



UNIVERSITAS INDONESIA

**DETERMINAN TINGKAT DEPRESI PADA LANSIA
DI PANTI SOSIAL TRESNA WERDHA BUDI MULIA 4
JAKARTA SELATAN**

SKRIPSI

OLLYVIA FREESKA DWI MARTA

0806316221

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI SARJANA
DEPOK
JULI 2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**DETERMINAN TINGKAT DEPRESI PADA LANSIA
DI PANTI SOSIAL TRESNA WERDHA BUDI MULIA 4
JAKARTA SELATAN**

SKRIPSI

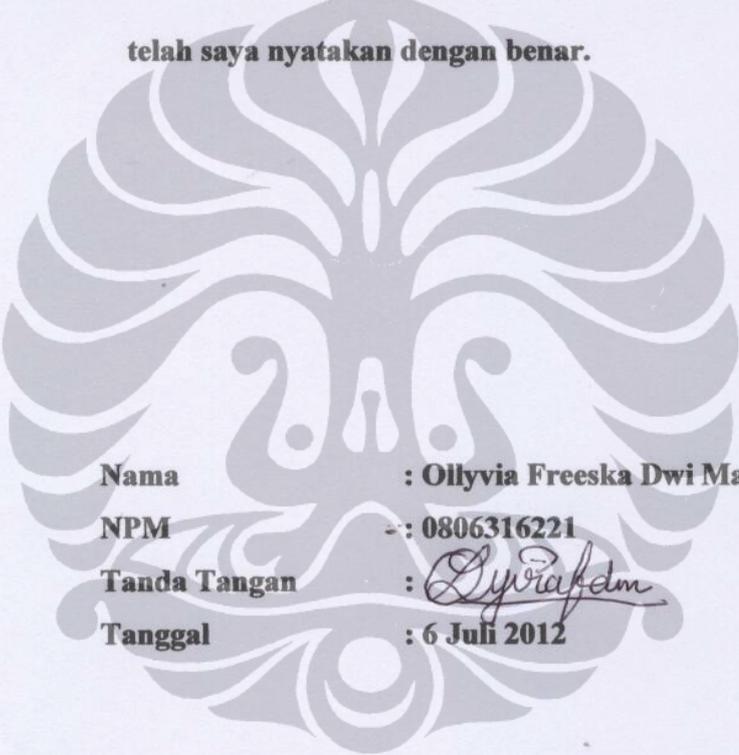
**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana
Keperawatan**

**OLLYVIA FREESKA DWI MARTA
0806316221**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI SARJANA
DEPOK
JULI 2012**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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



Nama : Ollyvia Freeska Dwi Marta
NPM : 0806316221
Tanda Tangan : *Ollyvia*
Tanggal : 6 Juli 2012

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :
Nama : Ollyvia Freeska Dwi Marta
NPM : 0806316221
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul Skripsi : Determinan Tingkat Depresi pada Lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 4 Jakarta Selatan

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

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Tuti Nuraini, S.Kp., M. Biomed ()

Penguji : Hanny Handiyani, S.Kp., M. Kep ()

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 6 Juli 2012

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan atas kehadiran Allah SWT karena atas limpahan berkat dan rahmat-Nya saya dapat menyelesaikan skripsi ini dengan baik dan tepat waktu. Tujuan dari pembuatan skripsi ini adalah untuk memenuhi tugas mata ajar tugas akhir dan sebagai rangkaian proses pembuatan skripsi untuk mendapatkan gelar sarjana Ilmu Keperawatan.

Saya menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, sulit bagi saya untuk menyelesaikan skripsi ini. Dalam kesempatan ini saya ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ibu Dewi Irawaty, M.A, Ph.D, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Ibu Kuntarti, S.Kp., M. Biomed, selaku Ketua Program Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan selaku koordinator mata ajar tugas akhir yang telah memberikan pengarahan mengenai penelitian keperawatan secara umum;
3. Ibu Tuti Nuraini S.Kp., M. Biomed selaku dosen pembimbing saya yang telah menyediakan waktu, tenaga, pikiran dan kesabaran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan skripsi ini;
4. Staf pengajar FIK UI yang telah berkontribusi dalam memberikan materi selama bangku perkuliahan;
5. Ibu Dessie Wanda S.Kp., M.N selaku Pembimbing Akademik saya yang selalu memberikan *support* serta semangat untuk segera menyelesaikan tugas ini serta bimbingannya yang tak pernah henti untuk saya. Terima kasih ibu;
6. Kepala Dinas Sosial DKI Jakarta yang telah memberikan izin penelitian kepada saya untuk melakukan penelitian di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 4 Jakarta Selatan;
7. Kepala Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 4 Jakarta Selatan beserta pegawai yang telah memberikan izin kepada saya untuk melakukan penelitian;

8. Kakek dan nenek yang tinggal di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 4 Jakarta Selatan;
9. *The owner of my rib*, imamku, Helmy Gito Raditya, terima kasih atas segala doa dan dukungannya untukku. I'll be the best for you;
10. Mama (Yusmiati) dan Papa (Sudjarwo) yang selalu memberikan semangat kepada saya, tempat segala mencurahkan keluh kesah, pemberi nasehat kepada saya dan menyemangati saya untuk menyelesaikan skripsi ini, terimakasih mama papa. Kakakku (Mbak Tika dan Mas Pipin) serta adek mungil Syafid, terima kasih atas semangat dan dukungannya;
11. Bunda (Umi Choiriyah) dan adek Istighfar Yana Raditya terimakasih atas doa semangat, dan dukungannya;
12. Teman satu pembimbing saya yang selalu bersama ketika konsul (Resti Putri, Cristina Meldawati, Putri Dwi, Yosephin, Rani), tempat berdiskusi tentang skripsi masing-masing, masukan-masukannya, dan *support* yang tak putus diberikan;
13. Semua teman-teman tercinta saya (Lina, Risa, Nike, Ika, Reni, Ananda, Asih, Arum, Wilda, Enok, Diantika, Alfa, Anggi, Annisa, Mirda, Dinar) yang selalu memberikan dukungan dan selalu ada untuk memberi saya masukan, ide, dan saran untuk skripsi ini.

Sebagai penutup, semoga Allah membalas kebaikan semua pihak yang telah membantu saya dalam menyusun skripsi ini. Semoga skripsi ini nantinya dapat memberikan manfaat bagi pengembangan ilmu dan masyarakat.

Depok, 6 Juli 2012

Penulis

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

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

Nama : Ollyvia Freeska Dwi Marta

NPM : 0806316221

Program Studi : S1 Reguler Ilmu Keperawatan

Fakultas : Ilmu Keperawatan

Jenis Karya : Skripsi

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

“Determinan Tingkat Depresi pada Lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 4 Jakarta Selatan”

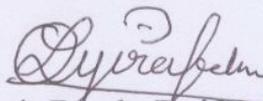
beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta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

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 6 Juli 2012

Yang menyatakan



(Ollyvia Freeska Dwi Marta)

vi

Universitas Indonesia

ABSTRAK

Nama : Ollyvia Freeska Dwi Marta

Program Studi : Ilmu Keperawatan

Judul : Determinan Tingkat Depresi pada Lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 4 Jakarta Selatan

Depresi merupakan permasalahan mental yang sering terjadi pada lansia. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui tingkat depresi pada lansia di Panti Sosial Tresna Werdha (PSTW) Budi Mulia 4 Jakarta Selatan serta faktor-faktor yang mempengaruhinya. Desain penelitian ini adalah deskriptif korelatif. Sampel berjumlah 63 lansia yang tinggal di PSTW Budi Mulia 4 Jakarta Selatan yang diambil secara *purposive sampling*. Analisa univariat menggunakan uji proporsi dan analisa bivariat menggunakan uji *Chi-Square* untuk mengetahui hubungan antara faktor internal dan eksternal dengan tingkat depresi. Hasil penelitian menunjukkan lansia yang mengalami depresi sebesar 41,3% dan yang tidak mengalami depresi sebesar 58,7%. Analisa bivariat ditemukan tidak ada hubungan yang signifikan antara tingkat depresi dengan usia, jenis kelamin, riwayat penyakit, status perkawinan, pekerjaan sebelum tinggal di panti, dan dukungan keluarga ($pvalue \geq 0,05$). Penelitian selanjutnya disarankan untuk meneliti faktor-faktor lainnya yang mempengaruhi tingkat depresi pada lansia seperti faktor dukungan sosial.

Kata kunci: depresi, lansia

ABSTRACT

Name : Ollyvia Freeska Dwi Marta
Study Program : Nursing
Title : Determinat of depression in elderly at Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 4 Jakarta Selatan.

Depression is a mental disorder that happens in elderly. This study purposed to know elderly depression level and examine what factors that affecting depression. This research used descriptive correlative design. Samples were 63 elderly in Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 4 Jakarta Selatan by purposive sampling technique. Proportion test was used to univariate analysis and Chi-Square test was used to know relationship between internal and external factors with depression. The results showed elder people who got depression were 41,3% and who did not get depression were 58,7%. Bivariate analysis showed that there was no significant relationship between depression and age, gender, illness history, marital status, occupation, and family support ($pvalue \geq 0.05$). The researcher suggest for next research to observe another factors that affecting depression in elderly.

Keyword: depression, elderly

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	
KARYA ILMIAH	vi
ABSTRAK	vii
ABSTRACT	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Perumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.4 Manfaat Penelitian	6
2. TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Konsep Lanjut Usia.....	7
2.1.1 Definisi dan Batasan Umur Lanjut Usia (Lansia)	7
2.1.2 Karakteristik Psikobiologikal Umum Proses Penuaan	8
2.2 Teori Menua	9
2.2.1 Teori Biologis Proses Menua	9
2.2.1.1 Teori Radikal Bebas	9
2.2.1.2 Teori Imunologis.....	10
2.2.2 Teori Psikososial	10
2.2.2.1 Teori <i>Disengagement</i>	10
2.2.2.2 Teori Aktivitas	10
2.3 Teori dan Konsep Depresi pada Lansia	11
2.3.1 Pengertian Depresi	11
2.3.2 Teori-Teori yang Berhubungan dengan Depresi pada Lansia	12
2.3.3 Manifestasi Klinis Depresi	13
2.4 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Depresi pada Lansia.....	13
2.5 APGAR Keluarga	17
2.6 Skrining Depresi pada Lansia: <i>Geriatric Depression Scale</i>	18
2.7 Kerangka Teori	19

3. KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL	21
3.1 Kerangka Konsep	21
3.2 Hipotesis	22
3.3 Definisi Operasional	23
4. METODOLOGI PENELITIAN	27
4.1 Desain Penelitian	27
4.2 Populasi dan Sampel	27
4.3 Tempat dan Waktu Penelitian	29
4.4 Etika Penelitian	29
4.5 Alat Pengumpulan Data	30
4.6 Metode Pengumpulan Data	31
4.7 Pengolahan dan Analisis Data	33
4.7.1 Pengolahan Data	33
4.7.2 Analisis Data	34
4.8 Jadwal Kegiatan	37
4.9 Sarana Penelitian	39
5. HASIL PENELITIAN	40
5.1 Pelaksanaan Penelitian	40
5.2 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Tingkat Depresi pada Lansia ..	40
5.2.1 Faktor Internal	40
5.2.2 Faktor Eksternal	42
5.3 Tingkat Depresi	43
5.4 Hubungan Faktor Internal dan Eksternal dengan Tingkat Depresi ..	43
6. PEMBAHASAN	48
6.1 Pembahasan Hasil Penelitian	48
6.1.1 Tingkat Depresi Lansia	48
6.1.2 Hubungan Faktor Internal dan Eksternal dengan Tingkat Depresi	50
6.2 Keterbatasan Penelitian	60
6.3 Implikasi Keperawatan	61
7. PENUTUP	63
7.1 Kesimpulan	63
7.2 Saran	64
DAFTAR PUSTAKA	66
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Definisi Operasional	23
Tabel 4.1 Analisis Variabel Data Penelitian	36
Tabel 4.2 Jadwal Kegiatan Penelitian	37
Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan Usia di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 4 Jakarta Selatan, April 2012	40
Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan Jenis Kelamin di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 4 Jakarta Selatan, April 2012	41
Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan Riwayat Penyakit di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 4 Jakarta Selatan, April 2012	41
Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Status Perkawinan di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 4 Jakarta Selatan, April 2012..	42
Tabel 5.5 Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan Pekerjaan Sebelum Menempati Panti di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 4 Jakarta Selatan, April 2012	42
Tabel 5.6 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Dukungan Keluarga di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 4 Jakarta Selatan, April 2012.....	43
Tabel 5.7 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Depresi di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 4 Jakarta Selatan, April 2012	43
Tabel 5.8 Distribusi Responden Menurut Usia dan Tingkat Depresi di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 4 Jakarta Selatan, April 2012.....	44
Tabel 5.9 Distribusi Responden Menurut Jenis Kelamin dan Tingkat Depresi di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 4 Jakarta Selatan, April 2012.....	44
Tabel 5.10 Distribusi Responden Menurut Riwayat Penyakit dan Tingkat Depresi di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 4 Jakarta Selatan, April 2012..	45
Tabel 5.11 Distribusi Responden Menurut Status Perkawinan dan Tingkat Depresi di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 4 Jakarta Selatan, April 2012..	46
Tabel 5.12 Distribusi Responden Menurut Pekerjaan dan Tingkat Depresi di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 4 Jakarta Selatan, April 2012	46

Tabel 5.13 Distribusi Responden Menurut Dukungan Keluarga dan Tingkat Depresi di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 4 Jakarta Selatan, April 2012..... 47



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori	19
Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian	21



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Perizinan Pelaksanaan Penelitian dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

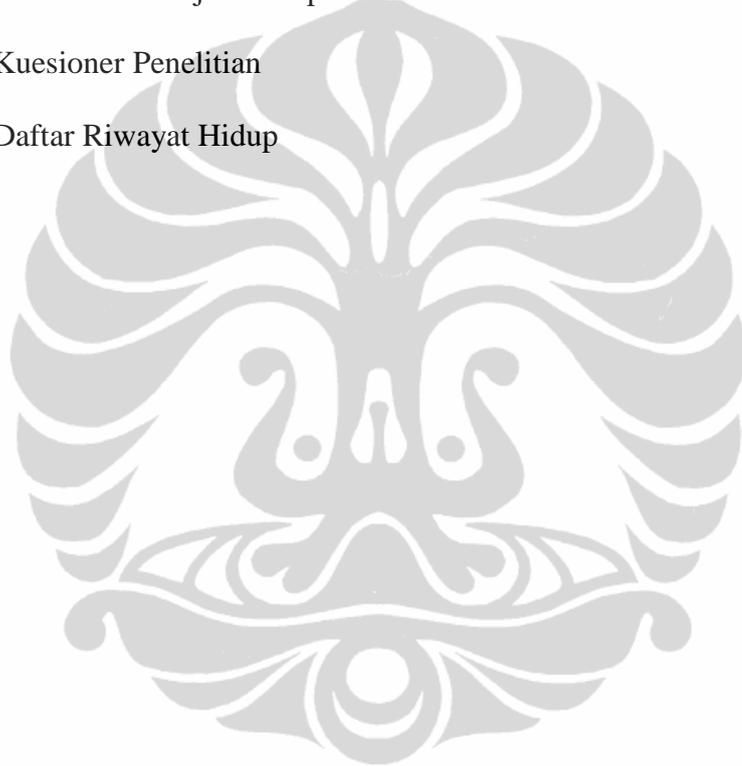
Lampiran 2 Surat Perizinan Pelaksanaan Penelitian dari Dinas Sosial Daerah Khusus Ibukota Jakarta

Lampiran 3 Lembar Informasi untuk Responden

Lampiran 4 Lembar Persetujuan Responden

Lampiran 5 Kuesioner Penelitian

Lampiran 6 Daftar Riwayat Hidup



BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kemajuan di bidang kesehatan, meningkatnya sosial ekonomi masyarakat dan semakin meningkatnya pengetahuan masyarakat yang bermuara dengan meningkatnya kesejahteraan rakyat akan meningkatkan usia harapan hidup. Peningkatan usia harapan hidup inilah yang menyebabkan jumlah penduduk lanjut usia (lansia) dari tahun ke tahun semakin meningkat di Indonesia. Jumlah penduduk lansia pada tahun 2006 sebesar kurang lebih 19 juta, usia harapan hidup 66,2 tahun, pada tahun 2010 diperkirakan sebesar 23,9 juta (9,77%), usia harapan hidupnya 67,4 tahun dan pada tahun 2020 diperkirakan sebesar 28,8 juta (11,34%), dengan usia harapan hidup 71,1 tahun (Menkokesra, 2012).

Menua atau *aging* adalah suatu proses kehidupan yang pasti akan dialami oleh setiap manusia yang hidup. Penuaan merupakan suatu proses yang normal. Perubahan fisik dan tingkah laku yang terjadi pada semua orang pada saat mencapai usia tahap perkembangan kronologis tertentu dapat diramalkan (Stanley & Beare, 2006). Proses menua bukanlah sesuatu yang terjadi hanya pada orang berusia lanjut, melainkan suatu proses normal yang berlangsung sejak maturitas dan berakhir dengan kematian. Namun demikian, efek penuaan tersebut umumnya menjadi lebih terlihat setelah usia 40 tahun (Setiati, Harimurti, & Roosheroe, 2006).

Individu akan banyak mengalami perubahan pada fisik maupun mental khususnya kemunduran dalam berbagai fungsi dan kemampuan yang pernah dimilikinya pada tahap usia lanjut ini. Perubahan penampilan fisik sebagai bagian dari proses penuaan yang normal seperti menurunnya ketajaman panca indera, berkurangnya daya tahan tubuh merupakan ancaman bagi integritas orang usia lanjut. Selain itu, lansia masih harus berhadapan dengan perubahan peran, kedudukan sosial, serta perpisahan dengan orang-orang yang dicintai. Kondisi-kondisi tersebut menyebabkan lanjut usia (lansia) menjadi lebih rentan untuk mengalami masalah mental (Soejono, Setiati, & Wiwie, 2000).

Permasalahan mental yang biasanya sering terjadi pada lansia adalah depresi. Prevalensi depresi pada lansia di pelayanan kesehatan primer yaitu 5-17%, sementara prevalensi depresi pada lansia yang mendapat pelayanan asuhan rumah (*home care*) adalah 13,5%. Prevalensi depresi lansia lebih tinggi di ruang perawatan daripada yang ada di masyarakat. Lansia yang mendapatkan perawatan jangka panjang memiliki tingkat depresi yang lebih tinggi daripada di masyarakat (Soejono, Probosuseno, & Sari, 2006 dalam Sudoyo, 2006).

Data prevalensi depresi pada lansia di Indonesia cukup tinggi. Kejadian di ruang akut geriatri sebanyak 76,3% dengan proporsi pasien geriatri yang mengalami depresi ringan adalah 44,1%, depresi sedang sebanyak 18%, depresi berat sebanyak 10,8%, dan depresi sangat berat sebanyak 3,2% (Soejono, Probosuseno, & Sari, 2006 dalam Sudoyo, 2006). Penelitian lain yang dilakukan oleh Wada et al. (2005) pada lansia yang ada di dua kota di pulau Jawa didapatkan data bahwa 33,8 % memiliki depresi.

Depresi pada lansia seringkali tidak terdeteksi, misdiagnostik, dan tidak ditangani dengan baik (Miller, 2004). Kesulitan untuk mengidentifikasi ini mungkin karena perbedaan pola gejala tiap kelompok umur dan jarang pasien yang mau mengakui bahwa dirinya sedang depresi. Lansia rentan terhadap depresi disebabkan oleh beberapa faktor. Faktor-faktor tersebut adalah faktor biologis, fisis, psikologis, dan sosial. Perubahan pada sistem saraf pusat dan berkurangnya konsentrasi *neurotransmitter* dapat berperan dalam terjadinya depresi pada lansia (Soejono, Probosuseno, & Sari, 2006 dalam Sudoyo, 2006). Kondisi lansia yang mengalami banyak penyakit kronik dan pengobatan yang banyak semakin meningkatkan angka kejadian depresi pada lansia.

Faktor-faktor psikososial juga berperan sebagai faktor predisposisi depresi. Orang tua seringkali mengalami periode kehilangan orang-orang yang dikasihinya. Faktor kehilangan fisik juga meningkatkan kerentanan terhadap depresi dengan

Universitas Indonesia

berkurangnya kemauan merawat diri serta hilangnya kemandirian. Berkurangnya kapasitas sensoris (terutama penglihatan dan pendengaran) akan mengakibatkan penderita terisolasi dan berujung pada depresi. Berkurangnya kemampuan daya ingat fungsi intelektual sering dikaitkan dengan depresi. Kehilangan pekerjaan, penghasilan, dan dukungan sosial sejalan dengan bertambahnya usia turut menjadi faktor predisposisi seorang berusia lanjut untuk menderita depresi (Soejono, Probosuseno, & Sari, 2006 dalam Sudoyo, 2006).

Salah satu faktor yang mempengaruhi terjadinya depresi pada lansia adalah kurangnya dukungan sosial baik dari keluarga maupun teman. Penelitian Juliana dan Sukmawati (2008) yang berjudul “Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tingkat Depresi pada Lansia di Salah Satu RW Kelurahan Pondok Cina Kecamatan Beji Kota Depok” menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan tingkat depresi pada lansia. Lansia yang memperoleh dukungan keluarga tinggi, lebih tidak beresiko mengalami depresi 8,33 kali dibandingkan dengan lansia dengan dukungan keluarga sedang.

Fenomena depresi juga terjadi di panti werdha. Syamsuddin (2006) mengatakan seorang lansia dalam hidupnya pasti ingin tinggal bersama dengan keluarga terutama anak dan cucu serta mendapatkan perawatan yang baik dari keluarganya. Namun karena beberapa faktor, beberapa lansia tidak mendapatkan perawatan dari keluarga, seperti tidak memiliki keturunan, memiliki keturunan tetapi keturunannya tersebut meninggal terlebih dahulu, anak tidak mau direpotkan untuk mengurus orang tua, anak terlalu sibuk dan sebagainya. Karena inilah keluarga memutuskan panti sebagai salah satu alternatif untuk mendapatkan perawatan dan pelayanan secara memadai. Keputusan ini tidak seratus persen akan diterima oleh lansia secara lapang dada. Bagi beberapa lansia hidup di panti bukan merupakan pilihan terbaik, bahkan sebaliknya menjadi pilihan pahit yang kadang menyedihkan.

Jika dilihat dari konteks ke-Indonesia-an pada umumnya lanjut usia seringkali menghayati penempatan lansia di panti sebagai bentuk pengasingan dan pemisahan dari perasaan kehangatan yang terdapat dalam keluarga, apalagi lansia yang masih punya anak dengan kondisi hidup berkecukupan. Nilai-nilai seperti anak harus berbakti pada kedua orang tua yang masih kuat mengakar pada masyarakat, menjadi beban tersendiri bagi lanjut usia untuk melepaskan ketergantungan dari anak-anaknya. Perasaan-perasaan negatif akan muncul dalam benak lansia, perasaan kecewa, tidak dihargai, sedih, dendam, marah dan sebagainya. Sikap bersabar dan mencoba menerima kondisi hidup apa adanya merupakan obat penawar yang cukup efektif untuk jangka pendek, akan tetapi sikap sabar tidak dengan sendirinya atau secara otomatis akan menghilangkan perasaan-perasaan tersebut, sikap sabar tidak lain merupakan mekanisme pertahanan ego yang dinamakan represi. Pada suatu tertentu perasaan-perasaan tersebut akan muncul dan menimbulkan depresi (Syamsuddin, 2006).

Penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Suryo (2011) di Panti Werdha Dharma Bhakti Surakarta didapatkan hasil tingkat depresi lansia menunjukkan sebagian besar lansia mengalami depresi sedang (48%). Studi *preliminary* yang penulis lakukan di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 4 Jakarta Selatan melalui wawancara dengan salah satu petugas kesehatan dan observasi didapatkan ada beberapa lansia yang menunjukkan tanda-tanda mengalami depresi. Berdasarkan fenomena di atas, penelitian ini akan mempelajari lebih dalam mengenai tingkat depresi pada lansia serta faktor-faktor yang mempengaruhinya di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 4 Jakarta Selatan.

1.2 Perumusan Masalah

Depresi merupakan penyakit mental yang paling sering ditemukan pada lansia berusia di atas 60 tahun dan merupakan contoh penyakit yang paling umum dengan tampilan gejala yang tidak spesifik atau tidak khas pada populasi lansia (Soejono, Probosuseno, & Sari, 2006 dalam Sudoyo, 2006). Prevalensi depresi pada lansia semakin tinggi. Banyak faktor yang mempengaruhi terjadinya depresi pada lansia. Faktor-faktor tersebut diantaranya adalah faktor biologis, fisik, psikologis, dan sosial. Depresi pada lansia adalah masalah yang besar yang mempunyai konsekuensi medis, sosial, dan ekonomi (Soejono, Probosuseno, & Sari, 2006 dalam Sudoyo, 2006). Hal ini menyebabkan lansia dan keluarganya menjadi semakin menderita, seperti semakin buruknya kondisi kesehatan lansia dan biaya yang harus dikeluarkan keluarga untuk mengobatinya. Dengan demikian, pertanyaan penelitian ini adalah bagaimana tingkat depresi lansia dan bagaimana faktor internal (usia, jenis kelamin, dan riwayat penyakit) dan faktor eksternal (status perkawinan, pekerjaan, dan dukungan keluarga) mempengaruhi tingkat depresi pada lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 4 Jakarta Selatan.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat depresi pada lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 4 Jakarta Selatan.

1.3.2 Tujuan Khusus

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui informasi:

- 1.3.2.1 gambaran karakteristik lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 4 Jakarta Selatan meliputi umur, jenis kelamin, status perkawinan, pekerjaan, riwayat penyakit, dan dukungan keluarga,
- 1.3.2.2 gambaran tingkat depresi pada lansia,
- 1.3.2.3 hubungan antara faktor umur terhadap tingkat depresi pada lansia,

Universitas Indonesia

- 1.3.2.4 hubungan antara jenis kelamin terhadap tingkat depresi pada lansia,
- 1.3.2.5 hubungan antara faktor riwayat penyakit terhadap tingkat depresi pada lansia,
- 1.3.2.6 hubungan antara faktor status perkawinan terhadap tingkat depresi pada lansia,
- 1.3.2.7 hubungan antara faktor pekerjaan terhadap tingkat depresi pada lansia,
- 1.3.2.8 hubungan antara faktor dukungan keluarga terhadap tingkat depresi pada lansia.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Penelitian ini sebagai bahan pengembangan pengetahuan dalam keilmuan keperawatan komunitas dalam materi keperawatan gerontik khususnya tentang penyakit mental pada lansia yaitu depresi.

1.4.2 Manfaat Praktis

1.4.2.1 Praktik Pelayanan Keperawatan

Penelitian ini menjadi data masukan dan sebagai sumber informasi bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan gerontik pada lansia yang mengalami depresi.

1.4.2.2 Responden

Penelitian ini menjadi sarana lansia untuk mengungkapkan segala perasaannya (*express feeling*) tentang berbagai macam masalah yang dihadapi serta sebagai tambahan pengetahuan bagi lansia mengenai depresi.

1.4.2.3 Peneliti

Penelitian ini menjadi sarana peneliti untuk mengembangkan pengetahuan dan pengalaman dalam bidang penelitian keperawatan serta mengaplikasikan materi keperawatan gerontik yang didapatkan saat di bangku perkuliahan.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam tinjauan pustaka ini dijelaskan mengenai konsep lanjut usia yang terdiri dari definisi, batasan umur lanjut usia, dan karakteristik psikobiologikal umum proses penuaan. Pembahasan dilanjutkan mengenai teori menua, yaitu teori biologis dan teori psikososial. Bagian akhir membahas masalah psikologis yang sering terjadi pada lansia yaitu depresi. Permasalahan depresi dibahas mulai dari definisi menurut pakar, teori-teori yang dapat menjelaskan kenapa lansia dapat mengalami depresi, manifestasi klinis depresi pada lansia, *screening* depresi pada lansia yaitu *Geriatric Depression Scale*, APGAR keluarga, dan faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat depresi pada lansia.

2.1 Konsep lanjut usia

2.1.1 Definisi dan Batasan Umur Lanjut Usia (Lansia)

Hawari (2001) mengatakan bahwa seseorang dapat dikatakan lanjut usia jika umurnya sudah mencapai 65 tahun ke atas. Lansia adalah keadaan yang ditandai oleh kegagalan seseorang untuk mempertahankan keseimbangan terhadap kondisi stres fisiologis. Kegagalan ini berkaitan dengan penurunan daya kemampuan untuk hidup serta peningkatan kepekaan secara individual.

Batasan-batasan umur lansia dari pendapat berbagai ahli yang dikutip dari Nugroho (2009) : Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1998 dalam Bab I Pasal 1 Ayat 2 yang berbunyi “Lanjut usia adalah seseorang yang mencapai usia 60 (enam puluh) tahun ke atas”; Organisasi World Health Organization (WHO) kedalam 4 bagian umur yaitu usia pertengahan (*middle age*) : 45 – 59 tahun, lanjut usia (*elderly*) : 60 – 74 tahun, lanjut usia tua (*old*): 75 – 90 tahun, usia sangat tua (*very old*) yaitu di atas 90 tahun; Prof. Dr. Ny. Sumiati Ahmad Mohamad (alm), Guru Besar Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada mengelompokkan usia

lansia menjadi 2, yaitu lansia *prasegium* (40-65 tahun) dan lansia *senium* (65 tahun ke atas).

Berdasarkan pemaparan mengenai definisi dan batasan umur lansia dapat disimpulkan bahwa lansia adalah seseorang yang telah mencapai umur 60 tahun atau lebih dimana banyak terjadi kemunduran-kemunduran baik dari segi fisik, fisiologis, maupun psikologis.

2.1.2 Karakteristik psikobiologikal umum proses penuaan

Hudak dan Gallo (2010) menjelaskan tentang karakteristik lansia baik dari segi biologis maupun psikologis yang terkait dengan proses penuaan:

1) Isu biologis

Proses penuaan mengakibatkan perubahan pada organ tubuh manusia. Perubahan-perubahan organ tersebut diantaranya adalah: peningkatan jumlah jaringan penyambung dan kolagen; tak tampaknya elemen seluler pada sistem saraf, otot, dan organ vital lain; penurunan jumlah sel fungsional yang normal; peningkatan jumlah lemak; penurunan penggunaan oksigen; penurunan pompa darah selama istirahat; sedikitnya pengeluaran udara oleh paru; penurunan regangan otot; penurunan eksresi hormon; penurunan aktivitas sensori dan persepsi; gangguan pada tekanan darah, gangguan absorpsi lemak, protein, dan karbohidrat; dan penyempitan pada lumen arteri.

2) Isu psikososial

Perubahan psikososial terjadi terutama setelah seseorang mengalami pensiun. Berikut ini adalah hal-hal yang akan terjadi pada masa pensiun:

- a. Kehilangan sumber finansial atau pemasukan (*income*) berkurang.
- b. Kehilangan status karena dulu mempunyai jabatan posisi yang cukup tinggi, lengkap dengan segala fasilitasnya.
- c. Kehilangan teman atau relasi.
- d. Kehilangan pekerjaan atau kegiatan.

- e. Merasakan atau kesadaran akan kematian (*sense of awareness of mortality*).

Berikut ini adalah tugas perkembangan lansia menurut Hudak dan Gallo (2010):

- a. Pengambilan keputusan dimana dan bagaimana hidup untuk sisa usia mereka.
- b. Penyediaan dukungan, intimasi, dan kepuasan berhubungan dengan pasangan, keluarga, dan teman.
- c. Mempertahankan lingkungan rumah yang adekuat dan memuaskan sehubungan dengan status kesehatan dan ekonomi.
- d. Menyediakan pendapatan yang memuaskan.
- e. Mempertahankan tingkat kesehatan yang maksimum.
- f. Mempertahankan perawatan kesehatan menyeluruh dan kesehatan gigi.
- g. Mempertahankan komunikasi dan kontak dengan keluarga dan teman.
- h. Mempertahankan keterikatan sosial, sipil, dan politik.
- i. Membuat aktivitas baru yang meningkatkan status.
- j. Menemukan arti hidup setelah pensiun dan saat melawan penyakit dan kematian akan orang yang dicintai.
- k. Mengembangkan filosofi hidup dan menemukan kenyamanan dalam filosofi dan agama.

2.2 Teori menua

2.2.1 Teori biologis proses menua

2.2.1.1 Teori radikal bebas

Teori radikal bebas diperkenalkan pertama kali oleh Denham Harman pada tahun 1956, yang menyatakan bahwa proses menua normal merupakan akibat kerusakan jaringan oleh radikal bebas. Harman menyatakan bahwa mitokondria sebagai generator radikal bebas, juga merupakan target kerusakan dari radikal bebas tersebut (Setiati, Harimurti, & Roosheroe, 2006 dalam Sudoyo, 2006).

Radikal bebas adalah produk metabolisme seluler yang merupakan bagian molekul yang sangat reaktif. Molekul ini memiliki muatan ekstraseluler kuat yang dapat menciptakan reaksi dengan protein, mengubah bentuk dan sifatnya. Molekul ini juga dapat bereaksi dengan lipid yang berada dalam membran sel, mempengaruhi permeabilitasnya, atau dapat berikatan dengan organel sel (Christiansen & Grzybowski, 1993 dalam Potter & Perry, 2005).

2.2.1.2 Teori imunologis

Beberapa teori menyatakan bahwa penurunan atau perubahan dalam keefektifan sistem imun berperan dalam penuaan. Tubuh kehilangan kemampuan untuk membedakan proteinnya sendiri dengan protein asing; sistem imun menyerang dan menghancurkan jaringannya sendiri pada kecepatan yang meningkat secara bertahap (Potter & Perry, 2005). Disfungsi sistem imun ini diperkirakan menjadi faktor dalam perkembangan penyakit kronis seperti kanker, diabetes, dan penyakit kardiovaskular, serta infeksi.

2.2.2 Teori psikososial

2.2.2.1 Teori *disengagement*

Teori *disengagement* dari Cummings dan Henry (1961 dalam Potter, 2005) menyatakan bahwa orang yang menua menarik diri dari peran yang biasanya dan terikat pada aktivitas yang lebih introspektif dan berfokus diri sendiri. Teori ini meliputi empat konsep dasar (Maddox, 1974 dalam Potter & Perry, 2005): 1) individu yang menua dan masyarakat secara bersama saling menarik diri, 2) *disengagement* adalah intrinsik dan tidak dapat dielakkan baik secara biologis dan psikologis, 3) *disengagement* dianggap perlu untuk keberhasilan penuaan, dan 4) *disengagement* bermanfaat baik bagi lansia dan masyarakat.

2.2.2.2 Teori aktivitas

Teori aktivitas tidak menyetujui teori *disengagement* dan menegaskan bahwa kelanjutan aktivitas dewasa tengah penting untuk keberhasilan penuaan. Lemon et al. (1972 dalam Potter, 2005) mengusulkan bahwa orang tua yang aktif secara

Universitas Indonesia

sosial lebih cenderung menyesuaikan diri terhadap penuaan dengan baik. Penelitian setelah itu menunjukkan bahwa lansia dengan keterlibatan sosial yang lebih besar memiliki semangat dan kepuasan hidup yang tinggi, penyesuaian serta kesehatan mental yang lebih positif daripada lansia yang kurang terlibat secara sosial.

2.3 Teori dan konsep depresi pada lansia

2.3.1 Pengertian depresi

Hawari (2007) mendefinisikan depresi adalah gangguan alam perasaan (*mood*) yang ditandai dengan kemurungan dan kesedihan yang mendalam dan berkelanjutan sehingga hilangnya kegairahan hidup, tidak mengalami gangguan dalam menilai realitas (*Reality Testing Ability/ RTA*) masih baik, kepribadian tetap utuh (tidak mengalami keretakan kepribadian/ *splitting of personality*), perilaku dapat terganggu tetapi dalam batas-batas normal.

Menurut Lumbantobing (2004), depresi adalah suatu penyakit episodik dimana gejala depresi dapat terjadi sendirian atau disertai oleh mania (penyakit manik-depresif atau bipolar). Faktor genetik nampaknya penting dan individu dengan riwayat keluarga dengan kelainan afektif cenderung untuk mendapatkan episode depresi atau mania. Gangguan depresif merupakan penyakit yang spesifik dengan kelompok gejala psikologi (*behavioral*) dan fisiologis (biologis, vegetatif).

Berdasarkan pemaparan tentang pengertian depresi diatas, depresi adalah suatu keadaan dimana mental seseorang mengalami gangguan yang ditandai dengan perilaku murung, sedih, menarik diri, dan hilangnya kegembiraan. Depresi pada lansia terjadi akibat kemunduran-kemunduran baik dari fisik maupun psikologis serta kurangnya dukungan dari keluarga. Depresi jika tidak segera ditangani maka akan semakin merusak dan memperparah kesehatan serta kualitas hidup lansia.

2.3.2 Teori-teori yang berhubungan dengan depresi pada lansia.

Soejono, Probosuseno, & Sari (2006 dalam Sudoyo, 2006) menjelaskan tentang teori yang berhubungan dengan terjadinya depresi pada lansia:

- 1) Teori neurobiologi yang menyebutkan bahwa faktor genetik berperan. Kemungkinan depresi yang terjadi pada saudara kembar monozigot adalah 60 – 80% sedangkan pada saudara kembar heterozigot adalah 25 – 35%.
- 2) Freud dan Karl Abraham berpendapat bahwa pada proses berkabung akibat hilangnya obyek cinta seperti orang maupun obyek abstrak dapat terintrojeksikan ke dalam individu sehingga menyatu atau merupakan bagian dari individu itu. Obyek cinta yang hilang bisa berupa kebugaran yang tidak muda lagi, kemunduran kondisi fisik akibat berbagai kondisi multipatologi, kehilangan fungsi seksual, dan lain-lain. Seligman berpendapat bahwa terdapat hubungan antara kehilangan yang tidak terhindarkan akibat proses menua dan kondisi multipatologi tadi dengan sensasi *passive helplessness* yang sering terjadi pada usia lanjut.
- 3) Dalam teori Erik Erikson, kepribadian terus berkembang dan terus tumbuh dengan perjalanan kehidupan. Perkembangan ini melalui beberapa tahap psikososial seperti melalui konflik-konflik yang terselesaikan oleh individu tersebut yang dipengaruhi oleh maturitas kepribadian pada fase perkembangan sebelumnya, dukungan lingkungan terdekatnya dan tekanan hidup yang dihadapinya. Erikson menyebutkan adanya krisis *integrity versus despair* yaitu individu yang sukses melampaui tahapan tadi akan dapat beradaptasi dengan baik, menerima segala perubahan yang terjadi dengan tulus dan memandang kehidupan dengan rasa damai dan bijaksana. Penelitian akhir-akhir ini juga mengatakan bahwa konflik *integrity versus despair* berhasil baik pada usia lanjut yang lebih muda dibanding usia lanjut yang lebih tua.

Teori Heinz Kohut menekankan pada aspek hilangnya rasa kecintaan pada diri sendiri akibat proses penuaan ditambah dengan rasa harga diri dan kepuasan diri yang kurang. Dukungan sosial yang tidak terpenuhi akan menyebabkan usia lanjut tidak mampu memelihara dan mempertahankan rasa harga diri. Mereka sering merasa tegang dan takut, cemas, murung, kecewa dan tidak merasa sejahtera di usia senja.

2.3.3 Manifestasi klinis depresi

Gejala utama yang timbul pada seseorang yang mengalami depresi diantaranya adalah: *mood* yang terdepresi; anhedonisme (perhatian dan kenikmatan berkurang terhadap aktivitas yang menyenangkan sebelumnya); perubahan berat badan yang tidak disengaja sebesar 5% atau lebih dalam satu bulan; perubahan pola tidur; agitasi atau retardasi psikomotor; kelelahan; perasaan tidak berharga atau bersalah yang tidak sesuai dengan situasi; kesulitan dalam berfikir, berkonsentrasi, atau membuat keputusan; putus asa, tidak berdaya, dan/atau memiliki gagasan bunuh diri (Videbeck, 2008).

2.4 Faktor-faktor yang mempengaruhi depresi pada lansia

Faktor-faktor resiko terjadinya depresi pada lansia menurut Amir (2005) yaitu :

1) Jenis kelamin

Depresi lebih sering terjadi pada wanita. Ada dugaan bahwa wanita lebih sering mencari pengobatan sehingga depresi lebih sering terdiagnosis. Selain itu, ada pula yang menyatakan bahwa wanita lebih sering terpajan dengan stresor lingkungan dan ambangnya terhadap stresor lebih rendah bila dibandingkan dengan pria. Adanya depresi yang berkaitan dengan ketidakseimbangan hormon pada wanita menambah tingginya prevalensi depresi pada wanita. Penelitian yang dilakukan oleh Suryo (2011) dengan judul “Gambaran depresi pada lansia di panti werdha dharma bakti surakarta ” didapatkan hasil tingkat depresi lansia dari perspektif jenis kelamin pada lansia di Panti Werdha Dharma Bhakti Surakarta menunjukkan bahwa lansia

perempuan memiliki tingkat depresi lebih tinggi dibandingkan lansia laki-laki.

2) Usia

Depresi lebih sering terjadi pada usia muda. Umur rata-rata awitan antara 20 – 40 tahun. Faktor sosial sering menempatkan seseorang yang berusia muda pada risiko tinggi. Predisposisi *biologic* seperti faktor genetik juga sering memberikan pengaruh pada seseorang yang berusia lebih muda. Walaupun demikian, depresi juga dapat terjadi pada anak-anak dan usia lanjut.

Gejala depresi pada lansia prevalensinya tinggi dan semakin meningkat seiring bertambahnya umur lansia. Lansia yang berumur 75 tahun keatas cenderung mengalami depresi daripada lansia yang berumur kurang dari 75 tahun ke atas (Veer-Tazelaar et al, 2007). Penelitian yang dilakukan oleh Suryo (2011) dengan judul “Gambaran depresi pada lansia di panti werdha dharma bakti surakarta” didapatkan hasil gambaran tingkat depresi lansia dari perspektif umur pada lansia di Panti Werdha Dharma Bhakti Surakarta menunjukkan bahwa semakin tua lansia maka tingkat depresi lansia cenderung meningkat.

3) Status perkawinan

Gangguan depresi mayor lebih sering dialami individu yang bercerai atau berpisah bila dibandingkan dengan yang menikah atau lajang. Status perceraian menempatkan seseorang pada risiko yang lebih tinggi untuk menderita depresi. Hal yang sebaliknya dapat pula terjadi, yaitu depresi menempatkan seseorang pada risiko diceraikan. Wanita lajang lebih jarang menderita depresi dibandingkan dengan wanita menikah. Sebaliknya, pria yang menikah lebih jarang menderita depresi bila dibandingkan dengan pria lajang. Depresi lebih sering pada orang yang tinggal sendiri bila dibandingkan dengan yang tinggal bersama kerabat lain.

4) Riwayat keluarga

Riwayat keluarga yang menderita gangguan depresi lebih tinggi pada subyek penderita depresi bila dibandingkan dengan kontrol. Begitu pula, riwayat keluarga bunuh diri dan menggunakan alkohol lebih sering pada keluarga penderita depresi daripada kontrol. Dengan perkataan lain, risiko depresi semakin tinggi bila ada riwayat genetik dalam keluarga.

5) Riwayat penyakit

Penyakit kronik yang diderita lansia selama bertahun-tahun biasanya menjadikan lansia lebih mudah terkena depresi. Penelitian yang dilakukan oleh Chang-Quan, Bi-Rong, Zhen-Chan, Ji-Rong, dan Qing-Xiu (2009) menyebutkan bahwa beberapa penyakit kronik yang menjadi faktor resiko meningkatnya depresi yaitu *stroke*, hilangnya fungsi pendengaran, hilangnya fungsi penglihatan, penyakit jantung, dan penyakit kronik paru. Sedangkan pada penyakit lainnya yang memerlukan studi lebih lanjut adalah arthritis, hipertensi dan diabetes dimana studi nantinya untuk melihat apakah penyakit tersebut menjadi faktor resiko terjadinya depresi atau tidak. Depresi secara umum diderita oleh pasien dengan penyakit jantung koroner dan penyakit jantung lainnya (Krishnan, 2002).

6) Kepribadian

Seseorang dengan kepribadian yang lebih tertutup, mudah cemas, hipersensitif, dan lebih bergantung pada orang lain lebih rentan terhadap depresi.

7) Stresor sosial

Stresor adalah suatu keadaan yang dirasakan sangat menekan sehingga seseorang tidak dapat beradaptasi dan bertahan. Stresor sosial merupakan faktor risiko terjadinya depresi. Peristiwa-peristiwa kehidupan baik yang akut maupun yang kronik dapat menimbulkan depresi. Misalnya percekcoakan yang hampir berlangsung setiap hari baik di tempat kerja atau di rumah tangga,

Universitas Indonesia

kesulitan keuangan, dan ancaman yang menetap terhadap keamanan (tinggal di daerah yang berbahaya atau konflik) dapat mencetuskan depresi.

8) Dukungan sosial

Seseorang yang tidak terintegrasi ke dalam masyarakat cenderung menderita depresi. Dukungan sosial terdiri dari empat komponen, yaitu: jaringan sosial, interaksi sosial, dukungan sosial yang didapat, dan dukungan instrumental. Jaringan sosial dapat dinilai dengan mengidentifikasi individu-individu yang berada dekat pasien. Misalnya ketidakadaan pasangan merupakan risiko untuk gangguan depresi. Interaksi sosial dapat ditentukan dengan frekuensi interaksi antara subyek dengan anggota-anggota jaringan kerja yang lain. Isolasi sosial menempatkan seseorang pada resiko depresi. Selain frekuensi, kualitas interaksi jauh lebih penting dalam menentukan terjadinya depresi.

9) Dukungan keluarga

Keluarga merupakan *support system* (sistem pendukung) yang berarti sehingga dapat memberi petunjuk tentang kesehatan mental klien, peristiwa dalam hidupnya dan sistem dukungan yang diterima. Sistem dukungan penting bagi kesehatan lanjut usia terutama fisik dan emosi. Lansia yang sering dikunjungi, ditemani dan mendapatkan dukungan akan mempunyai kesehatan mental yang lebih baik (Hogstel, 1995 dalam Juliana & Sukmawati, 2008).

Juliana dan Sukmawati (2008) dalam penelitiannya yang berjudul “Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tingkat Depresi pada Lansia di Salah Satu RW Kelurahan Pondok Cina Kecamatan Beji Kota Depok” didapatkan hasil bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan tingkat depresi pada lansia. Lansia yang memperoleh dukungan keluarga tinggi, lebih tidak beresiko mengalami depresi 8,33 kali dibandingkan dengan lansia dengan dukungan keluarga sedang.

10) Tidak bekerja

Tidak mempunyai pekerjaan atau menganggur juga merupakan faktor risiko terjadinya depresi. Suatu survai yang dilakukan terhadap wanita dan pria dibawah 65 tahun yang tidak bekerja sekitar enam bulan melaporkan bahwa depresi tiga kali lebih sering pada pengangguran daripada yang bekerja.

2.5 APGAR Keluarga

APGAR Keluarga adalah kuesioner skrining singkat yang dirancang untuk merefleksikan kepuasan anggota keluarga terhadap status fungsional keluarga (Smilkstein, Ashworth, & Montano, 1982 dalam, Wong, 2008). APGAR Keluarga berguna untuk *screening* secara cepat tentang fungsi keluarga dan dikerjakan dalam waktu singkat serta mengukur level kepuasan hubungan dalam keluarga.

Komponen dari APGAR Keluarga (Wong, 2008), yaitu:

A : *Adaptation* (adaptasi) adalah penggunaan sumber-sumber intra dan ekstra keluarga untuk menyelesaikan masalah jika keseimbangan keluarga tertekan selama krisis.

P : *Partnership* (kemitraan) adalah pembagian pengambilan keputusan untuk memupuk tanggung jawab oleh anggota keluarga.

G : *Growth* (pertumbuhan) adalah kematangan fisik dan emosional dan pemenuhan diri sendiri yang dicapai oleh anggota keluarga melalui dukungan dan panduan yang mutual.

A : *Affection* (kasih sayang) adalah hubungan saling peduli atau saling mencintai yang terdapat di antara anggota keluarga.

R : *Resolve* (penyelesaian) adalah komitmen untuk memberikan kesempatan pada anggota keluarga untuk perawatan fisik dan emosional.

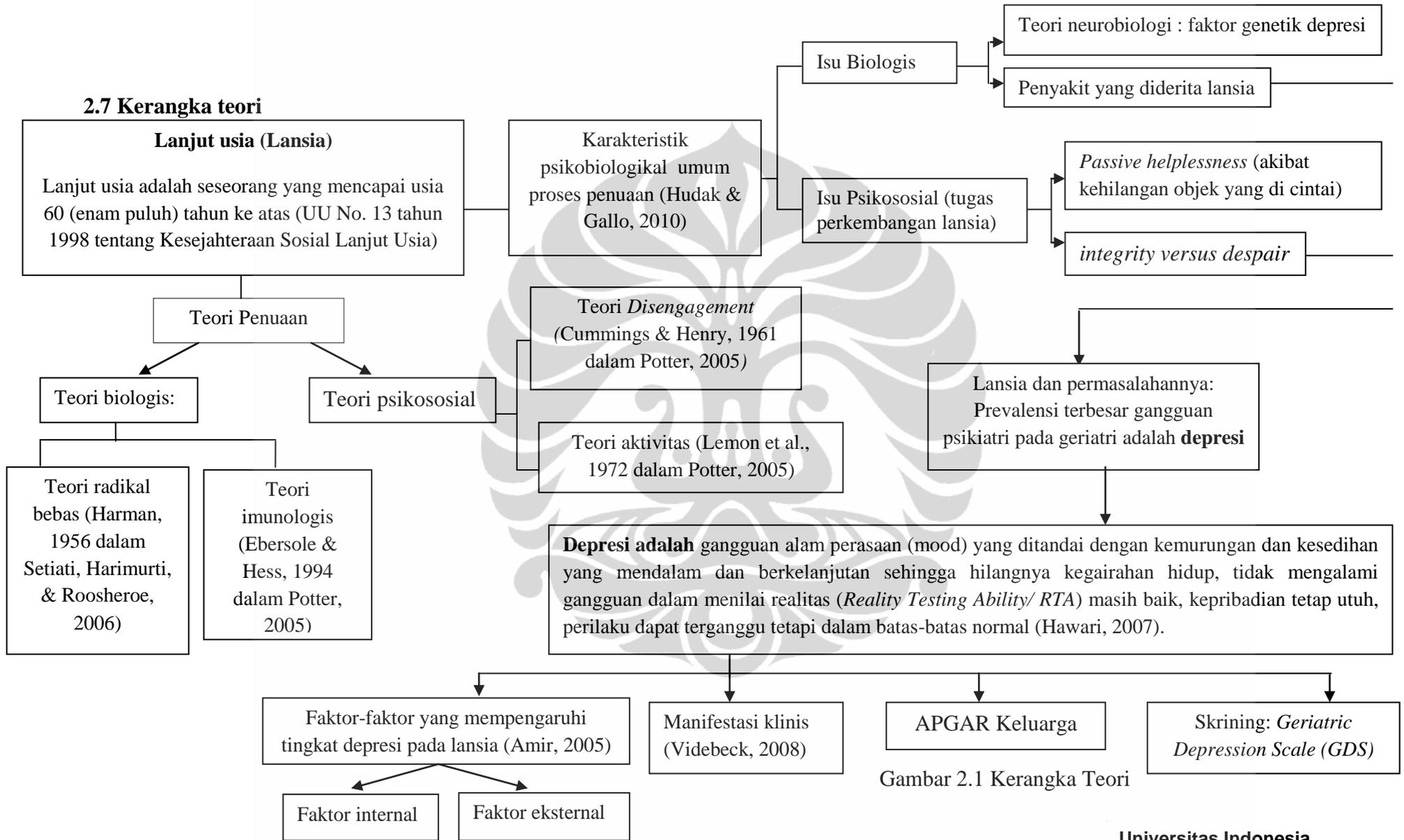
Dalam kuesioner APGAR Keluarga, respon terhadap 5 pertanyaan dalam kuesioner akan diberi nilai sebagai berikut: “hampir selalu” bernilai 2, “kadang-kadang” bernilai 1, dan “tidak pernah” bernilai 0. Setiap nilai dari item pertanyaan dijumlahkan. Nilai 7 sampai 10 menunjukkan fungsi keluarga tinggi, 4 sampai 6

disfungsi keluarga sedang, dan 0-3 disfungsi keluarga yang berat (Smilkstein, 1984).

2.6 Skrining depresi pada lansia: *Geriatric Depression Scale*

Salah satu langkah awal yang penting dalam penatalaksanaan depresi adalah mendeteksi atau mengidentifikasi. Jika dicurigai terjadi depresi, perawat harus melakukan pengkajian dengan alat pengkajian yang terstandardisasi dan dapat dipercaya serta valid dan memang dirancang untuk diujikan kepada lansia. Salah satu alat yang paling mudah digunakan dan diinterpretasikan di berbagai tempat adalah *Geriatric Depression Scale (GDS)* (Stanley & Beare, 2006).

Geriatric Depression Scale (GDS), pertama kali diciptakan oleh Yesavage dkk, telah diuji dan digunakan secara luas dengan populasi yang lebih tua. *Geriatric Depression Scale* tersebut menggunakan format laporan sederhana yang diisi sendiri dengan ya atau tidak atau dapat dibacakan untuk orang dengan gangguan penglihatan, serta memerlukan waktu sekitar 10 menit untuk menyelesaikannya (Stanley & Beare, 2006). Skor total 0 - 9 dianggap normal, 10 - 19 mengindikasikan depresi ringan dan 20 - 30 mengindikasikan depresi berat. *GDS* ini dapat dimampatkan menjadi hanya 15 pertanyaan saja dan mungkin lebih sesuai untuk dipergunakan dalam praktek umum sebagai alat penapis depresi pada usia lanjut. Dalam penelitian ini nantinya, *GDS* yang akan dipergunakan adalah *GDS* yang telah mengalami pemampatan dalam bentuk 15 pertanyaan. Skor total adalah 0-5 dianggap normal/ tidak depresi, sedangkan lebih dari 5 mengindikasikan depresi (Sheikh & Yesavage, 1986 dalam Mauk, 2010).



Gambar 2.1 Kerangka Teori

Kerangka teori diatas menggambarkan tentang perkembangan lansia baik secara biologis maupun psikologis serta permasalahan yang dialami lansia yaitu depresi. Lanjut usia menurut UU No. 13 tahun 1998 tentang Kesejahteraan Sosial Lanjut Usia adalah seseorang yang mencapai usia 60 tahun ke atas. Banyak teori yang menjelaskan mengenai penuaan. Teori-teori penuaan terbagi atas teori biologis yang terdiri dari teori radikal bebas dan teori imunologis, sedangkan untuk teori psikososial terbagi atas teori *disengagement* dan teori aktivitas. Lansia memiliki beberapa karakteristik psikobiologikal umum proses penuaan seperti lansia memiliki faktor genetik depresi (teori neurobiologi), lansia memiliki beberapa penyakit yang diderita, lansia mulai mengalami kehilangan objek yang dicintainya, serta tugas perkembangan lansia yaitu *integrity versus despair*.

Lansia akan dihadapkan pada perubahan yang kadang membuatnya stres. Penyakit kronik yang diderita, kehilangan pasangan dan orang-orang yang dicintai, kehilangan pekerjaan, stresor sosial, dan kurangnya dukungan keluarga memicu terjadinya depresi pada lansia. Menurut Amir (2005), banyak faktor-faktor yang bisa mempengaruhi terjadinya depresi pada lansia. faktor-faktor ini terbagi atas faktor internal dan faktor eksternal. Dalam faktor internal terdiri dari biologis (usia, jenis kelamin, riwayat keluarga), fisis (riwayat penyakit yang pernah diderita), dan psikologis (kepribadian lansia). Faktor eksternal yaitu sosial, yang meliputi status perkawinan, pekerjaan, lama tinggal di panti, stresor sosial, dan dukungan sosial. Dukungan sosial yang didapat baik dari keluarga maupun dari lingkungan tempat tinggal lansia. Keluarga merupakan *support system* yang penting bagia lansia. Cara mengetahui bagaimana dukungan keluarga terhadap lansia bisa dengan menggunakan kuesioner APGAR Keluarga.

Seseorang yang dicurigai depresi bisa dilakukan pengkajian dengan melakukan skrining *Geriatric Depression Scale*. Instrumen ini diciptakan oleh Yesavage dkk. Hasil dari pengkajian *GDS* ini yaitu dengan skor dan terdiri atas dua tingkatan yaitu normal dan dicurigai depresi.

BAB 3 KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL

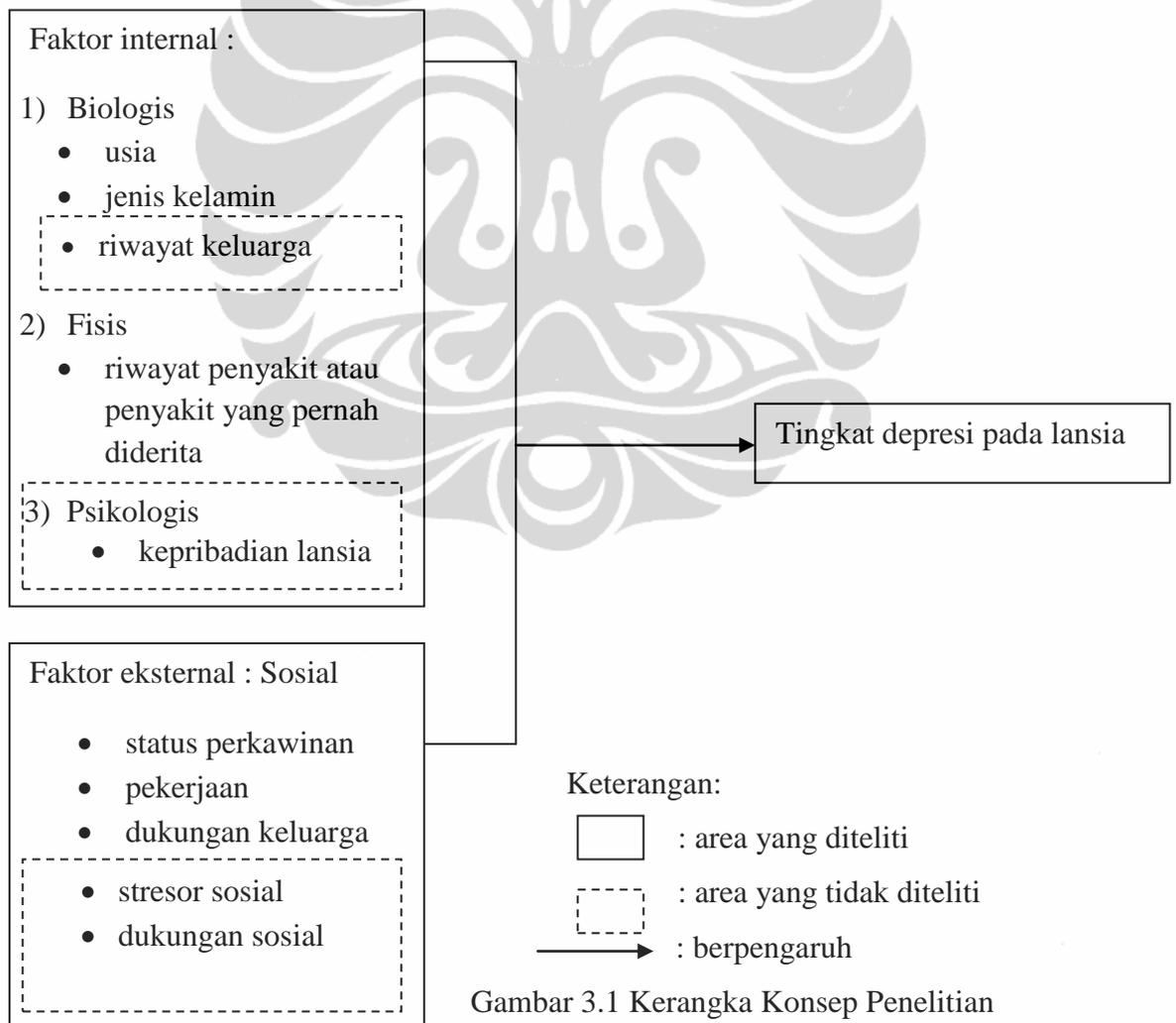
Bab ini membahas mengenai kerangka konsep penelitian, hipotesis penelitian, dan definisi operasional.

3.1 Kerangka konsep

Konsep adalah abstraksi dari suatu realita agar dapat dikomunikasikan dan membentuk suatu teori yang menjelaskan keterkaitan antar variabel (baik variabel yang diteliti maupun yang tidak diteliti). Kerangka konsep akan membantu peneliti dalam menghubungkan hasil penemuan dengan teori (Nursalam, 2003). Pada kerangka konsep dijelaskan bahwa tingkat depresi pada lansia dipengaruhi oleh faktor-faktor baik itu faktor internal maupun faktor eksternal.

Variabel independen

Variabel dependen



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

3.2 Hipotesis

Hipotesis dari penelitian ini adalah:

- 1) Tidak ada hubungan antara usia dengan tingkat depresi
- 2) Tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan tingkat depresi
- 3) Tidak ada hubungan antara riwayat penyakit dengan tingkat depresi
- 4) Tidak ada hubungan antara status perkawinan dengan tingkat depresi
- 5) Tidak ada hubungan antara pekerjaan sebelum tinggal di panti dengan tingkat depresi
- 6) Tidak ada hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat depresi



3.3 Definisi operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional

Variabel independen						
Variabel	Definisi operasional		Cara ukur	Alat ukur	Hasil ukur	Skala
Komponen faktor internal						
Biologis						
Usia	Lama waktu responden yaitu dilahirkan ulang terakhir menjadi responden	sejak hidup sampai tahun saat	1 (satu) item pertanyaan pada bagian II	Kuesioner	1.Usia <i>prasenium</i> (40-65 tahun) 2. Usia <i>senium</i> (65 tahun ke atas)	Interval
Jenis kelamin	Identitas responden dibawa sejak lahir	seksual yang	1 (satu) item pertanyaan pada bagian II	Kuesioner	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
Fisik						
Riwayat penyakit	Kondisi kesehatan lansia, penyakit maupun kronik	baik akut	1 (satu) item pertanyaan pada bagian II	Kuesioner	1: Diabetes Mellitus 2: Asam Urat 3: Tekanan darah Tinggi 4: <i>Benign Prostatic Hyperplasia/</i> Pembesaran Kelenjar Prostat 5: Infeksi saluran perkemihan 6: Stroke 7: Gangguan fungsi pendengaran dan penglihatan 8: Penyakit kronik paru-paru 9: insomnia 10: konstipasi 11: lain-lain	Nominal

Variabel	Definisi operasional	Cara ukur	Alat ukur	Hasil ukur	Skala
				Catatan: dalam analisa univariat dan bivariat riwayat penyakit dikelompokkan menjadi 0-2 jenis penyakit dan lebih dari 2 jenis penyakit (Wulandari, 2011).	
Komponen faktor eksternal					
Status perkawinan	Hubungan yang sah secara hukum agama dan negara antara laki-laki dan perempuan.	1 (satu) item pertanyaan pada bagian III.	Kuesioner	1. Kawin dan masih hidup 2. Janda/ duda 3. Tidak kawin	Nominal
				Catatan: dalam analisa univariat dan bivariat status perkawinan dikelompokkan menjadi menikah dan tidak menikah (janda/duda/ belum menikah).	
Pekerjaan	Sesuatu yang dilakukan lansia untuk menghasilkan pendapatan berupa uang.	1 (satu) item pertanyaan pada bagian III	Kuesioner	1. Pegawai negeri 2. Karyawan swasta 3. Buruh 4. Tani 5. Tidak bekerja	Nominal

Variabel	Definisi operasional	Cara ukur	Alat ukur	Hasil ukur	Skala
				Catatan: dalam analisa univariat dan bivariat pekerjaan dikelompokkan menjadi 2 yaitu bekerja dan tidak bekerja	
Dukungan keluarga	Proses hubungan di antara keluarga dengan lingkungan sosialnya (Logan & Dawkin, 1986 dalam Juliana & Sukmawati, 2008).	5 item pertanyaan pada bagian III. Ada 5 item pertanyaan yang akan dijawab lansia dengan jawaban selalu, jarang, tidak pernah.	Kuesioner APGAR keluarga bagi lansia.	Total nilai dan interpretasinya: 7 – 10: keluarga sehat/ keluarga yang berfungsi sangat baik (<i>highly functional family</i>) 4 – 6: keluarga yang kurang sehat/ keluarga disfungsional sedang (<i>moderately dysfunctional family</i>) 0 – 3: keluarga yang tidak sehat/ keluarga disfungsional berat (<i>severely dysfunctional family</i>) (Smilkstein, 1984)	Ordinal

Variabel dependen

Variabel	Definisi operasional	Cara ukur	Alat ukur	Hasil ukur	Skala
Tingkat depresi lansia	Gangguan alam perasaan (<i>mood</i>) yang ditandai dengan kemurungan dan kesedihan yang mendalam dan berkelanjutan sehingga hilangnya kegairahan hidup, tidak mengalami gangguan dalam menilai realitas (<i>Reality Testing Ability/ RTA</i>) masih baik, kepribadian tetap utuh (tidak mengalami keretakan kepribadian/ <i>splitting of personality</i>) perilaku dapat terganggu tetapi dalam batas-batas normal (Hawari, 2007).	15 item pertanyaan pada bagian IV. Lansia akan menjawab pertanyaan dengan jawaban IYA dan TIDAK.	Kuesioner dengan menggunakan <i>Geriatric Depression Scale-15 (GDS- 15)</i> .	Total skor : 1. 0-5 = tidak depresi; 2. >5 mengindikasikan depresi.	Ordinal

BAB 4

METODOLOGI PENELITIAN

Bab ini membahas mengenai desain penelitian, populasi dan sampel, tempat dan waktu penelitian, etika penelitian, alat pengumpul data, metode pengumpulan data, pengolahan dan analisis data, jadwal kegiatan penelitian, dan sarana yang digunakan dalam penelitian ini.

4.1 Desain penelitian

Penelitian ini menggunakan metode penelitian deskriptif korelatif yaitu penelitian yang diarahkan untuk mendeskripsikan atau menguraikan suatu keadaan di dalam suatu komunitas atau masyarakat dan bertujuan untuk menggambarkan ada tidaknya hubungan antar variabel yang diteliti (Notoatmodjo, 2010).

4.2 Populasi dan sampel

Populasi penelitian ini adalah seluruh lansia yang tinggal di Panti Sosial Tresna Werdha (PSTW) Budi Mulia 4 Jakarta Selatan. Jumlah lansia yang ada di panti sampai bulan April 2012 adalah sebanyak (119 orang lansia) dengan kriteria:

- 1) Dapat berkomunikasi dengan baik dan menggunakan bahasa Indonesia
- 2) Tidak dalam keadaan sakit fisik yang berat serta sakit mental
- 3) Berjenis kelamin laki-laki atau perempuan
- 4) Tinggal di PSTW Budi Mulia 4 Jakarta Selatan.

Besar atau banyaknya sampel yang digunakan dalam penelitian ini dihitung dengan menggunakan rumus Slovin (Nursalam, 2003):

$$n = \frac{N}{N \cdot d^2 + 1}$$

Keterangan:

n = jumlah sampel

N = jumlah populasi

d = tingkat signifikansi (p) di mana dalam perhitungan ini diambil 0,1

Jadi sampel minimal yang akan diteliti adalah:

$$n = \frac{N}{N \cdot d^2 + 1}$$

$$n = \frac{119}{119 \cdot (0,1)^2 + 1}$$

$$n = 54$$

Untuk mengantisipasi apabila terjadi data yang kurang lengkap atau responden berhenti ditengah penelitian, maka peneliti menambah jumlah sampel sebanyak 10%. Koreksi atau penambahan jumlah sampel berdasarkan prediksi sampel *drop out* dari penelitian (Kelana, 2011). Rumus yang digunakan untuk koreksi jumlah sampel adalah:

$$n' = \frac{n}{1 - f}$$

Keterangan Rumus:

- n' : besar sampel setelah dikoreksi
 n : jumlah sampel berdasarkan estimasi sebelumnya
 f : prediksi presentase sampel *drop out*

Jadi sampel minimal setelah ditambah dengan perkiraan sampel *drop out* adalah sebagai berikut:

$$n' = \frac{n}{1 - f}$$

$$n' = \frac{54}{1 - 0,1}$$

$$n' = 60$$

Responden yang akan terlibat dalam penelitian ini berdasarkan hasil perhitungan adalah sebanyak 60 orang. Pada saat pengambilan data penelitian, sampel yang didapatkan akhirnya sejumlah 64 responden, namun hanya 63 responden yang dapat diolah datanya. Cara pengambilan sampel yang dilakukan oleh peneliti adalah dengan teknik *purposive sampling*, yaitu suatu teknik pengambilan sampel

yang didasarkan pada suatu pertimbangan tertentu yang dibuat oleh peneliti sendiri, berdasarkan ciri atau sifat-sifat populasi yang sudah diketahui sebelumnya (Notoadmodjo, 2010). Peneliti mengambil sampel lansia yang ada di PSTW Budi Mulia 4 yang sesuai dan memenuhi kriteria inklusi responden.

4.3 Tempat dan waktu penelitian

Penelitian dilakukan di Panti Sosial Tresna Werdha (PSTW) Budi Mulia 4 Jakarta Selatan. Dasar pemilihan tempat ini adalah karena PSTW ini merupakan PSTW milik Pemerintah yang dihuni oleh lansia dari berbagai golongan sosial ekonomi dan dari berbagai daerah. Di samping itu PSTW ini juga sering dijadikan lahan praktek bagi mahasiswa keperawatan. Penelitian ini dilakukan mulai bulan Maret-April tahun 2012 yang diawali dengan pendekatan kepada lansia dan pegawai yang ada di PSTW, uji validitas dan reabilitas pada 13 lansia yang dilakukan tanggal 10 April 2012, dan pengumpulan data yang dilakukan pada tanggal 26-30 April 2012.

4.4 Etika penelitian

Kode etik penelitian adalah suatu pedoman etika yang berlaku untuk setiap kegiatan penelitian yang melibatkan antara pihak peneliti, pihak yang diteliti dan masyarakat yang akan memperoleh dampak dari hasil penelitian tersebut (Notoatmodjo, 2010). Etika berlangsung dari awal pembuatan proposal sampai penulis menuliskan teori dengan benar. Selanjutnya, peneliti melakukan etika penelitian dengan meminta perizinan kepada Dinas Sosial DKI Jakarta dengan membawa surat rekomendasi berupa surat perizinan dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Etika penelitian dibuat dengan tujuan untuk menjamin hak-hak manusia sebagai responden seperti:

1. *Self determination* yaitu kebebasan untuk terlibat atau tidak terlibat dalam penelitian. Peneliti memberikan penjelasan kepada calon responden mengenai kesediaan responden untuk terlibat atau tidak terlibat pada penelitian yang dilakukan oleh peneliti. Calon responden yang bersedia untuk terlibat dalam penelitian kemudian dicatat oleh peneliti pada catatan calon responden tetap.

Universitas Indonesia

2. *Privacy* yaitu kebebasan individu untuk menentukan waktu, cara/alat dan kebebasan untuk memberikan informasi. Peneliti menjelaskan kepada responden yang bersedia terlibat dalam penelitian terkait informasi yang disampaikan oleh responden pada lembar kuesioner.
3. *Confidentiality* yaitu kesediaan peneliti untuk dapat menyimpan rahasia responden. Peneliti harus dapat menjamin kerahasiaan responden. Semua data dalam penelitian yang mencantumkan identitas responden dan tempat penelitian hanya digunakan untuk kepentingan penelitian dan dapat dihapus apabila sudah tidak dipergunakan kembali.
4. *Fair treatment* yaitu kesediaan peneliti untuk melindungi responden dari rasa tidak nyaman. Peneliti memberikan penjelasan kepada responden yang terlibat dalam penelitian apabila selama mengisi kuesioner terdapat pertanyaan yang menyinggung perasaan responden atau responden merasa tidak nyaman dengan pertanyaan yang diajukan, maka responden berhak untuk keluar menjadi responden tetap. Hasil yang didapatkan seluruh responden bersedia menjawab semua pertanyaan kuesioner dan tidak ada yang merasa tidak nyaman selama proses pengisian kuesioner.
5. *Inform consent* yaitu suatu lembar persetujuan antara peneliti dengan responden. Tujuannya adalah supaya responden mengerti maksud dan tujuan dari penelitian serta dampak yang diperoleh dari penelitian yang dilakukan. Apabila responden yang sudah dipilih merasa tidak nyaman dan tidak bersedia, maka peneliti menghormati hak responden yang tidak ingin berpartisipasi dalam penelitian. *Inform consent* penelitian ini berada pada lampiran 4.

4.5 Alat pengumpul data

Alat pengumpul data yang digunakan dalam penelitian ini berupa kuesioner yang memuat beberapa pertanyaan yang mengacu pada kerangka konsep. Pertanyaan terdiri dari IV bagian. Bagian I berisikan pertanyaan mengenai identitas responden seperti nama, agama, dan suku asal responden.

Pada bagian II berisikan tentang komponen faktor internal yang memuat 3 pertanyaan seperti umur responden, jenis kelamin, dan riwayat penyakit.

Pada bagian III adalah komponen faktor eksternal seperti status perkawinan, pekerjaan sebelum tinggal di panti, serta APGAR Keluarga. APGAR Keluarga ini dijawab lansia dengan selalu, jarang, dan tidak pernah. Penilaiannya selalu bernilai 2, jarang bernilai 1, dan tidak pernah bernilai 0. Keseluruhan nilai dijumlahkan dan akan didapatkan rentang hasilnya, jika: 7 – 10: keluarga sehat/ keluarga yang berfungsi sangat baik (*highly functional family*); 4 – 6: keluarga yang kurang sehat/ keluarga disfungsional sedang (*moderately dysfunctional family*); 0 – 3: keluarga yang tidak sehat/ keluarga disfungsional berat (*severely dysfunctional family*) (Smilkstein, 1984).

Pada bagian IV adalah Skala Depresi Geriatrik 15 (*Geriatric Depression Scale-15*) yang dipergunakan untuk mengetahui tingkat depresi pada lansia. Kuesioner ini diisi oleh lansia atau dibacakan oleh peneliti. *Geriatric Depression Scale-15* (*GDS-15*) yang dibuat oleh Sheikh & Yesavage (1986). Ada 15 item pertanyaan dengan jawaban “YA” atau “TIDAK”. Rentang nilai untuk setiap jawaban adalah 0 dan 1. Total skor 0-5 = tidak depresi dan >5 mengindikasikan depresi.

Untuk menilai reliabilitas kuesioner dilakukan uji coba terhadap 13 sampel yang sama kriterianya dengan responden yang telah ditetapkan. Kemudian dilakukan revisi dengan mengubah redaksi atau uji keterbacaan untuk mendapatkan instrumen yang lebih baik sehingga instrumen dapat dianggap layak untuk dipergunakan dalam penelitian.

4.6 Metode pengumpulan data

Pengumpulan data penelitian dilakukan dengan tahap sebagai berikut:

- 1) Setelah proposal disetujui oleh dosen pembimbing dan koordinator mata ajar, peneliti selanjutnya mengajukan surat permohonan izin penelitian kepada KPS S1 Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Surat perizinan dilampirkan pada lampiran 1.

- 2) Peneliti mengurus perizinan ke Dinas Sosial DKI Jakarta. Surat perizinan dilampirkan pada lampiran 2.
- 3) Setelah mendapatkan izin dari pihak PSTW Budi Mulia 4 Jakarta Selatan, peneliti mengadakan pendekatan dengan karyawan di PSTW Budi Mulia 4. Karyawan diberi penjelasan tujuan penelitian dan dimohonkan bantuannya menjadi fasilitator dalam pengisian angket.
- 4) Selanjutnya peneliti mengunjungi responden dan mengadakan pendekatan serta menjelaskan kepada responden tentang penelitian yang dilakukan
- 5) Peneliti melakukan uji validitas dan reabilitas kuesioner kepada 13 lansia. Kemudian peneliti merevisi kuesioner dengan mengubah redaksi atau uji keterbacaan.
- 6) Setelah kuesioner direvisi, maka dilakukanlah pengambilan data pada tanggal 26- 30 April 2012.
- 7) Saat pengambilan data, peneliti menjelaskan tujuan, manfaat penelitian, jaminan kerahasiaan calon responden serta meminta kesukarelaan responden untuk ikut serta dalam penelitian.
- 8) Setelah ada persetujuan untuk ikut serta dalam penelitian responden akan diberikan *informed consent* untuk ditandatangani oleh calon responden sebagai bukti bahwa calon responden bersedia menjadi responden.
- 9) Responden yang memenuhi kriteria diberikan angket agar mengisinya dan peneliti berada di dekat responden agar bila ada pertanyaan dari responden yang tidak dimengerti oleh responden, peneliti dapat segera menjelaskannya.
- 10) Ada beberapa responden yang tidak mampu lagi membaca, maka peneliti membantu membacakan kuesioner, dan jawaban sepenuhnya diserahkan kepada responden. Waktu yang dibutuhkan untuk mengisi kuesioner adalah sekitar 10-15 menit setiap responden.
- 11) Peneliti mengingatkan respon untuk mengisi semua pertanyaan dengan lengkap, bila telah selesai diisi, selanjutnya dikembalikan kepada peneliti.

4.7 Pengolahan dan analisis data

4.7.1 Pengolahan data

Data yang telah dikumpulkan akan diolah melalui tahap (Notoatmodjo, 2010):

4.7.1.1 Editing

Kegiatan *editing* dilakukan untuk memeriksa data yang sudah terkumpul dan jika terdapat kekurangan langsung dilengkapi tanpa dilakukan penggantian atas jawaban responden. Kuesioner yang disebar sebanyak 64 kuesioner namun hanya 63 kuesioner yang datanya lengkap.

4.7.1.2 Coding

Pada tahap ini dilakukan pemberian kode pada setiap data yang telah terkumpul agar memudahkan pengolahan data. Berikut langkah pengkodean dari masing-masing variabel yang diteliti:

- 1) Agama: Islam diberi kode “1”, Kristen Protestan diberi kode “2”, Katolik diberi kode “3”.
- 2) Suku: Jawa diberi kode “1”, Sunda diberi kode “2”, Minang diberi kode “3”, Batak diberi kode “4”, Betawi diberi kode “5”, Melayu diberi kode “6”, Manado diberi kode “7”.
- 3) Usia: *praseenium* (40-65 tahun) diberi kode “1” dan *senium* (65 tahun ke atas) diberi kode “2”.
- 4) Jenis kelamin: laki-laki diberi kode “1”, perempuan diberi kode “2”.
- 5) Riwayat penyakit: 0-2 jenis penyakit diberi kode “1”, lebih dari 2 jenis penyakit diberi kode “2”.
- 6) Status perkawinan: menikah diberi kode “1”, tidak menikah (janda/duda/belum menikah) diberi kode “2”.
- 7) Pekerjaan: bekerja (tani, buruh/pembantu, karyawan swasta, PNS) diberi kode “1”, tidak bekerja (tidak bekerja sama sekali, ibu rumah tangga) diberi kode “2”.
- 8) Kuesioner APGAR Keluarga dengan 5 item pertanyaan dengan jawaban selalu bernilai 2, jarang bernilai 1, dan tidak pernah bernilai 0. Hasil jawaban dari tiap responden akan dijumlahkan dan dibagi menjadi 3 kategori dukungan keluarga yaitu jika nilai yang sudah dijumlahkan berjumlah 7 – 10: keluarga sehat/ keluarga yang berfungsi sangat baik

(*highly functional family*); 4 – 6: keluarga yang kurang sehat/ keluarga disfungsi sedang (*moderately dysfunctional family*); 0 – 3: keluarga yang tidak sehat/ keluarga disfungsi berat (*severely dysfunctional family*) (Smilkstein, 1984). Kategori ini terbagi menjadi 3 yaitu keluarga disfungsi berat diberi kode “1”, keluarga disfungsi sedang diberi kode “2”, dan keluarga berfungsi sangat baik diberi kode “3”.

- 9) Kuesioner *Geriatric Depression Scale 15* dengan 15 item pertanyaan yang dijawab dengan jawaban “IYA” dan “TIDAK”. Untuk nomor soal 1,5,7,11,13 jika dijawab “IYA” maka bernilai 0 dan diberi kode “0” untuk jawaban “IYA” kemudian jika dijawab “TIDAK” maka bernilai 1 dan diberi kode “1” untuk jawaban “TIDAK”. Sedangkan untuk nomor soal 2,3,4,6,8,9,10,12,14,15 jika dijawab “TIDAK” maka bernilai 0 dan diberi kode “0” untuk jawaban “TIDAK” kemudian jika dijawab “IYA” maka bernilai 1 dan diberi kode “1” untuk jawaban “IYA”.

4.7.1.3 Data entry

Peneliti memasukkan (*entry*) data kuisisioner yang telah diisi oleh responden ke paket *software* komputer. Data kuisisioner yang telah dilakukan proses *editing* (pengecekan kelengkapan data) dan *coding* (pengubahan data yang berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka) akan dilanjutkan dengan memasukkan hasil *editing* ke paket *software* komputer.

4.7.1.4 Cleaning

Tahap *Cleaning* dilakukan untuk memastikan bahwa semua data sudah dimasukkan dan tidak ada kesalahan dalam memasukkan data. Data yang sudah dimasukkan tersebut kemudian dianalisis.

4.7.2 Analisis data

Kuesioner yang telah diisi oleh responden, kemudian dikumpulkan untuk dilakukan prosedur analisis data yang meliputi:

1) Analisis univariat

Uji univariat digunakan untuk membuat gambaran distribusi frekuensi setiap variabel penelitian. Distribusi frekuensi dilakukan untuk menggambarkan atau menunjukkan berapa kali suatu nilai hasil pengukuran terjadi dalam seluruh

pengukuran sampel. Analisis univariat dilakukan pada faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat depresi pada lansia seperti faktor internal (usia, jenis kelamin, riwayat penyakit) dan faktor eksternal (status perkawinan, pekerjaan, dukungan keluarga).

2) Analisis bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk menganalisis hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat. Perhitungan analisis bivariat pada kedua variabel menggunakan *chi-square*. Cara perhitungan dilakukan dengan rumus uji *chi square*:

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

keterangan :

χ^2 = *chi square*

O = Nilai hasil observasi

E = Nilai yang diharapkan

(Hastono & Sabri, 2010)

Tabel 4.1 Analisis Variabel Data Penelitian

Jenis Analisis	Sub Variabel	Jenis Data	Jenis Uji
Analisis Univariat	1. Komponen faktor internal		
	• Usia	• Kategorik	• Uji proporsi
	• Jenis kelamin	• Kategorik	• Uji proporsi
	• Riwayat penyakit	• Kategorik	• Uji proporsi
	2. Komponen faktor eksternal		
	• Status perkawinan	• Kategorik	• Uji proporsi
	• Pekerjaan	• Kategorik	• Uji proporsi
	• Dukungan keluarga	• Kategorik	• Uji proporsi
	3. Tingkat depresi	• Kategorik	• Uji proporsi
Analisis Bivariat	1. Usia-tingkat depresi	1. Kategorik – kategorik	1. Uji <i>Chi Square</i>
	2. Jenis kelamin – tingkat depresi	2. Kategorik – kategorik	2. Uji <i>Chi Square</i>
	3. Riwayat penyakit – tingkat depresi	3. Kategorik – kategorik	3. Uji <i>Chi Square</i>
	4. Status perkawinan – tingkat depresi	4. Kategorik – kategorik	4. Uji <i>Chi Square</i>
	5. Pekerjaan – tingkat depresi	5. Kategorik – kategorik	5. Uji <i>Chi Square</i>
	6. Dukungan keluarga – tingkat depresi	6. Kategorik - kategorik	6. Uji <i>Chi Square</i>

Sumber: Dahlan (2011).

- 3) Pada jawaban pertanyaan kuesioner bagian IV dilakukan *scoring* pada tiap bagian kuesioner untuk memudahkan pengolahan data. Pada kuesioner IV (tingkat depresi), *scoring* disusun berdasarkan *Geriatric Depression Scale-15* yaitu sebagai berikut : skor 0-5 = tidak depresi; >5 = mengindikasikan depresi. Hasil tingkat depresi disajikan dalam hasil penelitian analisa univariat.

4.8 Jadwal kegiatan

Tabel 4.2 Jadwal Kegiatan Penelitian

Kegiatan	Bulan																																			
	Oktober				November				Desember				Januari				Februari				Maret				April				Mei				Juni			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Identifikasi masalah	■																																			
Pengajuan judul proposal penelitian		■																																		
Studi kepustakaan			■	■	■	■	■	■																												
Penyusunan proposal penelitian			■	■	■	■	■	■																												
Revisi proposal					■	■	■	■	■	■	■	■																								
Pembuatan instrumen penelitian											■	■																								
Penyerahan proposal penelitian													■																							
Konsultasi skripsi dan kuesioner																									■	■										

4.9 Sarana penelitian

Sarana penelitian yang digunakan oleh peneliti adalah instrumen penelitian (kuisisioner), alat tulis, komputer, kalkulator, buku referensi, sarana internet, dan sarana lainnya.



BAB 5 HASIL PENELITIAN

Bab ini membahas mengenai hasil penelitian: pelaksanaan penelitian, analisis univariat, dan analisis bivariat.

5.1 Pelaksanaan Penelitian

Penelitian tentang determinan tingkat depresi pada lansia telah dilakukan mulai tanggal 1 April – 30 April 2012 di Panti Sosial Tresna Werdha (PSTW) Budi Mulia 4 Jakarta Selatan. Pengambilan data dilakukan dengan pengisian kuesioner oleh responden yaitu lansia yang tinggal di PSTW Budi Mulia 4 Jakarta Selatan. Kuesioner disebarkan sejumlah 64 dan berhasil dikumpulkan kembali sebanyak 63 kuesioner.

5.2 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Tingkat Depresi pada lansia

5.2.1. Faktor Internal

5.2.1.1 Karakteristik Responden berdasarkan Usia

Hasil dari penelitian ini diperoleh informasi bahwa usia responden yang termuda adalah 55 tahun dan yang paling tua usianya adalah 94 tahun. Responden yang masuk dalam kategori umur *praseเนียม* berjumlah 18 responden (28,6%) dan *senium* sejumlah 45 responden (71,4%). Umur rata-rata lansia di PSTW Budi Mulia 4 adalah 72 tahun.

Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan Usia di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 4 Jakarta Selatan, April 2012 (N=63)

No	Karakteristik	Kategori	Mean	Min - Maks	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Usia	<i>Praseเนียม</i>	71,54	55 – 94	18	28,6
		<i>Senium</i>			45	71,4

5.2.1.2 Karakteristik Responden berdasarkan Jenis Kelamin

Berdasarkan jenis kelamin lebih banyak adalah responden perempuan. Responden dengan jenis kelamin perempuan berjumlah 44 responden (69,8%) sedangkan responden berjenis kelamin laki-laki berjumlah 19 responden (30,2%).

Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan Jenis Kelamin di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 4 Jakarta Selatan, April 2012

(N=63)

No	Karakteristik	Kategori	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Jenis Kelamin	Laki – laki	19	30,2
		Perempuan	44	69,8

5.2.1.3 Karakteristik Responden Berdasarkan Riwayat Penyakit

Pengelompokan riwayat penyakit didasarkan dari penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Wulandari (2011) yaitu responden dengan 0-2 jenis penyakit dan responden dengan lebih dari 2 jenis penyakit. Dari hasil penelitian didapatkan responden dengan 0-2 jenis penyakit yang diderita sebanyak 52 responden (82,5%) dan responden dengan penyakit lebih dari 2 macam sebanyak 11 responden (17,5%).

Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan Riwayat Penyakit di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 4 Jakarta Selatan, April 2012

(N=63)

No	Karakteristik	Kategori	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Riwayat	0-2 Penyakit yang diderita	52	82,5
	Penyakit	>2 penyakit yang diderita	11	17,5

5.2.2. Faktor Eksternal

5.2.2.1 Karakteristik Responden Berdasarkan Status Perkawinan

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan responden yang menikah dan pasangannya masih hidup sebanyak 9 responden (14,3%) dan yang tidak menikah (janda/duda dan responden yang tidak menikah sama sekali dari dahulu hingga sekarang) sebanyak 54 responden (85,7%).

Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Status Perkawinan di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 4 Jakarta Selatan, April 2012 (N=63)

No	Karakteristik	Kategori	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Status Perkawinan	Menikah	9	14,3
		Tidak Menikah	54	85,7

5.2.2.2 Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan Sebelum Tinggal di Panti

Berdasarkan pekerjaan lansia sebelum tinggal di panti, didapatkan mayoritas lansia di PSTW Budi Mulia 4 Jakarta Selatan dahulunya bekerja sebanyak 48 responden (76,2%) dan responden tidak bekerja 15 responden (23,8%).

Tabel 5.5 Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan Pekerjaan Sebelum Menempati Panti di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 4 Jakarta Selatan, April 2012 (N=63)

No	Karakteristik	Kategori	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Pekerjaan	Bekerja	48	76,2
		Tidak Bekerja	15	23,8

5.2.2.3 Dukungan Keluarga (APGAR Keluarga)

Berdasarkan hasil penelitian mengenai dukungan keluarga didapatkan responden yang memiliki keluarga yang berfungsi sangat baik sejumlah 23 orang (36,5%), responden yang memiliki keluarga disfungsi sedang sejumlah 18 responden

Universitas Indonesia

(28,6%), dan responden yang memiliki keluarga disfungsional berat sejumlah 22 responden (34,9%).

Tabel 5.6 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Dukungan Keluarga di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 4 Jakarta Selatan, April 2012 (N=63)

No	Karakteristik	Kategori	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Dukungan Keluarga	Keluarga yang berfungsi sangat baik	23	36,5
		Keluarga disfungsional sedang	18	28,6
		Keluarga disfungsional berat	22	34,9

5.3 Tingkat Depresi

Berdasarkan hasil penelitian mengenai tingkat depresi didapatkan responden yang tidak mengalami depresi sebanyak 37 responden (58,7%) sedangkan yang mengalami depresi sebanyak 26 responden (41,3%).

Tabel 5.7 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Depresi di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 4 Jakarta Selatan, April 2012 (N=63)

No	Karakteristik	Kategori	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Tingkat Depresi	Tidak Depresi	37	58,7
		Depresi	26	41,3

5.4 Hubungan Faktor Internal dan Eksternal dengan Tingkat Depresi

Data yang ada pada sub ini digunakan untuk melihat ada atau tidaknya hubungan antara beberapa variabel independen faktor internal dan faktor eksternal yang

terdiri dari usia, jenis kelamin, riwayat penyakit, status perkawinan, pekerjaan, dan dukungan keluarga dengan variabel dependen yaitu tingkat depresi.

Tabel 5.8 Distribusi Responden Menurut Usia dan Tingkat Depresi di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 4 Jakarta Selatan, April 2012 (N=63)

Usia	Tingkat Depresi				Total	p	
	Normal		Depresi				
	n	%	n	%			
<i>Prasenium</i>	11	61,1	7	38,9	18	100	1,000
<i>Senium</i>	26	57,8	19	42,2	45	100	
Jumlah	37	58,7	26	41,3	63	100	

Hasil analisis hubungan antara usia dengan tingkat depresi diperoleh bahwa ada sebanyak 7 (38,9%) lansia dengan usia *prasenium* yang mengalami depresi. Sedangkan diantara lansia dengan usia *senium*, ada 19 (42,2%) yang mengalami depresi. Hasil uji statistik diperoleh kesimpulan bahwa tidak ada perbedaan proporsi tingkat depresi antara usia *prasenium* dengan usia *senium* (tidak ada hubungan yang signifikan antara usia dengan tingkat depresi) dimana nilai $p=1,000$.

Tabel 5.9 Distribusi Responden Menurut Jenis Kelamin dan Tingkat Depresi di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 4 Jakarta Selatan, April 2012 (N=63)

Jenis Kelamin	Tingkat Depresi				Total	p	
	Normal		Depresi				
	n	%	n	%			
Laki-laki	11	57,9	8	42,1	19	100	1,000
Perempuan	26	59,1	18	40,9	44	100	
Jumlah	37	58,7	26	41,3	63	100	

Hasil analisis hubungan antara jenis kelamin dengan tingkat depresi diperoleh bahwa ada sebanyak 8 (42,1%) lansia dengan jenis kelamin laki-laki yang mengalami depresi. Sedangkan diantara lansia dengan jenis kelamin perempuan, ada 18 (40,9%) yang mengalami depresi. Hasil uji statistik diperoleh kesimpulan bahwa tidak ada perbedaan proporsi tingkat depresi antara jenis kelamin laki-laki dengan jenis kelamin perempuan (tidak ada hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dengan tingkat depresi) dimana nilai $p=1,000$.

Tabel 5.10 Distribusi Responden Menurut Riwayat Penyakit dan Tingkat Depresi di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 4 Jakarta Selatan, April 2012 (N=63)

Riwayat Penyakit	Tingkat Depresi				Total		p
	Normal		Depresi		n	%	
	n	%	n	%			
0-2 penyakit	30	57,7	22	42,3	52	100	1,000
>2 penyakit	7	63,6	4	36,4	11	100	
Jumlah	37	58,7	26	41,3	63	100	

Hasil analisis hubungan antara riwayat penyakit dengan tingkat depresi diperoleh bahwa ada sebanyak 22 (42,3%) lansia dengan penyakit yang diderita kurang dari 2 jenis penyakit mengalami depresi. Sedangkan diantara lansia dengan penyakit lebih dari 2 jenis, ada 4 (36,4%) yang mengalami depresi. Hasil uji statistik diperoleh kesimpulan bahwa tidak ada perbedaan proporsi tingkat depresi antara jenis penyakit kurang dari dua dengan jenis penyakit lebih dari 2 (tidak ada hubungan yang signifikan antara riwayat penyakit dengan tingkat depresi) dimana nilai $p=1,000$.

Tabel 5.11 Distribusi Responden Menurut Status Perkawinan dan Tingkat Depresi di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 4 Jakarta Selatan, April 2012 (N=63)

Status Perkawinan	Tingkat Depresi				Total		p
	Normal		Depresi		n	%	
	n	%	n	%			
Menikah	5	55,6	4	44,4	9	100	1,000
Tidak Menikah	32	59,3	22	40,7	54	100	
Jumlah	37	58,7	26	41,3	63	100	

Hasil analisis hubungan antara status perkawinan dengan tingkat depresi diperoleh bahwa ada sebanyak 4 (44,4%) lansia dengan status menikah yang mengalami depresi. Sedangkan di antara lansia dengan status tidak menikah, ada 22 (40,7%) yang mengalami depresi. Hasil uji statistik diperoleh kesimpulan bahwa tidak ada perbedaan proporsi tingkat depresi antara status perkawinan menikah dengan status perkawinan tidak menikah (tidak ada hubungan yang signifikan antara status perkawinan dengan tingkat depresi) dimana nilai $p=1,000$.

Tabel 5.12 Distribusi Responden Menurut Pekerjaan dan Tingkat Depresi di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 4 Jakarta Selatan, April 2012 (N=63)

Pekerjaan	Tingkat Depresi				Total		p
	Normal		Depresi		n	%	
	n	%	n	%			
Bekerja	29	60,4	19	39,6	48	100	0,852
Tidak Bekerja	8	53,3	7	46,7	15	100	
Jumlah	37	58,7	26	41,3	63	100	

Hasil analisis hubungan antara pekerjaan dengan tingkat depresi diperoleh bahwa ada sebanyak 19 (39,6%) lansia dahulunya bekerja yang mengalami depresi. Sedangkan diantara lansia yang dahulunya tidak bekerja, ada 7 (46,7%) yang

mengalami depresi. Hasil uji statistik diperoleh kesimpulan bahwa tidak ada perbedaan proporsi tingkat depresi antara bekerja dengan tidak bekerja (tidak ada hubungan yang signifikan antara pekerjaan dengan tingkat depresi) dimana nilai $p=0,852$.

Tabel 5.13 Distribusi Responden Menurut Dukungan Keluarga dan Tingkat Depresi di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 4 Jakarta Selatan, April 2012 (N=63)

Dukungan Keluarga	Tingkat Depresi				Total	p	
	Normal		Depresi				
	n	%	n	%			
Keluarga Disfungsional Berat	14	63,6	8	36,4	22	100	0,661
Keluarga Disfungsional Sedang	9	50	9	50	18	100	
Keluarga Berfungsi Sangat Baik	14	60,9	9	39,1	23	100	
Jumlah	37	58,7	26	41,3	63	100	

Hasil analisis hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat depresi diperoleh bahwa ada sebanyak 8 (36,4%) lansia dengan disfungsional berat yang mengalami depresi, lansia dengan keluarga disfungsional sedang ada 9 (50%) yang mengalami depresi, sedangkan lansia dengan keluarga berfungsi sangat baik ada 9 (39,1%) yang mengalami depresi. Hasil uji statistik diperoleh kesimpulan bahwa tidak ada perbedaan proporsi tingkat depresi antara lansia dengan keluarga disfungsional berat, keluarga disfungsional sedang, dan keluarga berfungsi sangat baik (tidak ada hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan tingkat depresi) dimana nilai $p=0,661$.

BAB 6

PEMBAHASAN

Bab ini menjelaskan hasil penelitian yang diperoleh dan menjelaskan secara rinci serta dihubungkan dengan tujuan penelitian. Hasil penelitian yang diperoleh dibandingkan dan diperkuat dengan penelitian sebelumnya serta dikaitkan dengan konsep atau teori yang telah disusun dalam tinjauan pustaka. Selain itu, dalam bab ini juga dijelaskan mengenai keterbatasan penelitian serta implikasi keperawatan.

6.1 Pembahasan Hasil Penelitian

6.1.1 Tingkat Depresi pada Lansia

Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa lansia yang tidak mengalami depresi lebih banyak daripada lansia yang mengalami depresi. Peneliti berkeyakinan bahwa penyebab hal ini adalah karena lansia yang ada di Panti Sosial Tresna Werdha (PSTW) Budi Mulia 4 Jakarta Selatan tersebut memiliki tingkat dukungan sosial dari lingkungan yang tinggi serta aktivitas harian yang tinggi. Dukungan sosial peneliti lihat melalui observasi pada beberapa lansia yang tinggal di PSTW Budi Mulia 4. Setiap harinya lansia hidup saling membantu satu dengan yang lainnya seperti jika ada yang sakit dan kesulitan dalam melakukan mobilisasi, maka lansia sehat yang lain membantu untuk memenuhi kebutuhan dasarnya. Lansia dengan dukungan sosial yang tinggi akan merasa nyaman dan bahagia meskipun jauh dari kasih sayang keluarga. Bagi lansia yang tinggal di panti, memiliki keluarga atau tidak sama saja. Mereka berfikir bahwa keluarga terdekat mereka saat ini adalah teman-teman mereka yang ada di panti. Narulita (2009) menyatakan bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara tingkat depresi pada lansia yang memiliki keluarga dengan lansia yang tidak memiliki keluarga. Dari hasil penelitian ini peneliti percaya bahwa lebih banyaknya lansia yang tidak depresi di panti karena dukungan sosial yang mereka dapatkan tinggi dari lingkungannya.

Aktivitas harian (*activity daily living*) pada lansia yang tinggal di PSTW Budi Mulia 4 sangat bervariasi. Instansi terkait yang menaungi panti khusus untuk

lansia ini telah membuat suatu jadwal harian atau kegiatan yang bisa dilakukan bagi seluruh penghuni panti. Kegiatan-kegiatan yang dapat dilakukan oleh lansia seperti sholat berjamaah setiap hari, kemudian untuk hari-hari tertentu dilaksanakannya pengajian, kebaktian atau ritual keagamaan lainnya sesuai dengan agama yang mereka anut, memainkan alat musik dan menyanyi. Kegiatan lainnya yang bisa dilakukan lansia yang ada di panti yaitu dengan melakukan ketrampilan seperti membuat keset, membuat gantungan kunci, kerajinan tangan, dengan tujuan agar lansia masih tetap produktif meskipun sekarang sudah tidak bekerja lagi. Lansia dibebaskan untuk memilih kegiatan yang mereka sukai dan panti hanya akan memfasilitasi kegiatan tersebut.

Olahraga rutin juga merupakan salah satu kegiatan yang dilaksanakan oleh lansia setiap pagi hari. Olahraga merupakan salah satu sarana rekreasi yang menyenangkan dan menyehatkan, sehingga dari sinilah peneliti berkeyakinan bahwa olahraga senam yang dilakukan oleh lansia dapat mengurangi tingkat depresi. Sejalan dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Agustin dan Ulliya (2010) mengenai tingkat depresi pada lansia sebelum dan sesudah mengikuti senam bugar lansia menunjukkan bahwa terdapat perbedaan tingkat depresi pada lansia antara sebelum dan sesudah dilakukan senam bugar lansia. Menurut penelitian tersebut, lansia yang aktif mengikuti senam akan berkurang tingkat depresinya seperti dari depresi ringan menjadi tidak depresi setelah diberi perlakuan yaitu senam bugar lansia.

Penelitian lain yang mendukung yaitu penelitian Wada et al. (2005) yang menyatakan bahwa terdapat hubungan yang kuat antara depresi pada lansia dengan rendahnya *activity daily living* dan *quality of life*. Lansia yang memiliki aktivitas yang tinggi tidak akan merasa jenuh dan merasa bahwa hidupnya berkualitas dengan berbagai aktivitas yang bisa dia jalani sepanjang hari. Hal ini yang membuat peneliti berkeyakinan bahwa lebih banyaknya lansia yang tidak mengalami depresi di panti karena aktivitas harian lansia yang tinggi sehingga cenderung tidak depresi meskipun banyak kesulitan di hari tua yang harus mereka hadapi sendiri.

Universitas Indonesia

Dari hasil penelitian didapatkan juga ada lansia yang mengalami depresi. Lansia yang mengalami depresi ini bisa disebabkan karena kurangnya dukungan sosial yang mereka dapatkan dan jarang mereka mengikuti kegiatan harian. Beberapa diantara mereka sudah tidak mampu secara fisik untuk mengikuti kegiatan harian dan susah untuk berkomunikasi dengan yang lain. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Hölzel, Härter, Reese, dan Kriston (2011) menunjukkan bahwa lansia dengan depresi kronik lebih sering tidak mendapatkan dukungan sosial dari lingkungannya.

6.1.2 Hubungan Faktor Internal dan Faktor Eksternal dengan Tingkat Depresi

Faktor faktor yang mempengaruhi tingkat depresi pada lansia terbagi atas faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal terdiri dari usia, jenis kelamin, dan riwayat penyakit. Sedangkan faktor eksternal terdiri dari status perkawinan, pekerjaan sebelum tinggal di panti, dan dukungan keluarga. Pembahasan berikut ini mengenai hubungan faktor internal dan eksternal dengan tingkat depresi.

1) Hubungan Usia dengan Tingkat Depresi

Usia responden penelitian terbagi atas dua macam kategori menurut Prof. Dr. Ny. Sumiati Ahmad Mohamad (alm), Guru Besar Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada. Pengelompokan umur ini terbagi atas lansia *prasenium* (40-65 tahun) dan lansia *senium* (65 tahun ke atas) (Nugroho, 2009). Usia lansia di Panti Sosial Tresna Werdha (PSTW) Budi Mulia 4 yang menjadi responden paling muda adalah 55 tahun dan yang paling tua adalah 94 tahun. Usia responden yang terbanyak adalah lansia *senium* yaitu sebanyak 45 orang (71,4%).

Teori perkembangan Erikson menjelaskan bahwa lansia pada tahap usia ini akan mengalami *integrity versus despair*. Lansia cenderung melakukan cerminan diri terhadap masa lalu. Mereka yang tidak berhasil pada fase ini, akan merasa bahwa hidupnya percuma dan mengalami banyak penyesalan. Individu akan merasa kepahitan hidup dan putus asa. Mereka yang berhasil melewati tahap ini, berarti ia dapat mencerminkan keberhasilan dan

Universitas Indonesia

kegagalan yang pernah dialami. Individu ini akan mencapai kebijaksanaan, meskipun saat menghadapi kematian.

Hasil analisis mengenai tingkat depresi diperoleh bahwa ada sebanyak 7 (38,9%) lansia dengan usia *prasegium* yang mengalami depresi. Sedangkan diantara lansia dengan usia *senium*, ada 19 (42,2%) yang mengalami depresi. Proporsi lansia di PSTW Budi Mulia 4 yang mengalami depresi didominasi pada usia *senium* yaitu pada lansia yang berumur 65 tahun ke atas.

Namun, proporsi yang sesuai dengan harapan ini tidak bermakna secara statistik. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=1,000$ maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan yang bermakna antara usia dengan tingkat depresi. Tidak adanya pengaruh ini berdasarkan pengamatan peneliti, usia bagi lansia yang ada di PSTW Budi Mulia 4 bukanlah suatu penghalang untuk melakukan sosialisasi dengan lingkungan. Steffens et al. (2000) mengatakan bahwa tidak ada pengaruh umur terhadap prevalensi depresi. Penelitian lainnya yang mendukung hasil dari penelitian ini adalah penelitian yang dilakukan oleh Wulandari (2011) mengenai kejadian dan tingkat depresi pada usia lanjut: studi perbandingan di panti werdha dan komunitas bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara usia dengan depresi pada usia lanjut ($p=0,763$). Peneliti berkeyakinan bahwa persamaan hasil penelitian peneliti dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Wulandari (2011) karena karakteristik lansia yang hampir sama yaitu lansia pada usia *senium* dan *prasegium* serta tempat penelitian yang sama yaitu di panti werdha.

Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Veer-Tazelaar et al. (2007) dimana gejala depresi pada lansia prevalensinya tinggi dan semakin meningkat seiring bertambahnya umur lansia. Lansia yang berumur 75 tahun keatas cenderung mengalami depresi daripada lansia yang berumur kurang dari 75 tahun ke atas. Penelitian lainnya yang mendukung dengan hasil penelitian Veer-Tazelaar et al. (2007) adalah penelitian yang dilakukan oleh Suryo (2011) dengan judul “Gambaran depresi pada lansia di

Universitas Indonesia

panti werdha dharma bakti surakarta” didapatkan hasil gambaran tingkat depresi lansia dari perspektif umur pada lansia di Panti Werdha Dharma Bhakti Surakarta menunjukkan bahwa semakin tua lansia maka tingkat depresi lansia cenderung meningkat.

2) Hubungan Jenis Kelamin dengan Tingkat Depresi

Lansia yang ada di PSTW Budi Mulia 4 Jakarta Selatan mayoritas berjenis kelamin perempuan yaitu dengan jumlah 44 orang (69,8%). Jumlah lansia perempuan yang mengalami depresi lebih mendominasi dibandingkan dengan jumlah lansia laki-laki yang mengalami depresi. Menurut Nugroho (2000), depresi merupakan salah satu gejala yang muncul pada masa menopause. Hal inilah yang membuat kenapa depresi lebih sering muncul/ didominasi oleh wanita.

Namun, proporsi yang sesuai dengan harapan ini tidak bermakna secara statistik. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=1,000$ maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan tingkat depresi. Ketika penelitian ini dilakukan, peneliti juga mengamati bagaimana lansia yang ada di panti melakukan sosialisasi dengan penghuni lainnya. Mereka terlihat saling rukun, saling mendukung, dan menghargai satu sama lain serta menganggap semuanya adalah keluarga. Faktor inilah yang akhirnya membuat lansia mendapatkan dukungan sosial yang baik dari lingkungannya. Hal ini sesuai dengan teori aktivitas dimana lansia yang aktif secara sosial lebih cenderung menyesuaikan diri terhadap penuaan dengan baik. Lansia dengan keterlibatan sosial yang lebih besar memiliki semangat dan kepuasan yang tinggi, penyesuaian serta kesehatan mental yang lebih positif daripada lansia yang kurang terlibat secara sosial (Potter & Perry, 2005).

Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Hölzel, Härter, Reese, dan Kriston (2011) yang menyatakan bahwa *gender* atau jenis kelamin bukan faktor resiko terjadinya depresi kronik. Wulandari (2011) dalam penelitiannya mengenai kejadian dan tingkat depresi pada usia lanjut:

Universitas Indonesia

studi perbandingan di panti werdha dan komunitas menemukan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dengan depresi pada usia lanjut ($p=0,580$). Tidak adanya hubungan antara jenis kelamin dengan tingkat depresi ini menurut Wulandari (2011) disebabkan karena pada lansia perempuan yang tinggal di panti werdha memiliki kemauan berpartisipasi sosial dengan baik. Hal ini mencegah mereka dari kurangnya dukungan sosial maupun isolasi sosial yang merupakan faktor pencetus terjadinya depresi.

Penelitian yang berbeda dengan hasil penelitian peneliti adalah penelitian sebelumnya oleh Amir (2005) yang menyatakan bahwa depresi lebih sering terjadi pada wanita karena wanita lebih sering terpajan dengan *stressor* lingkungan dan ambangnya terhadap *stressor* lebih rendah bila dibandingkan dengan pria. Pernyataan ini didukung kuat oleh Ismail dan Siste (2010, dalam Elvira & Hadisukanto, 2010) yang menyatakan perempuan dua kali lipat lebih besar dibanding laki-laki dalam mengalami depresi. Hal ini diduga karena adanya perbedaan hormon, pengaruh melahirkan, perbedaan *stressor* psikososial antara laki-laki dan perempuan, dan model perilaku yang dipelajari tentang ketidakberdayaan.

Salah satu penyebab terjadinya depresi adalah karena faktor biologis. *Neurotransmitter* serotonin merupakan salah satu unsur biologi yang berpengaruh terhadap terjadinya depresi pada seseorang. Para peneliti dari *Montreal Neurological Institute* di Kanada melaporkan bahwa otak pria dan perempuan memiliki kemampuan yang berbeda dalam menghasilkan hormon serotonin. Serotonin merupakan senyawa kimia yang dilepaskan tubuh ke dalam sel-sel otak yang berfungsi sebagai jembatan penghantar pesan di dalam otak yang berhubungan dengan emosi. Pada seseorang yang sedang mengalami depresi maka kadar serotonin akan menurun dibandingkan saat normal. Pada keadaan normal otak pria dan perempuan mempunyai kadar serotonin yang seimbang, namun otak pria lebih cepat 52% dari otak perempuan dalam menghasilkan hormon serotonin. Hal inilah yang diduga perempuan lebih mudah mengalami depresi (Agaf, 2010 dalam Syarniah, 2010).

Universitas Indonesia

3) Hubungan Riwayat Penyakit dengan Tingkat Depresi

Lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 4 paling banyak mengalami 0-2 jenis penyakit sebanyak 52 lansia. Hasil dari penelitian ini didapatkan bahwa lansia yang banyak mengalami depresi didominasi oleh lansia dengan 0-2 jenis penyakit yaitu sebanyak 22 lansia. Hasil ini lebih banyak daripada lansia yang memiliki penyakit lebih dari 2. Menurut catatan kesehatan lansia dan wawancara dengan petugas kesehatan, penyakit/keluhan yang banyak terjadi pada lansia yang ada di PSTW Budi Mulia 4 yaitu penyakit kardiovaskular seperti hipertensi, arthritis, dan gangguan tidur. Hasil penelitian Chang-Quan, Bi-Rong, Zhen-Chan, Ji-Rong, dan Qing-Xiu (2009) menyebutkan bahwa terdapat beberapa penyakit kronik yang menjadi faktor resiko meningkatnya depresi yaitu *stroke*, hilangnya fungsi pendengaran, hilangnya fungsi penglihatan, penyakit jantung, dan penyakit kronik paru. Sedangkan pada penyakit lainnya yang memerlukan studi lebih lanjut adalah arthritis, hipertensi dan diabetes dimana studi nantinya untuk melihat apakah penyakit tersebut menjadi faktor resiko terjadinya depresi atau tidak. Gangguan tidur yang terjadi pada lansia juga merupakan salah satu tanda gejala utama dari depresi (Videbeck, 2008).

Timbulnya berbagai macam penyakit pada lansia terjadi akibat penurunan fungsi organ-organ tubuh. Perubahan pada organ tubuh lansia ini dijelaskan oleh beberapa teori. Salah satu teori penuaan yaitu teori genetika. Dalam teori genetika diungkapkan bahwa penuaan adalah suatu proses yang secara tidak sadar diwariskan yang berjalan dari waktu ke waktu untuk mengubah sel atau struktur jaringan. Dalam proses replikasi pada tingkatan seluler akan tidak teratur karena adanya informasi yang tidak sesuai yang diberikan dari inti sel. Molekul DNA yang ada di dalam sel menjadi saling bersilangan (*crosslink*) dengan unsur lain sehingga mengubah informasi genetik. Adanya *crosslink* ini mengakibatkan kesalahan pada tingkat seluler yang akhirnya menyebabkan sistem dan organ tubuh gagal untuk berfungsi (Stanley & Beare, 2006).

Teori lainnya yang berkaitan dengan penuaan adalah teori radikal bebas yang dikemukakan oleh Denham Harman. Radikal bebas adalah produk metabolisme seluler yang merupakan bagian molekul yang sangat reaktif (Christiansen dan Grzybowski, 1993 dalam Potter & Perry, 2005). Radikal bebas akan dengan cepat dihancurkan oleh sistem enzim pelindung pada kondisi normal, namun beberapa radikal bebas berhasil lolos dari proses perusakan ini dan berakumulasi di dalam struktur biologis yang penting, maka pada saat itulah kerusakan organ terjadi (Stanley & Beare, 2006).

Teori penurunan imunitas juga berperan penting terhadap terjadinya berbagai penyakit dalam tubuh lansia. Dalam teori imunitas, saat seseorang bertambah usia, pertahanan terhadap organisme asing juga mengalami penurunan sehingga mengakibatkan kelompok usia lanjut menjadi rentan terhadap berbagai penyakit seperti kanker dan infeksi. Seorang dengan berkurangnya sistem imun, maka terjadilah peningkatan dalam respon autoimun tubuh. Hal inilah yang menyebabkan timbulnya penyakit autoimun pada lansia seperti arthritis rheumatoid dan alergi terhadap makanan dan faktor lingkungan yang lain (Stanley & Beare, 2006).

Hasil uji statistik dari penelitian ini diperoleh nilai $p=1,000$ maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan yang signifikan antara riwayat penyakit dengan tingkat depresi. Hasil pengamatan peneliti selama melakukan penelitian, lansia yang berada di PSTW Budi Mulia 4 Jakarta Selatan mudah dalam mendapatkan akses pelayanan kesehatan. Misalnya jika salah satu penghuni ada yang menunjukkan gejala gangguan jiwa, pihak pengelola panti segera memanggil dokter atau ahli jiwa lainnya untuk menyembuhkan lansia. Jika memang tidak bisa ditangani, maka dilakukan rujukan ke rumah sakit jiwa. Kemudahan akses pelayanan kesehatan ini tidak terbatas pada masalah kejiwaan, namun pada masalah kondisi kesehatan fisik. Setiap hari pada waktu pagi, semua lansia yang ada di PSTW Budi Mulia 4 dilakukan pemeriksaan tekanan darah. Hal ini memudahkan pengelola untuk memantau status

kesehatan klien. Jika memang klien mengalami gangguan kesehatan fisik yang berat, pihak panti bisa segera merujuk ke rumah sakit.

Hasil penelitian ini didukung oleh Wulandari (2011) yang menyatakan bahwa status kesehatan tidak berhubungan bermakna dengan kejadian depresi pada usia lanjut di panti werdha ($p=0,595$). Lansia yang tinggal di panti werdha mudah dalam mendapatkan layanan kesehatan oleh tenaga kesehatan dari klinik panti werdha itu sendiri, sehingga kemungkinan hal inilah yang mendukung tidak munculnya gejala depresi. Penelitian yang mendukung dengan hasil penelitian ini adalah Jongenelis, Pot, Eisses, Beekman, Kluiters, dan Ribbe (2004) bahwa tidak ada kaitan antara faktor kesehatan dengan depresi minor.

4) Hubungan Status Perkawinan dengan Tingkat Depresi

Lansia yang ada di Panti Sosial Tresna Werdha (PSTW) Budi Mulia 4 mayoritas memiliki status perkawinan tidak menikah (duda/janda/belum menikah) sebanyak 54 lansia. Tidak memiliki pasangan hidup bagi lansia merupakan suatu hal yang sering terjadi. Manusia pasti akan mengalami kematian, dan setiap manusia yang ditinggalkan pasangannya harus siap menghadapi kematian tersebut. Dalam tugas perkembangan lansia (Hudak & Gallo, 2010) disebutkan bahwa lansia dituntut untuk bisa menyesuaikan keadaan dan menemukan arti hidup setelah kematian orang yang dicintai. Jika lansia bisa menyesuaikan dengan keadaan kehilangan pasangan hidup, maka lansia akan beradaptasi dengan baik selama proses penuaan.

Depresi pada umumnya dialami oleh orang yang tidak mempunyai hubungan interpersonal yang erat atau pada mereka yang bercerai atau berpisah. Dari hasil penelitian di Panti Sosial Tresna Werdha (PSTW) Budi Mulia 4 ini didapatkan bahwa lansia yang depresi didominasi oleh lansia yang tidak menikah (berstatus duda/janda/belum menikah) daripada lansia yang berstatus menikah dan pasangannya masih hidup. Hasil statistik menyebutkan bahwa tidak ada hubungan antara status perkawinan dengan tingkat depresi ($p=1,000$).

Universitas Indonesia

Pengamatan peneliti selama melakukan penelitian, mayoritas lansia memang memiliki tingkat aktivitas yang tinggi. Hal ini dibuktikan dengan adanya jadwal kegiatan harian yang setiap hari selalu berbeda aktivitasnya, seperti pengajian, olahraga, bernyanyi, berlatih memainkan alat musik, membuat kerajinan tangan, dan rekreasi. Lansia di PSTW Budi Mulia 4 terlihat senang mengikuti setiap kegiatan yang ada. Menurut wawancara yang dilakukan dengan beberapa lansia, mereka melakukan kegiatan tersebut untuk mengisi waktu luang mereka agar tidak sia-sia habis untuk melamun dan menyendiri. Mereka ingin di sisa waktu mereka, mereka bisa memanfaatkannya dengan baik.

Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Wulandari (2011) bahwa tidak ada hubungan antara status pernikahan dengan depresi pada lansia di panti werdha. Menurut Wulandari (2011), tidak adanya hubungan ini terjadi karena lansia yang tinggal di panti memiliki partisipasi sosial yang baik. Aktivitas sosial yang tinggi menyebabkan lansia tidak merasa kesepian meskipun pasangan hidupnya telah meninggal.

Hasil dari penelitian ini dan penelitian sebelumnya bertolak belakang dengan penelitian Amir (2005) bahwa gangguan depresi mayor lebih sering dialami individu yang bercerai atau berpisah bila dibandingkan dengan yang menikah atau lajang. Depresi juga lebih sering pada orang yang tinggal sendiri bila dibandingkan dengan yang tinggal bersama kerabat lain. Wanita yang tidak menikah memiliki kecenderungan lebih rendah untuk menderita depresi dibandingkan dengan yang menikah namun hal ini berbanding terbalik untuk laki-laki (Ismail & Siste, 2010). Deshpande et al (2011) juga menyatakan bahwa depresi secara signifikan lebih sering terjadi pada lansia yang duda/janda atau mereka yang bercerai.

5) Hubungan Pekerjaan Sebelum Tinggal di Panti dengan Tingkat Depresi

Tidak mempunyai pekerjaan atau menganggur juga merupakan faktor risiko terjadinya depresi. Suatu survai yang dilakukan terhadap wanita dan pria

dibawah 65 tahun yang tidak bekerja sekitar enam bulan melaporkan bahwa depresi tiga kali lebih sering pada pengangguran daripada yang bekerja (Amir, 2005). Teori ini berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti pada lansia di PSTW Budi Mulia 4.

Hasil analisis hubungan antara pekerjaan dengan tingkat depresi diperoleh bahwa ada sebanyak 19 lansia dahulunya bekerja yang mengalami depresi. Sedangkan diantara lansia yang dahulunya tidak bekerja, ada 7 lansia yang mengalami depresi. Hudak dan Gallo (2010) menyebutkan bahwa perubahan psikososial terjadi terutama setelah seseorang mengalami pensiun. Berikut ini adalah hal-hal yang akan terjadi pada masa pensiun:

- a. Kehilangan sumber finansial atau pemasukan (*income*) berkurang.
- b. Kehilangan status karena dulu mempunyai jabatan posisi yang cukup tinggi, lengkap dengan segala fasilitasnya.
- c. Kehilangan teman atau relasi.
- d. Kehilangan pekerjaan atau kegiatan.
- e. Merasakan atau kesadaran akan kematian (*sense of awareness of mortality*).

Dari perubahan psikososial inilah yang mendukung kenapa pada lansia yang dahulunya bekerja tingkat depresinya meningkat. Lansia yang dahulu sebelum tinggal di panti mereka memiliki kehidupan yang nyaman, dilengkapi fasilitas yang memadai, dan memiliki pendapatan yang tetap. Sedangkan pada saat ini ketika mereka tinggal di panti, mereka tidak bekerja dan tidak memiliki pendapatan yang tetap. Dalam tugas perkembangan lansia juga disebutkan bahwa lansia menyesuaikan diri dengan masa pensiun.

Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Suryo (2011) dengan judul Gambaran Depresi pada lansia di Panti Werdha Dharma Bhakti Surakarta. Hasil yang didapatkan tidak terdapat kecenderungan tingkat depresi tertentu pada lansia ditinjau dari persepektif pekerjaan masa lalu lansia, yaitu mereka memiliki depresi sedang.

Universitas Indonesia

Hasil analisis mengenai hubungan pekerjaan di masa lalu dengan tingkat depresi didapatkan hasil uji statistik nilai $p=0,852$ maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan yang signifikan antara pekerjaan dengan tingkat depresi. Lansia yang ada di panti sudah bisa menyesuaikan dengan masa pensiunnya sesuatu dengan teori tugas perkembangan lansia menurut Hudak dan Gallo (2010). Hal ini bisa terlihat dari observasi seperti adanya beberapa lansia yang mengembangkan keterampilan mereka seperti membuat kerajinan untuk mendapatkan tambahan pendapatan. Penelitian yang mendukung dengan hasil dari penelitian ini adalah penelitian yang dilakukan oleh Van Der Wurff et al. (2004) bahwa tidak ada kaitan antara tingkat pendapatan dan tanda-tanda depresi. Ismail dan Iste (2010, dalam Elvira & Hadisukanto, 2010) menyatakan bahwa tidak ditemukannya korelasi antara status sosioekonomi dan gangguan depresi berat. Namun, hasil penelitian ini berbeda dengan teori yang dikemukakan oleh Amir (2005) yang mengatakan bahwa tidak bekerja merupakan salah satu faktor pencetus depresi.

6) Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tingkat Depresi

Hasil analisis hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat depresi diperoleh bahwa ada sebanyak 8 lansia dengan disfungsi berat yang mengalami depresi, lansia dengan keluarga disfungsi sedang ada 9 yang mengalami depresi, sedangkan lansia dengan keluarga berfungsi sangat baik ada 9 yang mengalami depresi. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,661$ maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan tingkat depresi. Berdasarkan hasil pengamatan dan wawancara peneliti dengan lansia di PSTW Budi Mulia 4, ada diantara mereka yang masih memiliki keluarga dan hubungan dengan keluarga juga baik. Namun di lain sisi, mereka kadang tidak ingin menyusahkan keluarga mereka yang kehidupannya pas-pasan. Mereka ingin mandiri dengan hidup di panti yang dikelola oleh pemerintah. Hal inilah yang akhirnya membuat lansia menjadi harapannya untuk tinggal bersama keluarga menjadi terhambat. Dukungan keluarga masih ada, namun tidak sesuai dengan pengharapan

Universitas Indonesia

sehingga pada penelitian ini lansia yang memiliki dukungan keluarga masih ada yang mengalami depresi. Selain itu komunikasi yang dilakukan dengan keluarga juga menjadi susah. Jika daerah asal mereka dekat, mereka kadang-kadang masih dikunjungi oleh keluarga. Jika daerah asal mereka jauh, biasanya jika ada uang mereka pulang ke daerah masing-masing untuk mengunjungi keluarga.

Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Juliana dan Sukmawati (2008) dalam penelitiannya yang berjudul “Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tingkat Depresi pada Lansia di Salah Satu RW Kelurahan Pondok Cina Kecamatan Beji Kota Depok” didapatkan hasil bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan tingkat depresi pada lansia. Lansia yang memperoleh dukungan keluarga tinggi, lebih tidak beresiko mengalami depresi 8,33 kali dibandingkan dengan lansia dengan dukungan keluarga sedang. Perbedaan hasil ini kemungkinan dikarenakan sampel yang diambil antara peneliti dengan penelitian sebelumnya berbeda. Peneliti mengambil sampel pada lansia yang ada di panti sedangkan penelitian sebelumnya pada lansia yang tinggal di komunitas.

6.2 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 4 Jakarta Selatan yang bertujuan untuk mendapatkan informasi mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat depresi pada lansia. Dalam pelaksanaan penelitian ini terdapat beberapa hambatan yang menjadi keterbatasan dalam penelitian ini, diantaranya adalah:

6.2.1 Keterbatasan Instrumen Penelitian

Kuesioner yang telah disebarkan sejumlah 64 buah, namun hanya 63 kuesioner yang lengkap dan benar dalam pengisiannya. 1 kuesioner terdapat pertanyaan yang tidak diisi oleh responden. Kuesioner penelitian dilakukan uji validitas dan reliabilitas. Beberapa pertanyaan yang tidak valid dilakukan perubahan pada

redaksi penulisan. Pertanyaan yang sudah dilakukan perubahan redaksi penulisan tidak diuji kembali oleh peneliti.

6.2.2 Keterbatasan Responden Penelitian

Responden yang akan diteliti jumlahnya terbatas dan ada beberapa yang tidak bisa untuk diajak berkomunikasi dengan baik. Kesulitan dalam berkomunikasi ini dikarenakan kemampuan mereka sudah menurun seperti dalam keadaan sakit, tidak mengerti dengan bahasa Indonesia mengingat asal daerah mereka yang berbeda-beda, dan beberapa lansia yang baru datang di panti sehingga masih menganggap orang asing jika ada yang mendekati mereka yang menyebabkan peneliti ditolak untuk menjadikan mereka responden.

6.3 Implikasi Keperawatan

6.3.1 Pelayanan Keperawatan

Penelitian ini dapat memberikan masukan untuk meningkatkan kompetensi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan yang *holistic* terutama pada klien lansia. Klien lansia memiliki perhatian khusus mulai dari pengkajian hingga intervensi. Salah satu intervensi yang bisa dilakukan oleh perawat untuk mengatasi masalah depresi menurut Stanley & Beare (2006) yaitu empat intervensi utama lini pertama dapat dilakukan oleh perawat dengan berbagai tingkat kesiapan profesional: membiarkan klien mengetahui bahwa ia diperhatikan, membantu klien melihat bahwa ia mengalami kesedihan yang tidak wajar, memberikan informasi yang akurat tentang depresi, dan menciptakan lingkungan fisik dan sosial yang sehat. Intervensi keperawatan lainnya yang bisa diberikan pada klien dengan depresi adalah: 1) mulai bina hubungan terapeutik tanpa memerhatikan keadaan depresi klien, 2) pastikan keamanan bagi klien dengan harga diri rendah, 3) dengarkan dengan cermat untuk mengetahui isyarat perilaku tentang pikiran bunuh diri, 4) ciptakan suatu lingkungan yang terstruktur dan terjadwal, tetapi tidak menuntut, 5) tingkatkan kemandirian dengan menolong klien untuk melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari yang sama dan bantu klien hanya jika ia tidak dapat melakukan aktivitas tersebut (Videbeck, 2008). Dalam memberikan asuhan keperawatan ini perawat juga bisa melakukan kolaborasi

dengan anggota tim kesehatan lainnya agar nantinya diharapkan dampak depresi yang lebih buruk tidak akan terjadi.

6.3.2 Penelitian Keperawatan

Penelitian ini dapat memberikan implikasi bagi penelitian di dunia keperawatan melalui data dasar dari hasil penelitian untuk penelitian selanjutnya. Hasil yang didapatkan dari penelitian ini bahwa lansia yang ada di panti ada yang mengalami depresi. Hal ini dapat dijadikan pertimbangan dalam merancang suatu program edukasi bagi lansia yang ada di panti untuk mencegah meningkatnya angka depresi.

6.3.3 Pendidikan Keperawatan

Penelitian ini dapat memberikan implikasi bagi perkembangan pendidikan keperawatan melalui pembelajaran tentang tingkat depresi pada lansia di panti dan faktor-faktor yang mempengaruhinya. Institusi pendidikan diharapkan mampu mengembangkan kemampuan serta profesionalitas perawat agar nantinya asuhan keperawatan yang diterima lansia dapat membantu lansia untuk hidup sehat di masa akhir kehidupannya.

BAB 7 PENUTUP

7.1 Kesimpulan

Depresi bisa dialami oleh siapapun tidak terkecuali oleh lansia. Depresi pada lansia merupakan suatu masalah yang serius yang harus segera ditangani agar dalam masa akhir hidup lansia, lansia bisa hidup dengan sehat baik dari segi fisik maupun psikologis. Penelitian depresi pada lansia ini dilakukan di panti. Kesimpulan dari hasil penelitian ini adalah :

- 7.1.1 Karakteristik lansia yang tinggal di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 4 Jakarta Selatan: mayoritas lansia yang ada di panti adalah lansia kategori usia *senium* yaitu usia lansia 65 tahun ke atas sebanyak 45 lansia (71,4%), jenis kelamin mayoritas adalah perempuan dengan jumlah 44 lansia (69,8%), riwayat penyakit adalah kebanyakan lansia dengan 0-2 jenis penyakit yaitu sebanyak 52 lansia (82,5%), status perkawinan tidak menikah (duda/janda/tidak menikah sama sekali) yaitu sebanyak 54 lansia (85,7%), dan sebelum tinggal di panti mereka bekerja yaitu sebanyak 48 lansia (76,2%).
- 7.1.2 Dukungan dari keluarga untuk lansia: keluarga yang berfungsi sangat baik sejumlah 23 lansia (36,5%), keluarga disfungsional sedang sejumlah 18 lansia (28,6%), dan keluarga disfungsional berat sejumlah 22 lansia (34,9%).
- 7.1.3 Lansia yang mengalami depresi sebanyak 26 orang (41,3%) sedangkan yang normal/ tidak mengalami depresi sebanyak 37 orang (58,7%).
- 7.1.4 Tidak ada hubungan antara faktor usia dengan tingkat depresi pada lansia ($p=1,000$).
- 7.1.5 Tidak ada hubungan antara faktor jenis kelamin dengan tingkat depresi pada lansia ($p=1,000$).
- 7.1.6 Tidak ada hubungan antara faktor riwayat penyakit dengan tingkat depresi pada lansia ($p=1,000$).

- 7.1.7 Tidak ada hubungan antara faktor status perkawinan dengan tingkat depresi pada lansia ($p=1,000$).
- 7.1.8 Tidak ada hubungan antara faktor pekerjaan sebelum tinggal di panti dengan tingkat depresi pada lansia ($p=0,852$).
- 7.1.9 Tidak ada hubungan antara faktor dukungan keluarga dengan tingkat depresi pada lansia ($p=0,661$).

7.2 Saran

7.2.1 Instansi Terkait

- 7.2.1.1 Instansi terkait yang menaungi Panti Sosial sebaiknya melakukan peningkatan mutu bagi kesehatan lansia terutama kesehatan jiwa hal ini didasarkan dari Undang-Undang Republik Indonesia Tahun 1992 Tentang Kesehatan pada bagian ketujuh pasal 25 ayat 1 yang berbunyi “Pemerintah melakukan pengobatan dan perawatan, pemulihan dan penyaluran bekas penderita gangguan jiwa yang telah selesai menjalani pengobatan dan atau perawatan ke dalam masyarakat”.
- 7.2.1.2 Penambahan tenaga medis di panti terutama perawat, dokter, dan psikiater agar lansia yang mengalami masalah psikiatri segera tertangani dengan cepat.
- 7.2.1.3 Instansi terkait diharapkan dapat memberikan edukasi tentang masalah kesehatan jiwa pada lansia untuk meningkatkan pengetahuan lansia akan bahaya depresi atau masalah psikologis lainnya yang menyertai masa tua.
- 7.2.1.4 Instansi terkait diharapkan dapat membuat jadwal kegiatan yang berubah-ubah setiap tiga bulan sekali atau satu bulan sekali agar lansia terhindar dari kebosanan jadwal aktivitas.
- 7.2.1.5 Pemberian aktivitas seperti membuat ketrampilan diharapkan dapat membuat lansia yang sekarang sudah berhenti bekerja agar tetap produktif dan selain itu dapat meningkatkan harga diri lansia.
- 7.2.1.6 Instansi terkait diharapkan dapat memberikan suatu lingkungan yang kondusif yang sesuai untuk lansia agar terhindar dari terjadinya depresi pada lansia.

7.2.2 Lansia di Panti

7.2.2.1 Lansia diharapkan dapat berpartisipasi aktif dalam kegiatan yang telah dijadwalkan oleh panti. Hal ini untuk meminimalisir lansia kekurangan dukungan sosial dan isolasi sosial.

7.2.2.2 Lansia yang mengalami depresi diharapkan segera mencari pertolongan kepada petugas kesehatan yang ada di panti.

7.2.3 Bidang Keperawatan Jiwa

7.2.3.1 Penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan dan sumber informasi bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan jiwa yang holistik bagi lansia yang mengalami masalah depresi.

7.2.4 Bidang Keperawatan Komunitas

7.2.4.1 Penelitian ini diharapkan dapat menjadi petunjuk dasar untuk menyusun promosi kesehatan dan proteksi kesehatan bagi lansia di komunitas dengan tujuan lansia dapat mempertahankan kesehatan dan mencegah penyakit kronik, kecacatan, serta kondisi yang mengancam hidupnya (Anderson, 2006).

7.2.5 Penelitian

7.2.5.1 Penelitian ini dapat dijadikan bahan pembelajaran dan pengembangan ide untuk penelitian yang selanjutnya yang berkaitan dengan depresi pada lansia.

7.2.5.2 Penelitian ini dapat dilakukan kembali untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi depresi pada lansia yaitu faktor lamanya lansia tinggal di panti, kepribadian lansia, *stressor* sosial, dan dukungan sosial.

7.2.5.3 Penelitian ini dapat dilanjutkan kembali dengan memperbanyak jumlah sampel penelitian.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustin, D. & Ulliya, S. (2010). *Perbedaan tingkat depresi pada lansia sebelum dan sesudah dilakukan senam bugar lansia di panti wredha wening wardoyo ungaran*. July 4, 2012.
<http://ejournal.undip.ac.id/index.php/medianers/article/view/738>
- Amir, N. (2005). *Depresi: aspek neurobiologi, diagnosis, dan tata laksana*. Jakarta: Balai Penerbit FK UI.
- Anderson, E.T. (2006). *Buku ajar keperawatan komunitas: teori dan praktik*. (Agus Sutarna, Suharyati Samba, & Novyantie Herdina, Penerjemah). (Ed. ke-3). Jakarta: EGC.
- Chang-Quan, H., et al. (2009). Chronic diseases and risk for depression in old age: A meta-analysis of published literature. *Ageing research reviews*, **9**, 131-141.
- Dahlan, S. (2011). *Statistik untuk kedokteran dan kesehatan: deskriptif, bivariat, dan multivariat, dilengkapi aplikasi dengan menggunakan spss*. (Ed. ke-5). Jakarta: Salemba Medika.
- Desphande, S. et al. (2011). Screening for depression and its risk in geriatric population: a rural community based study. *Asian journal of psychiatry*, **4**, 284-287.
- Elvira, S.D. & Hadisukanto, G (Editor). (2010). *Buku ajar psikiatri*. Jakarta: Badan Penerbit FK UI.
- Hastono, S.P. (2007). *Analisis Data Kesehatan*. Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Hastono, S.P & Sabri, L. (2010). *Statistik kesehatan*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Hawari, D. (2007). *Sejahtera di usia senja: dimensi psikoreligi pada lanjut usia (lansia)*. Jakarta: Balai Penerbit FK UI.
- Hogstel, M. O. (ed.). (1995). *Geropsychiatric nursing*. St. Louis: Mosby Year Book, Inc.
- Hölzel et al. (2011). Risk factors for chronic depression- a systematic review. *Journal of affective disorders*, **129**, 1-13.
- Hudak, C.M. & Gallo, B.M. (2010). *Keperawatan kritis: pendekatan holistik*. Jakarta: EGC.

- Jongenelis, K. et al. (2004). Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: the AGED study. *Journal of affective disorders*, **83**, 135-142.
- Juliana, D & Sukmawati, I. (2008). *Hubungan dukungan keluarga dengan tingkat depresi pada lansia di salah satu rw kelurahan pondok cina kecamatan beji kota depok*. Laporan penelitian Fakultas Ilmu Keperawatan. Tidak dipublikasikan.
- Kelana, D. (2011). *Metodologi penelitian keperawatan*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Krishnan, K.R.R. (2002). Biological risk factors in late life depression. *Biol Psychiatry*, **52**, 185-192.
- Lumbantobing, S.M. (2004). *Neurogeriatri*. Jakarta: Balai Penerbit FK UI.
- Mauk, K. L. (2010). *Gerontological nursing: competencies for care*. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers.
- Menkokesra. (2012). *Lansia masa kini dan mendatang*. June 20, 2012. http://oldkesra.menkokesra.go.id/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=2933
- Miller, C.A. (2004). *Nursing for wellness in older adults: Theory and practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Narulita, R. (2009). Perbedaan tingkat depresi antara lansia yang memiliki keluarga dengan lansia yang tidak memiliki keluarga di Panti Sosial Trisna Werdha Unit Budi Luhur, Kasongan, Bantul, Yogyakarta. *Mutiara Medika*, **2**, 101-107.
- Nawangsih, Y. (2011, Desember 5). Personal interview.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Nugroho, W. (2000). *Keperawatan Gerontik*. (Ed. Ke-2). Jakarta: EGC.
- Nugroho, W. (2009). *Komunikasi dalam keperawatan gerontik*. Jakarta: EGC.
- Nursalam. (2003). *Konsep & penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan: pedoman skripsi, tesis, dan instrumen penelitian keperawatan*. (Ed. ke-1). Jakarta: Salemba Medika.
- Potter, P.A. & Perry, A.G. (2005). *Buku ajar fundamental keperawatan: konsep, proses, dan praktik*. (Ed. Ke-4). Jakarta: EGC.

- Smilkstein, G. (1984). Physician and Family Function Assessment. *Fall*, **Vol. 2 No. 3**, 263- 278.
- Soejono, C. H., Setiati, S. & Wiwie. (2000). *Pedoman pengelolaan kesehatan pasien geriatri: untuk dokter & perawat*. Jakarta: penerbit FK UI.
- Stanley, M. & Beare, P.G. (2006). *Buku ajar keperawatan gerontik*. (Nety Juniarti, Sari Kurnianingsih, Penerjemah). (Edisi ke-2). Jakarta: EGC.
- Steffens, DC. et al. (2000). Prevalence of depression and its treatment in an elderly population. *Arch gen psychiatry*, **57**, 601-607.
- Sudoyo, A.W., et al. (ed.). (2006). *Buku ajar ilmu penyakit dalam*. Vol. 3. (Ed. ke-4). Jakarta: Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Suryo, H. (2011). *Gambaran depresi pada lansia di panti wredha dharma bakti Surakarta*. Skripsi Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta. October 9, 2011.
<http://etd.eprints.ums.ac.id>
- Syamsuddin. (2006). *Depresi pada lansia*. December 21, 2011. Artikel dari Kementerian Sosial RI - Kerja Keras, Kerja Cerdas, Kerja Mawas, Kerja Selaras dan Kerja Tuntas.
<http://www.depsos.go.id/modules.php?name=News&file=print&sid=208>
- Syarniah. (2010). *Pengaruh terapi kelompok reminiscence terhadap depresi pada lansia di panti sosial tresna werdha budi sejahtera provinsi Kalimantan selatan*. Tesis Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Tidak dipublikasikan.
- _____. (1992). *Undang-Undang Republik Indonesia Tahun 1992 Tentang Kesehatan*. Surabaya: Penerbit Arkola.
- Van der Wurff, F.B. et al. (2004). Prevalence and risk-factors for depression in elderly Turkish and Moroccan migrants in the Netherlands. *Journal of affective disorders*, **83**, 33-41.
- Veer-Tazelaar, P., et al. (2007). Depression in old age (75+), the PIKO study. *Journal of affective disorders*, **106**, 295-299.
- Videbeck, S.L. (2008). *Buku ajar keperawatan jiwa*. (Renata Komalasari & Alfrina Hani, Penerjemah). Jakarta: EGC.
- Wada, T., et al. (2005). Depression, activities of daily living, and quality of life of community-dwelling elderly in three Asian countries: Indonesia, Vietnam, and Japan. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, **41**, 271-280.

Wulandari, A.F.S. (2011). *Kejadian dan tingkat depresi pada usia lanjut: studi perbandingan di panti wreda dan komunitas*. Karya tulis ilmiah. Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro. June 12, 2012.
http://eprints.undip.ac.id/32877/1/Ayu_Fitri.pdf

Wong, D.L. (2008). *Buku ajar keperawatan pediatrik wong*. (Agus Sutarna, Neti Juniarti, & H.Y. Kuncara, Penerjemah). (Ed. ke-6). Jakarta: EGC.

Yesavage, J.A., et al. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, **17**, 37-49.





UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

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

Nomor : 951 /H2.F12.D1/PDP.04.04/2012

5 Maret 2012

Lamp : --

Perihal : Permohonan ijin penelitian

Yth. Kepala Dinas Sosial
Provinsi DKI Jakarta
Jl. Gunung Sahari II No.6
Jakarta 10610

Dalam rangka penyelesaian tugas akhir (skripsi) bagi mahasiswa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK UI):

No.	Nama Mahasiswa	NPM
1.	Ollyvia Freeska Dwi Marta	0806316221

akan melakukan pengumpulan data penelitian dengan judul **“Faktor-faktor yang Mempengaruhi Tingkat Depresi pada Lansia di Panti Sosial Tresna Werdha (PSTW) Budi Mulia 4, Jakarta Selatan”**.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Bapak/Ibu mengizinkan mahasiswa FIK-UI tersebut untuk melakukan pengumpulan data di **PSTW Budi Mulia 4, Jakarta Selatan pada bulan Maret – April 2012**.

Atas perhatian dan ijin yang diberikan, disampaikan terima kasih.



Wakil Dekan,

Dra. Funaiti Sahar, PhD

NIP. 19570115 198003 2 002

Tembusan:

1. Kepala PSTW Budi Mulia 4, Jakarta Selatan
2. Dekan FIK-UI
3. Sekretaris FIK-UI
4. Manajer Pendidikan & Riset FIK-UI



**PEMERINTAH PROVINSI DAERAH KHUSUS IBUKOTA JAKARTA
DINAS SOSIAL**

Jalan Gunung Sahari II No. 6 - Jakarta Pusat
Telp. (021) 4222497 - 4222498 Fax. 4253639
J A K A R T A

Kode Pos : 10610

Nomor : 055 /-1.785.4

14 Maret 2012

Sifat : Biasa

Lampiran :

Hal : Permohonan Izin Penelitian

Kepada
Yth. Wakil Dekan
Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia
di
Jakarta

Menindaklanjuti surat saudara tanggal 5 Maret 2012 nomor : 95/H2.F.12.DI/PDP.04.04/2012 hal seperti tersebut pada pokok surat, pada prinsipnya kami tidak keberatan memberikan izin kepada Mahasiswa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Jakarta, atas nama *Ollyvia Freeska Dwi Marta (NPM 0806316221)* yang akan melakukan penelitian di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 4, mulai bulan Maret s.d. April 2012.

Sehubungan dengan hal tersebut di atas, kami minta Saudara melaporkan hasil kegiatan dimaksud kepada Dinas Sosial Provinsi DKI Jakarta cq Sub. Bag. Kepegawaian Dinas Sosial Provinsi DKI Jakarta.

Atas perhatian Saudara disampaikan terima kasih.



Tembusan :

- Ka. Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 4

PENJELASAN PENELITIAN

Judul Penelitian

Faktor-faktor yang Mempengaruhi Tingkat Depresi pada Lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 4 Jakarta Selatan

Nama saya peneliti adalah **Ollyvia Freeska Dwi Marta**. Saya Mahasiswa di **Fakultas Ilmu Keperawatan dengan NPM 0806316221**, bermaksud melakukan penelitian untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat depresi pada lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 4 Jakarta Selatan. Penelitian ini merupakan bagian dari persyaratan untuk Program Pendidikan Sarjana saya di Universitas Indonesia, Depok. Pembimbing saya adalah **Tuti Nuraini S.Kp., M. Biomed** dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia di Depok, Jawa Barat.

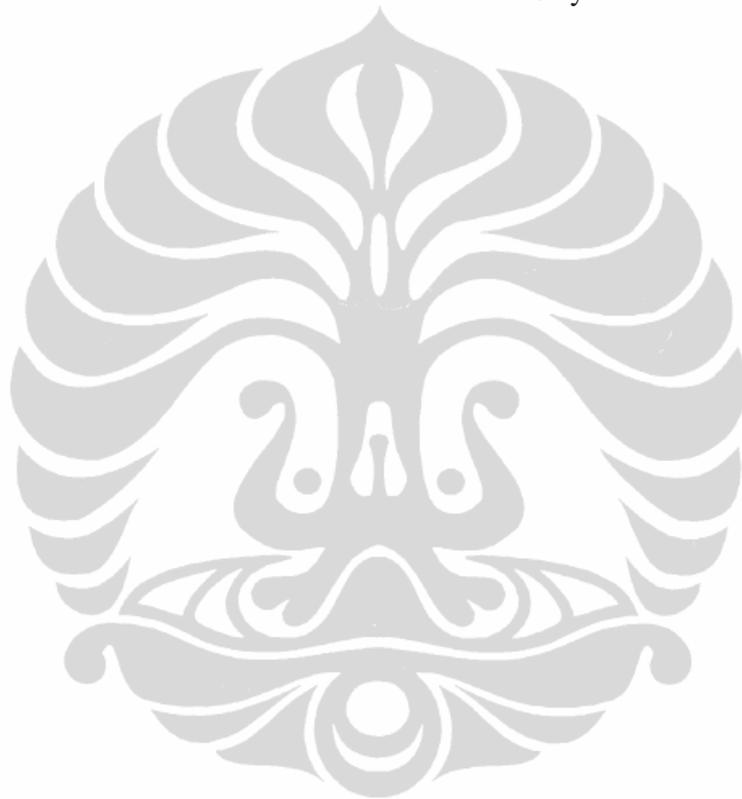
Penelitian ini bermaksud untuk menganalisis data yang didapatkan dari lansia yang tinggal di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 4 Jakarta Selatan mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat depresi lansia. Melalui instrumen penelitian berupa kuesioner, lansia diminta untuk menjawab pertanyaan terkait data tentang identitas responden, usia, jenis kelamin, riwayat penyakit, status perkawinan, pekerjaan, APGAR keluarga untuk mengetahui dukungan keluarga terhadap lansia, serta untuk mengetahui tingkat depresi pada lansia dengan menggunakan Skala Depresi Geriatrik-15 (*Geriatric Depression Scale-15*). Pengisian kuesioner ini membutuhkan waktu 5-10 menit.

Hasil penelitian ini akan dimanfaatkan untuk sumber informasi bagi lansia dan instansi terkait mengenai pencegahan depresi pada lansia. Peneliti akan menghormati keputusan lansia sebagai partisipan serta akan merahasiakan setiap jawaban dan identitas partisipan. Semua data hanya akan digunakan untuk kepentingan penelitian.

Melalui penelitian ini, peneliti sangat mengharapkan partisipasi Bapak/ Ibu untuk ikut secara aktif sebagai partisipan dalam penelitian ini. Atas kesediaan dan partisipasi, peneliti mengucapkan terimakasih.

Depok, April 2012

Ollyvia Freeska Dwi Marta



**SURAT PERNYATAAN BERSEDIA
BERPARTISIPASI SEBAGAI RESPONDEN PENELITIAN**

Yang bertandatangan di bawah ini, saya:

Nama :

Usia :

Saya telah membaca surat permohonan dan mendapatkan penjelasan tentang penelitian yang akan dilakukan oleh saudari Ollyvia Freeska Dwi Marta, mahasiswa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dengan judul “Faktor-faktor yang Mempengaruhi Tingkat Depresi pada Lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 4 Jakarta Selatan”.

Saya telah mengerti dan memahami tujuan dan manfaat dari penelitian yang akan dilakukan. Saya mengerti dan yakin bahwa peneliti akan menghormati hak-hak saya dan menjaga kerahasiaan semua data yang diperoleh dari saya. Saya memutuskan bersedia berpartisipasi menjadi responden dalam penelitian ini dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan dari pihak manapun. Adapun bentuk kesediaan saya adalah untuk menjawab pertanyaan sesuai yang tercantum pada kuesioner penelitian.

Demikian surat pernyataan ini saya buat, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Mengetahui
Peneliti,

Jakarta, 2012
Pembuat pernyataan,

Ollyvia Freeska Dwi Marta

()

KUESIONER PENELITIAN

**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI TINGKAT DEPRESI
PADA LANSIA DI PANTI SOSIAL TRESNA WERDHA BUDI MULIA 4
JAKARTA SELATAN**

No. Kuesioner : (diisi oleh peneliti)

Tanggal Pengisian :

Petunjuk pengisian
Anda diharapkan :

1. Berilah tanda silang (X) pada kotak yang telah disediakan sesuai dengan jawaban Anda
2. Semua pertanyaan harus dijawab
3. Bila ada yang kurang dimengerti dapat ditanyakan pada peneliti.
4. Mohon kuesioner ini dikembalikan

I. Identitas Responden

1. Nama :
2. Agama :
3. Suku :

II. Komponen Faktor Internal

1. Usia bapak/ ibu sekarang :tahun
2. Jenis Kelamin :

- 1) Laki-laki
 2) Perempuan

3. Apakah penyakit yang bapak/ ibu derita saat ini: (pilihan boleh lebih dari satu)

- 1) Diabetes Mellitus
- 2) Asam Urat
- 3) Tekanan Darah Tinggi
- 4) *Benign Prostatic Hyperplasia* / Pembesaran Kelenjar Prostat
- 5) Infeksi saluran perkemihan
- 6) Stroke
- 7) Gangguan fungsi pendengaran dan penglihatan
- 8) Penyakit kronik paru-paru
- 9) Susah tidur (insomnia)
- 10) Susah buang air besar (konstipasi)
- 11) lain-lain, sebutkan:

III. Komponen Faktor Eksternal

1. Status perkawinan:

- 1) Kawin dan masih hidup
- 2) Janda/ duda
- 3) Tidak kawin

2. Pekerjaan bapak/ ibu sebelum tinggal di panti:

- 1) Tidak bekerja
- 2) Tani
- 3) Buruh/ Pembantu
- 4) Karyawan swasta
- 5) Pegawai Negeri Sipil (PNS)
- 6) Ibu Rumah Tangga

3. APGAR Keluarga

Petunjuk: Berilah tanda *check list* (√) pada kolom jawaban yang telah disediakan.

Jawaban:

Selalu : jika pernyataan tersebut selalu Anda rasakan

Kadang-kadang : jika pernyataan tersebut kadang-kadang Anda rasakan

Tidak pernah : jika pernyataan tersebut tidak pernah Anda rasakan

No.	Pernyataan	Selalu	Kadang-kadang	Tidak pernah
1.	Saya merasa puas jika keluarga dapat membantu saya memecahkan masalah yang sedang saya hadapi.			
2.	Saya merasa puas atas cara keluarga membicarakan berbagai hal dan mau berbagi masalah dengan saya			
3.	Saya merasa puas dengan cara keluarga menerima dan mendukung saya untuk melakukan aktivitas baru.			
4.	Saya merasa puas dengan cara keluarga mengungkapkan sikap dan respon terhadap emosi/ perasaan saya seperti kemarahan, kesedihan, dan cinta.			
5.	Saya puas dengan cara keluarga dan saya meluangkan waktu bersama.			

Sumber: kuesioner Smilkstein, G: *The Family APGAR* (1984)

IV. Skala Depresi Geriatrik-15 (*Geriatric Depression Scale-15*)

Petunjuk: berilah tanda *check list* (✓) pada kolom jawaban yang telah tersedia.

Pilihlah jawaban yang paling tepat, yang sesuai dengan perasaan Anda dalam satu minggu terakhir.

No.	Pertanyaan	Ya	Tidak
1.	Apakah Anda puas dengan kehidupan Anda?		
2.	Apakah Anda mengurangi banyak aktivitas dan hobi Anda?		
3.	Apakah Anda merasa kehidupan Anda terasa hampa?		
4.	Apakah Anda sering merasa bosan?		
5.	Apakah Anda bersemangat setiap waktu?		
6.	Apakah Anda takut bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi pada Anda?		
7.	Apakah Anda merasa bahagia untuk sebagian besar waktu Anda?		
8.	Apakah Anda merasa tidak berdaya?		
9.	Apakah Anda lebih senang tinggal di rumah daripada keluar dan mengerjakan sesuatu hal yang baru?		
10.	Apakah Anda merasa memiliki masalah daya ingat jika dibandingkan dengan dengan kebanyakan orang?		
11.	Apakah kehidupan Anda saat ini menyenangkan?		
12.	Apakah Anda merasa tidak berharga seperti perasaan Anda saat ini?		
13.	Apakah Anda merasa penuh semangat?		
14.	Apakah Anda merasa keadaan Anda tidak ada harapan?		
15.	Apakah Anda berfikir bahwa orang lain lebih baik keadaannya daripada Anda?		

Sumber: kuesioner Sheikh, J.I. & Yesavage, J.A.: *Geriatric Depression Scale-15* (1986, dalam Mauk, 2010)

SELESAI
- TERIMA KASIH ATAS PARTISIPASI BAPAK/ IBU -

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Ollyvia Freeska Dwi Marta
 Jenis Kelamin : Perempuan
 Tempat Tanggal Lahir : Blitar, 9 Maret 1989
 Agama : Islam
 Alamat : Dusun Gading Desa Selopuro RT: 03
 RW: 08 Nomor 62 Kecamatan Selopuro Kabupaten Blitar Jawa
 Timur
 Email : ollyvia.freeska@gmail.com



PENDIDIKAN FORMAL

No.	Pendidikan	Tahun
1	FIK UI Program Studi Ilmu Keperawatan	2008-2012
2	SMA Negeri 1 Talun	2005-2008
3	MTs Negeri Jambewangi	2002-2005
4	MI Islam Gading	1996-2002
5	TK Al-Hidayah Gading	1995-1996