dan Lancaster,2002). Klasifikasi *at risk* biologis menurut Pender (2002) dikategorikan menjadi genetik, usia dan karakteristik biologis.

Perubahan umur berdampak pada terjadinya penurunan berbagai anatomi dan fungsi tubuh, sehingga secara alami lansia akan mengalami berbagai perubahan biologis yang cenderung mengarah ke penurunan yang sangat sulit untuk dihambat dan dimodifikasi (*National Academy on An Aging*, 2000). Penurunan fisik mengurangi kemampuan lansia melakukan berbagai aktivitas. Penurunan sistem imun mengakibatkan lansia lebih rentan mengalami penyakit. Penurunan fungsi mental dan psikososial menyebabkan penurunan kemampuan lansia melakukan sosialisasi dan adaptasi terhadap perubahan yang terjadi. Perubahan biologis yang secara nyata berdampak terhadap

terjadinya depresi adalah peningkatan *serotonin* dan terjadi penurunan *dopamin* dan *norandrenalin*.

2.1.2 Life – event risk

Berbagai peristiwa kehidupan (*life event*), akan terjadi mengikuti penurunan fungsi biologis. Hitchcock, Schubert dan Thomas (1999), menyatakan bahwa masa tua identik dengan adanya kehilangan pekerjaan, penurunan penghasilan, ditinggalkan oleh anak-anak dan kehilangan pasangan hidup. Perubahan kondisi ini memerlukan adaptasi dengan cara belajar ketrampilan baru. Semua itu merupakan peristiwa yang akan dilewati oleh setiap lansia dan merupakan stresor bagi lansia. Peristiwa kehidupan yang penuh stress apabila tidak diantisipasi secara dini dapat menjadi faktor risiko yang dapat menurunkan kualitas kesehatan lansia, berupa gangguan *self esteem* yang berdampak pada terjadinya depresi (Stanhope dan Lancaster, 2004).

2.1.3 Social risk

Penurunan kondisi lansia menyebabkan penurunan kemampuan melakukan sosialisasi sehingga berisiko mengalami isolasi (Hitchcock, Schubert dan Thomas, 1999). Masalah sosialisasi dapat terjadi pada hubungan lansia dengan keluarga, tetangga, unit sosial, kelompok agama, organisasi lansia, dan organisasi kemasyarakatan lainnya (Stanhope dan Lancaster, 2002). Lansia sangat berisiko mengalami kekerasan dan pengabaian (Maurier dan Smith, 2005). Risiko sosial meningkat akibat kurangnya dukungan keluarga dan sosial terhadap lansia akibat pergeseran sosial (Widnya, 2008).

Kondisi lingkungan yang tidak bersahabat sangat mempengaruhi kesehatan lansia seperti lingkungan yang tercemar, bising, lingkungan dengan stress tinggi dan kejahatan (Miller, 2004 dalam Maurier dan Smith, 2005). Pendidikan merupakan salah satu komponen penting dalam konteks sosial. Pendidikan yang kurang merupakan salah satu penyebab tingginya depresi (Chelavier dan Feinstein, 2002).

2.1.4 *Life-style risk*

Perilaku lansia baik pada masa lampau maupun saat ini sangat berpengaruh terhadap kesehatan lansia. Gaya hidup yang berisiko tinggi terhadap kesehatan antara lain kebiasaan makan seperti penggunaan gula, garam, makanan tinggi kolesterol, rendah serat, kebiasaan tidur dan aktifitas fisik yang kurang (Stanhope dan Lancaster,2002). Perilaku lansia yang sangat berisiko terhadap penyakit pada lansia adalah alkohol dan merokok (Hitchcock, Schubert dan Thomas,1999). Gaya hidup yang tidak sehat dapat menurunkan kualitas kesehatan lansia, sehingga lebih mudah mengalami berbagai macam penyakit, baik fisik maupun mental.

2.1.4 *Economic risk*

Pensiun dan hilangnya pekerjaan merupakan salah satu fase yang dialami oleh setiap lansia. Menurut Maurier dan Smith (2005), pensiun menyebabkan penghasilan berkurang dari 40% hingga 60%, dan akan menjadi stresor bila lansia tidak memiliki perencanaan keuangan. Keuangan pada masa tua sangat penting untuk memenuhi kebutuhan dasar dan butuhan pelayanan kesehatan. Keterbatasan keuangan, tidak bekerja dan rumah yang tidak layak, sangat berhubungan dengan terjadinya kehilangan otonomi merupakan salah satu stresor pada lansia (Chelavier dan Feinstein,2002).

2.2 Proses Menua dan Depresi

2.2.1 Proses menua

Murray (2003 dalam Maurier dan Smith,2005), menyatakan bahwa lansia merupakan akhir dari proses menua (*aging*). *Aging* merupakan suatu proses yang kompleks sebagai bentuk interpretasi perubahan yang berlangsung secara terus menerus berupa pengalaman yang universal yang merupakan kulminasi dan akhir, yang dapat dilihat dari sudut pandang, kronologis, fisiologis dan fungsional (Wold, 2004). Setiap makhluk hidup akan melewati fase lahir, hidup dan mati. Pandangan tentang proses menua

dapat dilihat dari berbagai sudut dan indikator, namun yang paling sering digunakan adalah umur kronologis (World, 2004).

Seseorang dikatakan lansia apabila telah berumur 60 tahun atau lebih (UU No 13 tahun 1998). Menurut WHO seseorang digolongkan dalam kelompok lansia apabila berumur 45 tahun atau lebih. Perbedaan pengelompokan umur lansia dipengaruhi oleh faktor politik dan umur harapan hidup yang berkembang di suatu negara. Lansia dikelompokkan menjadi beberapa kategori antara lain:

Sedangkan Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menggolongkan lansia menjadi 4 yaitu :

- a. Usia pertengahan (middle age) 45 -59 tahun
- b. Lanjut usia (elderly) 60 -74 tahun
- c. Lanjut usia tua (old) 75 – 90 tahun
- d. Usia sangat tua (very old) diatas 90 tahun.

Konsekwensi dari proses menua adalah terjadinya penurunan berbagai fungsi tubuh. Proses menua mengakibatkan berbagai perubahan pada lansia baik secara fisik, psikologis, sosial maupun ekonomi (Wold,2004; Stanhope dan Lancaster,2004; Mauk,2010).

2.2.1.1 Perubahan fisik

Perubahan fisik merupakan bentuk nyata dari proses menua yang dapat diamati secara langsung. Perubahan fisik terjadi pada semua sistem (Wold,2004). Secara fisik proses menua mengakibatkan kulit menipis, *atrofi* kelenjar keringat dan penurunan vaskularisasi dan kulit menjadi keriput. Penurunan fungsi pernafasan berdampak pada kurangnya kemampuan aktifitas. Gangguan fungsi indera ditandai dengan penurunan pendengaran, penciuman, perabaan dan penglihatan (Wold, 2004). Penurunan sistem vaskuler mengakibatkan lansia mengalami penurunan fungsi *baroreseptor*, peningkatan tahanan perifer, terjadinya hipo atau hipertensi (Darmojo dan Martono,1998). Penurunan fungsi sistem pencernaan

berupa penurunan kemampuan mengunyah, mengolah makanan dilambung dan penurunan *absorpsi* di usus halus dan penurunan peristaltik usus (Wold, 2004).

Kelemahan otot-otot perkemihan, penurunan jumlah nefron, keterbatasan fungsi ginjal merupakan proses alamiah yang terjadi akibat menua (Darmojo dan Martono, 1998). Pada sistem *muskulo skeletal* pengecilan ukuran otot, penurunan kemampuan kontraksi, penipisan tulang dan pemendekan ruang antar sendi merupakan perubahan akibat menua yang alamiah (Wold, 2004). Penurunan elastisitas otot-otot pernafasan, kelemahan silia, penurunan kelembaban udara pernafasan, penurunan ekspansi paru menyebabkan penurunan fungsi pernafasan lansia (Wold, 2004).

Semua penurunan fungsi fisik tersebut secara langsung dapat mempengaruhi *self esteem* lansia. Gangguan *Self esteem* memiliki hubungan yang sangat kuat terhadap terjadinya depresi (Miller, 1995).

2.2.1.2 Perubahan psikososial

Proses perubahan psikososial pada pada lansia dipengaruhi oleh faktor biologis dan sosial, dimana perubahan tersebut tergantung dari kemampuan lansia melakukan adaptasi. Kemampuan adaptasi lansia sangat dipengaruhi oleh kemampuan belajar, ingatan, perasaan, intelegensi dan motivasi (Miller, 1995).

Kematangan lansia sangat dipengaruhi oleh dipenuhi tidaknya lima kebutuhan dasar manusia (Miller, 1995). Lansia, yang kebutuhan dasar dalam hidupnya sudah terpenuhi pada masa tumbuh kembang sebelumnya, pada masa tuanya akan menunjukkan sikap yang mandiri, kreatif, bebas dan hubungan interpersonal yang positif. Menurut teori *life-course*, perkembangan psikologis seseorang

berlangsung secara bertahap. Setiap tahap berlangsung secara bertingkat dan tidak terjadi proses saling mendahului. Perkembangan psikologis seseorang akan baik apabila lansia telah mengikuti setiap tahap perkembangan dengan benar. Pendapat tersebut tidak sepenuhnya disepakati, karena menurut teori *continuity* perkembangan seseorang sangat dipengaruhi oleh masa lalunya (Darmojo dan Martono, 1998). Tugas perkembangan yang lansia adalah 1) menerima terhadap penurunan kekuatan fisik dan kesehatan 2) menerima kehilangan pekerjaan dan penurunan penghasilan 3) menerima kehilangan pasangan hidup; 4) mempertahankan hubungan dengan teman sebaya 5) beradaptasi dengan peran sosial secara fleksibel 6) menikmati dan mempertahankan aktivitas fisik yang menyenangkan (Fiedman, Bowden dan Jones, 2003).

Neugarten dan colleagues (1968 dalam Miller,1995) dalam teori *activity* dan *disengagement* menyebutkan empat tipe kepribadian lansia yakni terpadu (*integrated*), kaku (*armored-defended*), tergantung (*passive-dependent*) dan tidak mau bekerjasama (*unintegrated*). Depresi banyak ditemukan pada lansia dengan kepribadian kaku, tergantung dan tidak mau bekerjasama.

Teori psikologi akibat menua sangat berguna sebagai *framework* dalam melakukan penanganan berbagai isu masalah psikologis termasuk depresi sebagai dampak dari kehilangan dan perkembangan yang tidak sesuai dan kebutuhan dasar yang tidak terpenuhi (Miller,1995).

2.2.1.3 Konsekwensi fungsional negatif akibat menua

Proses menua tidak semua bisa berlangsung secara normal. Proses menua yang tidak diantisipasi dan disadari secara dini dapat

menjadi masalah dan cenderung dapat menimbulkan konsekuensi negatif terhadap lansia. Konsekuensi fungsional adalah efek yang terjadi akibat adanya aksi (tindakan petugas kesehatan), faktor risiko dan proses menua yang mempengaruhi kualitas hidup lansia (Miller, 1995). Secara alamiah lansia adalah kelompok yang secara fisik, mental dan psikososial mengalami perubahan.

Penurunan fungsi penginderaan berdampak pada ketidakmampuan lansia menikmati hidup (Wold, 2004). Konsekuensi psikososial yang terjadi akibat penurunan fungsi sistem pencernaan dapat berupa keterbatasan lansia memaknai kegiatan makan sebagai bentuk aktivitas sosial. Konsekuensi psikologis negatif akibat penurunan sistem muskulo skeletal adalah kehilangan kepercayaan diri untuk beraktivitas, *fallfobia* dan timbulnya kecemasan apabila melakukan aktifitas (Tideiksaar dan Kay, 1986 dalam Miller, 1995).

Akibat proses menua pada kulit dapat memunculkan masalah psikologis berupa perasaan tua, tidak atraktif dan kehilangan kepercayaan diri (Kligman dan Graham, 1986 dalam Miller, 1995). Perubahan pola tidur menjadi pendek dapat mengakibatkan lemah, bingung, mudah marah dan kehilangan konsentrasi. Proses menua pada kulit menimbulkan gangguan termoregulasi berupa hipotermi ataupun hipertermi yang tidak disadari dapat merusak otak, yang bermuara pada penurunan kemampuan kognitif lansia.

Morley (1986 dalam Miller 1995: Mauk, 2010), menyatakan bahwa perubahan fungsi dan kemampuan seksual yang tidak disadari dapat menjadi faktor psikogenik terhadap timbulnya *impotence*. Perubahan secara fisik yang tidakantisipasi dapat menjadi penyebab terjadinya stress. Kondisi menua ditambah dengan faktor penyakit yang didapat, kondisi psikososial yang terganggu akibat

kehilangan, kurangnya perawatan dari tenaga kesehatan akan menimbulkan konsekwensi fungsional negatif bagi lansia (Miller, 1995; Mauk, 2010). Bentuk konsekwensi fungsional negatif berupa terjadinya gangguan *self esteem* yang dapat mengakibatkan terjadinya depresi (Miiler, 1995; Mauk, 2010).

Secara psikologis konsekwensi negatif banyak ditemukan pada kelompok lansia tipe kaku, pasif dan tidak mau bekerjasama. Kelompok ini adalah kelompok dengan kepribadian yang berisiko mengalami masalah psikologis. Kepribadian lansia cenderung berubah dari *extroverted* pada saat muda menjadi *introverted* pada saat tua, hal ini berperan sangat mendasar dalam kesehatan mental khususnya depresi (Junk, 1960 dalam Miller,1995). Proses menua dan konsekwensi negatif dari proses menua yang tidak diantisipasi dengan baik dapat menjadi stresor bagi lansia dan berdampak pada penurunan kualitas hidup lansia, salah satu masalah mental yang banyak ditemukan pada lansia depresi (Maurier dan Smith,2005).

2.2.2 Depresi

Depresi merupakan masalah umum kesehatan mental yang paling banyak ditemukan pada lansia (Maurier dan Smith, 2005). Pandangan tentang depresi secara umum dapat dipahami melalui pengenalan terhadap pengertian, gejala, penyebab, penilaian dan faktor yang mempengaruhi depresi.

2.2.2.1 Pengertian depresi

Depresi adalah suatu gangguan alam perasaan, ditandai oleh kesedihan, harga diri rendah, rasa bersalah, putus asa dan perasaan kosong (Stuart dan Sundeen, 1987). Depresi diartikan sebagai gangguan alam perasaan yang ditandai dengan perasaan tertekan, menderita, berkabung, mudah marah dan kecemasan (WHO, 2001). Depresi merupakan suatu bentuk gangguan

perasaan yang bersifat patologis pada lansia (Evans dan Mottram, 2000). Depresi merupakan gangguan alam perasaan dengan gejala berupa perasaan sedih, kehilangan harapan, gangguan konsentrasi, gangguan tidur, perubahan nafsu makan, berfikir ingin melakukan bunuh diri, hingga benar-benar melakukan bunuh diri. Gejala ini muncul setiap hari, atau paling tidak 2 minggu terakhir. Berdasarkan keempat penjelasan diatas, dapat disimpulkan bahwa depresi pada lanjut usia adalah suatu bentuk gangguan alam perasaan yang bersifat patologis yang ditandai dengan perasaan sedih, harga diri rendah, rasa bersalah, putus asa, perasaan kosong, perasaan tertekan, menderita, berkabung mudah marah, gangguan makan, sulit tidur dan kecemasan yang terjadi setiap hari atau paling tidak dua minggu terakhir pada lanjut usia.

2.2.2.2 Gejala depresi

Depresi sering diasosiasikan dengan gangguan mental lain, penyalahgunaan obat dan gangguan fisik yang menurunkan kualitas hidup. Gejala depresi dapat dilihat melalui perubahan fisik, psikis dan sosial (WHO, 2001).

- a. Gejala fisik, berupa gangguan pola tidur, penurunan kinerja, mudah merasa letih dan sering sakit.
- b. Gejala psikis seperti kehilangan percaya diri, sensitif, merasa tidak berguna, perasaan tertekan dan merasa bersalah.
- c. Gejala Sosial berupa gangguan interaksi dengan teman kerja, konflik, minder, malu, cemas dan merasa tidak nyaman berkomunikasi secara normal.

Menurut Chew, Baldwin dan Burn (2008) gejala depresi dikelompokkan menjadi 2 jenis, yakni gejala inti dan gejala tambahan.

- a. Gejala inti (*core symptom*) adalah:
 - 1) Perasaan tertekan bertahan selama 2 minggu
 - 2) Kehilangan ketertarikan/kesenangan terhadap aktifitas normal

3) Penurunan energi dan peningkatan rasa kelelahan

b. Gejala tambahan antara lain

- 1) Kehilangan rasa percaya diri
- 2) Menyalahkan diri sendiri
- 3) Berfikir tentang kematian
- 4) Gangguan konsentrasi
- 5) Gangguan aktifitas psikomotor
- 6) Gangguan tidur
- 7) Gangguan nafsu makan

Penetapan derajat depresi dilakukan dengan melihat kombinasi gejala inti dan tambahan (Chew, Baldwin dan Burn, 2008).

- a. Depresi ringan jika ditemukan 2 gejala inti dan 4 gejala tambahan
- b. Depresi sedang jika ditemukan 2 gejala inti dan 6 gejala tambahan
- c. Depresi berat bila ditemukan 3 gejala inti dan 5 gejala tambahan dan ditemukannya gejala psikotik/stupor.

Kejadian depresi merupakan suatu kondisi, dimana seseorang dapat dikatakan menderita atau tidak menderita depresi. Depresi dikelompokkan berdasarkan atas hasil penilaian terhadap gejala-gejala depresi. Menurut Kurlowicz dan Greenberg (2007) kejadian depresi dikelompokkan berdasarkan atas hasil penilaian dengan GDS short form menjadi dua bagian besar yakni nilai ≤ 5 dikatakan tidak depresi, sedangkan nilai > 5 berarti tandanya mengalami depresi (*suggestive of depression*), dimana apabila ditemukan skor GDS > 5 perlu dilakukan pengkajian lebih dalam.

2.2.2.3 Penyebab depresi

Teori-teori terjadinya depresi dijelaskan oleh model biologis, diastesis-stress dan mode interaktif.

a. Biologis

Teori biologis (*biological*) menyebutkan bahwa, faktor yang berperan terhadap terjadinya depresi adalah faktor biologis (*biological factor*). Teori *diathesis-stress* (*diathesis-stress*) menyebutkan bahwa depresi diakibatkan oleh adanya faktor risiko berupa genetik yang diaktivasi oleh adanya peristiwa kehidupan yang penuh stress (*stressful life event*), yang berinteraksi baik karena faktor alamiah maupun karena pola asuh (Slavich, 2004). Menurut model interaktif (*interactive models*) menyebutkan bahwa depresi terjadi akibat peningkatan kadar serotonin (*serotonin transporter* (*5-HTT*)) yang dicetuskan oleh adanya peristiwa kehidupan yang penuh stress (Caspi, Sugden dan Moffitt, 2003).

Secara biologis depresi terjadi akibat ketidakseimbangan tiga *neurotransmitters* utama yakni *serotonin*, *norepinephrine* dan *dopamine*. Peningkatan jumlah *serotonin* mengakibatkan penurunan kadar *norepinephrine*. *Norepinephrine* merupakan *neurotransmitter* yang berhubungan dengan fungsi kesiagaan tubuh, energi, perhatian, motivasi, kesenangan, penghargaan dan hal lain yang menarik dalam hidup (Nutt, 2008). Depresi merupakan kelainan mental yang terjadi akibat kelebihan sekresi dari *corticotropin-releasing hormone* sebagai dampak dari *hiperaktifnya hypothalamic-pituitary-adrenal axis* (*HPA-axis*), yang dapat mengakibatkan episode depresi (Monteleone, 2001). Tingginya angka depresi pada lansia disebabkan oleh faktor biologis antara lain penyakit lansia, genetik, penurunan serotonin, peningkatan kadar *kortisol* (Blazer, 2003).

b. Psikologis

Faktor psikologis yang menjadi pemicu terjadinya depresi pada lansia adalah perilaku hidup yang pasif, riwayat kekerasan dan pengabaian pada masa lalu. Menurut Lee (1999) depresi dapat disebabkan oleh faktor internal dalam wujud *self esteem* yang rendah, baik konsep diri (*self concept*) maupun penghargaan terhadap diri sendiri (*self worth*).

Faktor internal lain yang berpengaruh adalah kompetensi lansia dalam menghadapi masa tua dalam bentuk kesiapan dalam pemenuhan *Activity Daily Living* (ADL), kemampuan mengidentifikasi sumber daya dan kelemahan dalam melakukan hubungan. Teori psikologis mengungkapkan pula bahwa aspek kepribadian dan perkembangannya menjadi satu kesatuan yang berkontribusi terhadap risiko timbulnya depresi (Raphael, 2000). Depresi terjadi akibat adanya suatu peristiwa kehidupan, karakteristik coping yang tidak adekuat, rendahnya *self-esteem*, perilaku mengalah dan cara berfikir yang keliru (Raphael, 2000).

Depresi terjadi akibat adanya pola pikir yang negatif terkait diri sendiri, dunia dan masa depan. Depresi sangat berkaitan dengan perkembangan sebelumnya. Pengalaman kehilangan dini, perpisahan dan penolakan menjadi faktor internal yang dapat memicu timbulnya depresi (Ma, 2006; Sadock, Kaplan dan Sadock, 2007).

c. Sosial

Depresi pada lanjut usia dapat dikaitkan dengan adanya masalah kesehatan, perubahan dalam hubungan dengan pasangan maupun anak, adanya perbedaan pemahaman tentang transisi kebutuhan perawatan dan yang didapatkan, kematian orang yang berarti dalam hidupnya dan perubahan dalam hubungan sosial dengan lansia lain akibat adanya perubahan kondisi akibat menua (Hinrichsen dan Emery, 2006).

Faktor luar yang dapat mempengaruhi terjadinya depresi adalah kurangnya *social support*, dukungan keluarga dan tersedianya komunitas untuk lansia (Lee, 1999). Depresi dapat timbul pada lansia yang aktivitas fisiknya kurang (Strawbridg et al, 2001). Depresi pada lansia terjadi akibat hilangnya kemampuan fungsi fisik, penurunan status kesehatan (Furner et al, 2006). Lansia dengan perilaku merokok,

alkoholisme, kurang gerak dan kurang latihan memiliki kecenderungan mengalami depresi lebih tinggi (Furner et al, 2006).

2.2.2.4 Penilaian depresi

Tenaga kesehatan biasanya hanya memberikan tindakan sesuai dengan gejala fisik yang ditemukan, sehingga depresinya tidak mendapat penanganan yang tepat (WHO, 2001; Kurlowicz dan Greenberg, 2007). Hal ini disebabkan ketidakmampuan tenaga kesehatan di tempat pelayanan primer melakukan penilaian terhadap depresi. Penilaian depresi pada lansia di tempat pelayanan primer hendaknya menggunakan alat ukur depresi yang sederhana tetapi handal.

Depresi pada lansia memiliki karakteristik yang berbeda, sehingga untuk menilai diperlukan instrumen yang khusus. Secara umum dikenal beberapa alat ukur depresi antara lain: *Geriatric Depression Scale (GDS)*, *the Zung Scale*, *the Hamilton Rating Scale*, *Comprehensive Psychopatological Rating Scale-Depression*. Dari uji perbandingan yang dilakukan terhadap keenam alat ukur tersebut GDS dan Zung Scale memiliki tingkat prediksi positif terbaik (93%). GDS sangat tepat digunakan untuk melakukan skrening depresi pada lansia di komunitas dan *Nursing Home* (Montorio dan Izal, 1996). Menurut Aikman and Oehlert (2000) GDS ada dua bentuk, yakni bentuk panjang terdiri dari 30 pernyataan dan bentuk pendek yang terdiri dari 15 pernyataan. Dari hasil uji yang dilakukan terhadap GDS bentuk panjang dan pendek pada populasi lansia di *nursing home* ditemukan bahwa GDS bentuk pendek yang terdiri dari 15 pernyataan hasilnya lebih konsisten (Aikman dan Oehlert, 2000).

GDS dikembangkan oleh Yesavage et al sejak 1983 dan telah digunakan secara intensif untuk melakukan penilaian depresi pada lansia (Kurlowicz dan Greenberg, 2007). GDS sangat baik digunakan untu menilai depresi pada lansia yang sehat, dalam kondisi sakit dan lansia dengan gangguan

kognitif ringan hingga sedang (Kurlowicz dan Greenberg, 2007). Tingkat sensitivitas GDS sebesar 92 % dan spesifitas 89 % yang dibandingkan dengan penilaian diagnostik klinik. Nilai ini telah memenuhi standar validitas dan reliabilitas baik digunakan dalam praktek klinik maupun penelitian (Kurlowicz dan Greenberg, 2007). Kelemahan dari GDS ini hanya tidak mampu memprediksi terjadinya bunuh diri.

2.2.2.4 Faktor yang berhubungan dengan depresi pada lansia

Faktor yang berhubungan dan berkontribusi terhadap terjadinya depresi pada lansia adalah penyakit fisik, pengobatan, efek kimia, gangguan kognitif, penurunan fungsi sensori dan gangguan fungsional lainnya (Miller, 1995). Semua faktor tersebut berinteraksi pada lansia dan menjadi faktor risiko meningkatkan kemungkinan lansia menderita depresi. Faktor risiko depresi pada lansia lebih kompleks karena kontribusi berbagai faktor yang bersifat multiple seperti akibat proses menua, konsekuensi negatif akibat menua dan faktor-faktor lain yang mengikuti proses menua itu sendiri.

a. Sosiodemografi

Sosiodemografi berasal dari kata utama sosio dan demografi. Demografi yakni ilmu yang mempelajari tentang ukuran, karakteristik serta perubahannya (Anderson dan McFarlane, 2000). Komponen demografi digunakan dalam penelitian sosial dengan variabel seperti komposisi rumah, umur, jenis kelamin, etnis, status perkawinan, penghasilan, status ekonomi, pekerjaan, status pekerjaan dan agama (Vaus, 2002).

1) Jenis kelamin

Menurut jenis kelamin wanita memiliki risiko dua kali lebih banyak menderita depresi dibandingkan laki-laki, akan tetapi angka bunuh diri akibat depresi justru lebih banyak ditemukan pada lansia dengan jenis kelamin laki-laki (WHO, 2001). Hal ini disebabkan oleh adanya faktor biologis terutama hormonal sehingga wanita lebih rentan. Depresi pada

lansia lebih banyak ditemukan pada fase menopause, hal ini sangat berkaitan dengan perubahan hormonal (Lebowitz, 1999).

2) Umur

Potensi terjadinya depresi semakin besar dengan bertambahnya umur. Angka depresi pada lansia berbanding lurus dengan penambahan umur. Hal ini disebabkan oleh semakin banyak konsekuensi negatif dari proses menua yang ditemukan sejalan dengan penambahan umur. Menurut WHO (2001) hampir 20% lansia diatas 60 tahun mengalami depresi dan depresi semakin meningkat seiring dengan peningkatan umur (WHO, 2001). Umur diatas 65 tahun dan lansia yang memiliki genetik depresi merupakan kelompok berisiko terkena depresi.

3) Status perkawinan

Depresi banyak ditemukan pada lansia yang perkawinannya tidak membahagiakan, bercerai dan janda/duda (Blazer, 1993). Angka depresi meningkat pada lansia yang tidak menikah atau janda (Duckworth, 2009).

4) Etnis

Penelitian tentang depresi yang berbasis budaya menunjukkan bahwa kaum minoritas dan masyarakat miskin memiliki risiko lebih banyak menderita depresi (Klienmen, 2004; Ahmed dan Bhugra, 2007). Menurut Tanaka dan Matsuni (2001 dalam Stewart et al, 2004), etnis terkait budaya memegang peranan yang sangat penting dalam mengurangi ketidakharmonisan yang dapat memicu depresi. Etnis asia cenderung mengalami depresi lebih rendah akibat budaya keluarga, dimana salah satu anak bertanggungjawab terhadap orang tua. Etnis yang memiliki *self efficacy* tinggi, kekerabatan kuat diperkirakan memiliki *social support* yang kuat sehingga dapat menjadi faktor pencegah depresi (Stewart et al, 2004).

5) Pendidikan

Pendidikan merupakan aktifitas belajar formal yang pernah diikuti oleh seseorang. Pendidikan sangat berkaitan dengan kemampuan kognitif, dimana kognitif merupakan mediator antara *event* dengan *mood* (Beck et al, 1979 dalam Stewart, 2004). Dalam beberapa penelitian ditemukan bahwa semakin rendah tingkat pendidikan seseorang, makin tinggi kemungkinan menderita depresi (Khan et al, 2009).

6) Status bekerja

Menurut Bartos (1999 dalam Hariyadi, 2009) dijelaskan bahwa bekerja adalah aktivitas yang dilakukan dengan maksud mendapatkan penghasilan atau keuntungan dengan waktu paling sedikit 1 jam dalam sehari. Kegiatan tersebut harus dilakukan secara terus menerus selama seminggu minimal dilakukan terakhir 1 minggu lalu. Status bekerja tidak dibedakan berdasarkan umur asalkan mereka terlibat dalam kegiatan produktif (Hariyadi, 2009).

Bekerja ringan dan sedang merupakan bentuk aktivitas fisik, yang dapat memperlambat terjadinya penurunan fungsi tubuh (Benedeti et al, 2008). Lansia yang tidak bekerja, 14,5% menderita depresi sedangkan yang bekerja secara aktif menderita depresi sebanyak 11,%. Perilaku hidup yang aktif berkontribusi dalam peningkatan kesehatan mental seperti depresi (Benedeti et al, 2008). Thompson (2001) mengatakan bahwa ada korelasi antara tidak bekerja dengan terjadinya depresi ($r=0,68$) dan pensiun dengan korelasi ($r= 0,79$).

7) Status penghasilan

Teori sosial menyebutkan bahwa depresi terjadi sebagai akibat dari kemiskinan (Raphael, 2000). Secara ekonomi lansia pendapatannya berkurang, pendapatan yang rendah merupakan faktor risiko terjadinya depresi (Cassel et al, 2003; Mauk, 2010). Menurut Lembaga Ilmu

Pengetahuan Indonesia yang dikutip dari Media Indonesia 23 Februari 2011, tingkat kemiskinan di Indonesia dikelompokkan menjadi dua jenis. Masyarakat perkotaan dikatakan miskin apabila penghasilannya per bulan 232.898 rupiah/kapita, sedangkan kategori miskin menurut masyarakat pedesaan apabila pendapatan mereka kurang dari 192.354/kapita sebulan.

Angka diatas sangat jauh bila dibandingkan dengan standar WHO yakni US\$ 2 dalam sehari atau sekitar 540.000 rupiah sebulan. Kemiskinan yang ditandai dengan penghasilan yang kurang dari standar merupakan prediktor dari tingginya angka kesakitan termasuk didalamnya depresi (Ziembroski dan Hauck, 2004).

b. Status kesehatan dan depresi

WHO (2004) menyebutkan bahwa status kesehatan adalah suatu variabel yang memiliki makna dari kondisi fungsional, sosial dan kultural, keluhan subyektif dan sosiopsikologi yang mempengaruhi peran, kemandirian dan persepsi terhadap kesehatan. Status kesehatan dapat juga diartikan sebagai suatu tindakan kategorisasi terhadap faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup dan kemampuan fungsional (Jenkinson dan McGee, 1998). Faktor tersebut meliputi faktor psikososial, nyeri, emosi, harga diri, penghargaan terhadap diri sendiri, kemampuan intelektual, peran sosial, jaringan sosial dan penilaian berbagai elemen kesehatan (Jenkinson dan McGee, 1998).

Menurut Parks, Radke dan Mazade (2008) status kesehatan merupakan indikator penilai kondisi seseorang untuk menilai dampaknya. Cara penilaian yang ada khususnya dalam bidang kesehatan mental saat ini hanya mampu menilai risiko bunuh diri dan mengembangkan rencana respon untuk mengurangi bunuh diri. Cara ini dianggap sangat terlambat

dan tidak mampu menilai lebih awal faktor yang dapat menimbulkan penyebab kematian dini (Parks, Radke dan Mazade, 2008).

Status kesehatan merupakan salah satu faktor yang berkontribusi terjadinya depresi. Menurut Caine et al. (1993 dalam Miller, 1995) faktor risiko yang berhubungan kuat dengan terjadinya depresi adalah penyakit kronis. Kerusakan fungsi kognitif, penurunan fungsi sensori dan dan kerusakan fungsi tubuh lainnya, dapat menjadi faktor risiko terjadinya depresi. Kondisi penyakit kronis, serangan jantung, stroke, fraktur, gangguan penglihatan, diabetes, penyakit otot dan persendian dan prosedur operasi merupakan kondisi yang dapat meningkatkan risiko depresi pada lansia (Duckworth, 2009).

Kegemukan merupakan salah satu faktor risiko terjadinya depresi. Hasil penelitian menunjukkan orang yang menderita obesitas berpeluang 1,73 kali menderita depresi (Robert et al, 2000). Lansia yang memiliki pola hidup kurang aktivitas sangat berisiko mengalami obesitas. Kriteria obesitas dapat diukur dengan Indeks Masa Tubuh (IMT). IMT yang lebih dari 25 dapat dikatakan menderita obesitas dan merupakan ancaman terhadap kardiovaskuler (Hetat A.,Vaccarino V.,Krumholz, H.M,2001). Obesitas merupakan salah satu prediktor terjadinya depresi (Jaramillo, 2010).

Faktor risiko yang berhubungan dengan hereditas terjadinya depresi pada lansia terkait dengan predisposisi psikologis (kemampuan interaksi lansia dengan lingkungan, ketrampilan coping, distorsi kognitif, reaksi kehilangan). Kondisi biologis yang terkait dengan faktor hereditas adalah adanya *neuroanatomi* yang tidak normal, gangguan regulasi *neurotransmitter* dan *fungsi neuroendokrin*, dan gangguan regulasi irama biologis (Blazer,1993). Bila dikaitkan dengan riwayat keluarga, depresi diturunkan dari keluarga terutama dari ayah kepada anak-anaknya. Risiko

depresi lebih tinggi ditemukan pada keluarga yang salah satu anggota keluarga sebelumnya menderita depresi (Duckworth, 2009).

Activity Daily Living (ADL) merupakan aktivitas rutin yang dilakukan oleh manusia. Pada proses menua baik yang alami maupun tidak normal, lansia senantiasa akan mengalami penurunan kemampuan ADL (Wallace dan Shelkey, 2007). Aktivitas yang digolongkan dalam ADL mandi (*bathing*), berpakaian (*dressing*), pergi dan melakukan aktivitas persiapan di toilet (*toileting*), pindah (*transferring*), buang air besar dan kecil (*continence*) dan makan (*feeding*). *Australia Heart Foundation* (2007) menyebutkan bahwa keterbatasan ADL merupakan faktor yang dapat dimodifikasi yang dapat mengakibatkan terjadinya depresi. Aktivitas merupakan terapi yang sangat tepat untuk mengatasi depresi ringan dan sedang (*Australia Heart Foundation*, 2007).

Perubahan dalam kehidupan seperti pensiun, penurunan aktivitas sosial menjadi kontributor utama perilaku minum alkohol pada lansia. Isolasi dan kesepian terkadang memperberat perilaku minum alkohol pada lansia. Perilaku minum alkohol lebih banyak ditemukan pada lansia laki-laki (*Institute of Alcohol Studies*, 2010). Alkohol dan obat-obatan yang digunakan dalam jangka waktu tertentu dan bersifat *psychostimulants* dapat menjadi faktor risiko timbulnya depresi. Alkohol terbukti dapat mengakibatkan peningkatan risiko terjadinya depresi mayor (Fergusson, Boden dan Horwood, 2008). Pemberian benzodiazepam dapat mengakibatkan penekanan pada sistem saraf pusat, sehingga dapat meningkatkan risiko terjadinya depresi (Semple et al, 2007).

Center for Mental Health Service (CMHS) of the *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (SAMHSA) pada bulan September 2007 melakukan sidang dan mengeluarkan suatu bentuk indikator status kesehatan khusus untuk penderita gangguan mental dengan nama *Measurement of Health Status for People with Serious Mental Illness*. Standar ini direkomendasikan digunakan dalam melakukan kegiatan

surveilan di populasi khususnya dalam melakukan survey kesehatan mental (Parks, Radke dan Mazade, 2008). Untuk survey di lapangan komponen indikator yang perlu di kaji antara lain riwayat personal dan keluarga terkait diabetes, hipertensi dan penyakit kardiovaskuler, tinggi badan, berat badan, IMT, tekanan darah, riwayat penggunaan rokok, obat-obatan, pengobatan dan dukungan sosial. Indikator proses yang dikaji meliputi skrining dan kondisi kesehatan, akses dan penggunaan fasilitas kesehatan (Parks, Radke dan Mazade, 2008).

c. Dukungan sosial

Proses menua secara sosial dapat dilihat dari adanya perubahan terhadap perubahan perilaku ketika berhubungan dengan masyarakat. Lansia secara perlahan mengalami pemutusan hubungan sosial, penurunan aktivitas dan mendapatkan posisi sosial sesuai dengan stratifikasi yang berkembang di dalam masyarakat (Cassel et al, 2003; Mauk, 2010). Dengan kondisi yang semakin lemah lansia memerlukan dukungan sosial dari keluarga, teman maupun masyarakat sekitar.

Dukungan sosial adalah sumber daya yang disediakan lewat interaksi dengan orang lain (Sheridan dan Radmacher, 1992 dalam creasoft, wordpress.com, 2008). Siegel (2008 dalam creasoft, wordpress.com, 2008) menyebutkan bahwa dukungan sosial dapat diartikan sebagai bentuk informasi yang menyatakan bahwa dia merasa dicintai, diperhatikan, memiliki harga diri dan dihargai melalui jaringan komunikasi dan kewajiban bersama. Fungsi yang dibutuhkan dalam dukungan sosial meliputi 1) dukungan informasi, yakni kegiatan pemberian informasi, saling tukar pendapat dan sumbang saran, 2) dukungan emosional berupa kondisi rumah yang nyaman, kasih sayang, perhatian, simpati dan perasaan positif, 3) sumber instrumental berupa sumber pertolongan yang praktis dan nyata, 4) dukungan penghargaan berupa bimbingan, umpan balik dan membantu pemecahan masalah. Dari uraian tersebut dapat disimpulkan bahwa dukungan sosial merupakan ketersediaan sumberdaya yang

memberikan kenyamanan yang didapat melalui pengetahuan bahwa individu tersebut dicintai, diperhatikan, dihargai oleh orang lain dan dia juga merupakan anggota dari kelompok yang memiliki kepentingan yang sama, dalam bentuk informasi, emosi, instrumental dan penghargaan. Secara umum sumber dukungan individu berasal luar yakni berupa dukungan keluarga dan lingkungan (Lee, 1999).

1) Dukungan keluarga

Dukungan keluarga didefinisikan oleh Gottlieb (1983 dalam Kuntjoro, 2002) sebagai konfirmasi verbal dan nonverbal, saran, bantuan yang nyata atau tingkah laku yang diberikan oleh orang-orang yang akrab dengan subyek di dalam lingkungan keluarganya. Pendapat senada dikemukakan juga oleh Sarason (1983 dalam Kuntjoro, 2002) yang mengatakan bahwa dukungan keluarga adalah keberadaan, kesediaan, kepedulian dari orang-orang yang diandalkan, menghargai, menyayangi kita. Dukungan keluarga tersebut mencakup : jumlah sumber dukungan dan tingkat kepuasan akan dukungan. Komponen dukungan keluarga menurut Cutruna (1994 dalam Kuntjoro, 2002) terdapat 6 komponen antara lain : kerekatan emosi, integrasi sosial, adanya pengakuan ketergantungan yang dapat diandalkan, bimbingan dan kesempatan untuk mengasuh.

Kurangnya dukungan keluarga dapat menjadi pemicu depresi pada usia lanjut (Vilhjalmsson, 1993). Depresi pada lansia banyak ditemukan pada lansia dengan riwayat kekerasan baik berupa kekerasan fisik, emosi, sex maupun pengabaian oleh keluarga (Vilhjalmsson, 1993). Adanya gangguan dalam fungsi keluarga, konflik keluarga, perceraian dan kematian pasangan hidup merupakan faktor risiko terjadinya depresi (Raphael, 2000). Faktor lain yang mungkin meningkatkan tingginya kasus depresi pada lansia adalah kurangnya dukungan dari keluarga (Blazer, 1993; Vilhjalmsson, 1993). Lansia yang tinggal sendiri atau tinggal pada keluarga yang terlalu ramai memiliki kecenderungan menderita depresi

(Thompson and Shaked, 2009). Dukungan dari anak, cucu memegang peranan penting sebagai mediator dalam kontak sosial. Hubungan antara orang tua dan keluarga sebagai bentuk dukungan moral yang rendah sehingga mempengaruhi frekwensi keluarga mengunjungi orang tuanya (Lee, 1999).

Cucu merupakan salah satu hal positif yang dapat menghubungkan antara anak dengan orang tua (Chen, 1992 dalam Lee, 1999). Saat ini banyak lansia yang hanya memiliki kurang dari satu anggota keluarga dekat dan pasangan merupakan satu-satunya teman hidup lansia. Banyak anggota keluarga tinggal jauh dan kurang bertanggungjawab terhadap orang tuanya (Lee, 1999).

Dukungan keluarga dapat diukur dengan menggunakan *Perceived Social Support Questionnaire Family* (PSS-Fa). Alat ukur ini digunakan untuk mengetahui persepsi individu terhadap dukungan yang didapatkan dari keluarga sesuai dengan yang dibutuhkan. Bentuk dukungan keluarga ini adalah dukungan fisik, informasi dan umpan balik dari keluarga (Procidano dan Heler, 1983 dalam Lee, 1999).

2) Dukungan lingkungan

Dukungan lingkungan merupakan salah satu bentuk sumber daya eksternal yang ada disekitar individu sebagai bentuk dukungan sosial yang dapat mempengaruhi kualitas hidup lansia (Lee, 1999). Bentuk dukungan sosial dapat berupa dukungan instrumental (*tangible assistance*), informasi, emosional, harga diri dan dukungan kelompok sosial (Taylor, 1999 dalam creasoft.wordpress.com, 2008). Dukungan lingkungan yang baik akan dapat menjaga fisik, mental dan sosial lansia.

Menurut Lawton (1987 dalam Lee, 1999) faktor lingkungan adalah sesuatu yang lebih holistik dan sangat berpengaruh terhadap lansia. Dalam konteks dukungan sosial lingkungan dapat diartikan sebagai

semua komponen yang ada diluar lansia yang berpengaruh terhadap lansia, antara lain tempat, benda, orang, ide, kepercayaan, organisasi, sistem transportasi, keamanan, privacy, hubungan dengan orang lain, budaya dan kebijakan (Cookman, 1996 dalam Lee, 1999).

Ketidakkocokan dalam hubungan dengan tetangga, teman, lingkungan dan masalah dalam hubungan dengan status sosial dari kelompok merupakan faktor yang dapat meningkatkan kejadian depresi. Dilain pihak kemampuan tenaga pelayanan kesehatan, dilengkapi dengan keberadaan fasilitas yang memadai dapat menjadi faktor pencegah depresi (Kim, 2009).

Salah satu bentuk dukungan lingkungan sosial adakah dukungan dari pelayanan kesehatan. Depresi pada lansia terjadi sebagai akibat interaksi faktor-faktor resiko, kurangnya perhatian tenaga kesehatan terhadap masalah depresi, sehingga insiden maupun prevalensi depresi pada lansia terus meningkat (WHO, 2001). Kurangnya pelayanan kesehatan jiwa di masyarakat, adanya stigma buruk terkait penyakit mental menyebabkan banyak kasus depresi terabaikan. Lansia dengan depresi pada umumnya lebih banyak mengeluhkan gejala fisik. Tenaga kesehatan yang kurang terlatih jarang melakukan pengkajian aspek mental, sehingga depresi tidak didiagnosis dan berdampak pada keterlambatan penanganan (WHO, 2001). Tingginya angka depresi tidak lepas dari kurangnya pengetahuan dan ketrampilan tenaga kesehatan terhadap pengenalan dini depresi pada lansia (WHO, 2001).

Bentuk dukungan sosial lain adalah paradigma yang berkembang di dalam masyarakat dalam melihat penyakit mental. Depresi sering dianggap gangguan jiwa sehingga sering menimbulkan stigma bagi penderita (WHO, 2001). Orang yang menderita depresi tidak mau ke dokter karena lebih percaya dengan pengobatan tradisional (WHO, 2001). Nilai tentang depresi sebagai penyakit yang sangat berhubungan dengan stress akibat hidup dan akibat kekuatan supranatural.

Pengukuran terhadap tingkat dukungan keluarga dilakukan dengan *Supportive Environment Scale (SES)*, yang berisi opini seseorang terhadap kondisi rumahnya dan lingkungan komunitas.

d. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan informasi yang diterima secara sadar. Kurangnya pengetahuan menyebabkan banyak orang yang lebih percaya pada mitos depresi (WHO, 2001). Pengetahuan dasar yang melandasi seseorang bersikap dan berperilaku (Khan, 2010). Pengetahuan tentang depresi diketahui melalui kemampuan pasien menjawab pertanyaan terkait depresi seperti gejala, penyebab dan penanganan (Khan, 2010). Dari hasil penelitian yang dilakukan terkait gejala dan pengobatan depresi pada masyarakat di Negara Bagian Penang Malaysia ditemukan pengetahuan masyarakat tentang depresi 3,4% sangat buruk, 18,8% buruk. Hal ini menyebabkan masyarakat yang menemukan gejala depresi lebih banyak mengatasinya dengan cara tradisional seperti spa, pijat, spiritual dan aroma terapi (Khan, 2010). Kurangnya pengetahuan tentang depresi lebih banyak ditemukan pada masyarakat pedesaan (Swami, 2008). Pengetahuan yang kurang tentang depresi juga banyak ditemukan pada petugas kesehatan, baik gejala maupun penanganannya (Ayalon, Arean dan Bornfeld, 2008).

2.3 Model PRECEDE-PROCEED

Perubahan yang terjadi dalam masyarakat secara umum dan kesehatan secara khusus merupakan hal yang selalu diperhatikan dalam praktek keperawatan komunitas. Perawat komunitas selalu melakukan upaya kesehatan dengan melakukan proses yang sistematis (Hitchcock, Schubert dan Thomas, 1999). Model pendekatan berbasis komunitas yang paling komprehensif dan luas digunakan dalam pelaksanaan program keperawatan komunitas adalah PRECEDE-PROCEED (Menelly dan Breckon, 2009). Model PRECEDE-

PROCEED dikatakan komprehensif karena program ini menggabungkan sudut pandang sasaran dan pemegang kebijakan dalam suatu konteks *problem solving* (Menelly dan Breckon, 2009).

Model PRECEDE-PROCEED terbagi menjadi 9 tahap yang meliputi 5 tahap diagnosis atau pengkajian, 1 tahap implementasi dan 3 tahap evaluasi yang menghubungkan secara sistematis antara pengkajian dengan evaluasi sehingga dampak dari implementasi dapat dinilai secara sistematis (Green, dan Kreuter, 1991 dalam Hitchcock, Schubert dan Thomas, 1999).

2.3.1 Diagnosis sosial

Kegiatan diagnosis sosial dilakukan pada fase I dan II. Potulak pada fase ini digunakan untuk mendiagnosis epidemiologi dan sosial untuk menetapkan permasalahan yang akan ditangani (Menelly dan Breckon, 2009). Untuk membuat diagnosis, maka pengujian terhadap faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup di komunitas perlu dicari.

2.3.2 Diagnosis perilaku

Diagnosis perilaku dilakukan pada fase III. Diagnosis ini digunakan untuk mengidentifikasi perilaku mana yang menyebabkan dan berkontribusi terhadap timbulnya masalah kesehatan di fase II (Menelly dan Breckon, 2009). Perilaku ini menjadi tujuan perubahan.

2.3.3 Diagnosis edukasi

Diagnosis edukasi dan ekologi dilakukan pada fase IV (Wright et al, 2006). Diagnosis ini dilakukan untuk mengetahui kunci permasalahan pada fase III. Jenis diagnosis edukasi antara lain (Green, dan Kreuter, 1991 dalam Hitchcock, Schubert dan Thomas, 1999; Menelly dan Breckon, 2009):

2.3.3.1 Faktor predisposisi (*predisposing factor*)

Faktor predisposisi merupakan faktor yang mendorong setiap orang ingin melakukan perubahan pada perilaku tertentu. Faktor predisposisi meliputi setiap karakteristik seseorang atau populasi yang memotivasi perilaku sebelum perilaku tersebut dilakukan, meliputi: pengetahuan, sikap, kepercayaan, nilai-nilai dan persepsi.

2.3.3.2 Faktor pemungkin (*enabling factor*)

Faktor *enabling* meliputi karakteristik lingkungan yang memfasilitasi tindakan dan suatu ketrampilan atau sumber yang diperlukan untuk melakukan perilaku spesifik. Contoh faktor *enabling* antara lain ketrampilan, sumber daya, dukungan/ rujukan sosial dan aksesibilitas/ keterjangkauan pelayanan kesehatan.

2.3.3.3 Faktor penguat (*reinforcing factor*)

Faktor *reinforcing* merupakan faktor positif yang mengantisipasi dari konsekuensi dari perubahan perilaku. Faktor penguat mencakup *reward* dan *punishment*, yang berperan memperkuat motivasi terhadap perilaku. Bentuk faktor penguat di komunitas misal keluarga, teman sebaya, guru, aparat, tokoh, perilaku tenaga kesehatan dan sebagainya. Kondisi kesehatan, keterbatasan, kecatatan dapat digolongkan sebagai faktor penguat negatif, termasuk didalamnya perilaku yang tidak sehat yang dilakukan secara berulang (Merryl, 2010).

2.3.4 Diagnosis administratif dan kebijakan

Fokus pada fase V adalah diagnosis terhadap organisasi dan administrasi yang berkontribusi dalam pelayanan kesehatan. Diagnosis yang dilakukan mencakup pengkajian sumber daya, pengembangan

dan alokasi anggaran, pengembangan jadwal implementasi, organisasi, personil dalam program dan koordinasi program dengan semua departemen, institusi serta komunitas. Diagnosis administratif dilakukan untuk menganalisis kebijakan, sumber dan keadaan situasi organisasi yang dapat menghalangi atau memfasilitasi program kesehatan.

2.3.5 Implementasi program

Fase VI adalah fase implementasi program yang ditekankan pada program promosi kesehatan melalui pendidikan dan penerapan kebijakan serta peraturan terkait pengelolaan kesehatan.

2.3.6 Evaluasi proses

Evaluasi proses dilakukan untuk menilai proses dimana program diimplementasikan. Kegiatan pada fase VII mencakup evaluasi terkait pembiayaan, ketenagaan, dan keterjangkauan program.

2.3.7 Evaluasi dampak

Fase VIII merupakan tahapan evaluasi untuk mengukur keefektifan program jangka menengah. Evaluasi ini meliputi perubahan perilaku dan lingkungan serta perubahan pada aspek edukasional dan organisasional (faktor predisposing, enabling, serta reinforcing) terkait masalah kesehatan spesifik yang terjadi.

2.3.8 Evaluasi hasil

Evaluasi hasil dilakukan pada fase IX. Tindakan yang dilakukan pada fase ini adalah mengukur perubahan jangka panjang berupa perubahan dalam kesehatan dan manfaat sosial atau kualitas hidup. Ini memakan waktu yang sangat lama untuk mendapatkan hasil dan dapat bertahun-tahun sebelum perubahan nyata dalam kualitas hidup terlihat.

2.4 Aplikasi Model PRECEDE-PROCEED pada Depresi

Diagnosis edukasi dini terhadap adanya kelainan mental merupakan langkah awal dalam mencapai peningkatan kualitas kesehatan (Wright et al, 2006). Deteksi dini tentang masalah kesehatan yang dikembangkan oleh Green (1991) dapat dilihat pada fase empat dari sembilan langkah. Langkah keempat adalah *educational & ecological assesment* dinyatakan bahwa upaya edukasi dalam rangka perubahan perilaku diarahkan kepada modifikasi terhadap hasil kajian *predisposing, reinforcing dan enabling factor* (Green, 1991 dalam <http://www.infosihat.gov>, diunduh tanggal 2 Februari 2011)

Predisposing factor atau faktor predisposisi adalah faktor internal lansia yang dapat menjadi penyebab timbulnya depresi. Wright et al (2006) menyebutkan bahwa faktor predisposisi terjadinya depresi adalah karakteristik dari individu, pengetahuan tentang depresi, sikap, kepercayaan, nilai-nilai, persepsi, kebutuhan yang dirasakan dan motivasi untuk mengatasi masalah. Yeo, Berzins dan Addington (2007) mengatakan bahwa persepsi dipengaruhi oleh faktor sosiodemografi pasien. Pengetahuan tentang depresi dari masyarakat dan keluarga sangat membantu dalam membantu diagnosis depresi secara dini (Yeo, Berzins dan Addington, 2007).

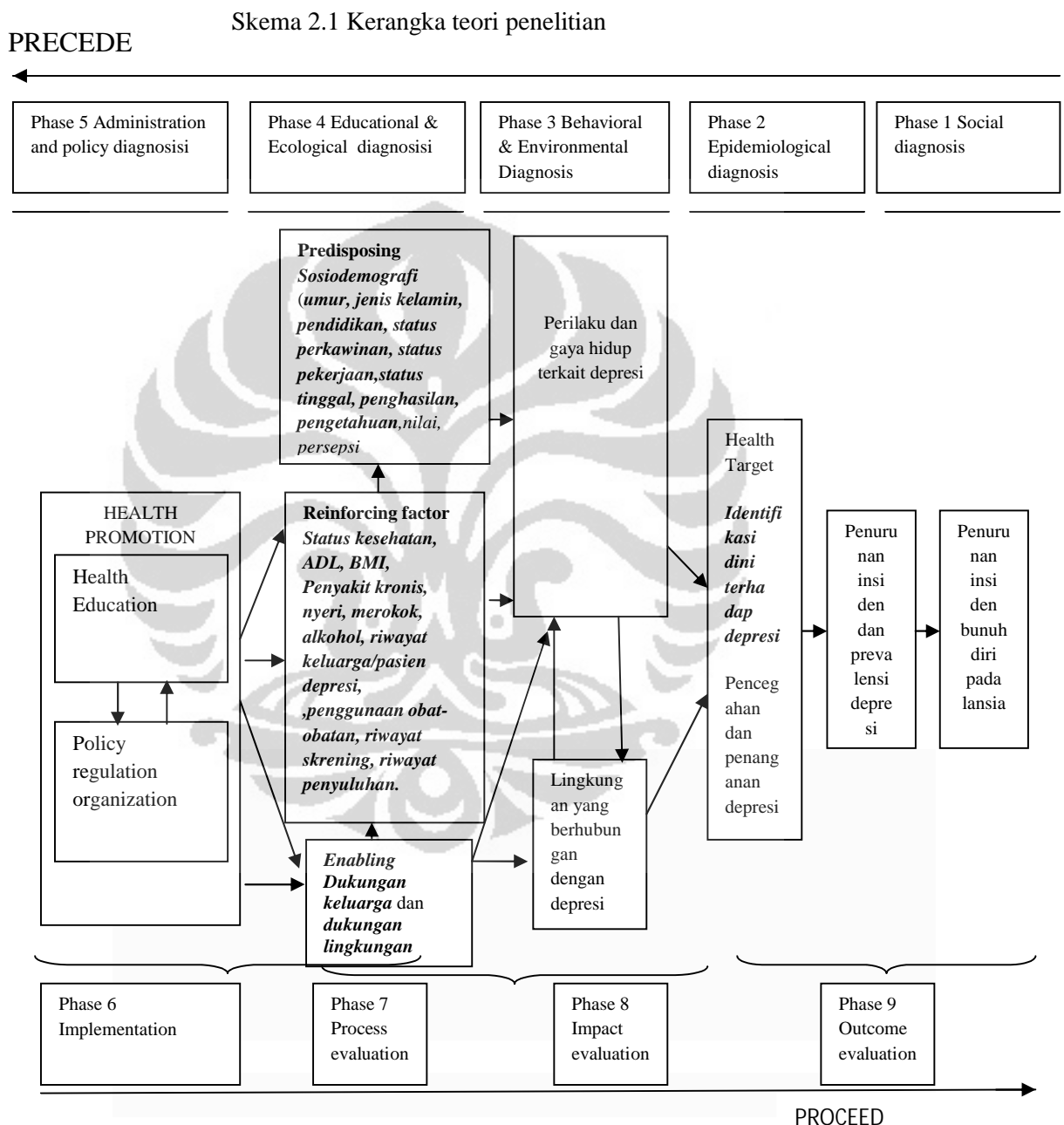
Reinforcing factor adalah faktor yang memperkuat atau justru menghambat upaya mengurangi depresi sesuai dengan yang diketahui. Faktor yang memperkuat perilaku lansia antara lain dukungan sosial dari kelompok seusia, keluarga, teman, pasangan hidup, dan petugas kesehatan (Wright et al, 2006). Status kesehatan seperti kondisi sakit, keterbatasan, kecacatan, perilaku negatif berulang dapat menjadi faktor negatif upaya penanganan depresi (Merryl, 2010). Status kesehatan yang umum berkaitan dengan gangguan mental antara lain: riwayat penyakit pada pasien maupun keluarga, *Body Mass Indeks* (BMI), tekanan darah, merokok, penggunaan obat-obatan, riwayat pengobatan dan riwayat skrining (Parks, Radke dan Mazade, 2008) .

Enabling factor adalah karakteristik yang memfasilitasi perubahan perilaku antara lain: tersedianya informasi, kemudahan mengakses layanan

(*accessibility*), ketersediaan layanan (*availability*), ketrampilan petugas (*skill*), aturan terkait upaya tersebut (*laws*) (Green,1991; Wright et al, 2006).

2.5 Kerangka Teori Penelitian

Kerangka teori dari konsep diatas dapat dilihat pada skema 2.1.



Keterangan : aspek yang diteliti yang dicetak tebal dan miring

Sumber : Modifikasi dari Green (1991); Hitcock, Scubert dan Thomas (1999); Lee (1999), Wright,et al (2006); (Yeo, Berzins dan Addington,2007)

BAB 3

KERANGKA KONSEP HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

Dalam bab ini akan dipaparkan tentang kerangka konsep, hipotesis penelitian dan definisi operasional. Kerangka konsep merupakan bagan hubungan antara variabel yang akan diteliti yang akan memandu peneliti dalam merumuskan hipotesis penelitian. Definisi operasional disusun untuk mempermudah pemahaman peneliti dalam mendefinisikan arti setiap variabel.

3.1 Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep merupakan bagan yang menunjukkan hubungan antar variabel. Kerangka konsep merupakan skema yang diharapkan dapat memberikan gambaran tentang pola pikir terkait cara dan proses penelitian yang dilakukan dengan menempatkan bagian-bagian teori dalam variabel sesuai dengan variabel yang akan diteliti. Penelitian ini memiliki tujuan umum untuk mengetahui hubungan faktor sosiodemografi, dukungan sosial dan status kesehatan dengan depresi pada lansia di Kecamatan Karangasem, Kabupaten Karangasem, Bali. Variabel bebas dalam penelitian ini adalah faktor sosiodemografi, dukungan sosial dan status kesehatan, depresi merupakan variabel terikat, sedangkan pengetahuan sebagai confounding faktor.

Konsep sosiodemografi yang digunakan dalam penelitian ini adalah konsep dari Vaus (2002). Dalam konsep yang dikemukakan Vaus (2002) sosiodemografi merupakan komponen yang sangat penting dalam penelitian sosial, dengan variabel terdiri dari : komposisi rumah, umur, jenis kelamin, etnis, status perkawinan, penghasilan, status ekonomi, pekerjaan, status pekerjaan dan agama (Vaus, 2002).

Konsep dukungan sosial yang diadopsi dalam penelitian ini adalah konsep dukungan sosial dari Lee (1999), dimana dukungan sosial merupakan sumberdaya yang berada diluar lansia yang terdiri dari dukungan keluarga dan dukungan lingkungan.

Menurut Lawton (1987 dalam Lee, 1999) faktor dukungan lingkungan adalah sesuatu yang lebih holistik dan sangat berpengaruh terhadap lansia. Dalam konteks dukungan sosial lingkungan dapat diartikan sebagai semua komponen yang ada diluar lansia yang berpengaruh terhadap lansia, antara lain tempat, benda, orang, ide, kepercayaan, organisasi, sistem transportasi, keamanan, privacy, hubungan dengan orang lain, budaya dan kebijakan (Cookman, 1996 dalam Lee, 1999). Pengukuran terhadap tingkat dukungan keluarga dilakukan dengan *Supportive Environment Scale (SES)*, yang berisi opini seseorang terhadap kondisi rumahnya dan lingkungan komunitas

Konsep dukungan keluarga yang digunakan dalam penelitian ini adalah konsep dari Procidano dan Heler (1983 dalam Grotevant dan Calson, 1998: Lee, 1999). Dukungan keluarga dapat diukur dengan menggunakan *Perceived Social Support Questionnaire Family (PSS-Fa)*. Alat ukur ini digunakan untuk mengetahui persepsi individu terhadap dukungan yang didapatkan dari keluarga sesuai dengan yang dibutuhkan. Bentuk dukungan keluarga ini adalah dukungan fisik, informasi dan umpan balik dari keluarga (Procidano dan Heler, 1983 dalam Grotevant dan Calson, 1998: Lee, 1999).

Status kesehatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah konsep menurut Menurut Parks, Radke dan Mazade (2008) status kesehatan merupakan indikator penilai kondisi seseorang untuk menilai dampaknya. Cara penilaian yang ada khususnya dalam bidang kesehatan mental saat ini hanya mampu menilai risiko bunuh diri dan mengembangkan rencana respon untuk mengurangi bunuh diri. Cara ini dianggap sangat terlambat dan tidak mampu menilai lebih awal faktor yang dapat menimbulkan penyebab kematian dini

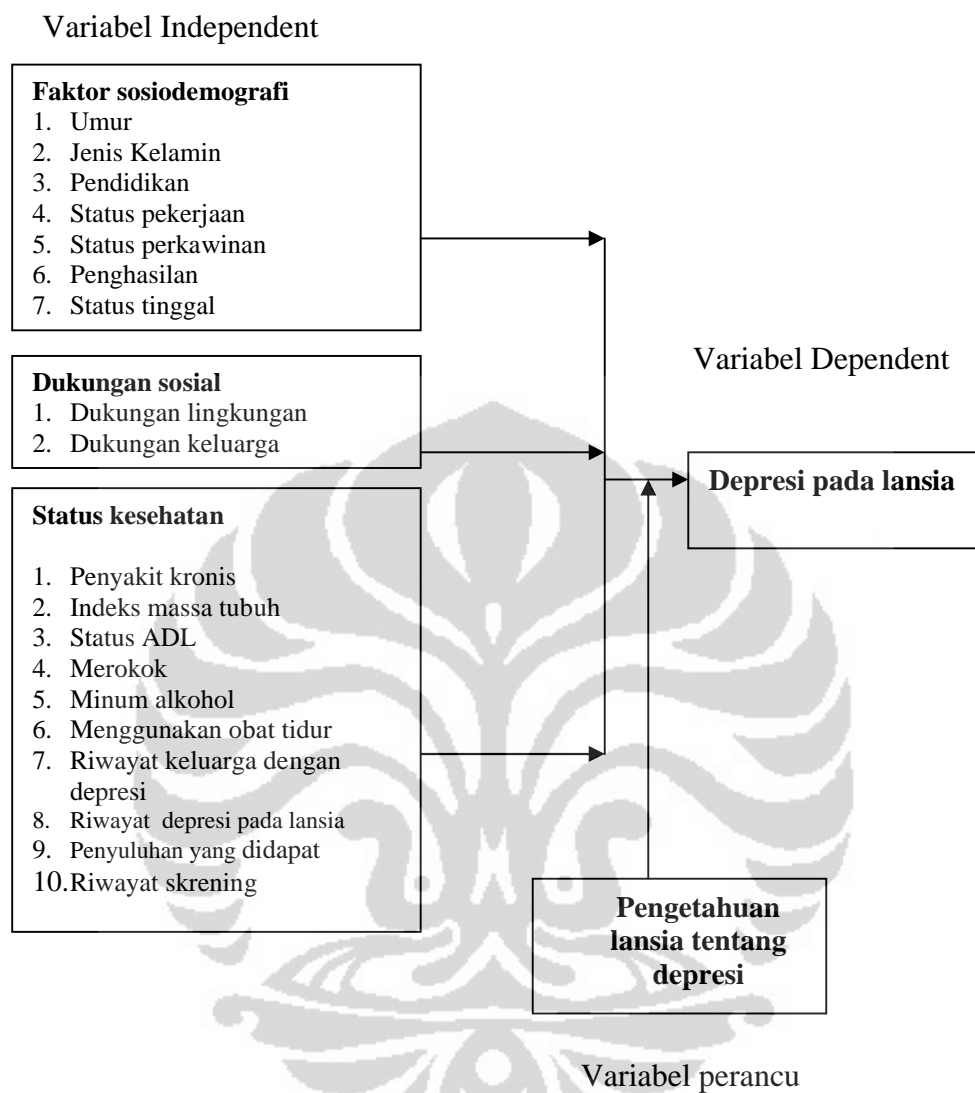
(Parks, Radke dan Mazade, 2008). Konsep tersebut dimodifikasi dengan tambahan dari konsep Caine et al. (1993 dalam Miller,1995), yang mengatakan bahwa penyakit kronis merupakan salah satu faktor risiko terjadinya depresi.

Konsep kejadian depresi yang digunakan dalam penelitian ini adalah konsep klasifikasi depresi menurut Kurlowicz dan Greenberg (2007), dimana depresi dikelompokkan berdasarkan atas hasil penilaian dengan GDS short form menjadi dua bagian besar yakni nilai ≤ 5 dikatakan tidak depresi, sedangkan nilai > 5 berarti tandanya mengalami depresi (*suggestive of depression*). Penggunaan bentuk pendek didasarkan pada hasil riset, dimana GDS bentuk pendek yang terdiri dari 15 pernyataan hasilnya lebih konsisten (Aikman dan Oehlert, 2000).

Konsep pengetahuan tentang depresi yang digunakan dalam penelitian ini adalah konsep Khan (2010), yang mengatakan pengetahuan tentang depresi diketahui melalui kemampuan pasien menjawab pertanyaan terkait depresi seperti gejala, penyebab dan penanganan.

Hubungan antara variabel dalam penelitian ini dapat dilihat dalam kerangka konsep seperti skema 3.1

Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian



3.2 Hipotesis

Hipotesis penelitian merupakan jawaban sementara, akan menjadi pedoman bagi peneliti dalam mencari hubungan antara variabel (Polit and Hungler,1999; Dahlan,2008).

3.2.1 Hipotesis mayor :

1. Ada hubungan antara faktor sosiodemografi dengan kejadian depresi pada lansia.
2. Ada hubungan antara dukungan sosial dengan kejadian depresi pada lansia

3. Ada hubungan antara status kesehatan dengan kejadian depresi pada lansia

3.2.2. Hipotesis minor dari hipotesa mayor ke-1

- 3.2.2.1 Ada hubungan antara umur dengan kejadian depresi pada lansia di Kecamatan Karangasem, Kabupaten Karangasem, Bali.
- 3.2.2.2 Ada hubungan antara jenis kelamin dengan kejadian depresi pada lansia di Kecamatan Karangasem, Kabupaten Karangasem, Bali.
- 3.2.2.3 Ada hubungan antara status pekerjaan dengan kejadian depresi pada lansia di Kecamatan Karangasem, Kabupaten Karangasem, Bali.
- 3.2.2.4 Ada hubungan antara status perkawinan dengan kejadian depresi pada lansia di Kecamatan Karangasem, Kabupaten Karangasem, Bali.
- 3.2.2.5 Ada hubungan antara penghasilan dengan kejadian depresi pada lansia di Kecamatan Karangasem, Kabupaten Karangasem, Bali.
- 3.2.2.6 Ada hubungan antara pendidikan dengan kejadian depresi pada lansia di Kecamatan Karangasem, Kabupaten Karangasem, Bali.
- 3.2.2.7 Ada hubungan antara type keluarga dengan dengan kejadian depresi pada lansia di Kecamatan Karangasem, Kabupaten Karangasem, Bali.

3.2.3 Hipotesis minor dari hipotesis mayor ke-2

- 3.2.3.1 Ada hubungan antara dukungan lingkungan dengan kejadian depresi pada lansia di Kecamatan Karangasem, Kabupaten Karangasem, Bali.
- 3.2.3.2 Ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kejadian depresi pada lansia di Kecamatan Karangasem, Kabupaten Karangasem, Bali.

3.2.4 Hipotesis minor dari hipotesis mayor ke-3

- 3.2.4.1 Ada hubungan antara menderita sakit kronis dengan kejadian depresi pada lansia di Kecamatan Karangasem, Kabupaten Karangasem, Bali.
- 3.2.4.2 Ada hubungan antara kegemukan dengan kejadian depresi pada lansia di Kecamatan Karangasem, Kabupaten Karangasem, Bali.
- 3.2.4.3 Ada hubungan antara status ADL dengan kejadian depresi pada lansia di Kecamatan Karangasem, Kabupaten Karangasem, Bali.

- 3.2.4.4 Ada hubungan antara kebiasaan merokok dengan kejadian depresi pada lansia di Kecamatan Karangasem, Kabupaten Karangasem, Bali.
- 3.2.4.5 Ada hubungan antara kebiasaan minum alkohol dengan kejadian depresi pada lansia di Kecamatan Karangasem, Kabupaten Karangasem, Bali.
- 3.2.4.6 Ada hubungan antara penggunaan obat tidur dengan kejadian depresi pada lansia di Kecamatan Karangasem, Kabupaten Karangasem, Bali.
- 3.2.4.7 Ada hubungan riwayat keluarga dengan kejadian depresi pada lansia di Kecamatan Karangasem, Kabupaten Karangasem, Bali.
- 3.2.4.8 Ada hubungan riwayat depresi sebelumnya dengan kejadian depresi pada lansia di Kecamatan Karangasem, Kabupaten Karangasem, Bali.
- 3.2.4.9 Ada hubungan antara riwayat penyuluhan yang didapat dengan kejadian depresi pada lansia di Kecamatan Karangasem, Kabupaten Karangasem, Bali.
- 3.2.4.10 Ada hubungan riwayat skrining depresi dengan kejadian depresi pada lansia di Kecamatan Karangasem, Kabupaten Karangasem, Bali.

3.3 Variabel dan Definisi Operasioanal

Tabel 3.1 Variabel dan definisi operasional

Variabel/sub variabel	Definisi operasional	Cara dan alat ukur	Hasil ukur	Skala
Variabel Independen Sosiodemografi	Karakteristik dasar dari lansia	Cara: 1. Menetapkan bobot untuk setiap pilihan jawaban 2. Membuat skoring		
1. Umur	Umur responden dalam tahun dihitung dari tanggal lahir dalam tahun	Responden mengisi item umur dari kuisisioner yang diberikan	0 : 60-65 tahun 1 : \geq 65 tahun	Nominal
2. Jenis kelamin	Ciri biologis yang dimiliki responden	Kuisisioner berupa pertanyaan tertulis dalam kuisisioner yang menyediakan dua alternatif	0: laki 1: perempuan	Nominal
Variabel/sub variabel	Definisi operasional	Cara dan alat ukur	Hasil ukur	Skala

3. Pendidikan	Pendidikan formal yang pernah diikuti responden	Responden mengisi item pendidikan terakhir yang pernah diikuti pada kolom kuisioner yang diberikan	0 : Bersekolah 1 : Tidak pernah bersekolah/tidak tamat SD	Nominal
4. Status pekerjaan	Aktifitas kerja responden saat ini apakah bekerja minimal 1 jam sehari dalam seminggu berturut-turut.	Responden mengisi item aktivitas kerja dari kuisioner yang diberikan	0 : bekerja 1: tdk bekerja	Nominal
5. Status perkawinan	Status perkawinan responden adalah keterangan terkait hubungan pernikahan yang dimiliki responden dengan pasangan hidupnya.	Responden mengisi item status perkawinan dari kuisioner yang diberikan Menikah jika: pasangan hidup masih ada Tidak menikah : janda/duda/cerai/tidak menikah	0: Menikah 1: Tidak	Nominal
6. Penghasilan	Pendapatan yang dimiliki lansia saat ini apakah memiliki pendapatan tetap baik sendiri/didapat dari anak atau tidak	Responden mengisi status penghasilan dari kuisioner yang diberikan	0: Penghasilan tetap 1: Penghasilan tidak tetap	Nominal
7. Type keluarga	Type keluarga, tempat tinggal lansia tinggal saat ini.	Responden mengisi tipe keluarga tempat tinggal lansia saat ini dari kuisioner yang diberikan	0: Keluarga inti (suami/istri/anak) 1: Keluarga keluarga besar (menantu, cucu, ipar, ponakan,	Nominal
Dukungan sosial	Faktor luar yang memungkinkan lansia meningkatkan	Cara 1. Menetapkan bobot untuk setiap pilihan 2. Membuat skoring Menghitung total skor 3. Menentukan normalitas data (sebaran tidak normal) Median 149	0 : Dukungan sosial kurang skor dukungan sosial ≤ 149 1 : Dukungan sosial baik skor dukungan sosial > 149	Nominal
Variabel/sub variabel	Definisi operasional	Cara dan alat ukur	Hasil ukur	Skala
1. Dukungan keluarga	Dukungan dari keluarga baik inti maupun luas yang didapatkan lansia dalam menghadapi risiko depresi, yang diukur dengan <i>Perceived Social Support-Family Scale</i> (<i>PSS-Fa</i>)	Alat menggunakan modifikasi <i>Perceived Social Support-Family Scale</i> (<i>PSS-Fa</i>) yang terdiri dari 20 item Median : 30	0: Dukungan keluarga kurang skor ≤ 30 1: Dukungan baik skor > 30	Nominal

2. Dukungan lingkungan	Dukungan yang didapat lansia dari orang lain selain keluarga dalam menghadapi risiko depresi, yang diukur dengan <i>Supportive Environment Scale (SES)</i>	Menggunakan modifikasi <i>Supportive Environment Scale (SES)</i> yang terdiri dari 30 item Mean = 87	0: Dukungan lingkungan kurang skor ≤ 87 1: Dukungan lingkungan baik skor > 87 .	Nominal
Status kesehatan	Kondisi riwayat kesehatan, kondisi kesehatan saat ini dan perilaku yang tidak sehat yang berisiko terhadap terjadinya depresi yang diukur dengan <i>Measurement of Health Status for People and Serious Mental Illness</i>			
1. Program skrining depresi	Kegiatan sekrening depresi yang pernah dilakukan pada lansia	Responden mengisi item kode dari kuisioner	0: Ya 1: Tidak	Nominal
2. Penyuluhan tentang depresi	Informasi tentang depresi yang diberikan kepada lansia melalui penyuluhan secara formal	Responden mengisi item kode dari kuisioner	0 : Ya 1 : Tidak	Nominal
3. Penyakit kronis yang diderita lansia saat ini	Informasi verbal yang diungkapkan terkait penyakit yang telah lama (> 6 bulan) di derita lansia dan penyakit tersebut mengganggu aktivitas sehari-hari lansia.	Responden mengisi item kode dari kuisioner 0: tidak menderita sakit kronis yang mengganggu aktivitas 1: Menderita sakit kronis hingga mengganggu aktivitas sehari-hari lansia	0: Tidak 1 : Ada	Nominal
Variabel/sub variabel	Definisi operasional	Cara dan alat ukur	Hasil ukur	Skala
4. Status ADL	Derajat kemampuan lansia melakukan ADL	Diukur dengan Indek KATZ	0: Normal 1: Tidak normal	Nominal
5. Indek Massa Tubuh	Derajat Indek massa tubuh yang dimiliki lansia	IMT diukur dengan membagi BB (kg)/TM (m^2) IMT ≤ 25 tidak obesitas IMT > 25 obesitas	0 : Tidak obesitas 1: Obesitas	Nominal

6. Kebiasaan Merokok	Kebiasaan merokok yang dilakukan lansia minimal 1 batang 1 hari	Diukur dengan mengisi lembar kuisisioner yang diberikan	0: Tidak 1: Ya	Nominal
7. Kebiasaan minum alkohol	Kebiasaan minum alkohol minimal 1 kali sehari	Diukur dengan mengisi lembar kuisisioner yang diberikan	0 : Tidak 1: Ya	Nominal
8. Riwayat depresi	Riwayat menderita penyakit depresi sebelum yang dialami saat ini lansia	Diukur dengan mengisi lembar kuisisioner yang diberikan	0: Tidak 1: Ya	Nominal
9. Riwayat anggota keluarga menderita depresi	Riwayat menderita depresi yang dialami oleh orang tua atau saudara lansia	Diukur dengan mengisi lembar kuisisioner yang diberikan	0 : Tidak 1 : Ya	Nominal
10. Penggunaan obat tidur	Penggunaan obat untuk mengatasi gangguan tidur	Diukur dengan mengisi lembar kuisisioner yang diberikan	0: Tidak 1: Ya	Nominal
Variabel confounding Tingkat Pengetahuan	Informasi tentang depresi yang diketahui oleh lansia secara sadar	Diukur dengan menjawab 10 pertanyaan tentang depresi	0 : Kurang 1 : Baik	Nominal
Variabel dependent Depresi	Perasaan tertekan yang dirasakan lansia dalam kurun 2 minggu terakhir yang diukur berdasarkan keseluruhan skor <i>Geriatric Depression Scale Short Form</i>	Cara 1. Menetapkan bobot untuk setiap pilihan jawaban 2. Membuat skoring 3. Menghitung total skor Alat kuisisioner <i>GDS Short Form</i>	Skor penilaian 0: $GDS \leq 5$: tidak depresi 1: $GDS > 5$: depresi	Nominal

BAB 4

METODE PENELITIAN

Bab ini berisi uraian tentang rancangan penelitian, populasi, sampel, sampling, tempat dan waktu penelitian, etika penelitian, alat pengumpul data dan prosedur pengumpulan data.

4.1 Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian tipe korelasi menggunakan desain *Corssectional Study* dengan metode *Survey* yaitu rancangan studi epidemiologi yang mempelajari hubungan penyakit dan paparan (faktor penelitian) dengan cara mengamati status paparan dan penyakit secara serentak dari individu-individu dalam populasi tunggal (Murti, 1997). Dalam studi ini akan dilakukan pemotretan frekwensi dan karakter penyakit serta paparan faktor penelitian pada populasi tertentu melalui *survey*.

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah semua lansia yang berumur 60 tahun keatas di Desa Pertama, Kecamatan Karangasem, Wilayah Kerja Puskesmas Karangasem I, dengan jumlah populasi sebanyak 621 orang.

4.2.2 Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah lansia yang ada di Wilayah Kerja Puskesmas Karangasem I yang telah terpilih melalui multistage random sampling dan telah memenuhi kriteria yang telah ditetapkan, dimana datanya dikumpulkan mulai tanggal 4 sampai dengan 30 Mei 2011.

Kriteria inklusi

- a. Terpilih sebagai sampel dalam pemilihan secara acak

- b. Bersedia menjadi responden
- c. Mengerti bahasa Indonesia
- d. Tidak mengalami dimensia
- e. Mendapat persetujuan keluarga

Kriteria eksklusi yaitu lansia dengan:

- a. Menderita gangguan jiwa berat
- b. Tidak kooperatif
- c. Menderita sakit fisik berat
- d. Lansia menderita gangguan pendengaran berat
- e. Lansia mengundurkan diri berpartisipasi

Besar sampel dalam penelitian ini ditentukan dengan menggunakan rumus sampel estimasi proporsi pada sampel acak sederhana dengan presisi mutlak, dengan rumus sebagai berikut (Ariawan, 1998)

$$n = \frac{z^2_{1-\alpha/2} P(1-P)}{d^2}$$

Keterangan:

- n = besar sampel
- $Z_{1-\alpha/2}$ = nilai distribusi normal baku (tabel Z) pada α tertentu
- P = proporsi subyek yang menderita penyakit tertentu
- d = simpangan maksimum

Peneliti menggunakan nilai simpangan maksimum dari penelitian Marc, Raue and Bruce (2008) tentang *screening performance of the geriatric depression scale (GDS-15) in diverse elderly home care population* didapatkan simpangan maksimum terhadap prevalensi 0,5 %, sedangkan nilai proporsi yang digunakan adalah nilai dari hasil penelitian pendahuluan yang dilakukan di Puskesmas I Karangasem. Dari hasil studi pendahuluan ditemukan 6 dari 51 lansia yang berobat ke Puskesmas I

Karangasem (11,8 % dibulatkan menjadi 12 %) mengalami depresi. Perhitungan sampel dilakukan dengan simpangan maksimum 5% dan derajat kepercayaan 95% dengan estimasi jumlah lansia sebanyak 3910 didapatkan hasil sebagai berikut:

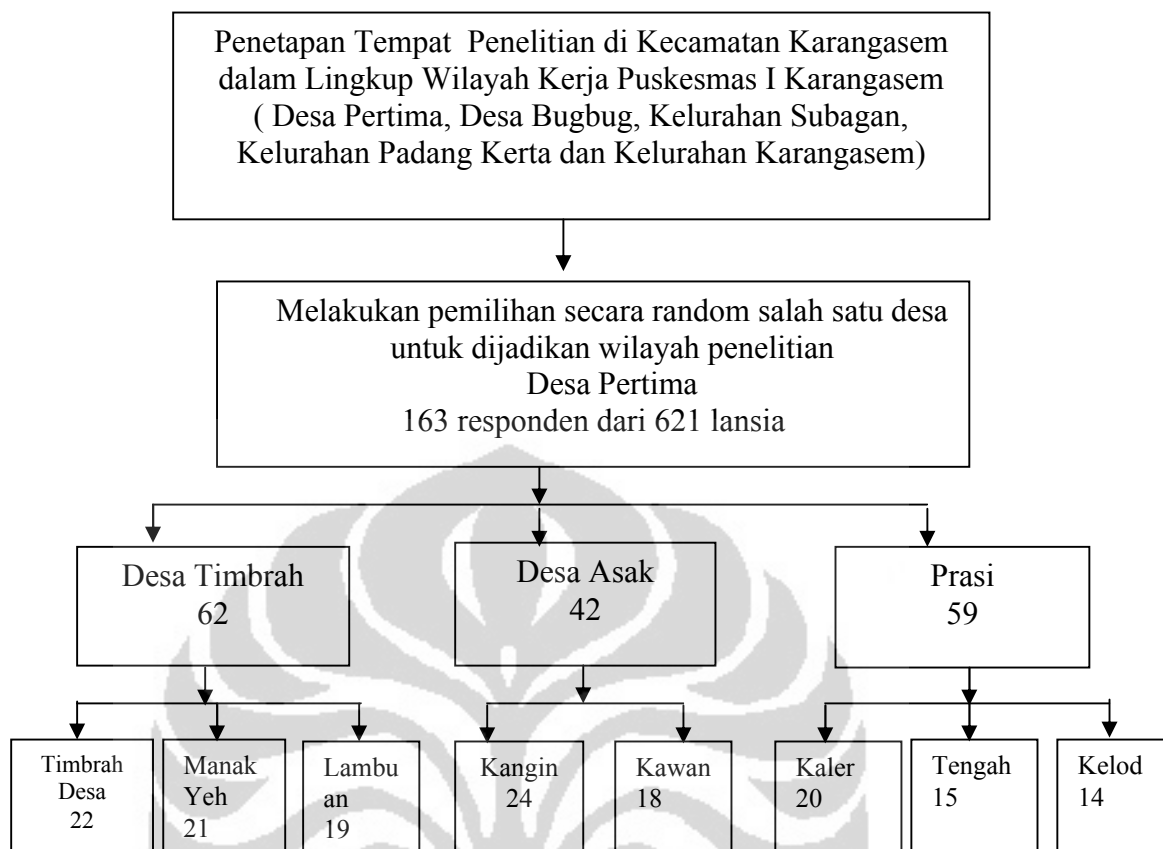
$$\begin{aligned}
 n &= \frac{1,96^2 \cdot 0,12(1-0,12)}{0,05^2} \\
 &= 162,27 \\
 &= \text{dibulatkan menjadi 163 orang}
 \end{aligned}$$

Dalam pelaksanaan penelitian, dengan keterbatasan waktu dan tidak terjadi *droup out*, maka pencapaian sampel dibatasi pada jumlah minimal yaitu sebanyak 163 responden.

4.2.3 Sampling

Sampling adalah cara yang digunakan untuk mendapatkan sampel dari populasi yang ada (Sugiyono,2008). Dalam upaya mengurangi kelemahan dari desain penelitian yang dilakukan, maka perlu dilakukan langkah-langkah yang tepat, sehingga sampel yang diambil benar-benar dapat merepresentasikan populasi yang diwakili dan setiap populasi memiliki peluang yang sama menjadi sampel.

Penelitian direncanakan dengan metode *survey* yang sampelnya diambil dengan metode *Multistage Random Sampling*. Metode ini sangat tepat pada penelitian dengan desain *crosssectional* (Ariawan, 1998). Langkah-langkah yang dilakukan dalam pemilihan sampel dalam penelitian ini dapat dilihat dalam skema 4.2 dan langkah berikut:

Skema 4.2 Langkah *Proporsional Multistage Random Sampling*

Dari skema diatas selanjutnya dijelaskan langkah stratified random sampling sebagai berikut :

- Menetapkan lokasi penelitian yaitu Wilayah Kecamatan Karangasem dan berada di Wilayah Kerja Puskesmas I Karangasem.
- Melakukan identifikasi jumlah dan nama desa atau kelurahan yang berada di Kecamatan Karangasem dan menjadi Wilayah Kerja Puskesmas I Karangasem, yakni meliputi 5 desa yaitu : Desa Pertama, Desa Bugbug, Desa Jasri, Kelurahan Padang Kerta dan Kelurahan Karangasem Kota.
- Melakukan pemilihan desa / kelurahan yang akan dijadikan wilayah penelitian. Desa yang terpilih sebagai tempat Penelitian adalah Desa Pertama.
- Melakukan pengumpulan data jumlah populasi lansia yang ada di wilayah Desa Pertama, yakni sebanyak 621 orang.
- Melakukan identifikasi dusun yang berada di Desa Pertama yakni

- 1) Dusun Timbrah yang terdiri dari Banjar Timbrah Desa, Banjar Manak Yeh dan Lambuan.
 - 2) Dusun Asak yang terdiri dari Banjar Asak Kangin dan Banjar Asak Kawan
 - 3) Dusun Perasi yang terdiri dari Banjar Perasi Kaler, Tengah dan Kelod.
- f. Melakukan perhitungan jumlah proporsi sampel di setiap desa

$$n_h = N_h \frac{n}{N}$$

Keterangan

n_h : Jumlah sampel setiap desa

N_h : Jumlah populasi setiap desa

n : Jumlah sampel yang dibutuhkan dalam penelitian

N : Jumlah seluruh populasi lansia di Wilayah Puskesmas Karangasem I

Dari hasil perhitungan didapatkan jumlah proporsi jumlah sampel setiap desa sebagai berikut:

- 1) Dusun Timbrah : 62 sampel
- 2) Dusun Asak : 42 sampel
- 3) Dusun Perasi : 59 sampel

- a. Melakukan perhitungan proporsi jumlah sampel di tiap banjar

$$n_h = N_h \frac{n}{N}$$

Keterangan

n_h : Jumlah sampel setiap banjar

N_h : Jumlah populasi setiap banjar

n : Jumlah sampel yang dibutuhkan setiap desa dalam penelitian

N : Jumlah populasi lansia di Wilayah Desa dimana banjar tersebut berada

Dari hasil perhitungan diperoleh data sebagai berikut:

- 1) Dusun Timbrah : 62 sampel
 - a) Banjar Timbrah Desa : 22 sampel
 - b) Banjar Manak Yeh : 21 sampel
 - c) Banjar Lambuan : 19 sampel
 - 2) Dusun Asak : 42 sampel
 - a) Banjar Asak Kangin : 24 sampel
 - b) Banjar Asak Kawan : 18 sampel
 - 3) Dusun Perasi : 59 sampel
 - a) Banjar Perasi Kaler : 20 sampel
 - b) Banjar Perasi Tengah : 15 sampel
 - c) Banjar Perasi Kelod : 14 sampel
- b. Membuat sampel frame dilakukan di tiap banjar, dengan membuat kode desa, kode banjar, daftar nomor urut dan nama lansia di setiap banjar.
 - c. Daftar nama pasien yang ada di setiap banjar selanjutnya diberikan penomoran dengan menggunakan angka latin (1,2.... dst)
 - d. Selanjutnya dibuatkan guntingan kertas yang masing-masing diisi nomer, sesuai dengan nomor yang ada di register. Kertas lalu digulung, sehingga nomor yang ditulis tidak terlihat lagi.
 - e. Gulungan kertas yang berisi nomor lalu dimasukkan kedalam kaleng dan ditutup dan tiap desa ditempatkan pada kaleng yang berbeda.
 - f. Untuk menentukan subyek yang dipilih, selanjutnya gulungan kertas setiap banjar diambil oleh peneliti dibantu oleh penanggungjawab program lansia.
 - g. Gulungan kertas diambil secara acak pada masing-masing banjar, sehingga setiap banjar mendapatkan jumlah sesuai dengan besar sampel yang ditetapkan.
 - h. Gulungan yang diambil selanjutnya dibuka lalu dicocokkan dengan nomor yang ada di register, tiap-tiap banjar.
 - i. Lansia yang nomornya keluar, lalu dicocokkan namanya, dan yang bersangkutan dinyatakan sebagai subyek penelitian.
 - j. Lansia yang terpilih sebagai subyek secara acak, selanjutnya dikunjungi, dilakukan penilaian apakah memenuhi kriteria inklusi. Lansia yang terpilih jika tidak memenuhi kriteria inklusi maka harus diganti dengan mengundi ulang.

- k. Subyek yang memenuhi kriteria inklusi selanjutnya diberikan penjelasan terkait penelitian, dan diminta kesediaanya sebagai responden. Jika menolak, maka yang bersangkutan dinyatakan gugur dan diganti dengan lansia yang lain.
- l. Proses dihentikan apabila subyek yang didapatkan sudah sesuai dengan proporsi setiap banjar dan memenuhi jumlah besar sampel yang ditetapkan, yakni 163 orang.

4.3 Tempat Penelitian

Penelitian telah dilaksanakan di Desa Pertima, Wilayah Kerja Puskesmas Karangasem I, Kecamatan Karangasem, Kabupaten Karangasem. Pemilihan lokasi penelitian berdasarkan atas hasil dari pemilihan secara multistage random sampling, terhadap lima desa yang ada di Kecamatan Karangasem, Wilayah Kerja Puskesmas I Karangasem.

4.4 Waktu Penelitian

Penelitian telah dilakukan selama 6 bulan, mulai penyusunan proposal, ujian proposal, pengurusan ijin, pengambilan data, pengolahan data, penyajian data, pembuatan laporan penelitian dan ujian sidang. Pengumpulan data telah dilakukan selama 1 bulan mulai tanggal 4 sampai 30 Mei 2011. Lamanya waktu yang dibutuhkan karena jumlah sampel cukup besar dan wilayah kerja Puskesmas I Karangasem cukup luas dan kesulitan dalam berkomunikasi dengan lansia.

4.5 Etika Penelitian

Penggunaan prinsip etik merupakan hal yang perlu dipertimbangkan dalam penelitian. Prinsip etik digunakan untuk melindungi hak subyek penelitian.

4.5.1 Aplikasi etik dalam penelitian

Hak-hak subyek dalam penelitian telah dilindungi, dengan cara menerapkan prinsip etika penelitian, yakni *beneficience* dan *maleficience*, *autonomy* dan *justice* (Polit dan Hungler, 1999)

4.5.1.1 Prinsip *beneficience* dan *maleficience*

Prinsip *beneficience* mengandung arti bahwa penelitian yang dilakukan telah memberi dampak baik langsung maupun tidak langsung terhadap responden. Sebelum diberikan *informed concern* responden telah diberikan penjelasan secara rinci tentang penelitian yang akan dilakukan. Manfaat langsung yang diberikan dalam penelitian ini adalah lansia dapat dapat mengeksploitasi perasaannya, sehingga dapat mengurangi sebagian beban psikologis yang dihadapi. Manfaat tidak langsung dari penelitian ini akan berguna sebagai sumber informasi dalam penyusunan program penanganan depresi pada lansia. Pada proses penelitian di Kecamatan Karangasem, prinsip ini diterapkan dalam bentuk melakukan pemberitahuan terhadap kepala puskesmas pembantu Desa Pertama terkait lansia yang ditemukan menderita depresi, agar ditindaklanjuti.

Prinsip *maleficience* mengandung arti bahwa penelitian ini tidak akan menimbulkan risiko yang membahayakan responden. Responden telah dilindungi fisik dan psikologisnya sehingga tetap merasa aman. Resiko yang terjadi dalam penelitian ini adalah kelelahan fisik dan intelektual mengingat jumlah pertanyaan dalam kuisisioner banyak. Risiko ini telah diatasi dengan cara memberikan jeda kepada responden sesuai kemampuannya dan menghentikan sementara sampai lansia merasa siap kembali untuk mengisi atau menjawab pertanyaan. Untuk mencegah risiko terjadinya peningkatan depresi, maka kuisisioner yang ditanyakan terlebih dahulu adalah sosiodemografi, dukungan sosial dan status kesehatan, disusul dengan pertanyaan tentang depresi. Wawancara dihentikan ketika ditemukan lansia makin depresi pada saat diberikan pertanyaan. Lansia yang tampak depresi banyak diberikan penguatan dan dilatih relaksasi nafas dalam. Selama pengumpulan tidak ada perubahan kondisi lansia yang bertambah buruk. Dalam pengisian kuisisioner, responden sepenuhnya dibantu oleh peneliti dan tim peneliti membacakan dan memperjelas maksud dari pertanyaan tersebut.

4.5.1.2 Prinsip *autonomy*

Prinsip ini bertujuan memberikan perlindungan terhadap harkat dan martabat responden. Penerapan prinsip *autonomy* dilakukan dengan prinsip *self determination* yakni hak otonomi responden untuk ikut atau tidak berpartisipasi dalam penelitian, setelah sebelumnya diberikan penjelasan tentang prosedur, manfaat, dan risiko dari penelitian yang dilakukan. Responden dapat mengundurkan diri dari penelitian tanpa konsekuensi apapun. Peneliti berupaya mengurangi penolakan responden dalam penelitian ini dengan cara membina hubungan saling percaya dan menjelaskan prosedur penelitian serta manfaatnya bagi responden dan lansia lain.

4.5.1.2 Prinsip *justice*

Makna dari prinsip *justice* ini adalah bahwa responden dihargai atau dihormati serta dijaga *privacy* dan *anonymity-nya*. Prinsip ini diterapkan dalam penelitian ini dengan cara menjaga kerahasiaan atas informasi dari responden dengan cara tidak mencantumkan identitas responden dalam semua berkas penelitian. Data yang diperoleh dari setiap responden hanya diketahui oleh peneliti dan responden yang bersangkutan, dengan cara mencantumkan kode responden pada lembar data yang dikumpulkan.

4.5.2 *Informed concern*

Polit dan Hungler (1999) mengatakan bahwa *informed concern* diartikan sebagai kondisi dimana responden sudah mempunyai informasi yang cukup terkait penelitian yang akan dilakukan, memahami informasi, memiliki kekuasaan untuk secara sukarela memilih terlibat atau menolak ikut dalam penelitian. *Informed concern* dapat dilakukan apabila lima elemen penting sudah dilakukan antara lain:

- a. Responden telah diberikan penjelasan tentang tujuan dari penelitian yang akan dilakukan
- b. Responden diberikan penjelasan tentang risiko dan potensi ketidaknyamanan yang mungkin dialami selama penelitian. Bentuk ketidaknyamanan seperti mengambil waktu responden, menanyakan

hal-hal yang bersifat pribadi dan kelelahan dalam menjawab responden.

- c. Responden diberikan penjelasan tentang manfaat langsung dan tidak langsung dari penelitian yang dilakukan.
- d. Responden diberikan penjelasan tentang prosedur yang akan dilakukan dan peneliti memberikan jawaban semua pertanyaan responden.
- e. Responden dapat mengundurkan diri kapan saja tanpa konsekuensi apapun.

4.6 Alat Pengumpul Data

Alat yang telah digunakan sebagai pengumpul data dalam penelitian ini berupa kuesioner tentang faktor sosiodemografi, dukungan keluarga dan dukungan lingkungan serta status kesehatan, timbangan berat badan dan meteran pengukur tinggi badan, kuisisioner pengukur ADL, kuisisioner pengukur pengetahuan serta kuisisioner penilai depresi. Pengumpulan data telah dilakukan di rumah responden dan di banjar. Kuisisioner diisi oleh lansia didampingi oleh peneliti atau team peneliti, serta saksi dari petugas pemegang program jiwa dan program lansia dari Puskesmas Karangasem I. Kuisisioner pengumpulan data terdiri dari 5 bagian yaitu:

4.6.1 Kuisisioner sosiodemografi

Kuisisioner sosiodemografi meliputi: umur, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, status pekerjaan, status penghasilan status tinggal. Responden diminta menjawab pertanyaan yang ditanyakan oleh peneliti atau asisten peneliti pada kuisisioner yang disediakan. Umur akan ditulis sesuai umur dengan pembulatan. Jenis kelamin 1 perempuan dan 0 laki-laki. Pendidikan ditulis sesuai dengan tingkat pendidikan yang pernah ditempuh yakni 0; artinya bersekolah (Sarjana, SMA, SMP, dan SD) dan 1: tidak sekolah/tidak tamat SD. Skor status pekerjaan, skor 1 tidak bekerja dan 0 bekerja, skor status pernikahan 1: (tidak menikah, duda/janda, cerai dan pisah ranjang)

dan skor 0 : menikah dan masih memiliki pasangan hidup. Skor status penghasilan, 1 penghasilan tidak tetap dan 0 memiliki penghasilan tetap. Skor untuk jenis keluarga yakni: 0: keluarga inti (tinggal dengan pasangan), 1: Keluarga besar (menantu, cucu, ipar, keponakan)

4.6.2 Kuisisioner dukungan sosial

Kuisisioner dukungan sosial meliputi kuisisioner dukungan keluarga dan lingkungan. Kuisisioner dukungan keluarga menggunakan *Perceived Social Support-Family Scale (PSS-Fa)* yang terdiri dari 20 item. Kuisisioner *PSS-Fa* dibuat dengan skala Likert dengan jawaban sangat tidak setuju, tidak setuju, setuju dan sangat setuju. Jika kuisisioner dimulai dengan pernyataan positif maka skor 1 diberikan jika jawabannya sangat tidak setuju, 2 jika menjawab tidak setuju, 3 jika jawabannya setuju dan 4 jika menjawab sangat setuju. Jika kuisisioner dimulai dengan pernyataan negatif, maka jawaban sangat tidak setuju diberikan nilai 4, tidak setuju diberikan nilai 3, setuju diberikan nilai 2 dan jawaban sangat setuju diberikan nilai 1.

Skor yang diperoleh selanjutnya dijumlahkan menjadi skor kumulatif dukungan keluarga dengan nilai total berkisar antara 44-75. Hasil analisis data yang dilakukan menemukan sebaran datanyatidak normal $p\text{ value}=0,00$ yakni lebih kecil dari 0,05 ; α 0,05. Nilai rerata dukungan keluarga 31,3 dengan nilai median 30,4. Untuk keperluan pengolahan data selanjutnya data dikelompokkan menjadi data kategorik dengan menggunakan *cut off point* nilai median yakni 30. Nilai reponden yang ≤ 30 diberi skor 0 sedangkan yang > 30 diberi skor 1.

Kuisisioner dukungan lingkungan dinilai dengan menggunakan modifikasi *Supportive Environment Scale (SES)* yang terdiri dari 30 item. Kuisisioner SES dibuat dengan skala Likert dengan jawaban sangat setuju, setuju, tidak setuju dan sangat tidak setuju. Jika

kuisisioner dimulai dengan pernyataan positif maka nilai 4 diberikan pada jawaban sangat setuju, nilai 3 jika jawaban setuju, 2 jika jawaban tidak setuju dan nilai 1 jika menjawab sangat tidak setuju. Jika kuisisioner dimulai dengan pernyataan negatif maka nilai 1 diberikan pada jawaban sangat setuju, nilai 2 jika jawaban setuju, 3 jika menjawab tidak setuju dan nilai 4 jika menjawab sangat tidak setuju.

Skor nilai dukungan lingkungan berkisar 74-105. Hasil analisis data dukungan keluarga menjelaskan rerata skor dukungan lingkungan sebesar 87,26, median 60 dan sebaran datanya normal yakni p value=0,20 pada ; α 0,05. Untuk keperluan pengolahan data selanjutnya data dikelompokkan menjadi data kategorik dengan menggunakan *cut off point* nilai mean 87. Nilai reponden yang \leq 87 diberi skor 0 sedangkan yang $>$ 87 diberi skor 1.

Nilai dukungan keluarga dan dukungan lingkungan di jumlahkan menjadi variabel dukungan sosial. Total nilai dukungan sosial yang didapat berkisar antara 118 hingga 180. Hasil analisis data menjelaskan rerata skor dukungan sosial 145,71, median 149 dan hasil uji normalitas p value-nya 0,00 ; α 0,05. Untuk keperluan pengolahan data selanjutnya data dikelompokkan menjadi data kategorik dengan menggunakan *cut off point* nilai median yaitu 149. Nilai reponden yang \leq 149 diberi skor 0 sedangkan yang $>$ 149 diberi skor 1

4.6.3 Kuisisioner status kesehatan

Kuisisioner status kesehatan terdiri dari 10 pertanyaan yang memodifikasi kuisisioner *Measurement of Health Status for People and Serious Mental Illness*. Pertanyaan pertama tentang apakah lansia saat ini menderita penyakit kronis jika tidak nilainya 0 jika ya nilainya 1, ditambah penjelasan pilihan penyakitnya. Indeks masa tubuh diukur

dengan menghitung tinggi badan dan berat badan lalu dihitung dengan rumus BB/TB^2 nilainya ditulis sesuai dengan angka hasil perhitungan yang didapat selanjutnya dikategorikan menjadi baik/normal jika IMT 18-25 diberi skor 0 dan obesitas bila $IMT >25$, diberi skor 1. Status ADL dinilai dengan indek KATZ yang hasilnya dikelompokkan. Nilai ADL diberi nilai 0 jika normal yakni skor ADL nya 6, dan dikatakan tidak normal diberi nilai 1 jika lebih dari 1 ADL tidak bisa dilakukan.

Kebiasaan merokok lansia dinilai dengan skor 1 jika merokok dan skor 0 jika tidak. Kebiasaan minum alkohol dinilai 1 jika ya, dan 0 jika tidak. Penggunaan obat tidur pada lansia yang dinilai 1 jika ya dan 0 jika memakai. Jika ada riwayat anggota keluarga dengan depresi maka diberi nilai 1, jika tidak ada diberi nilai 0. Riwayat depresi pada lansia sebelumnya diberikan skor 1 jika ya dan 0 jika tidak. Jika lansia pernah dilakukan skrining depresi oleh petugas kesehatan maka diberikan nilai 0, jika tidak diberikan nilai 1. Jika lansia pernah mendapat penyuluhan maka jika menjawab ya diberikan nilai 0 dan tidak diberikan nilai 1. Total nilai status kesehatan yang diperoleh berkisar antara 0 – 10. Status kesehatan dikatakan baik diberi skor 1 apabila nilai 0-5 dan buruk diberi skor 0 jika nilainya 6-10.

4.6.4 Kuisisioner pengetahuan

Pengetahuan lansia tentang depresi diukur dengan menggunakan kuisisioner pengetahuan yang terdiri dari 10 pertanyaan, dengan menggunakan skala dikotomi ya dan tidak. Setiap jawaban benar dari kuisisioner dengan pertanyaan positif diberi nilai 1 dan jika salah diberi nilai 0. Jika pertanyaan dimulai dengan pertanyaan negatif, maka skor 0 diberikan pada jawaban benar dan 1 jika menjawab salah. Total skor selanjutnya diakumulasikan. Nilai pengetahuan selanjutnya dikategorikan menjadi baik dengan kurang. Batasan baik dan buruk digunakan dengan menggunakan nilai yakni jika < 65 kurang diberi skor 0 dan ≥ 65 baik diberi skor 1 (Arikunto,2006).

4.6.5 Kuisiometer depresi

Kuisiometer penilaian depresi menggunakan *Geriatric Depression Scale* dengan 15 pernyataan. Tiap jawaban benar diberikan nilai 1 dan jika salah diberi nilai 0. Total skor yang diperoleh antara 0 sampai 15. Untuk kebutuhan uji bivariat skor akan dikelompokkan menjadi 3 kategori yakni nilai 0 artinya normal bila skor GDS yang didapat antara 0-5, skor 1 :depresi sedang jika skor GDS yang diperoleh antara 6-10 dan skor 2: depresi berat, jika hasil GDS yang diperoleh antara 11-15. Untuk kebutuhan analisis multivariat hasil penilaian akan dikategorikan menjadi 2, yakni jika nilai GDS ≤ 5 berarti tidak depresi, jika > 5 berarti depresi.

4.7 Uji Validitas dan Reliabilitas

Alat ukur yang baik di harapkan dapat dapat memberikan informasi yang dapat dipercaya. Untuk itu alat ukur dipastikan sudah valid dan reliabel. Untuk itu kuisiometer sosiodemografi, dukungan keluarga, dukungan lingkungan dan status kesehatan sebelum digunakan terlebih dahulu dilakukan uji validitas dan reliabilitas (Sugiyono, 2008).

4.7.1 Uji validitas

Uji validitas bertujuan untuk menyatakan bahwa suatu kuisiometer valid dan mampu mengungkapkan sesuatu yang akan diukur oleh kuisiometer tersebut.

Uji validitas yang telah dilakukan terhadap instrumen dalam penelitian ini antara lain :

4.7.1.1 Validitas isi (*content validity*).

Validitas isi berkaitan dengan kemampuan instrumen mengukur isi (konsep) yang harus diukur. Uji validitas isi dilakukan dengan melihat kemampuan pertanyaan dalam alat ukur dapat mengukur apa yang ingin diukur/ diteliti. Uji validitas isi pada instrumen berupa kuisisioner dalam penelitian ini telah dilakukan dengan berkonsultasi dengan para pembimbing yang sesuai dengan area yang diteliti.

4.7.1.2 Validitas konstruk (*construct validity*).

Menggambarkan tingkat hubungan antara dua pengukuran dari konsep yang sama pada waktu yang sama.

Untuk mengetahui validitas suatu instrumen dilakukan dengan cara melakukan korelasi antara skor masing-masing variabel dengan skor totalnya. Suatu pertanyaan dikatakan valid bila skor pertanyaan tersebut berkorelasi secara signifikan dengan skor totalnya (Hastono, 2007). Teknik korelasi yang akan digunakan untuk menguji validitas kuisisioner dalam penelitian ini adalah korelasi *Pearson product moment*.

Uji validitas dukungan keluarga dan dukungan lingkungan dilakukan pada lansia di Puskesmas Karangasem I, sebanyak 2 kali. Pada uji coba pertama dengan sampel 10 ($\alpha=0,05$; r tabel= 0,576) didapatkan nilai r hitung antara 0,520- 0,7820. Nilai r hitung dukungan lingkungan yang didapat antara 0,490-0,782). Pertanyaan yang mendapat nilai kurang dari 0,576 pada kuisisioner dukungan keluarga antara lain pertanyaan nomor: 3, 4, 5,6,9,10,12, 15,16,17,19 dan 20. Selanjutnya pertanyaan-pertanyaan tersebut diperbaiki dengan menambahkan contoh masalah yang sering ditemukan pada lansia di Bali (lihat lembar kuisisioner). Pertanyaan pada kuisisioner dukungan lingkungan yang nilai r hitungnya masih di bawah r tabel ditemukan pada pertanyaan nomor 1,4,5, dan 28. Perbaikan untuk kuisisioner dukungan lingkungan dilakukan dengan menambahkan pernyataan yang disesuaikan dengan kondisi masyarakat Bali (lihat kuisisioner).

Setelah dilakukan perbaikan kuisisioner berdasarkan hasil uji coba tahap pertama, lalu dilakukan uji coba yang kedua. Uji coba kuisisioner tahap kedua dilakukan pada 30 responden. Hasil analisis pada $n=30$ ($r_{tabel}=0,361; \alpha:0,05$), didapatkan hasil uji validitas dukungan keluarga berkisar antara $0,362-0,717$, dukungan lingkungan $0,483-0,934$ dan validitas kuisisioner pengetahuan berkisar pada $0,374-9,19$. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa, kuisisioner yang digunakan dalam pengumpulan data sudah valid.

4.7.2 Uji reliabilitas.

Reliabilitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran tetap konsisten bila digunakan dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama dan dengan alat ukur yang sama (Hastono, 2007). Menurut Sugiyono (2008) pengujian reliabilitas dapat dilakukan dengan test-retest, membuat dua instrumen yang *equivalen*, dan *internal consistency*.

Dalam penelitian ini uji reliabilitas yang digunakan hanya uji *internal consistency*, yaitu pengujian reliabilitas yang dilakukan dengan cara mencobakan instrumen sekali saja, kemudian hasil yang diperoleh dianalisis. Teknik analisis yang digunakan adalah *Alfa Cronbach* dengan cara membandingkan nilai r hasil dengan nilai r tabel. Uji reliabilitas hanya dilakukan pada uji kuisisioner tahap kedua. Nilai r hasil dilihat dari nilai *Cronbach's Alpha*, bila $r_{Alpha} > r_{tabel}$, maka pertanyaan dalam kuisisioner dinyatakan reliabel. Hasil uji reliabilitas yang dilakukan terhadap kuisisioner dukungan keluarga menghasilkan r hitung sebesar $0,888$ ($r_{tabel}=0,361$), dukungan lingkungan $0,978$ ($r_{tabel}=0,361$) dan kuisisioner pengetahuan menghasilkan r hitung sebesar $0,936$. ($r_{tabel}=0,361$). Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa, kuisisioner yang digunakan dalam penelitian ini reliabel.

4.8 Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data adalah tata cara atau langkah-langkah yang digunakan dalam mengumpulkan data. Prosedur pengumpulan data yang dilakukan meliputi prosedur administrasi dan prosedur teknis.

4.8.1 Prosedur Administrasi

Kegiatan penelitian akan dilakukan setelah proposal dinyatakan lulus kaji etik oleh Komite Etik Penelitian Keperawatan/ Kesehatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan memenuhi prosedur administrasi yang berlaku di Bidang Kesbanglinmaspol Propinsi Bali dan Kabupaten Karangasem, serta sepengetahuan Kepala Puskesmas Karangasem I.

4.8.2 Prosedur Teknis

Prosedur teknis yang dilakukan dalam penelitian ini meliputi:

- a. Peneliti akan melakukan uji coba kuesioner kepada lansia di Puskesmas Karangasem I dan melakukan uji validitas dan reliabilitas alat pengumpul data.
- b. Peneliti meminta pegawai puskesmas untuk bersama-sama menjadi kolektor data dan membantu pelaksanaan penelitian dengan ketentuan pendidikan minimal D3 Keperawatan. Kolektor data berjumlah berjumlah 3 orang, yakni pemegang program jiwa berpendidikan Sarjana Keperawatan, pemegang program Lansia D-III Kebidanan dan Kepala Pustu Pertama berpendidikan D-III Keperawatan.
- c. Peneliti memberikan pelatihan kepada kolektor data untuk menyamakan persepsi tentang prosedur penelitian, tugas dan tanggung jawab kolektor data serta data-data yang akan digali dari responden.

- d. Peneliti dan kolektor data memperkenalkan diri kepada calon responden, menyampaikan informasi penelitian, menjelaskan tujuan penelitian dan prosedur penelitian, dan meminta kesediaan calon responden untuk berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian.
- e. Peneliti dan kolektor mengumpulkan data dari responden dengan menggunakan form pengumpulan data yang telah disusun.
- f. Data yang sudah dikumpulkan selanjutnya diolah dan dianalisis sesuai tujuan penelitian.

4.9 Pengolahan dan Analisis Data

Menurut Hastono (2007) sebelum dilakukan analisis data, dilakukan pengolahan data melalui empat langkah yaitu:

4.9.1 Editing

Peneliti dan kolektor data melakukan pengecekan kelengkapan isian kuesioner, kejelasan penulisan jawaban, dan relevansi dengan pertanyaan. Jika ditemukan pengisian kuesioner tidak lengkap, tidak jelas, atau tidak relevan dengan pertanyaan, peneliti atau kolektor data mengklarifikasi kepada responden.

4.9.2 Coding

Peneliti memberikan kode diikuti nomor urut responden, untuk setiap responden. Peneliti juga mengubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka atau bilangan berupa skor jawaban responden berdasarkan ketentuan yang ditetapkan peneliti untuk mempermudah analisis.

4.9.3 Processing

Peneliti memproses data dengan cara melakukan *entry* data dari masing-masing responden ke dalam program komputer.

4.9.4 Cleaning

Peneliti melakukan pengecekan kembali data yang telah di-entry. Setelah dipastikan tidak ada kesalahan, dilakukan tahap analisis data sesuai jenis data.

4.9.5 Analisis Data

Analisis dilakukan secara univariat, bivariat dan multivariat.

4.9.5.1 Analisis univariat

Analisis *univariat* digunakan untuk menjelaskan variabel sosiodemografi responden, dukungan keluarga, dukungan lingkungan dan status kesehatan. Data dalam penelitian ini semua dalam bentuk data kategorik sehingga intepretasinya dijelaskan dengan menggunakan distribusi frekuensi dan persentase atau proporsi.

4.9.5.2 Analisis bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk mengetahui hubungan yang bermakna antara dua variabel. Analisis bivariat yang digunakan dalam dalam penelitian ini menggunakan uji *Chi-square* dan *Kolmogorov-Smirnov test* untuk menganalisis hubungan penggunaan obat tidur dengan kejadian depresi.

4.9.5.2 Analisis multivariat

Analisis multivariat dilakukan untuk melihat variabel independent yang paling berpengaruh terhadap variabel dependen. Analisis multivariat yang digunakan adalah regresi logistik model prediksi, dengan tingkat kepercayaan 95 %. Uji *regresi logistik* ini untuk melihat hubungan sub variabel dalam variabel independen yaitu umur, jenis kelamin, status perkawinan, status pekerjaan, status pendidikan, status penghasilan, status tinggal, dukungan sosial, penyakit kronis, IMT, ADL, merokok, minum alkohol, penggunaan

obat tidur, riwayat keluarga dengan depresi, riwayat depresi pada lansia, riwayat penyuluhan depresi dan skrining depresi, dengan variabel dependen berupa depresi yang bersifat katagorik.

Langkah yang dilakukan dalam analisis regresi logistik adalah sebagai berikut (Hastono,2007):

- a. Melakukan seleksi variabel yang layak diikuti dalam model multivariat dengan cara terlebih dahulu melakukan seleksi bivariat antara masing-masing variabel independen dengan variabel dependen dengan uji regresi logistik sederhana.
- b. Bila hasil analisis bivariat menghasilkan *p value* < 0,25 atau termasuk substansi yang penting maka variabel tersebut dapat dimasukkan dalam model multivariat.
- c. Variabel yang memenuhi syarat lalu dimasukkan ke dalam analisis multivariat.
- d. Dari hasil analisis dengan multivariat dengan regresi logistik menghasilkan *value* masing-masing variabel.
- e. Variabel yang *p value*-nya > 0,05 ditandai dan dikeluarkan satu-persatu dari model, hingga seluruh variabel yang *p value*-nya > dari 0,05 hilang.
- f. Untuk melihat adanya interaksi antar variabel selanjunya dilakukan uji interaksi. Variabel dikatakan tidak saling berinteraksi jika didapatkan hasil uji *p value*-nya > 0,05 pada $\alpha:0,05$.
- g. Pada langkah terakhir akan tampak nilai eks (B), yang menunjukkan bahwa semakin besar nilai $\exp(B)/OR$ maka makin besar pengaruh variabel tersebut terhadap variabel dependen.

Selanjutnya dibuat pemodelan uji regresi logistik sebagai berikut

$$1) Z = \alpha + \beta_1 X_1$$

$$2) f(z) = \frac{1}{1 + e^{-z}} \quad \text{atau}$$

$$3) f(z) = \frac{1}{1 + e^{-(\alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_i X_i)}}$$



BAB 5

HASIL PENELITIAN

Bab ini menguraikan hasil penelitian hubungan faktor sosiodemografi, dukungan sosial dan status kesehatan dengan kejadian depresi pada agregat lanjut usia di Kecamatan Karangasem, Kabupaten Karangasem, Bali. Penelitian dilakukan terhadap 163 responden lansia, yang berada di Kecamatan Karangasem, Wilayah Kerja Puskesmas Karangasem I. Pengumpulan data dilakukan selama 4 minggu mulai tanggal 4 sampai dengan 30 Mei 2011.

5.1 Analisis *Univariat*

5.1.1 Distribusi depresi dan pengetahuan responden tentang depresi

Distribusi depresi digambarkan dalam dua sajian data, yakni kejadian depresi dan tingkat depresi. Distribusi pengetahuan tentang depresi disajikan dalam dua kategori yakni baik dan kurang. Distribusi depresi dan pengetahuan dapat dilihat pada tabel 5.1.

Tabel 5.1 Distribusi tingkat dan kejadian depresi serta pengetahuan tentang depresi responden di Kecamatan Karangasem, wilayah kerja Puskesmas I Karangasem, tanggal 4 s.d 30 Mei 2011

Variabel	Jumlah	Persentase
	n	%
Kejadian Depresi		
Depresi	68	41,7
Tidak Depresi	95	58,3
Tingkat depresi		
Normal	95	58,3
Depresi Sedang	38	23,3
Depresi berat	30	18,4
Pengetahuan tentang depresi		
Kurang	114	69,9
Baik	49	30,1

Berdasarkan tabel 5.1 tampak bahwa bila dikelompokkan atas dasar kejadiannya, proporsi lansia yang menderita depresi sedikit lebih rendah (41,7%), bila dibandingkan dengan yang tidak depresi (58,3%). Depresi apabila dilihat dari tingkatannya tampak bahwa hanya sebagian kecil (18,4 %) lansia menderita depresi berat, sebanyak 23,3 % digolongkan menderita depresi sedang dan selebihnya (58,3 %) menderita depresi ringan/normal. Hasil kajian juga menemukan bahwa pengetahuan lansia tentang depresi sebagian besar kurang 69,9 %, dan hanya sebagian kecil yang pengetahuan tentang depresinya baik 30,1 %.

5.1.2 Data sosiodemografi

Data sosiodemografi adalah data karakteristik lansia, yang terpilih sebagai responden di Desa Pertima, Wilayah Kerja Puskesmas Karangasem I, Kecamatan Karangasem. Data sosiodemografi diidentifikasi berdasarkan kelompok umur, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, status tinggal dan penghasilan. Data yang dikumpulkan disajikan dalam bentuk data katagorik. Data katagorik dianalisis dan didapatkan hasil berupa frekwensi dan persentase. Hasil analisis masing-masing variabel ditunjukkan dalam tabel 5.2

Tabel 5.2 Distribusi data sosiodemografik responden di Kecamatan Karangasem, wilayah kerja Puskesmas I Karangasem, tanggal 4 s.d 30 Mei 2011

Variabel	Jumlah	Persentase
	n	%
Kelompok Umur		
> 65 tahun	110	67,5
≤ 65 tahun	53	32,5
Jenis kelamin		
Perempuan	97	59,5
Laki-laki	66	40,5
Pendidikan		
Sekolah	69	42,3
Tidak sekolah	94	57,7
Status pernikahan		
Janda/Duda/tidak menikah/cerai	82	50,3
Menikah	81	49,7
Status pekerjaan		
Bekerja	95	58,3
Tidak bekerja	68	41,7
Type keluarga		
Keluarga besar	84	51,5
Keluarga inti	79	48,5
Status Penghasilan		
Tidak tetap	156	95,7
Tetap	7	4,3

Tabel 5.2 menggambarkan kondisi sosiodemografi reponden. Data yang ditemukan menggambarkan bahwa proporsi lansia > 65 tahun lebih banyak (67,5 %), dibandingkan dengan yang berumur 60-65 tahun (32,5 %). Lansia perempuan proporsinya sedikit lebih banyak (59,5 %) dibandingkan dengan lansia laki-laki (42,3 %). Lansia yang tidak pernah bersekolah atau bersekolah tidak sampai tamat sekolah dasar proporsinya lebih banyak (57,7 %), bila dibandingkan dengan yang pernah mengenyam pendidikan hingga tamat sekolah (42,3 %).

Proporsi lansia yang tidak menikah, janda/duda sedikit lebih banyak (50,3 %), bila dibandingkan dengan lansia yang menikah/masih memiliki pasangan hidup (49,7 %). Lansia yang masih aktif bekerja proporsinya lebih banyak (58,3 %), dibandingkan dengan yang tidak bekerja (41,7 %). Proporsi lansia yang saat ini yang tinggal dengan keluarga besar, sedikit lebih banyak (51,5 %), dibandingkan dengan yang tinggal dengan keluarga inti (48,5 %). Sebagian besar lansia tidak memiliki penghasilan tetap (95,7 %), sedangkan yang berpenghasilan tetap hanya (4,3 %).

5.1.3 Data Dukungan Sosial

Data dukungan sosial menggambarkan besarnya dukungan yang diterima lansia, yang terpilih sebagai responden di Desa Pertama, Wilayah Kerja Puskesmas Karangasem I, Kecamatan Karangasem. Data dukungan sosial diidentifikasi sebagai dukungan keluarga, dukungan lingkungan dan gabungan dari dukungan keluarga dan lingkungan. Data yang dikumpulkan disajikan dalam bentuk data katagorik. Data katagorik dianalisis dan didapatkan hasil berupa frekwensi dan persentase . Hasil analisis masing-masing variabel ditunjukkan dalam tabel 5.3.

Tabel 5.3 Distribusi dukungan sosial responden di Kecamatan Karangasem, wilayah kerja Puskesmas I Karangasem, tanggal 4 s.d 30 Mei 2011

Variabel	Jumlah	Persentase
	n	%
Dukungan keluarga		
Kurang	91	55,8
Baik	72	44,2
Dukungan lingkungan		
Kurang	84	51,5
Baik	79	48,5
Dukungan sosial		
Kurang	96	58,9
Baik	67	41,1

Berdasarkan tabel 5.3 terlihat bahwa sebagian besar lansia merasakan dukungan keluarga yang yang diterima masih kurang (55,8 %), dan sebagian kecil menyebutkan dukungan yang diterima sudah baik (44,2). Lansia yang merasakan dukungan lingkungan masih kurang sedikit lebih banyak (51,5 %) dibandingkan yang mengungkapkan dukungan lingkungan baik (48,5 %). Dukungan sosial yang merupakan gabungan dari dukungan keluarga dan dukungan lingkungan dirasakan masih kurang oleh sebagian besar responden (58,9 %), dan sudah dirasakan baik oleh (41,1 %) responden.

5.1.4 Data status kesehatan

Data status kesehatan menggambarkan kondisi kesehatan responden lansia yang terpilih sebagai responden di Desa Pertima, Wilayah Kerja Puskesmas Karangasem I, Kecamatan Karangasem. Data status kesehatan diidentifikasi berdasarkan riwayat skrining depresi, riwayat mendapat penyuluhan depresi, sakit kronis yang diderita lansia, kebiasaan merokok, kebiasaan minum alkohol, riwayat keluarga yang menderita depresi, riwayat depresi yang pernah diderita lansia, penggunaan obat tidur, status Indeks Massa Tubuh (IMT), dan kemampuan lansia melakukan Activity Daily Living (ADL). Data yang dikumpulkan disajikan dalam bentuk data katagorik. Data katagorik dianalisis dan didapatkan hasil berupa frekwensi dan persentase. Hasil analisis masing-masing variabel ditunjukkan dalam tabel 5.4

Tabel 5.4 Distribusi data status kesehatan responden di Kecamatan Karangasem, wilayah kerja Puskesmas I Karangasem, tanggal 4 s.d 30 Mei 2011

Variabel	Jumlah	Persentase
	n	%
Riwayat skrening depresi		
Tidak pernah	117	71,8
Pernah	46	28,2
Riwayat mendapat penyuluhan depresi		
Tidak pernah	112	68,7
Pernah	51	31,3
Saat ini menderita penyakit kronis		
Tidak	101	62,0
Ya	62	38,0
Saat ini memiliki kebiasaan merokok		
Tidak	133	81,6
Ya	30	18,4
Saat ini memiliki kebiasaan minum minuman beralkohol		
Tidak	143	87,7
Ya	20	12,3
Memiliki riwayat keluarga menderita depresi		
Tidak	155	95,1
Ya	8	4,9
Memiliki riwayat menderita depresi		
Tidak	127	77,9
Ya	36	22,1
Riwayat menggunakan obat tidur		
Tidak	156	95,7
Ya	7	4,3
Status Indeks Massa Tubuh		
Tidak obesitas	132	81,0
Obesitas	31	19,0
Status ADL		
Normal	137	84
Tidak normal	26	16

Berdasarkan tabel 5.4 tentang status kesehatan dapat dijelaskan bahwa sebagian besar responden tidak pernah dilakukan skrening depresi (71,8 %), sedangkan

yang pernah diskreening hanya (28,2 %). Lansia sebagian besar (68,7 %) tidak pernah mendapat penyuluhan depresi, sedangkan yang pernah mendapat penyuluhan depresi hanya (31,3 %). Sebagian besar lansia saat ini tidak sedang menderita penyakit kronis (62,0 %) dan hanya sebagian kecil yang menderita penyakit kronis (38,0%). Proporsi lansia yang tidak merokok jauh lebih besar (81,6 %), dibandingkan dengan lansia yang merokok (18,4 %).

Proporsi responden yang tidak minum-minuman keras jauh lebih banyak (87,7%), dibandingkan dengan yang minum (12,3 %). Responden yang tidak memiliki anggota keluarga menderita depresi jauh lebih besar (95,1 %), dibandingkan dengan yang memiliki riwayat keluarga depresi (4,9 %). Proporsi responden yang tidak memiliki riwayat depresi lebih banyak (77,9 %), dibanding dengan yang memiliki riwayat depresi (22,1 %). Responden yang saat ini tidak menggunakan obat tidur proporsinya jauh lebih besar (95,7 %), dibandingkan dengan yang menggunakan obat tidur (4,3 %). Sebagian besar Indeks Massa Tubuh Lansia tidak berlebih (81,0 %), sedangkan yang mengalami obesitas sebanyak (19,0 %). Proporsi responden yang memiliki status ADL normal jauh lebih banyak (84 %) dibandingkan dengan yang tidak normal (16 %).

5.2 Analisis bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk melihat proporsi responden yang dikaitkan dengan kejadian depresi. Hasil analisis bivariat menggambarkan proporsi, nilai χ^2 , nilai $p= value$, dan odds rasio dari setiap variabel terhadap depresi. Analisis bivariat dilakukan terhadap variabel status demografi, dukungan sosial dan status kesehatan dengan kejadian depresi.

5.2.1 Status sosiodemografi dan kejadian depresi

Tabel 5.5 Hubungan sosiodemografi dan kejadian depresi responden di Kecamatan Karangasem, wilayah kerja Puskesmas I Karangasem, tanggal 4 s.d 30 Mei 2011

Variabel	Depresi		Tidak depresi		Total		OR (95% CI)	χ^2 p Value
	n	%	n	%	n	%		
Umur								
60- 65 tahun	14	26,4	39	73,6	53	100	1	6,69
> 65 tahun	54	49,1	56	50,9	110	100	2,69 (1,31-5,49)	0,01*
Jumlah	68	41,7	95	58,3	163	100		
Kelamin								
Laki-laki	26	39,4	40	60,6	66	100	1	0,112
Perempuan	42	43,3	55	56,7	97	100	1,16 (0,62-2,22)	0,74
Jumlah	68	41,7	95	58,3	163	100		
Pendidikan								
Sekolah	12	17,4	57	82,6	69	100	1	27,41
Tidak sekolah	56	59,6	38	40,4	94	100	7,00 (3,32-14,77)	0,00*
Jumlah	68	41,7	95	58,3	163	100		
Pernikahan								
Menikah	21	25,9	60	74,1	81	100	1	15,24
Tidak menikah	47	57,3	35	42,7	82	100	3,84 (1,98-7,44)	0,00*
Jumlah	68	41,7	95	53,8	163	100		
Status kerja								
Bekerja	25	26,3	70	73,7	95	100	1	20,73
Tidak bekerja	43	63,2	25	36,8	68	100	4,82 (2,46-9,43)	0,00*
Jumlah	68	41,7	95	58,3	163	100		
Satus Tinggal								
Keluarga inti	19	24,1	60	75,9	79	100	1	18,29
Keluarga besar	49	58,3	35	41,7	84	100	4,42 (2,25-8,68)	0,00*
Jumlah	68	41,7	95	58,3	163	100		
Penghasilan								
Tetap	1	14,3	6	85,7	7	100	1	1,24
Tidak tetap	67	42,9	89	57,1	156	100	4,52 (0,53-38,41)	0,241*
Jumlah	68	41,7	95	58,3	163	100		

* bermakna pada $\alpha = 0,05$

Tabel 5.5 menggambarkan hubungan antara sosiodemografi dan kejadian depresi pada responden di Kecamatan Karangasem. Lansia dalam kelompok umur ≥ 65 tahun memiliki proporsi lebih besar (49,1 %) menderita depresi dibandingkan dengan kelompok 60 - 65 tahun (26,4 %). Hasil uji χ^2 diperoleh nilai = 6,67 dan

p value 0,001; $\alpha:0,05$, maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara usia dengan kejadian depresi (OR = 2,69; CI:1,31-5,49). Artinya lansia yang berumur > 65 tahun berpeluang mengalami depresi 2,69 kali dibanding lansia yang berumur 60-65 tahun.

Ada sedikit perbedaan proporsi antara penderita depresi yang berjenis kelamin laki-laki (39,4 %) dan perempuan (43,3 %). Hasil uji χ^2 diperoleh nilai $\chi^2=0,112$ dan (p value=0,74; $\alpha=0,05$), maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan kejadian depresi.

Hasil analisis hubungan antara pendidikan dan kejadian depresi diketahui bahwa proporsi responden yang tidak pernah bersekolah menderita depresi lebih banyak (59,6 %), dibandingkan dengan yang pernah bersekolah (17,4 %). Hasil uji χ^2 didapatkan nilai =27,412 dan (p value=0,00 ; $\alpha=0,05$), maka dapat disimpulkan bahwa status pendidikan berhubungan dengan kejadian depresi (OR=7,00; CI: 3,32-14,77). Artinya lansia yang tidak pernah bersekolah perpeluang 7 kali lebih banyak untuk menderita depresi dibandingkan dengan yang pernah bersekolah.

Responden yang tidak menikah memiliki proporsi lebih besar menderita depresi (57,3 %) dibandingkan dengan yang menikah (25,9 %). Hasil uji χ^2 didapatkan nilai sebesar 15,27 (p value=0,00; $\alpha:0,05$), maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang sangat signifikan antara status pernikahan dan kejadian depresi (OR= 3,84; CI: 1,98-7,44). Artinya lansia yang tidak memiliki pasangan hidup berpeluang 3,84 kali menderita depresi dibandingkan dengan yang masih memiliki pasangan hidup.

Proporsi lansia yang tidak bekerja dan menderita depresi lebih besar (63,2 %) dibandingkan dengan lansia yang bekerja (26,3 %). Hasil uji χ^2 didapatkan hasil 20,72 (p value=0,00 ; $\alpha=0,05$, maka dapat disimpulkan adanya hubungan yang bermakna antara status bekerja dan kejadian depresi (OR=4,82 CI: 2,46-9,43). Artinya lansia yang tidak bekerja berpeluang 4,82 menderita depresi dibandingkan yang bekerja.

Proporsi lansia yang tinggal dengan keluarga besar menderita depresi lebih banyak (58,3 %), dibandingkan dengan yang tinggal dengan keluarga inti (24,1 %). Hasil uji χ^2 didapatkan hasil 18,29 (p value=0,00 ; $\alpha=0,05$), maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara status tinggal dan kejadian depresi pada lansia OR=4,42 (CI:2,25-8,68). Artinya lansia yang tinggal dengan keluarga besar berpeluang menderita depresi 4,42 kali lebih banyak dibandingkan dengan lansia yang tinggal dengan keluarga inti.

Proporsi lansia yang tidak memiliki penghasilan tetap dan menderita depresi lebih banyak (42,9 %), dibandingkan dengan yang berpenghasilan tetap (14,3 %). Hasil uji χ^2 didapatkan nilai 1,24 (p value=0,241; $\alpha=0,05$; OR=4,52;CI: 0,53-38,41). Artinya lansia yang tidak memiliki penghasilan tetap berpeluang menderita depresi 4,52 kali dibandingkan dengan yang berpenghasilan tetap.

5.2.2 Dukungan Sosial dan Kejadian Depresi

Tabel 5.6. Hubungan dukungan sosial dan kejadian depresi responden di Kecamatan Karangasem, wilayah kerja Puskesmas I Karangasem, tanggal 4 s.d 30 Mei 2011

Variabel	Depresi		Tidak depresi		Total		OR (95 % CI)	χ^2 p value
	n	%	n	%	n	%		
Dukungan keluarga								
Baik	5	6,9	67	93,1	72	100	1	61,60
Kurang	63	69,2	28	30,8	91	100	30,15	0,00*
Jumlah	68	41,7	95	58,3	163	100	(10,96-82,93)	
Dukungan lingkungan								
Baik	10	12,7	69	87,3	79	100	1	50,59
Kurang	58	69,0	26	31,0	84	100	15,39	0,00*
Jumlah	68	41,7	95	58,3	163	100	(6,86-34,55)	
Dukungan Sosial								
Baik	5	7,5	62	92,5	67	100	1	52,54
Kurang	63	65,6	33	34,4	96	100	23,67	0,00*
Jumlah	68	41,7	95	58,3	163	100	(6,68-64,59)	

* bermakna pada $\alpha = 0,05$

Tabel 5.6 menggambarkan hubungan antara dukungan sosial dan kejadian depresi pada responden. Dukungan sosial terbentuk dari dukungan keluarga dan lingkungan. Hasil analisis hubungan dukungan sosial dan kejadian depresi menjelaskan proporsi lansia yang dukungan sosialnya kurang dan menderita depresi lebih besar (65,6%), dibanding yang dukungan sosialnya baik (7,5%). Hasil uji χ^2 didapatkan hasil 52,54 ($p\text{ value}=0,00$; $\alpha=0,05$), maka dapat disimpulkan adanya hubungan antara dukungan sosial dengan terjadinya depresi (OR= 23,67; CI: 6,68-64,59). Artinya lansia yang dukungan sosialnya kurang berpeluang menderita depresi 23 kali dibandingkan dengan yang dukungan sosialnya baik.

Dukungan sosial dibentuk oleh komponen dukungan keluarga dan dukungan lingkungan. Analisis terhadap hubungan dukungan keluarga dan kejadian depresi menjelaskan bahwa proporsi lansia yang dukungan keluarganya kurang mendapat depresi lebih besar (69,2%) dibanding yang dukungan keluarganya baik (6,9%). Hasil uji χ^2 didapatkan nilai 61,60 ($p\text{ value}=0,00$; $\alpha=0,05$), maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara dukungan sosial dan kejadian depresi (OR=30,15; CI:10,96-82,93). Artinya lansia yang dukungan keluarganya kurang berpeluang menderita depresi 30 kali lebih besar dibanding lansia yang mendapat dukungan keluarga baik.

Proporsi lansia yang dukungan lingkungannya kurang menderita depresi lebih banyak (69%), dibandingkan dengan yang dukungan lingkungannya baik (12,7%). Hasil uji χ^2 didapatkan nilai 50,59 ($p\text{ value}=0,00$; $\alpha=0,05$), maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara dukungan lingkungan dan kejadian depresi pada lansia dengan (OR=15,39). Artinya responden yang dukungan lingkungannya kurang berpeluang menderita depresi 15 kali lebih banyak dibandingkan dengan yang mendapat dukungan lingkungannya baik.

5.2.3 Status kesehatan dengan kejadian depresi

Tabel 5.7 Hubungan status kesehatan dan kejadian depresi responden di Kecamatan Karangasem, wilayah kerja Puskesmas I Karangasem, tanggal 4 s.d 30 Mei 2011

Variabel	Depresi		Tidak depresi		Total		OR (95 % CI)	χ^2 p value
	n	%	n	%	n	%		
Riwayat Skrening								
Pernah diskrening	17	37	29	63	46	100	1	0,36
Tidak pernah	51	43,6	66	56,4	117	100	1,32 (0,65-2,66)	0,551
Jumlah	68	41,7	95	58,3	163	100		
Riwayat mendapat penyuluhan depresi								
Pernah	17	33,3	34	66,7	51	100	1	1,67
Tidak pernah	51	45,5	61	54,5	112	100	1,67 (0,84-3,34)	0,196
Jumlah	68	41,7	95	58,3	163	100		
Menderita penyakit kronis								
Ya	46	74,2	16	25,8	101	100	1	41,27
Tidak	22	21,8	79	78,2	62	100	10,32 (4,93-21,63)	0,000*
Jumlah	68	41,7	95	58,3	163	100		
Kebiasaan Merokok								
Merokok	20	66,7	10	33,3	30	100	3,54 (1,53-8,18)	8,19
Tidak merokok	48	36,1	85	63,9	133	100	1	0,004*
Jumlah	68	41,7	95	58,3	163	100		
Kebiasaan minum alkohol								
Minum alkohol	15	75	5	25,0	20	100	5,09 (1,75-14,82)	8,88
Tidak minum alkohol	53	31,7	90	62,9	143	100	1	0,003*
Jumlah	68	41,7	95	58,3	163	100		
Riwayat keluarga menderita depresi								
Keluarga ada depresi	6	75,0	2	25,0	8	100	4,50 (0,88-23,02)	2,53
Tidak ada keluarga depresi	62	40	93	60	155	100	1	0,68
Jumlah	68	41,7	95	58,3	163	100		

bersambung

Universitas Indonesia

Tabel lanjutan...

Variabel	Depresi		Tidak depresi		Total		OR (95 % CI)	X ² p value
	n	%	n	%	n	%		
Memiliki riwayat depresi								
Ada	32	88,9	4	11,1	36	100	20,22 (6,67-61,29)	39,8
Tidak	36	28,3	91	71,7	127	100		
Jumlah	68	41,7	95	58,3	163	100	1	0,00*
Riwayat Penggunaan Obat Tidur								
Ya	7	100	0	0	7	100		0,00*
Tidak	61	39,1	95	60,9	156	100		
Jumlah	68	41,7	95	58,3	163	100		
Obesitas								
Obesitas	23	74,2	8	25,8	31	100	5,58 (2,30-13,42)	14,99
Tidak obesitas	45	34,1	87	65,9	132	100		
Jumlah	68	41,7	95	58,3	163	100	1	0,00*
Status ADL								
Tidak normal	18	69,2	8	30,8	26	100	3,92 (1,59-9,65)	8,33
Normal	50	36,5	87	63,5	137	100		
Jumlah	68	41,7	95	58,3	163	100	1	0,004*

* bermakna pada $\alpha = 0,05$

Tabel 5.7 menggambarkan hubungan status kesehatan dan terjadinya depresi pada responden. Proporsi responden yang tidak pernah diskreening menderita depresi, sedikit lebih banyak (43,6 %), dibandingkan dengan yang pernah diskreening (37 %), namun secara statistik tidak ditemukan adanya hubungan antara riwayat skreening dengan kejadian depresi dengan nilai $x^2 = 0,36$ ($p\text{ value}=0,551$ $\alpha=0,05$).

Proporsi responden yang tidak pernah mendapat penyuluhan dan menderita depresi sedikit lebih banyak (45,5%), dibandingkan yang pernah mendapat penyuluhan (33,3 %). Hasil uji statistik menjelaskan tidak ada hubungan antara

riwayat pemberian penyuluhan dan kejadian depresi pada lansia dengan $\chi^2=1,67$ ($p\ value=0,196$ $\alpha=0,05$).

Proporsi responden yang menderita sakit kronis mengalami depresi jauh lebih banyak (74,2 %), dibandingkan yang tidak menderita penyakit kronis (21,8 %). Hasil uji χ^2 didapatkan nilai 41,27 ($p\ value=0,00$ $\alpha=0,05$), maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara kondisi sakit kronis dengan terjadinya depresi pada lansia (OR=10,32, CI: 4,93-21,63). Artinya bahwa lansia yang menderita penyakit kronis perpeluang menderita depresi 10,32 kali lebih banyak dibandingkan dengan yang tidak menderita sakit kronis.

Proporsi lansia perokok menderita depresi lebih besar (66,7 %), dibandingkan dengan yang tidak merokok (36,1 %). Hasil uji χ^2 didapatkan nilai 8,19 ($p\ value=0,004$ $\alpha=0,05$), maka dapat disimpulkan adanya hubungan antara merokok dengan terjadinya depresi pada lansia (OR=3,54; CI: 1,53-8,18). Artinya lansia perokok berpeluang menderita depresi 3,54 kali lebih banyak dibandingkan dengan yang tidak merokok.

Proporsi lansia yang memiliki kebiasaan minum-minuman beralkohol menderita depresi lebih banyak (75,0 %), dibandingkan dengan yang tidak minum alkohol (31,7 %). Hasil uji χ^2 didapatkan nilai 8,88 ($p\ value=0,003$; $\alpha=0,05$), maka dapat disimpulkan ada hubungan bermakna antara kebiasaan minum alkohol dengan kejadian depresi (OR=5,09; CI: 1,75-14,82) yang berarti peluang menderita depresi pada lansia yang memiliki kebiasaan minum minuman beralkohol 5 kali lebih banyak dibandingkan dengan yang tidak minum alkohol.

Proporsi lansia yang salah satu anggota keluarganya pernah menderita depresi saat ini ditemukan menderita depresi lebih banyak (75 %), dibandingkan dengan yang tidak menderita depresi (40%), namun secara statistik tidak menunjukkan adanya hubungan antara riwayat keluarga menderita depresi dengan terjadinya depresi dengan nilai χ^2 didapatkan nilai 2,53 ($p\ value=0,68$; $\alpha=0,05$).

Proporsi lansia yang memiliki riwayat depresi, kembali menderita depresi jauh lebih besar (88,9 %) dibandingkan yang tidak (28,3 %). Hasil uji χ^2 didapatkan nilai 39,83 (p value=0,00 α :0,05), maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan bermakna antara riwayat menderita depresi dengan terjadinya depresi (OR=20,22; CI:6,67-61,29). Hal ini berarti peluang lansia yang sebelumnya pernah menderita depresi akan mengalami depresi kembali sebanyak 20 kali dibandingkan dengan yang tidak memiliki riwayat depresi.

Responden yang menggunakan obat tidur, seluruhnya atau 7 orang (100 %) menderita depresi. Hasil uji *Kolmogorov-Smirnov* didapatkan (p value=0,00; α =0,05), maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan bermakna antara pemakaian obat tidur dengan kejadian depresi.

Proporsi responden obesitas dan menderita depresi lebih banyak (74,2 %), dibandingkan dengan yang tidak obesitas (34,1 %). Hasil uji χ^2 = 14,99 (p value=0,00 α =0,05), maka dapat disimpulkan bahwa hubungan yang bermakna antara obesitas dengan terjadinya depresi (OR=5,56; CI: 2,30-13,42). Artinya lansia yang obesitas memiliki peluang menderita depresi hampir 6 kali lebih banyak dibandingkan dengan lansia yang tidak obesitas.

Proporsi responden yang ADL-nya tidak normal dan menderita depresi lebih banyak (69,2 %), dibandingkan dengan yang normal (36,5 %). Hasil uji χ^2 didapatkan nilai χ^2 =8,33 (p value=0,004; α =0,05), maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara status ADL dengan kejadian depresi (OR=3,92;CI: 1,59-9,65). Artinya, lansia yang ADL-nya tidak normal berpeluang mengalami depresi hampir 4 kali lebih banyak dibandingkan dengan yang ADL-nya normal.

5.2.4 Hubungan pengetahuan dan kejadian depresi

Tabel 5.8 Hubungan pengetahuan dan kejadian depresi responden di Kecamatan Karangasem, wilayah kerja Puskesmas I Karangasem, tanggal 4 s.d 30 Mei 2011

Pengetahuan depresi	Depresi		Tidak depresi		Total		OR (95 % CI)	χ^2 p value
	n	%	N	%	n	%		
Kurang	51	44,7	63	55,3	114	100	1,52 (0,76-3,05)	1,304 0,308
Baik	17	34,7	32	65,3	49	100		
Jumlah	68	41,7	95	58,3	163	100		

Tabel 5.8 menggambarkan hubungan antara pengetahuan tentang depresi yang dikuasai lansia dan kejadian depresi. Lansia yang pengetahuan tentang depresi kurang dan menderita depresi proporsinya sedikit lebih banyak (44,7 %), dibandingkan dengan yang pengetahuan tentang depresinya baik (34,7 %). Hasil uji statistik menjelaskan tidak ada hubungan antara pengetahuan tentang depresi dengan terjadinya depresi pada lansia dengan $\chi^2 = 1,304$ dan (p value=0,308; $\alpha=0,05$).

5.3 Analisis Multivariat

5.3.1 Seleksi bivariat

Langkah awal dalam melakukan analisis regresi logistik adalah, melakukan pemilihan variabel yang layak diikuti dalam regresi logistik tahap selanjutnya.

Tabel 5.9 Tabel langkah awal seleksi multivariat variabel yang berhubungan dengan depresi responden di Kecamatan Karangasem, wilayah kerja Puskesmas I Karangasem, 4 s.d 30 Mei 2011

Variabel	P value
Kelompok umur	0,01 *
Jenis kelamin	0,74
Pendidikan lansia	0,00 *
Status perkawinan	0,00 *
Status pekerjaan	0,00 *
Status tinggal	0,00 *
Status penghasilan	0,24 *
Dukungan sosial	0,00 *
Riwayat skrening depresi	0,55
Riwayat mendapat penyuluhan	0,19 *
Menderita penyakit kronis	0,00 *
Kebiasaan merokok	0,004*
Kebiasaan minum alkohol	0,003*
Riwayat anggota keluarga menderita depresi	0,68
Riwayat menderita depresi	0,00 *
Menggunakan obat tidur	0,002*
Obesitas	0,00 *
Status ADL	0,004*
Pengetahuan tentang depresi	0,308

Tabel 5.9 menggambarkan, variabel yang bisa menjadi kandidat untuk masuk dalam analisis multivariat selanjutnya yakni yang memiliki p value $< 0,25$; $\alpha = 0,05$), yaitu umur $p = 0,01$, pendidikan $p = 0,00$, status menikah $p = 0,00$, status bekerja $p = 0,00$, status tinggal $p = 0,00$, penghasilan $p = 0,24$, dukungan sosial $p = 0,00$, riwayat penyuluhan $p = 0,19$, sakit kronis $p = 0,00$, merokok $p = 0,004$, alkohol $p = 0,003$, riwayat menderita depresi $p = 0,00$, riwayat penggunaan obat tidur $p = 0,002$, obesitas $p = 0,004$ dan status ADL $p = 0,00$. Pengetahuan yang sebelumnya diyakini sebagai salah satu faktor yang mempengaruhi kejadian depresi pada awal langkah pemodelan ini nilai p value-nya = 0,308, sehingga dikeluarkan dari analisis berikutnya.

5.3.2 Pemodelan awal multivariat

Dari hasil analisis multivariat dengan regresi logistik dihasilkan p value masing-masing variabel. Nilai p value yang $> 0,05$ akan dikeluarkan secara bertahap, mulai dari yang p value-nya paling besar hingga terkecil. Langkah pemodelan tahap awal dari uji regresi logistik model prediksi dapat dilihat pada tabel 5.10.

Tabel 5.10 Tabel pemodelan awal analisis variabel yang berhubungan dengan depresi responden di Kecamatan Karangasem, wilayah kerja Puskesmas I Karangasem, tanggal 4 s.d 30 Mei 2011

Variabel	B	SE	Wald	OR (95 % CI)	P value
Kelompok umur	-,735	,74	,99	,48 (,12-2,03)	,318
Pendidikan lansia	1,95	,78	6,27	6,99 (1,53-32,06)	,012
Status perkawinan	-,103	,69	,02	,90 (,230-3,54)	,883
Status pekerjaan	1,01	,73	1,94	2,76 (,66 - 11,47)	,164
Status tinggal	-,028	,69	,00	,97 (,25-3,79)	,968
Status penghasilan	3,43	2,28	2,26	30,76 (,35-2683)	,133
Dukungan sosial	3,33	,82	16,38	27,75 (5,55-138,7)	,000
Riwayat mendapat penyuluhan	,434	,66	,44	1,54 (,43-5,57)	,508
Menderita penyakit kronis	3,82	,87	19,48	45,65 (8,36-249,1)	,000
Kebiasaan merokok	,73	1,08	,45	2,07 (,249-17,19)	,501
Kebiasaan minum alkohol	,93	1,15	,65	2,53 (,26-24,3)	,421
Riwayat menderita depresi	2,98	1,17	6,44	19,64 (1,97-195,8)	,011
Menggunakan obat tidur	13,49	14036	,00	726920	,999
Status ADL	,73	,85	,74	2,07 (,39-10,9)	,389
Obesitas	1,65	1,08	2,35	5,229 (,63-43,3)	,125
Constant	-9,88	2,93	11,41	,000	,001

* bermakna pada $\alpha = 0,05$

Dari hasil analisis diatas dapat terlihat variabel yang mempunyai p value < 0,05 adalah dukungan keluarga, menderita penyakit kronis dan riwayat menderita depresi. Variabel yang p value > 0,05 ditandai dan dikeluarkan satu persatu dari model dilakukan secara bertahap dimulai dari variabel yang mempunyai p value terbesar sehingga didapatkan hasil pada tabel dibawah ini :

Tabel 5.11 Model awal regresi logistic variabel yang berhubungan dengan depresi responden di Kecamatan Karangasem, wilayah kerja Puskesmas I Karangasem, tanggal 4 s.d 30 Mei 2011

Variabel	B	SE	Wald	OR (95 % CI)	P value
Dukungan sosial	3,33	,715	21,75	28,04 (6,91-113,8)	0,00*
Menderita sakit kronis	3,34	,690	23,40	28,17 (7,29-108,90)	0,00*
Memiliki riwayat depresi	3,48	,941	13,68	32,49 (5,14-205,4)	0,00*
Pendidikan lansia	1,77	,632	7,82	5,85 (1,69-20,19)	0,005
Constant	-5,67	1,02	30,74		

* bermakna pada $\alpha = 0,05$

5.3.3 Uji interaksi

Pada analisis ini sebelum masuk ke model dilakukan uji interaksi pada antar variabel-variabel penting. Kesimpulan dari uji interaksi ini dapat dilihat langsung dari *p value* nya. Jika *p value* lebih besar dari 0,05 berarti tidak ada interaksi antar variabel sehingga dapat masuk kedalam model. Model yang valid adalah model tanpa ada interaksi antar variabel.

Tabel 5.12 Hasil uji interaksi variabel faktor sosiodemografi, dukungan sosial dan status kesehatan terhadap terjadinya depresi pada responden di Kecamatan Karangasem, wilayah kerja Puskesmas I Karangasem 4-30 Mei 2011

Variabel	P value
Pendidikan*dukungan sosial	0,205
Pendidikan *sakitkronis	0,975
Pendidikan*riwayat depresi	1,00
Sakit kronis*dukungan sosial	0,425
Riwayat depresi*dukungan sosial	0,999
Riwayat depresi*sakit kronis	1,00

Tabel 5.12 menggambarkan hasil uji interaksi, dimana hasil uji tidak ada yang memperlihatkan *p value* < 0,05. Kesimpulan yang didapat dari hasil uji interaksi

adalah tidak ada interaksi antar setiap variabel sehingga semua variabel dapat masuk kedalam model.

5.3.4 Pemodelan akhir multivariat

Tabel 5.13 Pemodelan Akhir Multivariat Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Depresi pada Responden di Kecamatan Karangasem, Wilayah Kerja Puskesmas I Karangasem Tanggal 4 s.d 30 Mei 2011

Variabel	B	SE	Wald	OR (95 % CI)	P value
Dukungan sosial -Baik -Kurang	3,33	,715	21,75	1 28,04 (6,91-113,8)	0,00*
Menderita sakit kronis -Tidak -Ya	3,34	,690	23,40	1 28,17 (7,29-108,90)	0,00*
Memiliki riwayat depresi -Tidak -Ya	3,48	,941	13,68	1 32,49 (5,14-205,4)	0,00*
Pendidikan lansia -Bersekolah -Tidak sekolah	1,77	,632	7,82	1 5,85 (1,69-20,19)	0,005*
Constant	-5,67	1,02	30,74		

* bermakna pada $\alpha = 0,05$

Tabel 5.13 menggambarkan hasil akhir dari proses pemodelan multivariat regresi logistik model prediksi, dimana dapat disimpulkan bahwa dari 10 variabel yang diduga berhubungan dengan kejadian depresi pada lansia di Kecamatan Karangasem ditemukan 4 variabel yang berhubungan secara signifikan yaitu variabel dukungan sosial, menderita sakit kronis, dan variabel memiliki riwayat depresi sebelumnya dan pendidikan lansia.

Adanya riwayat menderita depresi sebelumnya sebagai penyebab dominan terjadinya depresi pada responden dengan $p\text{ value}=0,00$ dan $OR= 32,49$ (95 % $CI:5,14-205,4$). Lansia yang pernah menderita depresi sebelumnya akan berpeluang menderita depresi kembali sebanyak 32 kali dibandingkan yang belum pernah menderita depresi, setelah dikontrol menderita penyakit kronis, dukungan sosial dan pendidikan lansia.

Lansia yang memiliki penyakit kronis dan berdampak pada aktivitas sehari-hari merupakan penyebab lain yang cukup dominan terhadap depresi pada lansia di Kecamatan Karangasem dengan $p\text{ value}=0,00$ dan $OR= 28,17$ (95% $CI: 7,29-108,9$). Lansia yang menderita sakit kronis yang berpengaruh terhadap aktivitas sehari-hari berpeluang menderita depresi 28 kali lebih besar dibandingkan dengan yang tidak menderita sakit kronis, setelah dikontrol oleh variabel riwayat menderita depresi, dukungan sosial dan pendidikan.

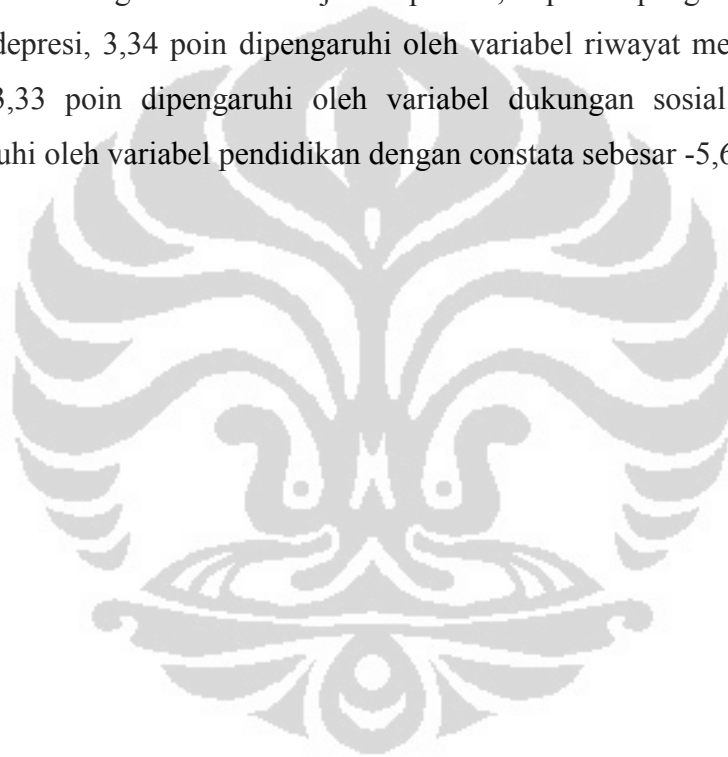
Kurangnya dukungan sosial juga memiliki hubungan yang signifikan terhadap terjadinya depresi pada lansia dengan $p\text{ value}=0,00$ dan $OR: 28,04$ (95 % $CI: 6,91-113,8$). Hal itu berarti, lansia yang dukungannya kurang berpeluang menderita depresi 28 kali lebih banyak, dibandingkan dengan yang dukungannya baik, setelah dikontrol oleh variabel menderita penyakit kronis, riwayat menderita depresi dan pendidikan lansia.

Pendidikan lansia memiliki hubungan yang bermakna dengan terjadinya depresi ($p\text{ value}= 0,005$; $OR=5,85$ (95 % $CI:1,69-20,19$) . Artinya, lansia yang tidak pernah bersekolah atau sekolahnya tidak sampai tamat SD, berpeluang menderita depresi 6 kali dibandingkan dengan yang pernah bersekolah, setelah dikontrol riwayat menderita depresi, menderita sakit kronis dan dukungan sosial.

Hasil akhir dari analisis multivariat ini akan menghasilkan persamaan regresi logistik yang akan dapat menjelaskan probabilitas lansia menderita depresi yakni:

$$z = \alpha + \beta_1x_1 + \beta_2x_2 + \beta_3x_3 + \beta_4x_4$$
$$\text{Depresi} = - 5,67 + 3,48 \text{ riwayat depresi} + 3,34 \text{ sakit kronis} + 3,33 \text{ dukungan sosial} + 1,77 \text{ pendidikan}$$

Dari persamaan regresi logistik diatas, dapat disimpulkan bahwa proporsi lansia di Kecamatan Karangasem untuk terjadi depresi 3,48 poin dipengaruhi oleh variabel riwayat depresi, 3,34 poin dipengaruhi oleh variabel riwayat menderita penyakit kronis, 3,33 poin dipengaruhi oleh variabel dukungan sosial dan 1,77 poin dipengaruhi oleh variabel pendidikan dengan constata sebesar -5,67.



BAB 6

PEMBAHASAN

Bab ini menjelaskan hasil penelitian yang meliputi interpretasi dan diskusi hasil penelitian dari masing-masing variabel penelitian dikaitkan dengan teori dan hasil penelitian yang telah ada. Selain itu dalam pembahasan ini peneliti menjelaskan tentang keterbatasan penelitian yang telah dilaksanakan serta implikasi hasil penelitian terhadap pelayanan dan pengembangan ilmu keperawatan.

6.1 Interpretasi dan Diskusi Hasil Penelitian

6.1.1 Status demografi dan kejadian depresi

Hasil survey yang dilakukan pada bulan Mei 2011 di Kecamatan Karangasem, menemukan penderita depresi sebanyak (41,7 %). Artinya dari 163 responden 68 orang menderita depresi. Jika dianalisis lebih seksama tampak bahwa, dari 41,7 % % kasus depresi yang ditemukan (18,4 %) digolongkan ke dalam depresi berat sisanya (23,3 %) depresi sedang.

Temuan ini memperlihatkan bahwa prevalensi kasus depresi pada lansia di Kecamatan Karangasem cukup tinggi, bila dibandingkan dengan temuan terkait depresi pada lansia seperti yang dikemukakan Dewi dkk (2007), sebesar 6,5 %, maupun pendapat Evans dan Mottram, (2000), Dharmono, (2008), Lyness et al (2009), yang rata-rata mengungkapkan prevalensi depresi di komunitas sekitar 10-15 %.

Prevalensi depresi yang ditemukan di Kecamatan Karangasem, sedikit lebih tinggi dari prevalensi depresi yang dikeluarkan WHO (2001) yang mengatakan bahwa 30 % lansia yang ada di komunitas menderita depresi, maupun laporan penelitian komunitas yang dilakukan di Belanda oleh

Stek (2006 dalam Chang, Xue, Dong, Zhen, Rong, dan Xiu, 2010) , dimana prevalensi depresi pada lansia ditemukan sebesar 39,7 %.

Prevalensi depresi di Karangasem masih sedikit lebih rendah bila dibandingkan dengan temuan depresi yang dilaporkan oleh penelitian yang dilakukan oleh Wirasto dan Tri (2007), dimana penelitian yang dilakukan selama enam bulan di Jogjakarta menemukan prevalensi depresi sebesar 56,4 %.

Berdasarkan paparan diatas dapat disimpulkan bahwa prevalensi depresi di Kecamatan Karangasem tergolong cukup tinggi bila dibandingkan dengan prevalensi depresi yang dikemukakan WHO, maupun beberapa penelitian depresi pada lansia di komunitas, namun masih lebih rendah bila dibandingkan dengan prevalensi depresi pada komunitas lansia di Jogjakarta.

Tingginya prevalensi depresi pada lansia sangat erat dikaitkan dengan berbagai faktor yang memungkinkan terjadinya depresi, seperti sebagai dampak proses menua yang alamiah, yang menimbulkan konsekwensi berupa penurunan seluruh anatomi dan fungsi tubuh maupun konsekwensi negatif akibat menua (Miller, 1995), sehingga lansia memiliki risiko tinggi mengalami depresi (Allender dan Spraley,2005).Kondisi menua ditambah dengan faktor penyakit yang didapat, kondisi psikososial yang terganggu akibat kehilangan, akan menimbulkan konsekwensi fungsional negatif bagi lansia (Miller, 1995; Mauk, 2010). Bentuk konsekwensi fungsional negatif berupa terjadinya gangguan *self esteem* yang dapat mengakibatkan terjadinya depresi (Miller, 1995; Mauk, 2010).

Tingginya prevalensi yang ditemukan pada lansia di Kecamatan Karangasem, sangat erat dikaitkan dengan adanya berbagai faktor antara lain lebih banyak umur lansia yang lebih dari 65 tahun dan lansia tidak memiliki persiapan khusus dalam menghadapi masa tua. Lansia hanya menyerahkan hidupnya pada anak-anaknya, namun akibat pergeseran

budaya, banyak anak-anak yang justru tinggal jauh dari orang tua, tidak mampu memenuhi kebutuhan hidup lansia akibat keterbatasan ekonomi.

6.1.1.2 Umur dan depresi

Hasil penelitian menjelaskan bahwa lansia yang berumur > 65 tahun (49,1 %) menderita depresi, sedangkan lansia 60-65 tahun yang menderita depresi hanya (26,4 %). Hasil uji statistik juga menunjukkan adanya hubungan umur dengan terjadinya depresi ($p=0,01$ $\alpha:0,05$).

Hasil penelitian ini sejalan dengan temuan penelitian yang dilakukan oleh Robert et al (2000) yang mengatakan bahwa lansia yang berumur lebih dari 65 tahun memiliki peluang menderita depresi lebih tinggi dibandingkan dengan yang berumur < 65 tahun. Penelitian yang dilakukan pada lansia di Amerika oleh Strawbridge et al (2002) dengan menggunakan pengkelompokan umur yang berbeda mengungkapkan bahwa lansia yang berumur ≥ 70 tahun memiliki peluang menderita depresi 1,8 kali dibandingkan yang kurang dari 70 tahun. Penelitian sejenis yang dilakukan di Monroe County New York oleh Lyness, Yu, Tang, Tu dan Conwell (2009) juga menyebutkan bahwa lansia yang berumur lebih dari 65 tahun memiliki risiko menderita depresi lebih tinggi dibanding yang berumur kurang dari 65 tahun.

Laporan tentang prevalensi depresi yang cukup menarik diungkapkan oleh Strawbridge et al pada penelitian terkait depresi pada lansia di Amerika (2001). Laporan tersebut menyebutkan bahwa prevalensi depresi pada lansia > 80 tahun justru lebih sedikit, dibandingkan yang berumur < 70 tahun yakni $OR=4,4$.

Pada lansia yang berumur panjang maka dapat diduga mekanisme coping dan kemampuan adaptasi tubuh lansia terhadap stresor fisik maupun non fisik sudah terlatih. Secara psikologis coping yang terlatih dapat menjadi pencegah depresi. Menurut konsep *psikoneuroimunologi*, kecepatan proses menua banyak dikaitkan dengan kerusakan sel-sel tubuh. Tingginya

stresor dan coping mekanisme yang tidak adekuat dapat mempengaruhi peningkatan *cortisol*, yang berkontribusi pada kecepatan kerusakan sel tubuh. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa kejadian depresi berbanding lurus dengan umur lansia.

Secara umum pandangan hubungan antara umur berbanding lurus dengan terjadinya penurunan fungsi, sebagai akibat perubahan anatomi tubuh. Potensi terjadinya depresi semakin besar dengan bertambahnya umur (Thompson and Shaked, 2009). Umur diatas 65 tahun berisiko terkena depresi lebih tinggi dibandingkan dengan yang < 65 tahun (WHO,2001). Kondisi ini bisa saja tidak terjadi apabila lansia dapat melakukan mengenal tanda-tanda depresi dan melakukan pola hidup sehat (Suryani,2009).

6.1.1.3 Jenis kelamin dan depresi

Hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi kejadian depresi pada wanita sedikit lebih tinggi (43,3 %), bila dibandingkan laki-laki (39,4 %), namun hasil analisis lebih lanjut mengungkapkan bahwa tidak ada hubungan bermakna antara jenis kelamin dan kejadian depresi p value 0,74 ($\alpha:0,05$).

Hasil penelitian ini sejalan dengan riset yang dilakukan Kim et al (2009), yang mengatakan bahwa lansia wanita memiliki kecenderungan menderita depresi lebih besar yakni 20,9 % dibanding pria 9,2 %. Penelitian yang dilakukan di Kanada oleh Danesh dan Landeen (2007) menunjukkan kejadian depresi pada lansia umur 54-64 tahun lebih banyak ditemukan pada wanita 25,3 %.

Bila dikaitkan dengan hasil analisis hubungan, tampak bahwa hasil temuan di Kecamatan Karangasem berbeda dengan hasil dari beberapa penelitian terkait hubungan antara jenis kelamin dengan depresi. Penelitian di Karangasem menemukan tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan kejadian depresi. Hasil ini berbeda dengan temuan Kim et al (2009), menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara jenis kelamin

dengan depresi ($p < 0,001$ $\alpha: 0,05$), dan Danesh dan Landeen $p < 0,001$; $\alpha: 0,05$.

Secara umum wanita tidak bisa lepas dari perubahan anatomi, fisik dan fisiologis akibat menua. Secara alamiah, wanita kemungkinan menderita depresi lebih banyak sebagai dampak dari perubahan biologis terutama hormonal. Akibat proses menua, lansia wanita akan mengalami penurunan kadar *estrogen*. Penurunan *estrogen* sangat berdampak pada keseimbangan emosi (Culbertson, 1997). Wanita yang sudah tua akan mengalami penurunan *self esteem* yang lebih berat dibanding pria, sehingga akan kehilangan rasa percaya diri dan gangguan interpersonal serta diperparah oleh masalah keluarga (Jacoby, Oppenheimer dan Tom, 2008).

Stress pada lansia wanita mengakibatkan kelebihan sekresi dari *corticotropin-releasing hormone* sebagai dampak dari hiperaktifnya *hypothalamic-pituitary-adrenal axis (HPA-axis)*, yang dapat mengakibatkan episode depresi (Monteleone, 2001). Peningkatan produksi *cortisol* mengakibatkan ketidakseimbangan tiga *neurotransmitters* utama yakni *serotonin*, *norepinephrine* dan *dopamine*. Peningkatan jumlah *serotonin* mengakibatkan penurunan kadar *norepinephrine*. *Norepinephrine* merupakan *neurotransmitter* yang berhubungan dengan fungsi kesiagaan tubuh, energi, perhatian, motivasi, kesenangan, penghargaan dan hal lain yang menarik dalam hidup (Nutt, 2008).

Pendapat yang sejalan dengan hasil temuan peneliti dikemukakan oleh (Addis dan Clark, 2008), yang mengatakan bahwa karakter wanita yang lebih kuat dalam menghadapi permasalahan menjadi faktor yang mengurangi risiko terjadi depresi, sehingga gap kejadian depresi antara laki dan perempuan menjadi sangat sempit.

Kondisi berbeda yang ditemukan pada penelitian di Kecamatan Karangasem, kemungkinan besar sebagai dampak dari pola hidup dan budaya perempuan Bali. Perempuan Bali seperti yang dikemukakan oleh Santi (2005), merupakan sosok pribadi yang sangat kuat. Perempuan terlahir dengan peran dan tanggung jawab yang besar, baik dalam melaksanakan tugas pribadi, keluarga, sosial maupun keagamaan.

Menurut Kicik (2007), perempuan Bali digambarkan sebagai sosok yang sangat kompleks. Selain sebagai ibu rumah tangga, pekerja keras, penopang kegiatan upacara keagamaan dan adat. Perempuan Bali senantiasa memaknai hidup sebagai sebuah pengabdian untuk meneruskan keturunan, merawat anak, melayani suami, bekerja, menjaga adat dan budaya Bali serta berbakti kepada leluhur. Makna pengabdian dan ketulusan dapat dilihat dari perjuangan orang Bali dalam semua sendi kehidupan, dalam semua rentang waktu sehingga memunculkan stereotipe perempuan Bali yang keras, jarang mengeluh, tidak mengenal putus asa, lebih banyak diam dan mengalah. Berdasarkan konsep ini, perempuan Bali terkadang sangat jarang terbuka dengan permasalahannya. Sikap ini disatu pihak merupakan bukti kekuatan perempuan Bali dalam menghadapi hidup, namun dari konsep psikologi, hal ini justru tidak baik. Sikap diam dan berusaha tampak sabar dalam menghadapi permasalahan merupakan koping mekanisme, yang suatu saat akan bisa menimbulkan tekanan mental yang berujung pada terjadinya depresi.

Menurut perempuan Bali masa tua adalah masa melakukan pengabdian hidup kepada Tuhan, sehingga sebagian besar kegiatan upacara keagamaan dan adat di Bali didominasi oleh lansia perempuan. Perempuan menurut agama Hindu merupakan tulang punggung dalam pelaksanaan “yadnya”, jadi pantangan bagi perempuan Bali untuk mengeluh, dalam menghadapi setiap permasalahan (Santi, 2005).

Selain sebagai dampak dari faktor budaya perempuan Bali, kontribusi status pernikahan juga memiliki pengaruh terhadap tidak adanya hubungan antara jenis kelamin dengan kejadian depresi. Berdasarkan data, ditemukan bahwa, jumlah proporsi janda lebih besar (58,8 %) dibandingkan duda (37,9 %). Menurut pendapat Jacoby, Oppenheime dan Tom (2008), mengatakan bahwa dalam kesendirian wanita janda lebih kuat menghadapi masalah kehidupan dibandingkan laki-laki. Artinya proporsi janda yang lebih besar di Kecamatan Karangasem dapat menjadi faktor yang bisa mengurangi tingginya depresi pada lansia wanita.

Uraian diatas menegaskan bahwa faktor budaya dan proporsi janda yang lebih tinggi pada lansia, kemungkinan sebagai faktor yang menyebabkan tidak adanya hubungan antara jenis kelamin dengan kejadian depresi di Kecamatan Karangasem.

6.1.1.4 Pendidikan dan depresi

Hasil penelitian menunjukkan bahwa lansia yang tidak sekolah 59,6 % menderita depresi, sedangkan yang bersekolah hanya 17,4 %. Pendidikan memiliki hubungan bermakna dengan kejadian depresi ($p=0,00$). Lansia yang tidak bersekolah berpeluang menderita depresi 7 kali dibanding yang bersekolah. Hasil penelitian ini sejalan dengan yang ditemukan oleh Danesh dan Landeen (2007), yang mengatakan ada hubungan yang sangat bermakna antara pendidikan dengan kejadian depresi $p<001$, $OR=9,1$; CI 95 % :7,7-10,6. Hasil yang hampir sama juga ditemukan pada penelitian Strawbridge et al (2001), dimana 8,7 % lansia yang berpendidikan < 12 tahun menderita depresi $OR: 2,01$.

Secara umum diketahui bahwa pendidikan merupakan modal awal dalam pengembangan kognitif, dimana kognitif dapat menjadi mediator antara suatu kejadian dan mood (Beck et al,1997 dalam Stewart,2004), sehingga kurangnya pendidikan dapat menjadi faktor risiko lansia menderita depresi (Khan, et al,2009). Secara umum diketahui bahwa jumlah lansia yang

tidak bersekolah hingga lulus SD, lebih tinggi dibandingkan yang pernah mengenyam pendidikan hingga lulus SD. Kondisi ini kemungkinan menjadi sebab kurangnya kemampuan lansia di Kecamatan Karangasem dalam menemukan solusi dalam mengatasi masalah kehidupannya, sehingga banyak yang menderita depresi.

6.1.1.5 Status pernikahan dan depresi

Hasil penelitian menjelaskan bahwa lansia yang tidak menikah 57,3 % menderita depresi, sedangkan yang menikah menderita depresi sebanyak 25,9 %. Hasil ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Wirasto, Ronny dan Tri yang mengatakan peluang lansia yang tidak menikah mengalami depresi lebih besar dibandingkan dengan yang tidak menikah. Danesh dan Landeen (2007) mengatakan ada hubungan antara status pernikahan dengan kejadian depresi, yakni lansia yang masih memiliki pasangan hidup akan memiliki peluang lebih rendah menderita depresi dibandingkan dengan yang tidak menikah. Hasil penelitian Robert et al (2000) menyebutkan bahwa 12,5 % lansia yang tidak menikah menderita depresi, selanjutnya dijelaskan pula bahwa peluang lansia yang tidak menikah mengalami depresi sebesar 2 kali dibanding yang menikah.

Pada pasangan yang menikah kecenderungan wanita yang menderita depresi lebih banyak dibanding pria, namun pada pasangan yang janda/duda justru laki-laki yang lebih banyak mengalami depresi (Jacoby, Oppenheime dan Tom (2008). Kondisi ini menunjukkan secara psikologis bahwa wanita lebih mampu dalam menghadapi kesendirian pada masa tua dibanding laki-laki.

Secara umum dapat disimpulkan bahwa lansia yang masih memiliki pasangan akan memiliki tempat untuk saling berbagi dan mendukung dalam menghadapi masa tua, sehingga risiko depresi pada lansia yang masih memiliki pasangan, lebih rendah dibandingkan dengan lansia yang tidak memiliki pasangan hidup.

6.1.1.6 Status pekerjaan dan depresi

Analisis hubungan antara status pekerjaan dan kejadian depresi menjelaskan bahwa 63,2 % lansia yang tidak bekerja menderita depresi, sedangkan yang masih bekerja menderita depresi (26,3 %). Penelitian juga menjelaskan ada hubungan signifikan antara status bekerja dan kejadian depresi $p \text{ value}=0,00$; $\alpha=0,05$, $OR=4,82$; $CI: 2,46-9,43$.

Bekerja merupakan salah satu bentuk perilaku hidup aktif. Perilaku hidup aktif merupakan salah cara mencegah terjadinya depresi. Pekerjaan yang diberikan kepada lansia disesuaikan dengan kemampuan fisik dan mental. Aktivitas yang sesuai dengan kemampuan merupakan bentuk upaya nyata dalam mencegah depresi (Pei, Xiaomei dan Hui,2009).

Hasil penelitian ini sejalan dengan apa yang ditemukan oleh Hwang, Chun,Takeuchi, Myers dan Siddart (2005), yang menyebutkan bahwa 18,7 % lansia yang tidak bekerja mengalami depresi. Penelitian yang dilakukan oleh Beljouw et al (2010) menemukan adanya hubungan yang bermakna antara tidak bekerja dengan kejadian depresi ($p<0,00$: $\alpha :0,001$), dimana penelitian juga menunjukkan bahwa lansia yang tidak bekerja berpeluang menderita depresi 4,77 kali dibandingkan dengan yang bekerja. Menurut Sidik, Zulkefli dan Shah (2003), lansia yang tidak bekerja 20,8% menderita depresi dan peluang mengalami depresi pada lansia yang tidak bekerja hampir 3 kali dibanding yang bekerja. Menurut Ostler (2001), lansia yang tidak bisa bekerja secara permanen, berpeluang menderita depresi jauh lebih tinggi yakni hingga 5 kali.

Lansia di Kecamatan Karangasem sebagian besar bekerja sebagai petani penggarap dan peternak sapi. Pergi ke sawah terkadang dijadikan sebagai salah satu cara mengusir kejenuhan. Banyak lansia mengungkapkan jika hati sedang sedih lebih baik pergi ke sawah, karena dengan melihat ternak dan melihat tanaman pertanian, kesedihan yang diderita akibat kehidupan yang sangat sulit bisa dikurangi.

6.1.1.7 Type keluarga dan depresi

Analisis hubungan antara status tinggal dan kejadian depresi menjelaskan bahwa 58,3 % lansia yang tinggal di keluarga besar menderita depresi, sedangkan yang tinggal di keluarga kecil 24,1 %. Analisis menjelaskan ada hubungan yang signifikan antara status tinggal lansia dan kejadian depresi (p value=0,00 ; $\alpha=0,0$), OR: 4,42;CI:2,25-8,68. Menurut penelitian Sidik, Zulkefli dan Shah (2003), lansia yang tinggal dengan keluarga besar ataupun sendiri 36,4% menderita depresi OR:2,85.

Lansia yang tinggal sendiri atau tinggal pada keluarga yang terlalu ramai memiliki kecenderungan menderita depresi (Thompson dan Shaked (2009). Tingginya kecenderungan terjadinya depresi pada lansia yang tinggal di keluarga besar disebabkan oleh karena adanya masalah antara lansia dengan menantu atau ipar. Pada keluarga besar namun ekonominya kurang, biasanya keluarga lebih mengutamakan menggunakan uang untuk istri dan anak-anaknya dibanding orang tuanya sehingga orang tua terabaikan dan bisa menderita depresi. (Pei, Xiaomei dan Hui,2009).

Dari segi sosial sebenarnya ras asia memiliki risiko lebih rendah untuk menderita depresi. Pendapat Walen, dan Lachman (2004), yang mengatakan bahwa etnis asia cenderung mengalami depresi lebih rendah akibat budaya, dimana biasanya salah satu anak bertanggungjawab terhadap orang tua.

Perbedaan lansia menderita depresi antara yang tinggal dengan keluarga besar/sendiri dan keluarga inti di Karangasem memang cukup besar. Keluarga besar menurut konsep budaya bali adalah sekelompok orang yang memiliki ikatan darah tinggal dalam satu "pekarangan", namun dalam proses mereka saling bertanggung jawab untuk diri mereka masing-masing. Dalam kondisi sosial yang sangat sulit, perhatian keluarga besar lebih banyak ditujukan kepada istri, anak-anak dan kegiatan adat, sehingga

lansia sering diabaikan. Selain itu banyak lansia yang mengungkapkan merasa sangat sedih, karena justru anak-anaknya tidak mampu memenuhi kebutuhan hidupnya, sehingga lansia sering ikut menanggung beban keluarga.

6.1.1.8 Status penghasilan dan depresi

Analisis hubungan antara status pendapatan dan kejadian depresi menjelaskan bahwa lansia yang berpenghasilan tidak tetap 42,9 % menderita depresi, sedangkan yang berpenghasilan tetap hanya 14,3, akan tetapi uji statistik menjelaskan tidak adanya hubungan yang bermakna antara status penghasilan dan kejadian depresi $p=0,241$; $\alpha=0,05$

Pendapat yang sama dikemukakan oleh Kessler (1994 dalam Culbeston,1997), yang mengatakan bahwa kejadian depresi tidak berhubungan dengan penghasilan.

Pendapat berbeda dikemukakan oleh Danesh dan Lendeen (2007), yang mengatakan bahwa pendapatan yang tidak tetap dengan rata-rata kurang dari standar pendapatan minum berhubungan dengan terjadinya depresi $p<0,0001$; $OR= 0,71$. Pendapat senada dengan Danesh dan Lendeen juga sejalan hasil dengan penelitian Strawbridge et al (2002), yang mengatakan lansia yang memiliki gangguan pendapatan berpeluang menderita depresi 2,4 kali dibandingkan dengan yang tidak memiliki masalah keuangan. Hal ini didukung oleh pendapat Raphael (2000) yang menyebutkan bahwa depresi terjadi sebagai akibat dari kemiskinan. Pendapatan yang tidak tetap dan rendah merupakan faktor risiko terjadinya depresi (Cassel et al,2003; Mauk, 2010).

Penghasilan tetap dan cukup merupakan salah satu komponen yang dapat meningkatkan *self esteem* lansia, sehingga dapat menjadi faktor yang dapat mengurangi risiko terjadinya depresi (Lee,1999). Menurut Pei, Xiaomei dan Hui (2009), tidak adanya hubungan antara pendapatan dan depresi

pada lansia pada sebagian besar lansia di China disebabkan oleh adanya dukungan pemerintah terhadap lansia dan dukungan keuangan oleh keluarga. Sebagian besar (82,5%) kebutuhan keuangan lansia dibantu oleh keluarga.

Kondisi yang ditemukan pada lansia di Karangasem, memperlihatkan bahwa rerata penghasilan lansia di Kecamatan Karangasem hanya Rp.183.000 per bulan. Angka pendapatan tersebut masih sedikit lebih rendah dibandingkan dengan standar miskin masyarakat pedesaan yakni 192.354/kapita sebulan (LIPI,2011). Hal ini berarti sebagian besar lansia di Kecamatan Karangasem berada dibawah garis kemiskinan.

Hasil analisis menunjukkan bahwa penghasilan yang tidak tetap dan rendah, tidak terlalu berdampak terhadap kejadian depresi. Kondisi ini terjadi karena selama ini pemerintah telah mengeluarkan beberapa kebijakan yang berpihak kepada lansia. Pemerintah Kabupaten Karangasem bekerjasama dengan pemerintah Propinsi Bali, sejak 3 tahun yang lalu telah membuat program Bali Mandara, yang memberikan pelayanan kesehatan gratis pada lansia. Pelayanan kesehatan gratis diberikan kepada lansia mulai dari puskesmas hingga rumah sakit. Bantuan kesehatan merupakan pelayanan yang paling mendasar bagi lansia, karena akibat menua lansia tidak bisa lepas dari berbagai penyakit. Tanpa bantuan pemerintah penanganan kesehatan pada lansia membutuhkan biaya yang cukup besar.

Kebijakan lain yang diberikan oleh pemerintah kepada lansia adalah bantuan beras miskin sebanyak 15 kg/KK/ bulan. Bantuan beras ini cukup membantu dalam menutupi kebutuhan hidup lansia. Kedua kebijakan tersebut diatas merupakan faktor yang mungkin berakibat pada tidak adanya hubungan antara pendapatan yang tidak tetap dan rendah dengan terjadinya depresi pada lansia.

Dengan demikian dapat disimpulkan, bahwa dukungan pemerintah melalui program pelayanan kesehatan gratis dan pemberian bantuan beras dapat menjadi faktor yang dapat mengurangi terjadinya depresi pada lansia di Kecamatan Karangasem.

6.1.2 Dukungan sosial dan kejadian depresi

6.1.2.1 Dukungan keluarga dan depresi

Analisis hubungan dukungan keluarga dan kejadian depresi menjelaskan bahwa 69,2 % responden yang dukungan keluarganya kurang dan menderita depresi. Hasil uji statistik menjelaskan ada hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dan kejadian depresi ($p=0,00$; $\alpha=0,05$) dan $OR=30$.

Pendapat senada, namun dengan hasil yang berbeda ditemukan pada penelitian yang dilakukan oleh Lyness et al (2009) yang mengatakan bahwa ada hubungan antara dukungan keluarga dengan terjadinya depresi ($p<0,00$ $\alpha:0,05$), dimana peluang lansia yang dukungan keluarganya kurang untuk terjadi depresi sebesar 5,76 kali.

Keluarga merupakan bagian yang paling penting dalam hidup lansia. Kurangnya dukungan keluarga dapat menjadi pemicu depresi pada usia lanjut (Vilhjalmsson,1993). Saat ini banyak lansia yang hanya memiliki kurang dari satu anggota keluarga dekat dan pasangan merupakan satu-satunya teman hidup lansia. Banyak anggota keluarga tinggal jauh dan kurang bertanggungjawab terhadap orang tuanya (Lee, 1999).

Melihat kondisi yang ada pada keluarga di masyarakat Karangasem, tampak bahwa saat ini, sebagian besar warga usia produktif tinggal jauh dari keluarga. Kurangnya potensi wilayah, menyebabkan banyak kelompok usia produktif yang bekerja jauh dari keluarga, sehingga banyak lansia yang hidup dalam kesendirian tanpa didukung oleh alat-alat yang mempermudah hidup. Kondisi jarak keluarga yang jauh

menimbulkan konsekwensi terhadap ketidakmampuan keluarga untuk tanggap terhadap pemenuhan kebutuhan lansia, disamping kondisi ekonomi yang tidak mendukung. Keluarga hanya menengok kalau lansia sakit. Melihat kondisi ini lansia sebagian besar sering merasa sangat sedih, namun tidak bisa berbuat banyak.

6.1.2.2 Dukungan lingkungan dan depresi

Analisis hubungan dukungan lingkungan dan kejadian depresi menjelaskan bahwa responden yang dukungan lingkungannya kurang menderita depresi sebanyak 69 %, sedangkan yang mendapat dukungan lingkungan baik menderita depresi sebanyak 12,7 %. Hasil uji statistik menjelaskan adanya hubungan yang signifikan antara dukungan lingkungan dan kejadian depresi pada lansia (p value=0,00 ; α =0,05). OR=15,39.

Hasil penelitian ini sejalan dengan yang ditemukan oleh Robert et al (1997) yang berpendapat ada hubungan antara dukungan lingkungan dengan kejadian depresi pada lansia ($p < 0,0001$) dan lansia yang memiliki masalah lingkungan berpeluang menderita depresi 3,24 kali dibandingkan dengan yang tidak. Pada penelitian yang dilakukan Robert (2000) menemukan kembali hubungan antara dukungan lingkungan dengan depresi $p < 0,00$, dimana lansia yang dukungan lingkungannya kurang berpeluang menderita depresi 2,68 kali dibanding yang dukungan lingkungannya baik (OR:2,68). Pendapat Strawbridge (2002) menyebutkan bahwa lansia yang memiliki dukungan lingkungan yang kurang dan bermasalah dengan tetangga berpeluang 1,41 kali menderita depresi dibandingkan dengan lansia yang mendapat dukungan baik.

Dukungan lingkungan merupakan sumber daya eksternal yang dapat mempengaruhi kualitas hidup lansia (Lee, 1999). Bentuk dukungan sosial dapat berupa dukungan instrumental (tangible assistance), informasi, emosional, harga diri dan dukungan kelompok sosial (Taylor, 1999 dalam creasoft.wordpress.com, 2008).

Kurangnya dukungan sosial yang dirasakan oleh lansia di Kecamatan Karangasem lebih banyak disebabkan oleh kesulitan lansia dalam mendapatkan transportasi umum dan penggunaan transportasi umum, kesulitan dalam mendapatkan sumber informasi untuk mengatasi rasa sedih, tidak tersedianya aktivitas lansia yang sesuai dengan kondisi tubuhnya, kesulitan dalam menemukan dukungan di lingkungan dan kurangnya peran pemuka agama dalam memberikan pemahaman tentang lanjut usia. Keberadaan keluarga menjadi faktor dukungan lingkungan yang cukup penting, namun dalam hal ini dukungan keluarga tidak diartikan sebagai tinggal bersama keluarga besar. Bentuk dukungan lebih diarahkan pada kualitas perhatian keluarga dengan tetap memberikan otonomi pada lansia dalam menjalankan kehidupannya.

6.1.2.3 Dukungan sosial dan depresi

Hasil analisis hubungan dukungan sosial dan kejadian depresi menjelaskan bahwa 65,6 % lansia yang dukungannya kurang menderita depresi. Hasil uji statistik menjelaskan ada hubungan yang signifikan antara dukungan sosial dan kejadian depresi $p\text{ value}=0,00$; $\alpha=0,05$; $OR= 23,67$.

Hasil penelitian ini sejalan dengan yang didapatkan oleh Kogan, Hasselt, Hersen dan Kabacoff (dalam Lee,1999), yang mengatakan bahwa depresi sangat berhubungan dengan tingkat dukungan sosial. Penelitian Roberts et al (2000) juga menemukan bahwa dukungan sosial berhubungan dengan kejadian depresi $p<0,04$ ($\alpha=0,05$), lansia yang dukungannya kurang berpeluang menderita depresi sebesar 1,98 kali dibandingkan dengan yang dukungannya baik ($OR 1,98$; $CI:1,36-2,88$). Menurut hasil penelitian Lee (1999), dukungan sosial berkorelasi negatif dengan depresi artinya semakin tinggi dukungan sosial yang didapat maka kejadian depresi makin menurun.

Dukungan sosial adalah sumber daya yang disediakan lewat interaksi dengan orang lain (Sheridan dan Radmacher, 1992 dalam creasoft, wordpress.com, 2008). Siegel (2008 dalam creasoft, wordpress.com, 2008) menyebutkan bahwa dukungan sosial dapat diartikan sebagai bentuk informasi yang menyatakan bahwa dia merasa dicintai, diperhatikan, memiliki harga diri dan dihargai melalui jaringan komunikasi dan kewajiban bersama. Dukungan sosial yang baik berasal dari dukungan keluarga dan lingkungan yang baik pula. Dukungan sosial yang baik merupakan faktor yang dapat mengurangi resiko lansia menderita depresi. Rendahnya dukungan keluarga yang dirasakan oleh lansia di Kecamatan Karangasem merupakan akumulasi dari kurangnya dukungan keluarga maupun lingkungan terhadap lansia di wilayah tersebut.

6.1.3 Status kesehatan dan depresi

6.1.3.1 Riwayat skreening dan depresi

Responden yang tidak pernah disekreening 43,6 % menderita depresi, sedangkan yang pernah disekreening namun tetap depresi sebanyak 37 %. Hasil uji statistik menunjukkan tidak adanya hubungan antara riwayat skreening depresi dengan terjadinya depresi pada lansia (p value=0,551 $\alpha=0,05$) dan OR=1,32; CI: 0,65-2,66).

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh beberapa peneliti. Hasil penelitian O'Connor, Whitlock, Gaynes dan Beil (2009) mengatakan bahwa skreening sangat berhubungan dengan penurunan kejadian depresi. Skreening dapat mengurangi terjadinya remisi, dimana dengan skreening yang tepat akan dapat mengurangi risiko berulangnya depresi sebesar 2,63. Hasil penelitian Gilbody et al (2005;2008) dalam laporan UK Screening Committee (2009) menemukan bahwa sekreening depresi sangat berhubungan dengan penurunan kejadian depresi. Sekreening memberikan dampak terhadap upaya mengenal depresi OR: 2,6 dan manajemen depresi OR:1,50. Penelitian oleh Oyama et al

(2010) menjelaskan bahwa skreening dapat mengurangi depresi dengan meningkatkan follow up dari hasil sekreening.

Pada penelitian di Kecamatan Karangasem tampak bahwa tidak ada hubungan antara tindakan skreening dengan penurunan depresi. Kondisi ini kemungkinan diakibatkan oleh ketidaktepatan penggunaan alat dan cara skreening, ketidak tepatan petugas kesehatan yang melakukan penilaian depresi dan kurangnya tindak lanjut dari penemuan kasus depresi. Menurut WHO (2001) depresi pada lansia terjadi sebagai akibat interaksi faktor-faktor resiko dan kurangnya perhatian tenaga kesehatan terhadap masalah depresi, sehingga insiden maupun prevalensi depresi pada lansia terus meningkat. Kurangnya pelayanan kesehatan jiwa di masyarakat, adanya stigma buruk terkait penyakit mental menyebabkan banyak kasus depresi terabaikan (WHO, 2001).

Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa riwayat skreening tidak berhubungan dengan terjadinya depresi sebagai akibat ketidaktepatan alat, cara, petugas serta tindak lanjut dari hasil skreening yang digunakan. Alat skreeing depresi yang paling tepat digunakan untuk lansia di komunitas adalah *GDS short form*.

6.1.3.2 Penyuluhan dan depresi

Proporsi penderita depresi yang tidak pernah mendapat penyuluhan sedikit lebih tinggi (45,5%), dibandingkan dengan yang pernah mendapat penyuluhan (33,3 %). Hasil uji statistik menjelaskan tidak ada hubungan antara riwayat pemberian penyuluhan dan kejadian depresi $p\text{ value}=0,196$ $\alpha=0,05$.

Hasil berbeda ditemukan pada penelitian yang dilakukan di Malaysia oleh Khan et al (2009) menunjukkan ada hubungan antara riwayat mendapat informasi tentang depresi dengan kejadian depresi $p < 0,001$. Menurut laporan dari National Ageing Research Institute (2009), penyuluhan atau

konseling merupakan cara yang sangat efektif dalam penanganan pencegahan depresi.

Tidak adanya hubungan antara riwayat penyuluhan dengan penurunan depresi mungkin disebabkan oleh kondisi alami dari proses menua yang terjadi pada sistem memori lansia. Lansia akan mengalami *declining memory function*, yang mengurangi kemampuan lansia mempersepsikan, menyimpan dan *recall* informasi. Lansia sangat sukar memahami informasi yang ditransformasikan melalui kata-kata sehingga penyuluhan yang dilakukan dengan tatap muka tidak akan efektif memperbaiki pengetahuan lansia. Lansia lebih tepat diberikan informasi melalui metode belajar integratif dan melibatkan lansia (Jacoby, Oppenheim, Tom, 2008).

6.1.3.3 Sakit kronis dan depresi

Proporsi responden yang menderita sakit kronis menderita depresi lebih banyak (72,2 %), dibandingkan dengan yang tidak sakit kronis (21,8 %). Hasil uji statistik menjelaskan juga menunjukkan bahwa ada hubungan yang sangat signifikan antara menderita sakit kronis dan terjadinya depresi ($p\text{ value}=0,00$ $\alpha=0,05$, $OR=10,32$; $CI: 4,29-21,63$).

Temuan diatas sejalan dengan beberapa hasil penelitian yang ditemukan yakni Gool et al (2006) yang mengatakan 17,8 % lansia yang menderita penyakit kronis menderita depresi. Menurut Jacoby, Oppenheim, Tom, (2008) hampir 25 % lansia dengan kondisi penyakit kronis menderita depresi. Menurut Carrington 2003 (dalam Karp dan Reynold, 2009), lansia yang berumur > 70 dan menderita sakit kronis berpotensi menderita depresi 10 kali lebih banyak dibanding yang tidak. Lansia dengan katarak dan gangguan penglihatan lain 53,2 % menderita depresi, sedangkan yang menderita kesemutan menahun 83,9 % depresi. Hasil penelitian Dien (2007) (dalam Beljouw et al,2010) menemukan peluang lansia yang menderita penyakit kronis mengalami depresi 11 kali dibandingkan dengan yang tidak depresi.

Menurut Caine et al. (1993 dalam Miller, 1995) sakit kronis merupakan faktor risiko yang berhubungan sangat kuat dengan terjadinya depresi. Kerusakan fungsi kognitif, penurunan fungsi sensori dan dan kerusakan fungsi tubuh lainnya merupakan stresor kronis yang dapat mengakibatkan lansia mengalami gangguan *self esteem* sehingga lebih rentan mengalami depresi (Katz, 1999).

Lansia di Kecamatan Karangasem 38,04 % memiliki sakit kronis. Jenis penyakit fisik yang ditemukan adalah rheumatik, gastritis, tekanan darah tinggi, tekanan darah rendah, katarak, DM dan TBC. Karakteristik penyakit lansia ini sangat sesuai dengan kasus penyakit yang sering dijumpai pada penderita depresi. Berdasarkan konsep *psiko-neurologi*, depresi mengakibatkan tekanan pada *hipotalamus* yang merangsang keluarnya *hormon cortisol*. *Cortisol* dapat menekan imun seluler maupun humoral sehingga lansia lebih mudah mendeita sakit. Kondisi ini menjadi lingkaran setan yang tidak akan terselesaikan karena antara psikologis dan fisik saling mempengaruhi.

6.1.3.4 Kebiasaan merokok dan depresi

Proporsi responden perokok yang menderita depresi jumlahnya lebih banyak (66,7 %), dimana hasil uji statistik menjelaskan adanya hubungan yang signifikan antara kebiasaan merokok dengan terjadinya depresi pada lansia ($p\text{ value}=0,004$ $\alpha=0,05$; $OR=54$; $CI: 1,53-8,18$).

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil yang didapatkan oleh Strawbridge (2002), yang mengatakan bahwa 16,2 % perokok mengalami depresi. Peluang perokok menderita depresi 2,23 lebih besar dibandingkan yang tidak merokok. Furner et al (2006) melaporkan bahwa 44 % lansia perokok menderita depresi dengan $OR=1,0$.

Rokok mengandung berbagai zat bersifat *toxic* dan dapat menimbulkan adiksi. Ketergantungan nikotin dapat mengakibatkan terjadinya depresi. Beberapa pendapat mengatakan bahwa rokok dapat menjadi anti depresan,

namun dilain pihak rokok dapat mengganggu emosi, mood yang cenderung dapat memperberat terjadinya depresi (Collingwood,2011). Lansia di Kecamatan Karangasem merokok karena sudah menjadi kebiasaan sehingga sulit dihilangkan. Merokok menurut para lansia juga sangat berguna untuk mengalihkan fikiran di saat sedih. Merokok merupakan salah satu cara untuk mengurangi perasaan yang kesepian dan kesedihan disaat memikirkan kondisi hidup yang semakin sulit.

6.1.3.5 Kebiasaan minum alkohol dan depresi

Proporsi peminum minuman beralkohol lebih banyak (75 %) menderita depresi, dimana analisis juga menjelaskan bahwa ada hubungan yang signifikan antara kebiasaan minum-minuman beralkohol dengan terjadinya depresi (p value=0,003; α :0,05; OR= 5,09;CI: 1,75-14,82).

Hasil penelitian ini sejalan dengan yang ditemukan oleh Strwabridge (2002), yang menyatakan ada hubungan antara kebiasaan minum alkohol dengan kejadian depresi ($p=0,00$ ($\alpha=0,05$); OR:1,03). Selain itu laporan Furner et al (2006), juga menemukan bahwa 21 % menderita depresi sedang dan 24 % penderita depresi berat adalah peminum alkohol. Peluang lansia peminum menderita depresi menurut Furner (2006) 2,2 kali lebih besar dibandingkan dengan yang tidak (OR=2,2).

Perilaku minum alkohol lebih banyak ditemukan pada lansia laki-laki (Intitute of Alcohol Studies, 2010). Alkohol terbukti dapat mengakibatkan peningkatan risiko terjadinya depresi mayor (Fergusson,Boden dan Horwood, 2008). Besarnya risiko lansia pengguna alkohol menderita depresi diakibatkan oleh terjadinya *alcohol toxic effect*, dimana kadar alkohol yang tinggi meningkatkan produksi cortisl di otak, dimana kadar kortisol yang tinggi dapat menekan produksi *serotonin*, *dopamin* maupun *nor efenephrin* sehingga orang lebih mudah menderita depresi (*Canada Community Action on Senior and Alcohol Issues,2003*). Persepsi salah

sering ditemukan, dimana alkohol dapat dianggap sebagai *tranguiliser* ringan yang dapat mengurangi depresi, namun sebenarnya penggunaan alkohol dapat menekan emosi sehingga menimbulkan sikap negatif dalam mencari pertolongan, sehingga keadian depresi semakin banyak (Addis dan Clark,2008).

Responden di Kecamatan Karangasem, hanya sebagian kecil yang minum-minuman beralkohol. Jenis minuman yang dikonsumsi adalah Tuak. Tuak dibuat dari fermentasi aren yang kadar alkoholnya sekitar 15-20%. Minum sudah merupakan tradisi, yang bagi lansia sangat membantu untuk mengurangi perasaan jenuh. Kondisi ini merupakan masalah nyata yang tanpa disadari dapat menjadi faktor risiko terjadinya depresi pada lansia.

6.1.3.6 Riwayat anggota keluarga menderita depresi dan kejadian depresi

Proporsi responden depresi yang keluarganya pernah ada riwayat menderita depresi sedikit lebih banyak (75 %), dibandingkan dengan yang tidak 40%, namun demikian analisis lanjutan menemukan tidak adanya hubungan yang bermakna antara riwayat anggota keluarga menderita depresi dengan kejadian depresi pada lansia (p value=0,68 ; α :0,05).

Hasil penelitian ini sangat berbeda dengan temuan yang dilakukan oleh Sullivan, Neale, Kendler (2000), penelitian pada saudara kembar yang menderita depresi menemukan adanya hubungan antara depresi dengan status hubungan persaudaraan. Penderita depresi 37% memiliki hubungan herediter dengan penderita depresi lainnya. Lansia yang memiliki keluarga menderita depresi berpeluang menderita depresi 2,84 kali, dibanding yang tidak. Depresi bersifat *familial disorder*, dimana depresi sangat dikaitkan dengan pengaruh genetik. Risiko depresi lebih tinggi ditemukan pada keluarga yang salah satu anggota keluarga sebelumnya menderita depresi (Duckworth, 2009). Kondisi biologis yang terkait dengan faktor hereditas adalah adanya neuroanatomi yang tidak normal, gangguan regulasi *neurotransmitter*, gangguan regulasi dan fungsi *neuroendokrin*, dan

gangguan regulasi irama biologis (Blazer,1993). Bila dikaitkan dengan riwayat keluarga, depresi diturunkan dari keluarga terutama dari ayah kepada anak-anaknya.

Tidak bermaknanya hubungan antara riwayat anggota keluarga yang menderita depresi dengan kejadian depresi di Karangasem, kemungkinan besar disebabkan bahwa jenis depresi yang ada di Karangasem lebih dipengaruhi oleh faktor perilaku, lingkungan dan pelayanan kesehatan. Kurangnya kemampuan melakukan mekanisme koping adaptasi terjadi akibat lemahnya dukungan lingkungan dan peran tenaga kesehatan dalam melakukan upaya pencegahan dan penemuan dan penanganan kasus depresi.

6.1.3.7 Riwayat depresi dan kejadian depresi

Responden yang sebelumnya pernah memiliki riwayat depresi dan saat ini menderita depresi kembali sebanyak 88,9%, Hasil uji statistik menjelaskan adanya hubungan yang signifikan antara riwayat menderita depresi dengan terjadinya depresi pada lansia (p value=0,00 α =0,05; OR=20,2; CI:6,67-61,29).

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang ditemukan oleh Lyness et al (2009) dimana 42,4 % depresi ditemukan pada lansia yang sebelumnya pernah menderita depresi OR:3,86. Depresi yang terjadi pada lansia sangat berkaitan dengan riwayat depresi yang pernah dialami sebelumnya (*Canada Community Action on Senior and Alcohol Issues,2003*). Adanya kejadian depresi yang berulang banyak disebabkan oleh penanganan depresi sebelumnya yang tidak tuntas.

Keluhan depresi banyak dikemukakan oleh lansia di Karangasem, dengan tanda berupa keluhan hidup tidak memuaskan (36,2%), aktivitas turun (72,4%), tidak lagi memiliki semangat sepanjang waktu (79,1 %), hidup tidak indah (31,3 %), hidup tidak bahagia (33,7%), minggu ini

perasaannya tidak paling bahagia (78,5 %), lebih banyak tinggal di rumah (82,2%), merasa tidak berharga (34,4%), dan merasa tidak semangat dalam melakukan kegiatan (41,1 %).

Keluhan seperti ini oleh penderita depresi dikatakan sering muncul berulang-ulang terutama saat memikirkan kondisi yang sudah tua lalu kalau tiba-tiba sakit tidak ada yang membantu, ketidakmampuan mewujudkan berbagai keinginan dan melihat anak-anak yang kurang berhasil. Beberapa responden ada yang mengungkapkan pernah memiliki pemikiran ingin mengakhiri hidup. Beberapa responden juga mengungkapkan pernah melakukan upaya percobaan bunuh diri dengan cara menggantung diri. Hal ini menunjukkan bahwa kasus depresi cukup banyak, namun belum ada perhatian khusus dalam penanganannya.

6.1.3.8 Pemakaian obat tidur dan depresi

Responden yang menggunakan obat tidur, seluruhnya atau 7 orang (100 %) menderita depresi. Hasil uji statistik menjelaskan adanya hubungan yang signifikan antara penggunaan obat tidur dengan terjadinya depresi (p value=0,002; α :0,05).

Hasil penelitian Savard (1999) menemukan bahwa pemakaian obat tidur berhubungan dengan kejadian depresi $p < 0,001$; $\alpha = 0,05$; 4,67 (95% CI : 3,37-7,88). Pemberian obat tidur, obat anti cemas sangat bertentangan dengan tata cara pemberian obat depresi. Pemberian obat tidur dan anti cemas golongan *benzodiazepam* dapat mengakibatkan penekanan produksi serotonin sehingga memperberat gejala depresi (Semple et al, 2007).

Pendapat sedikit berbeda dikemukakan dalam temuan Lyness et al (2009), yang mengatakan bahwa penggunaan obat tidur berhubungan dengan kejadian depresi. Penderita depresi 15 % memiliki riwayat penggunaan obat tidur. Pemakai obat tidur berpeluang 0,55 kali menderita depresi

dibandingkan dengan yang tidak (OR:0,55 95 % CI:0,19-1,57). Jika melihat data yang dikemukakan Lyness et al (2009), tampak bahwa penggunaan obat tidur justru dapat mengurangi risiko depresi. Hal ini sesuai dengan pandangan Robinson dan Kemp (2011), yang mengatakan bahwa penggunaan obat tidur dalam jangka pendek dapat digunakan sebagai cara untuk menutupi masalah yang ada. Obat tidur dapat meningkatkan kualitas tidur, dimana dengan kualitas tidur yang baik akan dapat meningkatkan kualitas fisik dan mental, sehingga dapat mengurangi terjadinya depresi.

Penggunaan obat tidur pada lansia di Kecamatan Karangasem, lebih banyak disebabkan oleh adanya keluhan gangguan tidur. Keluhan gangguan tidur merupakan salah satu gejala depresi, yang mungkin tidak ditangani dengan tepat. Jenis obat yang dikonsumsi 85,7 % berupa CTM yang didapat di puskesmas dan sisanya (14,3 %) obat bebas.

Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa pemberian obat tidur dalam jangka pendek dapat membantu mengurangi depresi. Penggunaan obat tidur hendaknya dihindari penggunaan obat dari golongan *tranguiliser*, seperti *benzodiazepam* dalam jangka panjang dan tidak sesuai dengan program, karena dapat menekan dopamin yang bisa mengakibatkan gejala depresi semakin berat.

6.1.3.9 Obesitas dan depresi`

Responden yang mengalami obesitas dan menderita depresi 74,2 %. Hasil uji statistik menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara obesitas dengan terjadinya depresi ($p\text{ value}=0,00$ $\alpha=0,05$; $OR=5,56$; $CI: 2,30-13,42$).

Hasil penelitian ini sejalan dengan beberapa hasil penelitian sebelumnya seperti hasil penelitian Gool et al (2006), yang mengatakan bahwa penderita obesitas 26,4 % mengalami depresi. Begitu juga dengan hasil penelitian Robert et al (2000) yang mengatakan ada hubungan antara

obesitas dengan kejadian depresi pada lansia $p < 0.000$ ($\alpha = 0,05$), dimana 15 % penderita depresi menderita obesitas. Strawbrige et al (2002) menemukan obesitas berpeluang mengakibatkan depresi pada lansia sebesar 1,8 kali.

Obesitas dapat mengakibatkan gangguan *self esteem*, dimana lansia yang gemuk merasa tidak percaya diri. Obesitas menghambat aktivitas lansia dalam melakukan berbagai kegiatan, sehingga dapat menjadi prediktor yang kuat terhadap terjadinya depresi (*Canada Community Action on Senior and Alcohol Issues, 2003*).

Odds ratio depresi pada lansia obesitas yang ditemukan di Karangasem jauh lebih tinggi dibandingkan dengan hasil temuan lain. Hal ini kemungkinan besar disebabkan oleh dampak dari kegemukan terhadap kemampuan aktifitas lansia dalam mengikuti berbagai aktivitas adat dan keagamaan. Kegemukan yang ditemukan pada lansia di Kecamatan Karangasem, kemungkinan besar sebagai akibat dari keterbatasan aktivitas oleh karena banyaknya kasus gangguan pada sendi, tulang dan penglihatan. Keterbatasan aktivitas akibat kegemukan dapat memicu terjadinya gangguan *self esteem*, sebagai akibat ketidakmampuan melaksanakan tanggung jawab sehingga dapat menjadi penyebab depresi pada lansia.

6.1.3 10 ADL dan depresi

Responden yang ADL-nya tidak normal menderita depresi sebanyak 69,2 %. Hasil uji statistik menjelaskan adanya hubungan yang bermakna antara status ADL dan kejadian depresi ($p \text{ value} = 0,004$; $\alpha = 0,05$. $OR = 3,92$ $CI: 1,59-9,65$).

Penelitian yang dilakukan Jacoby, Oppenheim, Tom, (2008), yang menyebutkan bahwa 18 % lansia yang ADL-nya tidak normal menderita depresi. Hasil penelitian ini sejalan dengan yang ditemukan oleh Robert (2000) yang mengatakan ada hubungan antara ADL yang kurang dengan

depresi, dimana lansia yang ADL-nya bermasalah berisiko menderita depresi 3,09 kali. Penelitian yang dilakukan Strawbridge et al (2002) menemukan bahwa lansia yang ADL-nya kurang berpeluang mengalami depresi 4,94 kali dibanding yang ADL-nya baik.

Keterbatasan ADL merupakan stresor fisik yang berdampak pada terjadinya masalah psikologis. Lansia yang ADL-nya terganggu senantiasa akan ketergantungan dengan orang disekitarnya kondisi ini merupakan faktor yang sangat kuat mempengaruhi terjadinya depresi.

Gangguan ADL yang ditemukan pada lansia di Kecamatan Karangasem, sebagian besar dalam bentuk keterbatasan dalam berpindah, sebagai dampak memiliki penyakit kronis, baik pada sendi, tulang, penglihatan, pernafasan maupun kardiovaskuler. Gangguan berpindah menyebabkan lansia sangat tergantung dalam melakukan ADL lainnya. Kondisi ini merupakan stresor kronis yang merupakan risiko terjadinya depresi.

6.1.3 Hubungan pengetahuan dan depresi

Hasil penelitian menemukan bahwa proporsi lansia yang pengetahuan tentang depresi kurang menderita depresi sedikit lebih tinggi (44,7 %), baik (34,7 %), namun uji statistik menjelaskan tidak ada hubungan antara pengetahuan tentang depresi dengan terjadinya depresi pada lansia $p\text{ value}=0,308; \alpha=0,0$.

Secara umum pengetahuan lansia di Karangasem tentang depresi 66,9 % kurang. Kondisi ini berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan Khan et al (2010), yang mengatakan bahwa pengetahuan masyarakat Malaysia tentang depresi (22,1 % kurang, 29,8 % sedang dan 48,1 % baik. Lansia di Karangasem yang pengetahuannya tentang depresi baik namun tetap menderita depresi sebanyak 34,7%. Tidak adanya hubungan antara pengetahuan lansia tentang depresi dengan kejadian depresi, sangat dikaitkan dengan dukungan dari pelayanan kesehatan WHO (2001) menyebutkan bahwa depresi banyak terjadi sebagai justeru akibat ketidak

mampuan tenaga kesehatan dalam melakukan penanganan depresi secara tepat. Pemberian obat tidur sejenis *tranguiliser* pada lansia oleh tenaga kesehatan sebagai cermin ketidakmampuan tenaga kesehatan dalam menangani depresi, melalui cara edukasi yang benar.

6.1.4 Hasil Analisis Faktor Yang Berhubungan dengan Depresi

Hasil analisis multivariat regresi logistik model risiko, menyimpulkan adanya 10 variabel yang diduga berhubungan dengan kejadian depresi pada lansia di Kecamatan Karangasem. Hasil analisis lebih lanjut menemukan hanya ada 4 variabel yakni variabel riwayat menderita depresi, menderita penyakit kronis, dukungan sosial dan pendidikan lansia yang berhubungan secara signifikan terhadap terjadinya depresi. Adanya riwayat menderita depresi sebelumnya merupakan penyebab dominan terjadinya depresi pada responden dengan p value=0,00 dan OR= 32,49 (CI:5,14-205,4). Menderita penyakit kronis p value 0,00 dan OR=28,17 (CI:7,29-108,94). Kurangnya dukungan sosial p value=0,00 dan OR: 28,04 (CI:6,91-113,82). Pendidikan lansia juga menjadi faktor yang memiliki hubungan bermakna terhadap terjadinya depresi p value= 0,005 dan OR= 5,85; CI:1,1,69-20,19).

Hasil temuan ini sedikit berbeda dengan pernyataan-pernyataan yang berhubungan dengan kejadian depresi dan bunuh diri yang dikemukakan oleh Polda Bali maupun penelitian Widnya (2008), yang masing-masing mengungkapkan faktor penyakit kronis dan dukungan sosial sebagai penyebab terjadinya depresi yang berujung pada tingginya angka bunuh diri pada lansia di Bali.

Riwayat menderita depresi merupakan pernyataan yang dikemukakan oleh lansia terkait pernah atau tidaknya lansia merasakan perasaan sedih, tak berdaya dan tertekan sebelum 2 minggu saat di berikan kuisioner. Riwayat depresi menjadi faktor yang paling dominan yang berhubungan dengan terjadinya depresi pada lansia, karena biasanya lansia menganggap

perasaan sedih dan tak berdaya dianggap sebagai hal biasa sehingga sering tidak diperiksakan ke tempat pelayanan kesehatan. Depresi sering tidak terdeteksi dan tidak terdiagnose di pelayanan kesehatan primer hampir diseluruh dunia (Ahmed and Bhugra,2007). Menurut Ahmed dan Bhugra (2007) kesulitan lansia dalam menjelaskan kondisi ketidaknyamanan, perasaan sedih dan ketidak berdayaannya, terjadi akibat hambatan linguistik sehingga sulit diinterpretasikan oleh tenaga kesehatan. Selain itu stigma buruk terhadap penyakit mental dan pandangan yang berbeda terkait depresi menyebabkan depresi sangat sulit ditemukan. Sebagian besar depresi dimanifestasikan dengan gejala somatik dan pengertian terkait budaya.

Banyak penderita depresi di Bali mengeluhkan perasaan yang tidak nyaman “inguh” yang tidak kunjung sembuh, sehingga biasanya lebih banyak akan mencari pengobatan tradisional. Depresi dalam pengobatan tradisional di Bali sering dikaitkan dengan penyakit akibat gangguan ilmu hitam atau kesalahan dari leluhur, yang ditandai dengan keluhan psikosomatik atau penyakit karena sebab sebab emosional (Yudhiantara, 2011).

Lansia di Kecamatan Karangasem mengatakan bahwa perasaan sedih dan tak berdaya sering datang. Perasaan itu datang berulang-ulang tidak tentu, kadang-kadang lama, kadang-kadang hanya sebentar, namun lansia menganggap hal tersebut sebagai hal biasa dan tidak pernah berobat karena masalah tersebut.

Analisis diatas menggambarkan, bahwa tingginya kejadian depresi dapat terjadi akibat adanya riwayat depresi berulang yang tidak ditangani dengan tepat, sebagai dampak ketidak tahuan dan pemahaman yang salah dari lansia terkait kesedihan yang dialami. Depresi bisa terjadi secara berulang-ulang karena ketidak tepatan dalam penanganan depresi, yang disebabkan oleh beberapa faktor penyulit dalam pengenalan depresi. Faktor-faktor

tersebut antara lain perbedaan penjelasan dan pemahaman depresi antara lansia dan tenaga kesehatan, ketidakmampuan tenaga kesehatan menyimpulkan gejala somatik dari depresi, perbedaan gambaran depresi sehubungan dengan budaya, hambatan bahasa dan budaya antar pasien dan tenaga kesehatan, keterbatasan tenaga kesehatan dalam memahami depresi, stigma buruk penyakit mental dan umur lansia yang lebih banyak mengeluhkan gejala somatik dibanding keluhan depresi.

Tingginya pengaruh riwayat depresi dengan peluang terjadinya depresi pada saat ini, sebagai akibat ketidak tepatan lansia dan petugas kesehatan dalam melakukan pengenalan depresi. Ketidaktepatan dalam pengenalan menyebabkan penanganan depresi tidak benar. Lansia yang sudah pernah mengalami depresi akan mudah jatuh kembali kedalam kondisi depresi akibat ketidakmampuan melakukan manajemen stress. Oleh karena itu, kunci agar depresi tidak terjadi lagi adalah melakukan pengenalan depresi dan faktor penyebabnya secara dini, melakukan penanganan depresi secara komprehensif dan melatih lansia melakukan manajemen stress dengan benar.

Penyakit kronis yang berdampak pada terjadinya gangguan aktivitas pada lansia merupakan salah satu faktor dominan yang berhubungan dengan kejadian depresi pada lansia di Karangasem. Kondisi ini sejalan dengan simpulan dikemukakan Polda Bali (2008-2011), yang mengatakan bahwa kasus bunuh diri pada lansia terjadi karena frustrasi (depresi) sebagai dampak dari adanya penyakit yang tidak sembuh. Sakit kronis dan keluhan somatik merupakan salah satu faktor yang sangat berhubungan dengan terjadinya depresi dan menjadi prediktor kuat bagi kegagalan penanganan penyakit pada lansia. Hubungan antara penyakit kronis dan terjadinya depresi seperti sebuah lingkaran, yang sangat sulit mencari sebab akibatnya. Kondisi sakit merupakan risiko yang berpotensi menimbulkan depresi karena: 1) Kondisi sakit terutama sakit kronis membutuhkan membutuhkan koping dan energi yang terus menerus untuk

menghadapinya, 2) sakit kronis merupakan *life event* yang senantiasa merepotkan lansia dan keluarga, 3) sakit mengancam kehidupan, kemandirian, konsep diri, peran, mempengaruhi kemampuan sumber daya lansia (Miller,1995).

Dari paparan diatas, tampak bahwa tingginya depresi sebagai akibat dari penyakit kronis disebabkan oleh dampak penyakit yang mungkin sangat menguras energi, mengurangi kesempatan lansia untuk mendapatkan nafkah, membebani keluarga yang sudah mengalami kesulitan sosial ekonomi, mengganggu peran lansia dalam melaksanakan kewajiban terhadap adat dan agama, kehilangan kemandirian pada lansia yang berakibat membebani keluarga yang sudah sibuk bekerja untuk memenuhi tuntutan ekonomi, sosial dan adat.

Kurangnya dukungan sosial merupakan faktor dominan ketiga yang berhubungan dengan kejadian depresi. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan Widnya (2008), yang mengatakan bahwa bunuh diri di Bali terjadi akibat tekanan mental (depresi) yang dialami oleh lansia sebagai dampak dari modernisasi yang mengakibatkan hubungan /ikatan sosial antar anggota keluarga dan masyarakat sekitar kurang. Tekanan pada lansia yang secara alamiah mengalami kelemahan baik fisik dan mental diperkuat dengan adanya hambatan saluran komunikasi antara kelompok lansia dengan pemegang kebijakan. Kondisi ini sebagai dampak dari adanya kemunduran dalam hubungan sosial mulai dari tingkat pribadi, keluarga, kelompok maupun masyarakat. Saat ini secara sosial orang Bali sudah mulai berubah menjadi temperamental, egois, sensitif dan cenderung bersifat human ekonomikus (Triguna, 2005 dalam Widnya,2008), sehingga lebih mementingkan kebutuhan sendiri dibandingkan dengan orang tuanya.

Pendidikan lansia di Kecamatan Karangasem sebagian besar tidak tamat SD. Pendidikan yang rendah berakibat pada kurangnya kemampuan lansia dalam menemukan informasi, mengelola stress dan mencari pertolongan

yang tepat terkait depresi yang dialami, sehingga pendidikan dapat menjadi salah satu risiko yang sangat berhubungan dengan terjadinya depresi pada lansia.

6.2 Keterbatasan penelitian

Keterbatasan dalam penelitian ini lebih banyak ditemukan dalam penggunaan kuisioner yang diadopsi dari kuisioner terstandar yang dikembangkan di negara maju. Banyak komponen pertanyaan yang perlu disesuaikan dengan kondisi sosial budaya lansia di pedesaan di Bali.

6.3 Implikasi penelitian

6.2.1 Praktek keperawatan

Perawat dalam melakukan perawatan pada lansia yang menderita depresi sebagian besar harus memfokuskan diri pada pendekatan komunitas, mengingat 95 % lansia tinggal di komunitas. Komunitas adalah tempat dimana lansia sebagian besar tinggal, hidup dan berproses, sedemikian rupa dengan kompetensi yang baik dalam penanganan lansia depresi di komunitas, akan mampu meningkatkan kualitas hidup dan kesehatan lansia secara umum.

Tingginya kejadian depresi di Karangasem dihubungkan dengan adanya riwayat depresi pada lansia, sakit kronis, kurangnya dukungan sosial dan pendidikan lansia yang sebagian besar masih rendah. Untuk itu, maka prioritas penanganan depresi hendaknya diarahkan untuk mengatasi keempat faktor tersebut diatas, baik melalui kegiatan promotif maupun pembuatan regulasi dalam mengatasi faktor diatas.

Tingginya hubungan riwayat depresi dan kejadian depresi disebabkan oleh ketidak pahaman lansia tentang depresi dan kurangnya kemampuan tenaga kesehatan dalam melakukan pengenalan dan penanganan depresi. Untuk

itu perlu dilakukan pemberian informasi tentang depresi kepada lansia dan keluarganya. Tenaga kesehatan khususnya perawat komunitas, pemegang program jiwa dan pemegang program lansia perlu diberikan pelatihan tentang skrining depresi dan cara-cara penanganan depresi pada lansia.

Umur lansia yang menderita depresi sebagian besar > 65 tahun. Semakin lanjut usia, risiko menderita depresi, untuk itu perawat komunitas hendaknya memberikan perhatian khusus dalam bentuk pengelompokan lansia > 65 tahun sebagai lansia risiko tinggi yang perlu diberikan program khusus, seperti pelaksanaan program posbindu paripurna dengan penempatan pojok konseling khusus bagi lansia. Kegiatan konseling diarahkan untuk meningkatkan coping adaptif lansia sehingga mampu menyesuaikan diri terhadap perubahan akibat menua maupun konsekuensi negatif akibat menua. Hal ini bisa dilakukan dengan melakukan *therapi self help* maupun *support group*.

Lansia wanita karena faktor hormonal dan sosial budaya memiliki risiko menderita depresi lebih tinggi menderita depresi. Untuk itu, lansia wanita tetap perlu mendapat prioritas khusus dalam skrining maupun penanganan depresi, dengan melibatkan tenaga khusus. Upaya penanganan depresi juga hendaknya dilakukan secara komprehensif dengan memperhatikan aspek sosial dan budaya terutama pada lansia wanita. Program yang selama ini telah dirintis berupa tindakan *kuratif* terhadap kasus gangguan jiwa oleh tim RSU Jiwa Propinsi Bali setiap bulan di Puskesmas Karangasem I perlu dipertahankan dan dikembangkan ke dalam bentuk pelayanan *promotif* dan *preventif*, melalui pendekatan komunitas, untuk menyadarkan lansia bahwa perubahan hormonal merupakan hal yang wajar.

Proporsi lansia yang tidak bekerja menderita depresi lebih banyak dibandingkan dengan yang bekerja, untuk itu perawat komunitas hendaknya mampu bekerjasama dengan pemerintah maupun pemuka masyarakat dalam menciptakan program aktivitas kerja untuk lansia di Balai Banjar, seperti

program membuat perlengkapan upakara yang memiliki dampak terapi maupun nilai ekonomis.

Dukungan sosial yang kurang sangat berhubungan dengan terjadinya depresi. Untuk itu dalam upaya mencegah peningkatan terjadinya depresi, perawat komunitas hendaknya mampu melakukan edukasi kepada keluarga, maupun masyarakat tentang pentingnya pemberian dukungan bagi lansia melalui program penyuluhan secara berkala. Perawat komunitas hendaknya lebih banyak melibatkan tokoh agama dalam meningkatkan pemahaman lansia terhadap proses menua, dan tanggung jawab keluarga dan masyarakat terhadap lansia. Pencegahan depresi pada lansia dengan pendekatan komunitas dapat dilakukan dengan pemberdayaan lansia di dalam keluarga maupun meningkatkan kegiatan kelompok lansia di Banjar.

Riwayat mendapat penyuluhan dan pengetahuan tentang depresi tidak berhubungan dengan terjadinya depresi, namun demikian, upaya peningkatan pengetahuan tentang depresi terhadap lansia harus terus dilakukan dengan metode yang lebih interaktif dan lebih melibatkan lansia. Kegiatan yang tepat untuk transformasi informasi kepada lansia adalah melalui kegiatan *Role Play*.

Penyakit kronis merupakan faktor yang cukup kuat berhubungan dengan terjadinya depresi, oleh karena itu penanganan lanjut usia yang menderita penyakit kronis perlu mendapat perhatian khusus. Banyak lansia dengan penyakit kronis tidak mampu lagi pergi ke tempat pelayanan kesehatan atau posbindu oleh karena itu pelaksanaan program asuhan keperawatan keluarga dan *home care* merupakan salah satu upaya yang efektif untuk mengatasi masalah ini. Petugas harus proaktif mendatangi lansia yang menderita sakit kronis, bekerjasama dengan kader kesehatan setempat.

Pendidikan lansia yang menderita depresi sebagian besar sangat rendah, oleh karena itu perawat komunitas hendaknya mampu melakukan pengkajian, analisis dan memilih program promotif maupun penyusunan regulasi yang tepat terhadap kasus-kasus depresi pada lansia, dengan

menggunakan pendekatan model PRECEDE-PROCEED, dengan tetap memperhatikan kondisi kualitas pendidikan lansia.

6.2.2 Perkembangan Ilmu Keperawatan

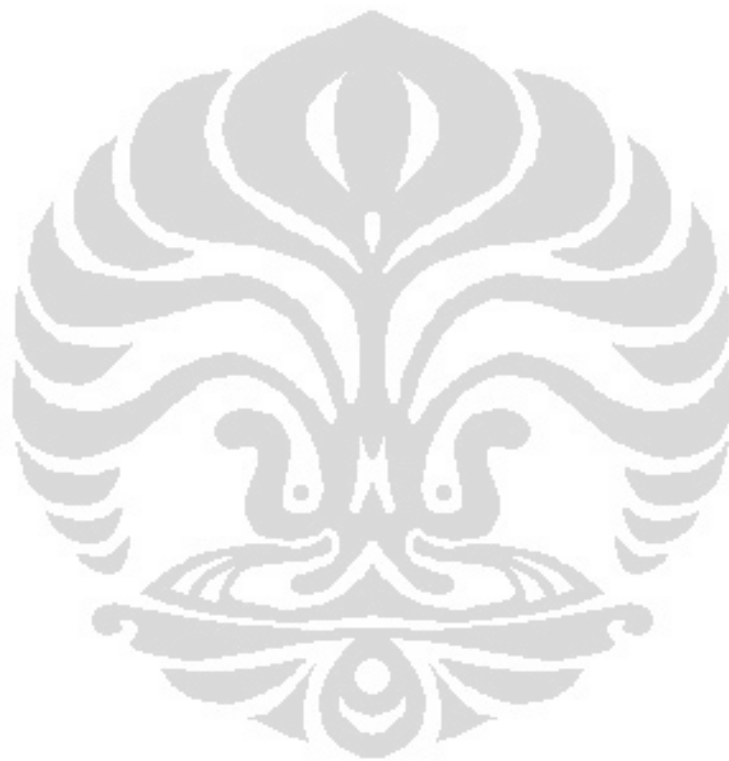
Penelitian ini mencoba melihat faktor sosiodemografi, dukungan sosial dan status kesehatan yang berhubungan dengan depresi di komunitas dengan pendekatan model PRECEDE-PROCEED. Model ini sangat sederhana, menarik dan komprehensif sebagai salah satu model dalam keperawatan komunitas, dimana validasinya perlu dilakukan pada penelitian lebih lanjut.

Hasil penelitian menjelaskan bahwa riwayat menderita depresi sebagai *reinforcing* faktor yang memiliki hubungan sangat kuat dan bermakna terhadap terjadinya depresi pada lansia. Kondisi ini memberikan informasi bahwa dalam konteks penanganan depresi pada lansia melalui upaya skrining, pengenalan tanda dan gejala depresi oleh lansia, keluarga dan tenaga kesehatan merupakan hal yang sangat penting dilakukan. Untuk itu perlu dikembangkan model dan cara deteksi dini terhadap depresi pada lansia.

Penyakit kronis merupakan faktor yang berhubungan dengan terjadinya depresi, oleh karena itu untuk mencegah terjadinya penyakit pada lansia perlu dilakukan upaya promosi kesehatan agar lansia menjaga kesehatannya sehingga tidak jatuh sakit. Selain upaya promosi perlu dilakukan tindakan nyata melalui pembentukan model pelaksanaan program *family nursing* dan *home care* khususnya bagi lansia yang menderita sakit kronis.

Budaya wanita Bali yang tangguh dan kebijakan pemerintah Karangasem yang berpihak kepada lansia terbukti sebagai faktor yang memberikan pengaruh dalam menurunkan terjadinya depresi pada lansia. Untuk itu perlu dilakukan kajian depresi terkait budaya maupun kebijakan pemerintah, sehingga dapat memberikan informasi yang lebih tepat sejauh mana variabel

ini mempengaruhi penurunan depresi pada lansia. Selain budaya perlu dikembangkan berbagai bentuk therapy keperawatan seperti *support group*, *self help* dan *therapy keluarga* agar mampu membantu lansia secara maksimal dalam menghadapi hari tuanya.



BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

Bab ini menjelaskan tentang simpulan hasil penelitian dan saran terkait pembahasan yang telah dilakukan.

7.1 Simpulan

- 7.1.1 Prevalensi lansia di Kecamatan cukup tinggi dibandingkan dengan prevalensi depresi dari beberapa penelitian terkait depresi pada lansia di komunitas, namun masih lebih rendah dibandingkan dengan prevalensi depresi pada lansia di Jogjakarta. Tingginya prevalensi depresi pada lansia di Kecamatan Karangasem, sebagai dampak dari kontribusi berbagai faktor, baik dari faktor sosiodemografi, dukungan sosial maupun status kesehatan.
- 7.1.2 Secara demografi data terbanyak adalah lansia > 65 tahun, berjenis kelamin wanita, tidak bersekolah, tidak menikah/janda/duda, masih bekerja tinggal dengan keluarga besar dan tidak memiliki penghasilan tetap.
- 7.1.3 Lansia sebagian besar merasakan dukungan sosial yang didapat masih kurang, dimana kekurangan itu disebabkan oleh masih kurangnya dukungan keluarga maupun dukungan lingkungan.
- 7.1.4 Pengetahuan lansia tentang depresi juga sebagian besar masih kurang, namun secara umum status kesehatan lansia masih digolongkan baik, hal ini disebabkan karena lansia masih tetap aktif bekerja, sebagian besar tidak memiliki riwayat depresi, hanya sedikit yang memiliki keluarga yang menderita depresi, hanya sedikit lansia yang merokok, minum-minuman keras dan menggunakan obat tidur. Sebagian besar lansia status IMT dan ADL-nya normal.

- 7.1.5 Secara umum faktor sosiodemografi yang berhubungan dengan kejadian depresi adalah kelompok umur, pendidikan, status perkawinan, pekerjaan, status tinggal dan penghasilan.
- 7.1.6 Faktor sosiodemografi yang tidak berhubungan dengan kejadian depresi adalah jenis kelamin, hal ini disebabkan budaya dan karakter wanita Bali yang dikenal kuat dan tangguh dalam memikul beban hidup.
- 7.1.7 Semua faktor dukungan sosial baik dukungan keluarga maupun dukungan lingkungan berhubungan dengan terjadinya depresi. Dukungan keluarga dan lingkungan kurang mengakibatkan lansia lebih mudah mengalami depresi.
- 7.1.8 Faktor status kesehatan yang berhubungan dengan terjadinya depresi adalah menderita penyakit kronis, kebiasaan merokok, kebiasaan minum-minuman beralkohol, riwayat menderita depresi, penggunaan obat tidur, obesitas dan status ADL. Semua faktor tersebut berkontribusi terhadap terjadinya depresi baik melalui mekanisme *psikopatologi*, *psikobiologi* maupun *proses patologis* sebagai akibat interaksi faktor-faktor tersebut dengan lansia.
- 7.1.9 Faktor status kesehatan yang tidak berhubungan dengan depresi adalah riwayat skrining, riwayat mendapat penyuluhan, riwayat anggota keluarga yang menderita depresi. Semua faktor tersebut tidak berhubungan karena adanya ketidaksinambungan antara program skrining dengan penanganan depresi lebih lanjut, strategi penyuluhan yang kurang efektif dan jenis depresi yang mungkin lebih banyak disebabkan oleh faktor sosioekonomi.
- 7.1.10 Riwayat menderita depresi merupakan faktor yang paling berkontribusi terhadap terjadinya depresi pada lansia di Kecamatan Karangasem, disusul faktor sakit kronis, faktor kurangnya dukungan sosial dan pendidikan yang rendah. Riwayat penyakit kronis menjadi faktor utama, karena lansia yang pernah menderita depresi akan mudah mengalami depresi kembali.

Depresi dapat terjadi secara berulang, karena kurangnya kemampuan mengenal dan menangani depresi dengan benar.

7.1.11 Penanganan depresi banyak dilakukan dengan pendekatan budaya, sehingga tenaga kesehatan diharapkan memahami aspek budaya dalam penanganan depresi.

7.2. Saran-saran

Berdasarkan dari kesimpulan penelitian diatas dapat disampaikan beberapa saran

7.2.1 Kepada pelayanan kesehatan/keperawatan

7.2.1.1 Dinas kesehatan Kabupaten Karangasem

- a. Perlu dilakukan penempatan tenaga yang memiliki kompetensi dalam penanganan lansia dan jiwa di puskesmas.
- b. Dilakukan pelatihan skreening dan penanganan depresi kepada perawat puskesmas khususnya pemegang program lansia dan jiwa.
- c. Program pelayanan pengobatan gangguan jiwa yang selama ini sudah dilakukan secara teratur oleh RS Jiwa Propinsi Bali di Puskemas I Karangasem agar dikembangkan menjadi program *promotif* dan *preventif* berbasis komunitas.
- d. Libatkan pemuka agama dan rohaniawan dalam memberikan tuntunan agama terkait proses menua.

7.2.1.2 Puskesmas Karangasem I

- a. Puskesmas harus melakukan skreening depresi secara teratur sehingga kasus depresi pada lansia bisa diketahui lebih cepat.
- b. Pelaksanaan posbindu agar dilakukan secara paripurna dengan menambah pojok konseling khusus untuk lansia.
- c. Program aktifitas kerja untuk lansia perlu dikembangkan di banjar-banjar dalam bentuk pembuatan sarana upakara yang memiliki unsur terapi dan dampak ekonomi.
- d. Kembangkan *family nursing* dan *home care* agar bisa melakukan perawatan pada lansia yang menderita depresi berulang dan lansia yang sakit di rumah.

- e. Penerapan model PRECEDE-PROCEED dalam melakukan penanganan depresi pada lansia di Karangasem.

7.2.1.3 Perawat puskesmas

- a. Perawat komunitas harus meningkatkan pengetahuan lansia melalui penyuluhan depresi sehingga lansia dapat mengenal depresi lebih cepat sehingga penanganan bisa dilakukan lebih tepat.
- b. Penyuluhan terkait peran keluarga dan masyarakat dalam mencegah depresi pada lansia perlu dilakukan secara berkesinambungan.
- c. Lakukan pemberian informasi tentang depresi pada lansia dengan metode *Role Play*.
- d. Tenaga keperawatan harus mempelajari dan menerapkan aspek budaya dalam mengenal dan menangani depresi pada lansia di Bali.

7.2.2 Penelitian selanjutnya

- 7.2.2.1 Mereplikasi penelitian ini di tatanan yang berbeda, sehingga dapat memberikan gambaran yang lebih komprehensif yang berkontribusi terhadap terjadinya depresi.
- 7.2.2.2 Variabel yang belum diteliti seperti nilai-nilai, persepsi, dan gaya hidup perlu diteliti sehingga informasi yang terkait dengan faktor yang berhubungan dengan depresi pada lansia lebih lengkap.
- 7.2.2.3 Agar dilakukan penelitian tentang pengaruh terapi keluarga dalam mengatasi depresi pada lansia.
- 7.2.2.3 Agar dilakukan penelitian tentang pengaruh terapi *support group* dan *self help* dalam mengurangi kejadian depresi pada lansia.
- 7.2.2.4 Agar dilakukan penelitian tentang pengaruh budaya terhadap terjadinya depresi pada lansia wanita di Bali.
- 7.2.2.5 Agar dilakukan penelitian pengaruh budaya dalam penanganan depresi di Bali.

DAFTAR PUSTAKA

- Addis M.E and Clark (2008). Gender and Depression in Men. *American Psychological Association. Vol 15:p153-168*. Diunduh tanggal 14 Juni 2011 dari www.clark.edu/faculty/addis/menwell.
- Anderson E.T., and McFarlene J., (2001). *Buku ajar keperawatan komunitas: teori dan praktek* (Sutama A., Samba S., dan Herdina N.). Jakarta: EGC.
- Ahmed K and Bhugra D.,(2007) Depression across ethnic minority cultures: diagnostic issues. *Journal World Cultural Psyhiatry Research Review.7.p47-56*. <http://wcpr.org>.
- Alender. J.A and Spradley B.W.,(2005). *Community health nursing:promotion and protecting the public health* (6th ed). Philadelphia: Lippincott.
- Anonim. (2010). *Angka bunuh diri* available at [http://www.ojs.lib.unair.ac.id/indeks.php/ATJ/article/view file/3259/3237](http://www.ojs.lib.unair.ac.id/indeks.php/ATJ/article/view/file/3259/3237)
- Anonim. (2011). *Causes of depression*. Diunduh tanggal 2 Pebruari 2011 dari <http://www.allaboutdepression.com>.
- Aikman G.G and Oehlert M.E.,(2000). Geriatric depression scale:long form versus short form. *Clinical gerontologist 22 (3/4) p 63-70*. <http://www.pdf-finder.com/geriatric-depression>
- All About Depression.(2011). *Cause of depression*.http://www.allsboutdepression.com?cau_01.html
- Allaby, M. (2010). *Screening for depression: A report for UK national screening committee*. Diunduh dari <http://www.phru.com>.
- Ayalon L.,Arean P., Bornfeld H.,(2008). Correlates of knowledge and beliefs about depression among along-term care. *International Journal Geriatry Psychiatry,23(4):356-63, April 2008*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- Ariawan, I. (1998). *Besar dan metode sampel pada penelitian kesehatan*. Jakarta: Jurusan Biostatistik dan Kependudukan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Tidak dipublikasikan.
- Arikunto S. (2006). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Ed Revisi VI. Jakarta. PT Rineka Cipta.
- Benedetti T. R.B., Borges L.J., Petroski E.L., Goncalves L.H.T., (2008). Physical activity and mental health status among elderly people. *Rev Saude Publica:42 (2)*. http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n2/en_6482.pdf

- Beljouw, I.M.V, Verhaak, P.F, Cuijpers, P, Marwijk, H.W, Penninx, B.H.(2010). The course of untreated anxiety and depression, and determinants of poor one year outcome: a one year cohort study. *BMC Psychiatry* 2010, 10(86).
- Blazer G.D. (2003). Depression in late life; review and commentary, focus, *The Journal Of Life Long Learning in Psychiatry*, Winter 2009, Vol VII No 1. p. 118-137. <http://focus.psychiatryonline.org/cgi/reprint/7/1/118>
- BPS Karangasem. (2010). Penduduk Kabupaten Karangasem, <http://www.pemdakarangasem.go.id>
- BPS Bali (2010). *Hasil sensus penduduk bali tahun 2010*.<http://www.bali.gov.id>
- Benedetti T.R.B., Borges L.J., Petroski E.L., Goncalves L.H.T.,(2008) Physical activity and mental health status among elderly people. *Rev Saude Publica* 2008;42(2) p. 1-5.<http://whqlibdoc.who.int>.
- Canadian Community Action on Senior and Alcohol Issues (2003).*Older adults alcohol and depression*. Diunduh tanggal 11 Juni 2011. www.agingcanada.ca.
- Chew C.A., Baldwin R., and Burns A.,(2008). *Integrated management of depression in the elderly*.New York:Cambridge University Press.
- Chevalier A., and Feinstein L., (2002). The causal efect of education on depression. *Departement of Economics, University of Kent and Centre for Economic of Education*, London School of Economic, Canterbury. <http://www.tinbergen.nl/cost/cost/chevalier.pdf>,
- Cutter WJ, Norbury R, Murphy DG. Oestrogen, brain function, and neuropsychiatric disorders. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*. 2003;74(7):837–40. doi:10.1136/jnnp.74.7.837.
- Caspi A., Sugden K., Moffitt TE. (2003). Influence of life stress on depression: Moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*. 301(5631):386–89. doi:10.1126/science.1083968. PMID 12869766.
- CDC.(2006). *The stage of mental health and aging in america*, http://www.cdc.gov/aging/pdf/mental_health.pdf
- CDC.(2001). CDC promotes public health aproach to adress depression among in older adult http://www.cdc.gov/aging/pdf/CIB_mental_health.pdf
- Cheng S.T and Chan A.C.M.,(2004) The Multidimensional scale of perceived social support:dimensionality and age and gender difference in adolescent. *Journal Personality and Individual Differences*.10:1016 p.1-11. http://mrvar.fdv.uni-ij.si/sola/info4/tina/clanki/vadnal_izabel.pdf
- Chen, R, et. al. (2005). Depression in older people in Rural China. *ARCH INTERN MED* .2005, 165, 2019-2025.

- Culbertson F.M.(1997). Depression and gender an international review. *American Psychologist*. Vol,52,No1,p 25-31.<http://www.brown.uk.com/download/library/culb>.
- Darmono.(2010) Depresi dan stroke saling berhubungan.*Bali Post* on line.<http://www.balipost.co.id/mediadetail.php>
- Danesh N.A. and Landeen J.,(2007) Relation between depression and sosiodemographic factors. *International Journal of Mental Health* 1:4p1-9 <http://www.ijmhs.com/content>
- Dahlan S.,(2008). *Langkah-langkah membuat proposal penelitian bidang kedokteran dan kesehatan*. Jakarta. Sagung Seto.
- Depkes RI (2004). Sebagian lansia mengalami demensia dan pikun. www.depkes.go.id.
- Dewi dkk (2007) Depresi pada lansia di RSCM. http://www.kalbe.co.id/files/cdk/files/cdk_156_Depresi.pdf
- Dyatmikawati (2008, Oktober 12) Luruskan Salah Pemahaman Ulah Pati.*Nusa Bali*.
- Darmojo dan Martono (1998). *Geriatri*, Jakarta: Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Duckworth. (2009). Depression and chronic illness;fact sheet. National Alliance on Mental Illness. www.cc.nih.gov/ccc/patient.education.
- Dunst C.J., Trivette C.M and Jenkins V.,(1986) *Familly support scale*.U.S departement of health and human services. http://www.acf.hhs.gov/programs/opre/ehs/perf_measure/reports
- Edelmen C.L and Mandle C.L, (2006). *Health promotion throughout the life span* (6th ed).St Louis. Missouri: Mosby.
- Egede L.E and Ellis C.(2009). Diabetes and depression:Global persepive. *Diabetes Research and Clinical Practice*.2009;87(302-312).<http://www.elsevier.com/locate/>
- Evans M. and Mottram P.,(2000). Diagnosis depression in elderly patients.*Advance in Psychiatric Treatment*.6:49-56. <http://apt.rcpsych.org>
- Friedman, Bowden, Jones (2003) *Family nursing; research, theory & practice*, New Jersey, Prentice Hall.

- Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Tests of causal links between alcohol abuse or dependence and major depression. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2009;66(3):260–6.
- Falk DE, Yi HY, Hilton ME.(2008).Age of onset and temporal sequencing of lifetime DSM-IV alcohol use disorders relative to comorbid mood and anxiety disorders. *Drug Alcohol Depend*. 2008;94(1–3):234–45.
- Feldman E.L., Jaffe A., Galambos N., Robbin A., Kelly R.B., Froom J., (1988). Clinical practice guidelines on depression; awareness, attitude and content knowledge among family physician in New York, *Arch Farm Med* 1998; 7: 58-62, <http://www.archfarmed.com> 26 Februari 2011
- Furegato A.R.F., Candido M.C.F. da S., Costa M.L., (2009). Comparing knowledge and opinions on depression among nurses in the health service. *Rev. Salud Publica*:11:(2): 200-211 <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/>
- Furner, Wallace, Arguelles, Miles, Goldberg. (2006). Twin study of depressive symptoms among older african_american women. *Journal of Gerontology: Psychological Science* Vol 61B, No 6 p335-361. <http://psychogerontology.oxfordjournals.org/content>.
- Garda Dewata (2010). *Bunuh diri (ulah pati)* . Diunduh dari <http://www.facebook.com/note.php>
- Gazmarian, J, Baker, D, Parker, R, Blazer, D.G. (200). A multivariate analysis of factor associated with depression : Evaluating the role of health literacy as a potential contributor. *ARCH INTERN MED*, 160(27), 3307-3314.
- Greenglass E., Fiksenbaum I., Eaton J., (2006). The relationship between coping, social support, functional disability and depression in the elderly. *Journal anxiety, stress and coping*. Marc 2006; 19 91) 15-31 York University, Toronto, Canada <http://www.psych.yorku.ca/greenglass/pdf>
- Green I.W.,(1991). *The PRECEDE-PROCEED Model*. www.wikipedia.co.id.
- Gramatikopoulos, I, Koutenakis, C. (2009). Social activity and participation as determinants of anxiety and depression among elderly in primary care. *Annals of General Psychiatry* 2010, 9(suppl 1), 137-140.
- Gool C.H.V et al. (2006). Association between lifestyle and depressed mood: Longitudinal result from the maastricht aging study. *American journal of public health*. Vol.97. No 7.2006. Diunduh dari www.ajph.org/cgi
- Hastono, S.P. (2007). *Analisis data kesehatan*. Jakarta. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Tidak dipublikasikan.

- Hays J.C., Steffens D.C., Flint E.P., Bosworth H.B., George L.K., (2001), Does social support buffer functional decline in elderly patient with unipolar depression. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 1850-1855
<http://ajp.psychiatryonline.org>
- Hariyadi. (2009). *Strategi dinas sosial, tenaga kerja dan transmigrasi dalam mengurangi angka pengangguran di kota Surakarta melalui bursa kerja*. Karya Tulis. Tidak dipublikasikan. Surakarta. Universitas Sebelas Maret.
- Haralambous, M.B, Lin, M.X, Dow, R, Jones, M.C, Tinney, J, Bryant, C. (2009). *Depression in older age: A scoping study*. National Ageing Research Institut. Diunduh dari www.nari.unimelb.edu.au.
- Hetat A., Vaccrino V., Krumholz H.M. (2001). An evidence-base assessment of federal guidelines for overweight and obesity as they apply to elderly persons. *Arch Intern Med*. 2001.161;1194-1203. Diunduh dari www.archinternmed.com.
- Hinrichsen GA, Emery EE., (2006) Interpersonal factors and late-life depression [Subscription required]. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2006;12(3):264–275.
- Hitchcock J.E., Schubert P.E., and Thomas S.A., (1999). *Community health nursing: caring in action*. Washington: Delmar Publishers.
- Husain. (2001). *Mengapa harus bunuh diri*. Jakarta. Qisti Press.
- Husmanns R., (2006) Defining and measuring informal employment, Bureau of *Statistics International Labour Office*. Swizerland available at <http://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/download>.
- Hwang, W.C, Chun, C.A, Takeuchi, D.T, Myers, H.T, Siddarth, P. (2005). Age of first onset mayor depression in Chinese Americans. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 11(1), 16-27.
- Institute Of Alcohol Studies. (2010). *Alcohol & The Elderly*. 1 The Quay, st Ives
<http://www.ias.org.uk/resources/factsheets/elderly.pdf>
- Jacoby R., Oppenheimer C., Tom D. (2008). *Oxford textbook of old age psychiatry*. New York. Oxford University Press.
- Jaramillo (2010). Depression an obesity. <http://www.sarasota.usf.edu/Academics/CAS/Capstone/2009-2010/Psychology/Jaramillo>
- Jenkinson C. And McGee H.M., (1998) *Health status measurement: a brief but critical introduction*, Abingdon Oxon: radcliffe Medical Press.

- Katz I.R., (1999) Depression in Late Life Psychiatric Medical-Comorbidity, *Dialogue in Clinical Neuro Science*, Volume 1 No 1 p 81-94 Jean-Philippe.Neuilly-sur-Siene, France. available at <http://www.dialogues-cns.org/brochures/02/pdf/02.pdf>
- Kicik. (2007). Perempuan Bali sebuah pengabdian. *Balibuddy*. Diunduh dari <http://bali4u.wordpress.com>.
- Karp J,F & Reynold (2009) Depression,Pain and Aging, Focus, The Journal Of Life Long Learning in *Psychiatry Journal Online*. Winter,Vol VII No 1 hal 17 -28 <http://focus.psychiatryonline.org/cgi/reprint>
- Kim, D. (2008). "Blues from the neighborhood? Neighborhood characteristics and depression.". *Epidemiologic reviews* **30**: 101–17. doi:10.1093/epirev/mxn009.
- Kim, E, et.al. (2009). Obesity and depressive symptoms in elderly Koreans: Evidence for the “ Jolly fat” hypothesis from the Ansan Geriatric (AGE) study. *AGG Journal* , 51(2), 2009, 231-234.
- Krisnha’s A. (2010), Depresi di Bali, <http://www.facebook.com/topic.php?topic=9825&uid=31614314790>
- Keliat (1993). *Kedaruratan pada gangguan alam perasaan*. Jakarta: Arcan.
- Kjotseth I., Ekeberg Q., Steinhar S.,(2010) Why suicide. *International psychogeriatrics*, (1) (30) p46-49 Cambridge. www.proquest.umi.co/pqdauto.
- Kunjtoro (2002). *Dukungan sosial pada lansia*. <http://www.epsikologi.com/usia>
- Khan M.T., Sulaiman S.A.S., Hassali M.A., Anwar M., Wasif G., Khan A.H., (2009). Community knowledge, attitudes and beliefs toward depression in state of Penang, Malaysia. *Community Mental Health Journal* 2010;46:87-92
- Kleinman. A.,(2004). Culture and depression.*The New England Journal of Medicine*.351:10.p 951-953. <http://nejm.org>
- Krug A.E.,(1999).*Leading cause of global of disease*.Geneva:WHO
- Kurlowicz L., Greenberg S.,(2007) *The Geriatric Depression Scale*, New York University College of Nursing. <http://consultgerirn.org/uploads>.
- Lebowitz Bari D., (1999) State of the art: depression in the late life: dialogue in clinical. *Neuro Science*. Volume 1 No 1 p 57-65. Jean-Philippe.Neuilly-sur-Siene, France. Available <http://www.dialogues-cns.org/brochures/02/pdf/02.pdf>

- Lee E.R.,(1999). *Environment, resources, depression and competence of community base older adult*. Disertasi: University of Washington.
- Lee, Y.M, Holm, K. (2011). Family relationships and depression among elderly Korean immigrants. *ISRN Nursing*, 2011, 4-9.
- Lyness J.M.,Yu,Q.,Tang W., Tu X.,Conwell Y. (2009). Risk for depression onset in primary care elderly patients:Potential targets for preventive intervention.*Am J Psychiatry*.Vol 166 No 12.2009.
- Ma, K.(2006). Attachment theory in adult psychiatry. Part 1: Conceptualisations, measurement and clinical research findings. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2006 [cited 2010-04-21;12:440–449.
- Mach L.G., Raue P.J. and Bruce M.L.,(2008) Screening performance of geriatric depression scale (GDS-15) in a diverse elderly home care population.*Am J Geriatr psychiatry*.Nov 16(11):914-921. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles>.
- Mauk K.L., (2010). *Gerontological nursing: competencies for care*. (2nd ed). Canada: Jones and Bartlett Publishers
- Maurier F.A, and Smith C.M.,(2005). *Community public health nursing practice:health for families and population*. St Louis: Elsevier Saunders.
- Merryl R.M., (2010). *Introduction to epidemiology* (5th ed).St Louis:Jones and Bartlet Publishers.
- Miller C.A., (1995). *Nursing care of older adult: theory and practice* (2th ed). Philadelphia:JB Lippincott Company.
- Montorio I. And Izal M.,(1996). The geriatric depression scale:a review of its development and utility. *International psychogeriatrics* vol 8 no 1 p.103-107.
- Murti B., (1997). *Prinsip dan metode riset epidemiologi*. Yogyakarta.: Gajah Mada Press.
- Mustikasari. (2004). *Faktor-faktor risiko perilaku mencederai diri; bunuh diri pada klien gangguan jiwa di rumah sakit jiwa* . Thesis tidak dipublikasikan
- Monteleone P.(2001).Endocrine disturbances and psychiatric disorders. *Current Opinion in Psychiatry*. 2001;14(6):605–10.
- Menelly M.J., and Breckon D.J.,(2009) Community health educaion: setting role and sklills. United Kingdom: Jones and Barden Publishers.
- National Heart Foundation of Australia (2007) *Physical Activity and Depression* (<http://www.heartfoundation.org.au/SiteCollectionDocuments/>)

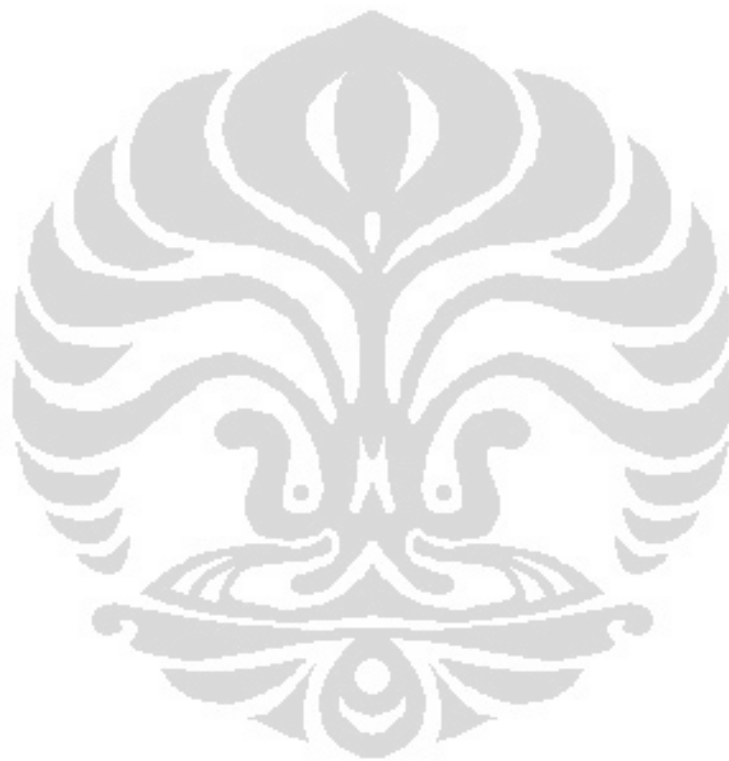
- National Academy on an Aging Society (2000) *At risk:developing chronic condition later life*.<http://www.agingsociety.org>.
- Nutt D.J. (2008). Relationship of neurotransmitters to the symptoms of major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2008;69 Suppl E1:4–7. PMID 18494537
- Ostler K., Thompson C., Kinmoth L.K., Peveler R.C., Stevens L.,Stevens A., (2001). Influence of socio-economic deprivation on the prevalence and outcome of depression in primary care: The Hampshire Depression Project,. *The British Journal of Psychiatry*178:12-17
- O'Connor E., Whitlock E.P.,Gayness B., Bei T.L.(2009). *Screening for depression in adults and older adults in primary care; An update systematic review*. U.S Departemet of Health an Human Service. Oregon.
- Oyama H.et al.(2010).Effect of community base intervention using depression screening on elderly suicide risk; A meta-analysis of evidence from Japan.*Community Mental Health Journal*. Volume 44. Number 5.311-320. Diunduh dari www.springerlink.com/content/.
- Parks J., Radke A.Q.,and Mazade N.A.,(2008). *Measurement of health status for people with serious mental illness*.16th Series of Technical Report. National Association of State Mental Health Program Directors Medical Directors Council:Alexandria. <http://www.nasmhpd.org>.
- Pender N.J., Murdaugh,C.L.,Parsons M.A.,(2002). *Health promotion in nursing practice* (4th ed).New Jersey:Pearson Education.
- Pei,Xiomei, Chen P.,Hu Y.,(2009).The pratice of old age support during a period of social ransition:the case of rural china.*SPA Working papers 2009*. Diunduh dari . www.socialprotectionasia.org.
- Philips W.T., Kiernan M., King A.C., (2003). Physical Activity as a nonpharmacological treatment for depression : A review complementary health practice *Review*. Vol 8 No X 2003, Sage Publication <http://www.strivealive.com/inc/pdfs>
- Pollit and Hungler. (2005). *Nursing research;principle and method* (6th ed). Philadelphia:Lippincott.
- Yudhiantara K.(2011). Konsep penyembuhan spritual;spiritual healing; *Maruti sutha centre. Media komunikasi dan sharing informasi spiritual dan supranatural*. Diunduh melalui <http://marutisutabali.wordpress.com/>
- Puskesmas I Karangasem (2011) Laporan pendahuluan prevalensi depresi pada lansia. Karangasem.
- Polda Bali (2011) Laporan kematian akibat bunuh diri di Bali periode 2002-2010. Humas Polda Bali.

- Quan, H.C, Mei, Z.X, Rong, D.B, Chan, L.Z, Rong, Y.J, Xiu, L.Q. (2009). Health status and risk for depression among the elderly: a meta-analysis of published literature. *Age and Aging* 2010, 39, 23-30.
- Raphael B. (2000) Unmet Need for Prevention. In: Andrews G, Henderson S (eds). *Unmet Need in Psychiatry: Problems, Resources, Responses*. Cambridge University Press; 2000. ISBN 0-521-66229-X. p. 138–139.
- Roberts R E, Kaplan G A, Shema Sarah J, and Strawbridge W.J (2000) Are the obese at greater risk for depression? *American Journal of Epidemiology* Vol 152 No 2 p 163-170 <http://aje.oxfordjournals.org/content/152/2/163.full.pdf+html>
- Robinson L. & Kemp G.(2011). Sleeping Pills, Natural Sleep Aids & Medications. *National Institute of Health*. Diunduh dari www.helpguide.org/life.
- Santi, B. (2005). *Perempuan bertutur : sebuah wacana keadilan jender: skrip radio jurnal perempuan 2003*. Denpasar: Yayasan Jurnal Perempuan.
- Savard J. (1999). Association between subjective sleep quality and depression on immunocompetence in low-income women at risk for cervical cancer. *Psychosomatic Medicine*. 1999.61:496-507. <http://psychosomaticmedicine.org>.
- Strawbridge W.J., Deleger S., Roberts E. R., Kaplan G.A., (2002). Physical activity reduce the risk of subsequent depression for older adult; *American Journal of Epidemiology* Vol 156 NO 4 p 328-334; <http://aje.oxfordjournals.org/content/156/4/328.full.pdf+html>
- Sastroasmoro, S., & Ismael, S. (2002). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. Edisi 2. Jakarta: Sagung Seto.
- Schuckit MA, Smith TL, Danko GP. A comparison of factors associated with substance-induced versus independent depressions. *J Stud Alcohol Drugs*. 2007;68(6):805–12. PMID 17960298.
- Semple, David; Roger Smyth, Jonathan Burns, Rajan Darjee, Andrew McIntosh (2007) [2005]. "13". *Oxford Handbook of Psychiatry*. United Kingdom: Oxford University Press. p. 540. ISBN 0198527837.
- Swami (2008) Public knowledge and biliefs about depression among urban and rural malays in Malaysia. <http://isp.sagepub.com>
- Surilena.(2005). *Fenomena bunuh diri pada masyarakat Indonesia*.Majalah kedokteran Atmajaya Vol 4 no 3 September 2005.
- Stuart & Laria (1998). *Buku saku keperawatan jiwa*. Jakarta:.EGC
- Sugiyono. (2008).*Metode penelitian pendidikan; pendekatan kuantatif, kualitatif dan R&D*. Jogjakarta. Alfabeta.

- Slavich GM, (2004) . Deconstructing depression: A diathesis-stress perspective (Opinion); 2004 [cited 2008-11-11] <http://www.wikipedia.com> diunduh 2 Februari 2011.
- Sadock B.J, Kaplan H.I & Sadock V.A (2007) *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical*, Philadelphia, Lippincot Williams and Wilkins
- Stanhope M., and Lancaster J.,(2002). *Community & public health nursing* (5th ed). St Louis: Mosby.
- Stanhope M., and Lancaster J.,(2004). *Community & public health nursing* (6th ed). St Louis: Mosby
- Steger, F.S, Mann, J.R, Michels, P, Cooper, T.C. (2009). Meaning in life, anxiety, depression, and general health among smoking cessation patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 67(2009), 353-358. Diunduh dari <http://michaelsteger.com>.
- Stewart D.E, Rolfe D.E., and Robert E.(2004). Depression, Estrogen, and the Women's Health Initiative. *The Academy of Psychosomatic Medicin*. 45:445-447, October 2004. <http://psy.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/45/5/445>
- Strohle A., (2008) Physical activity, exercise, depression and anxiety disorders, *Springer-Verlag J Neural, Transm* 2009 116: 777-784 <http://www.madinamerica.com/madinamerica.com/>
- Suryani Institute for Mental Health (2009) *Gangguan depresi usaha cegah bunuh diri*. <http://suryani-institute.com>.
- Thompson, E.F, and Shaked, Y. (2009). Factor associated with depression and suicidal ideation among individuals with arthritis or rheumatism: finding from a representative community survey. *Arthritis and Rheumatism (Arthritis care & Research)*, 61(7), July 15, 2009, 944-950.
- Tim Pascasarjana FIK-UI. (2008). *Pedoman penulisan tesis*. Jakarta: Tidak dipublikasikan.
- Tomme, A. M., & Alligood, M. R. (2006). *Nursing theorist and their work*. Sixth edition. Philadelphia: Mosby Company.
- Tiemeier, H., Tuijl H.R.V., Hofman A., Kliiaan A.J., Breteler M.MB., (2003) Plasma fatty acid composition and depression are associated i the elderly: the Rotterdam Study, <http://www.jerrycott.com/user/EFAs>.
- University of Maryland Medical Center. (2009). *Depression-Risk factor*. Diunduh tanggal 25 Januari 2011 dari <http://www.umm.edu/patented/articles>.

- United Kingdom Screening Committee (2009). Screening for depression. Diunduh tanggal 10 Juni 2011. [http://www. uk.scr//articles](http://www.uk.scr//articles).
- Vilhjalmsson R. (1993) Life stress, social support and clinical depression: A reanalysis of the literature. *Social Science & Medicine*. 1993;37(3):331–42.
- Vaus D., (2002). *Survey in Social Research* (5th ed). Australia: Allen and Unwin.
- Walen, H.R, Lachman, M.E. (200). Social support and strain from partner, family, and friends: cost and benefits for men and women in adulthood. *Journal of Social and Personal Relationships* (2000), 17(1), 5-30.
- Wood, G.L., & Haber, J. (2006). *Nursing research methods and critical appraisal for evidence-based practice*. St.Louis, Missouri: Mosby Elsevier.
- Wold. (2004). *Basic Geriatric Nursing*. St Louis Missouri. Mosby.
- Widnya.(2008). Bunuh diri di Bali perspektif budaya dan lingkungan hidup. *Journal Institut Hindu Dharma Negeri*. Denpasar.
- WHO (2001) *Conquering depression, WHO regional office for South-East Asia*, New Delhi.
- WHO. (2007). *The statistical highlights in global public health*. Geneva:WHO
- WHO (2010). *Depression worksheet*. <http://ebookbrowse.com/search/depression-worksheets-pdf>
- Wright A., McGorry P.D.,Harris M.G., Jorm A.F., and Pennel K.,(2006). Development and evaluation of a youth mental health community awarness campaign: The compass strategy. *BMC Public Health* 2006.6:215.p.1-13.<http://www.biomedcentral.com>.
- Wirasto dan Tri R. (2007). *Bobot pengaruh faktor-faktor sosiodemografi terhadap depresi pada usia lanjut di kota Yogyakarta*. Diunduh tanggal 16 Juni 2011 dari <http://etd.ugm.ac.id>.
- Yousefi F., Mansor M.B., Juhari R.B., Redzuan M., Talib M.A.,(2010) The relationship between gender, age, depression and academic achievement, *Current Research in Psychology* 6 (1) 61-66 Departemen of Human Development and Family Studies. University Putra Malaysia, Serdang Malaysia. [http://www.scipub.org/fulltext/ crp/crp6161-66.pdf](http://www.scipub.org/fulltext/crp/crp6161-66.pdf)
- Yeo M., Berzins S., and Addington D.,(2006) Development of an early psychosis public education program using the PRECEDE-PROCEED model. *Journal of Health Education Research*.22 (5) p639-647. <http://www.oxfordjournal.org>.

Ziembroski J.S., Hauck E.L (2004) *The commulative effect of rural and regional residence upon the health of olderaAdult* .Rural Poverty Research Center, Univesity Of Missouri . Columbia. www.rupri.org/Forms/WP0407.pdf



FORMULIR INFORMASI PENELITIAN

Nama Peneliti : I Wayan Suardana
Alamat : Jl. Pulau Moyo XII/6B Denpasar
Pekerjaan : Mahasiswa Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia Kekhususan Keperawatan Komunitas

Bapa/Ibu yang terhormat, dengan ini diberitahukan bahwa peneliti bermaksud melaksanakan penelitian yang berjudul **Hubungan Sociodemografi, Dukungan Sosial dan Status Kesehatan dengan Depresi pada Agregat Lanjut Usia di Kecamatan Karangasem, Karangasem, Bali.**

Penelitian ini bertujuan mengidentifikasi karakteristik lansia, dukungan sosial, status kesehatan, pengetahuan dan tingkat depresi pada lansia di Kecamatan Karangasem.

Peneliti menawarkan partisipasi ibu untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Responden akan diwawancarai tentang identitas, diberikan pertanyaan dalam bentuk kuesioner tentang dukungan sosial, pengetahuan dan peasaan lansia, dilakukan pengukuran tinggi badan dan berat badan. Setiap responden akan diminta mengisi kuesioner dan diukur hanya sekali.

Penelitian tidak membahayakan atau berisiko bagi keselamatan lansia maupun keluarga. Data tentang diri responden yang ada dalam penelitian ini dijaga kerahasiaannya oleh peneliti dan setelah penelitian selesai semua data akan dimusnahkan. Partisipasi responden dalam penelitian ini tidak ada paksaan dan apabila responden tidak berkenan, akan diperkenankan mengundurkan diri dari partisipasi tanpa konsekuensi apapun. Demikian informasi tentang penelitian ini, apabila ada hal yang kurang jelas dapat langsung menghubungi peneliti, atas partisipasi yang diberikan disampaikan terima kasih.

Karangasem, April 2011

Peneliti

I Wayan Suardana

SURAT PERNYATAAN

BERSEDIA BERPARTISIPASI SEBAGAI RESPONDEN PENELITIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

Menyatakan bahwa:

1. Telah mendapatkan penjelasan tentang penelitian Hubungan Sociodemografi, Dukungan Sosial dan Status Kesehatan dengan Depresi pada Agregat Lanjut Usia di Kecamatan Karangasem, Karangasem, Bali
2. Telah diberi kesempatan untuk bertanya dan mendapat jawaban terbuka dari peneliti.
3. Memahami prosedur penelitian yang akan dilakukan, tujuan, manfaat dan kemungkinan dampak buruk yang terjadi akibat penelitian yang dilakukan.

Dengan pertimbangan di atas, dengan ini saya memutuskan tanpa paksaan dari pihak manapun juga, bahwa saya bersedia / tidak bersedia* berpartisipasi menjadi responden dalam penelitian ini.

Demikian pernyataan ini saya buat untuk dapat digunakan seperlunya.

Saksi I

(.....)

Karangsem,
.....2011 Yang
membuat pernyataan

(.....)

**KUISIONER HUBUNGAN SOSIODEMOGRAFI DUKUNGAN SOSIAL DAN
STATUS KESEHATAN TERHADAP TERJADINYA DEPRESI PADA AGREGAT
LANZIA DI KECAMATAN KARANGASEM, KARANGASEM-BALI**

No Responden :

Kode Responden :

Tanggal Pengumpulan Data :

Alamat Responden : Desa.....
Banjar

KUISIONER SOSIODEMOGRAFI

Jawablah pertanyaan berikut dengan mengisi jawaban pada kotak yang tersedia pada kuisioner berikut !

1. Umur Tahun
2. Jenis kelamin Laki Perempuan
3. Status perkawinan Kawin Janda/duda Tidak kawin
4. Pendidikan
 - Tidak sekolah/tidak tamat SD
 - SD
 - SMP
 - SMA
 - Perguruan Tinggi
5. Status pekerjaan Tetap Tidak tetap Tidak bekerja
6. Jenis pekerjaan
7. Penghasilan Tetap Tidak tetap
Berapa jumlah penghasilan Bapak/Ibu setiap bulan
8. Bagaimana Bapak/Ibu tinggal saat ini
 - Sendiri
 - Dengan keluarga besar
 - Dengan keluarga inti (suami/istri/anak)

KUISIONER DUKUNGAN KELUARGA

Isilah tanda rumput (V) pada kolom pilihan jawaban:

Sangat tidak setuju	Jika pernyataan dibawah <u>sangat tidak cocok</u> dengan yang Bapak/Ibu rasakan				
Tidak setuju	Jika pernyataan dibawah <u>tidak cocok</u> dengan yang Bapak/Ibu rasakan				
Setuju	Jika pernyataan dibawah <u>cocok</u> dengan yang Bapak/Ibu rasakan				
Sangat setuju	Jika pernyataan dibawah <u>sangat cocok</u> dengan yang Bapak/Ibu rasakan				
NO	PERNYATAAN	Sangat tidak setuju	Tidak setuju	Setuju	Sangat setuju
1	Keluarga saya memberikan dukungan semangat yang saya butuhkan				
2	Saya mendapatkan ide yang baik dari keluarga untuk melakukan kegiatan.				
3	Keluarga saya lebih dekat dengan orang lain dibandingkan saya. (Anak lebih dekat dengan teman-temannya)				
4	Keluarga yang dekat dengan saya kurang mendukung ide saya. (Pendapat saya sering ditentang)				
5	Keluarga saya bersedia mendengar apa yang saya sampaikan. (Kalau diberitahu mau menurut)				
6	Anggota keluarga saya mau berbagi dengan saya terkait apa yang saya sukai. (Keluarga mau berdiskusi).				
7	Keluarga saya sering datang ke saya untuk meminta nasehat saya				
8	Saya mendapat dukungan mental/perasaan dari keluarga				
9	Ada anggota keluarga saya datang hanya ketika saya merasa tidak berdaya. (Kalau sakit baru ditengok)				
NO	PERNYATAAN	Sangat tidak setuju	Tidak setuju	Setuju	Sangat setuju
10	Keluarga saya tampak tidak senang setelah menengok saya. (Setelah menengok memarahi dan menyalahkan saya)				

11	Keluarga saya sangat tanggap dengan kebutuhan pribadi saya.				
12	Keluarga dan saya sangat terbuka tentang segala sesuatu yang saya sampaikan. (Kalau saya menyampaikan suatu keluhan ditanggapi).				
13	Keluarga saya sangat baik dalam membantu saya menyelesaikan masalah				
14	Saya memiliki hubungan yang sangat dekat dengan beberapa anggota keluarga				
15	Keluarga saya memiliki ide yang baik untuk memenuhi harapan saya (Saya diberikan jalan keluar kalau memiliki permasalahan)				
16	Kepercayaan saya kepada keluarga sering disalahgunakan (Contoh : anak menjual tanah warisan)				
17	Anggota keluarga saya sering mengabaikan saya dalam berbagai kegiatan. (Keluarga tidak memberitahu kalau akan ada kegiatan adat)				
18	Saya berfikir keluarga saya senang ketika saya dapat membantu menyelesaikan masalah mereka				
19	Saya tidak memiliki hubungan yang dekat dengan anggota keluarga, dibandingkan orang lain yang dekat dengan keluarga saya. (Saya tidak terlalu akrab dengan dengan anggota keluarga lain)				
20	Saya berfikir keluarga kepada saya sangat berbeda dibandingkan sebelumnya (Contoh: anak sebelumnya perhatian sekarang menjadi kurang peduli)				



Lampiran 5

KUISIONER DUKUNGAN LINGKUNGAN

Isilah tanda rumput (**V**) pada kolom pilihan jawaban **sangat tidak setuju, tidak setuju, setuju dan sangat setuju** sesuai yang Bapak/Ibu rasakan.

Sangat tidak setuju	Jika pernyataan dibawah <u>sangat tidak cocok</u> dengan yang Bapak/ Ibu rasakan)
Tidak setuju	Jika pernyataan dibawah <u>tidak cocok</u> dengan yang Bapak/ Ibu rasakan)
Setuju	Jika pernyataan dibawah <u>cocok</u> dengan yang Bapak/ Ibu rasakan)

Sangat setuju		Jika pernyataan dibawah <u>sangat cocok</u> dengan yang Bapak/ Ibu rasakan)			
NO	PERNYATAAN	Sangat tidak setuju	Tidak Setuju	Setuju	Sangat Setuju
1	Saya tidak perlu mengkhawatirkan rumah, karena saya tahu rumah saya aman. (Aman dari barang dan orang yang mungkin membahayakan)				
2	Saya menyiapkan rumah saya, meskipun ada masalah, saya tetap tinggal disini.				
3	Pengaturan rumah saya sangat menyenangkan				
4	Saya mendapat kebebasan (mengatur dan menggunakan) fasilitas di dalam rumah saya				
5	Saya memiliki alat yang mempermudah hidup saya (seperti kompor, setrika alat masak ...dll.)				
6	Saya senang menjamu teman saya dirumah, sebagai bagian dari kehidupan sosial saya				
NO	PERNYATAAN	Sangat tidak setuju	Tidak Setuju	Setuju	Sangat Setuju
7	Saya merasa rumah saya merupakan tempat yang cocok untuk menjamu teman-teman saya				
8	Saya menikmati melihat sekeliling rumah saya				
9	Menjaga rumah merupakan hal sangat berarti dalam hidup saya				
10	Saya memiliki area yang sangat pribadi yang cukup di rumah saya				
11	Rumah saya sangat menyenangkan				
12	Lingkungan di sekitar rumah saya sangat aman				
13	Saya menggunakan transportasi umum jika ingin berpergian				
14	Saya mudah mendapatkan transportasi umum untuk membantu aktivitas saya				
15	Saya mudah mendapatkan informasi tentang cara mengatasi perasaan yang sedih di lingkungan				

	saya.				
16	Saya memiliki teman dekat dalam lingkungan saya				
17	Saya memiliki keluarga dekat di tempat tinggal saya yang membuat saya tenang.				
18	Saya melakukan aktivitas yang saya sukai di lingkungan saya.				
19	Saya mudah menemukan dukungan yang saya butuhkan di lingkungan saya				
20	Saya merasa puas dengan pelayanan umum di lingkungan saya				
NO	PERNYATAAN	Sangat setuju	Setuju	Tidak setuju	Sangat tidak setuju
21	Saya mudah mendapatkan pelayanan kesehatan di lingkungan saya				
22	Tetangga saya sangat ramah				
23	Saya merasa mencintai lingkungan saya				
24	Saya merasa budaya saya diterima oleh lingkungan saya				
25	Saya mendapat bimbingan secara teratur dari rohaniawan				
26	Saya mendapat tuntunan oleh pemuka agama untuk sembahyang setiap hari				
27	Saya diberikan kartu jaminan kesehatan oleh pemerintah				
28	Kalau sakit saya berobat sendiri				
29	Kalau berobat saya membayar sendiri				
30	Saya mendapat bantuan jaminan sosial berupa beras.				

PENGUKURAN PENGETAHUAN

Isilah tanda rumput (V) pada kolom jawaban BENAR atau SALAH dari masing-masing pertanyaan beriku ini !

NO	PERTANYAAN	JAWABAN	
		BENAR	SALAH
1	Depresi merupakan nama lain dari stress		
2	Depresi merupakan penyakit fisik		
3	Malas merupakan gejala depresi		
4	Susah tidur merupakan gejala depresi		
5	Merasa kesepian merupakan hal biasa		
6	Merasa seperti tidak berguna merupakan gejala depresi		
7	Perhatian dari keluarga dan teman dapat mengurangi depresi		
8	Depresi terjadi pada orang tua yang sakit		
9	Depresi dapat menyebabkan orang tua mudah sakit		
10	Banyak bergaul dapat mengakibatkan depresi		
	TOTAL SKOR		

KUISIONER STATUS KESEHATAN LANSIA

Isilah tanda rumput (V) pada kolom jawaban **YA** atau **TIDAK** dari masing-masing pernyataan dibawah ini !

Ya : Jika pernyataan itu Bapak/Ibu alami atau rasakan

Tidak : Jika hal pernyataan itu tidak Bapak/Ibu alami atau rasakan.

NO	PERNYATAAN	YA	TIDAK
1	Saya pernah dilakukan pemeriksaan karena rasa sedih dan perasaan tak berdaya yang tak kunjung hilang.		
2	Saya pernah mendapat informasi tentang depresi		
3	Saya menderita penyakit kronis (penyakit yang diderita lebih dari 6 bulan) dan dirasakan mengganggu aktivitas saat ini antara lain: (*)		
	1. Kencing manis		
	2. Tekanan darah tinggi		
	3. Reumatik		
	4. Tekanan darah rendah		
	5. Penyakit jantung		
	6. Maag		
	7. Tumor/kanker		
	8. Penyakit kulit eksim menahun		
	9. Katarak		

	10. Pegal dan linu menahun		
	11. Patah tulang (lokasi.....)		
	12. TBC		
	13. Tuli		
	14. Buta		
	15. Stroke		
	16.		
NO	PERNYATAAN	YA	TIDAK
4	Saya memiliki kebiasaan merokok		
	Jumlah yang dihisap setiap hari batang Jenis rokok : 1. Kretek 2. Filter 3. Lintingan		
5	Saya memiliki kebiasaan minum – minuman beralkohol		
	Jumlah yang diminum setiap harisloki (1 sloki = 50 cc) Jenis minuman beralkohol : 1. Tuak () 2. Arak ()		
6	Keluarga saya ada yang menderita depresi		
	1. Ayah		
	2. Ibu		
	3. Saudara kandung		
	4. Lain-lain.....		
7	Saya sebelumnya (lebih dari 2 minggu yang lalu) mengalami suasana hati yang sangat sedih dan putus asa		
8	Sejak 2 minggu ini saya menggunakan obat tidur agar dapat melupakan masalah (*) Jika Ya jenisnya apa : CTM/Diazepam/Obat tradisional Jika Ya obat didapatkan dimana : 1. Membeli di Warung 2. Membeli sendiri di Apotik 3. Didapatkan di Puskesmas 4. Di dapatkan di tempat praktek tenaga kesehatan swasta		

9	Berat Badan (Kg) (*)	
	Tinggi Badan (meter) (*)	

Tanda (*) : Jawaban dari pernyataan tersebut perlu validasi, pengukuran dan pemeriksaan oleh tim peneliti.

Lampiran 8

PENILAIAN ACTIVITY DAILY LIVING DENGAN INDEK KATZ

Isilah tanda rumput (v) pada kolom mandiri atau ketergantungan dari masing-masing aktivitas dibawah ini !

AKTIVITAS	SENDIRI	DENGAN BANTUAN
	Tanpa supervisi, petunjuk atau bantuan	Dengan supervisi, petunjuk dan bantuan
Mandi		
Berpakaian		
Toileting		
Berpindah		
Buang air besar/ buang air kecil		
Makan		
POINT TOTAL		

PENGUKURAN DEPRESI

Isilah tanda rumput (v) pada kolom jawaban YA atau TIDAK dari masing-masing pernyataan dibawah ini !

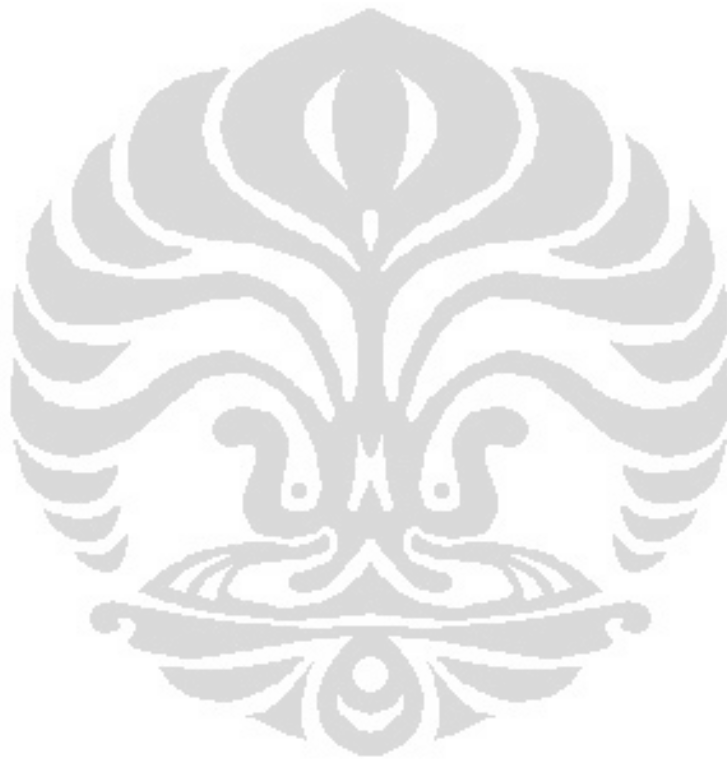
Ya : Jika perasaan itu Bapak/Ibu **rasakan** dalam (2) dua minggu ini

Tidak : Jika perasaan itu **tidak** Bapak/Ibu rasakan dalam (2) dua minggu ini

NO	PERNYATAAN	YA	TIDAK
1	Saya merasa hidup ini sangat memuaskan		
2	Saya mengalami penurunan aktivitas dan minat		
3	Saya merasa hidup tak berarti		
4	Saya merasa hidup membosankan		
5	Saya memiliki semangat yang berlebihan sepanjang waktu		
6	Saya merasa akan terjadi sesuatu yang buruk		
7	Saya merasa tak berdaya		
8	Secara umum saya menganggap hidup ini indah		
9	Saya merasa hidup ini bahagia		
10	Saya merasa paling bahagia minggu ini		
11	Saya lebih suka tinggal dirumah daripada keluar melakukan hal-hal yang baru		
12	Saya memiliki banyak masalah		
13	Saya mengungkapkan perasaan yang sangat		

	berharga		
14	Saya merasa penuh semangat dalam memandang suatu kegiatan		
15	Saya merasa orang-orang disekitar saya baik		
TOTAL SKOR			

Karangasem,..... 2011



KEGIATAN	PEBRUARI				MARET				APRIL				MEI				JUNI				JULI			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Penyelesaian Bab I s.d IV	■	■	■	■																				
Ujian Proposal							■	■																
Perizinan								■																
Pengumpulan Data									■	■	■	■	■	■	■	■								
Analisis Data									■	■	■	■	■	■	■	■								
Penulisan laporan													■	■	■	■	■	■	■	■				
Penulisan draft Artikel													■	■	■	■	■	■	■	■				
Ujian Hasil Penelitian																				■	■			
Perbaikan Tesis																					■			
Sidang Tesis																						■		
Perbaikan Tesis																							■	
Jilid Hard Cover																								■
Pengumpulan Laporan																								■