

**HUBUNGAN ANTARA GAMBARAN KARAKTERISTIK RESPONDEN  
DAN DUKUNGAN SOSIAL DENGAN TINGKAT DEPRESI PADA LANJUT  
USIA DI PSTW NIRWANA PURI SAMARINDA**

**SKRIPSI**



**DISUSUN OLEH**

**IN DRIYANI**

**1211308230476**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH  
SAMARINDA**

**2016**

# Hubungan antara Gambaran Karakteristik Responden dan Dukungan Sosial Dengan Tingkat Depresi pada Lanjut Usia di PSTW Nirwana Puri Samarinda

In Driyani<sup>1</sup>, Nunung Herlina<sup>2</sup>, Faried Rahman Hidayat<sup>2</sup>

## INTISARI

**Latar Belakang:** Indikator kemajuan suatu bangsa diantaranya adalah peningkatan usia harapan hidup yang dipengaruhi oleh multi faktor, salah satunya faktor kesehatan. Depresi merupakan permasalahan yang paling sering pada lansia. Depresi yang terjadi pada lanjut usia dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain persoalan hidup yang mendera lansia seperti kemiskinan, usia, jenis kelamin, stress yang berkepanjangan, penyakit fisik yang tidak kunjung sembuh, perceraian atau kematian pasangan, keturunan yang tidak bisa merawatnya dan sebagainya.

**Tujuan:** Mengetahui hubungan antara gambaran karakteristik responden dan dukungan sosial dengan tingkat depresi pada lanjut usia di PSTW Nirwana Puri Samarinda.

**Metode:** Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah *deskriptif korelasi* dengan pendekatan *cross sectional*. Pengambilan sampel dengan metode *total sampling* dengan jumlah sampel sebanyak 72 responden. Gambaran karakteristik dilihat dari karakteristik responden dan dukungan sosial diukur menggunakan kuesioner sedangkan tingkat depresi pada lanjut usia diukur menggunakan kuesioner *Geriatric Depression Scale*. Analisis statistik yang digunakan adalah uji *Chi Square* dan Regresi Logistik.

**Hasil:** Hubungan antara gambaran karakteristik responden dan dukungan sosial dengan tingkat depresi pada lanjut usia diuji dengan menggunakan Chi Square, jika syarat uji Chi Square tidak terpenuhi maka digunakan uji Fisher Exact dengan taraf signifikan  $\alpha$  5%. Hasil penelitian menunjukkan jenis kelamin ( $p=0,262$ ), usia ( $p=0,637$ ), status perkawinan ( $p=1,000$ ) tidak ada hubungan dengan tingkat depresi pada lanjut usia sedangkan tingkat pendidikan ( $p=0,001$ ), aktivitas sehari-hari ( $p=0,003$ ), dukungan sosial ( $p=0,029$ ) ada hubungan dengan tingkat depresi pada lanjut usia. Hasil uji Regresi Logistik didapatkan bahwa kurangnya dukungan sosial merupakan penyebab dominan terhadap tingkat depresi pada lanjut usia dengan  $p$  value = 0,009 dan OR = 10,405 (95% CI : 1,796-60,267).

**Kesimpulan:** Ada hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan, aktivitas sehari-hari, dukungan sosial dengan tingkat depresi pada lanjut usia dan tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin, usia, status perkawinan dengan tingkat depresi pada lanjut usia. Dukungan sosial merupakan penyebab dominan terhadap tingkat depresi pada lanjut usia di PSTW Nirwana Puri Samarinda.

**Kata Kunci:** Gambaran karakteristik, Dukungan sosial, Tingkat depresi lanjut usia

---

<sup>1</sup> Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES Muhammadiyah Samarinda

<sup>2</sup> Dosen Keperawatan STIKES Muhammadiyah Samarinda

**The Relationship between Characteristic Illustration Respondents and Social Support with Level of Depression in the Elderly at PSTW Nirwana Puri Samarinda**

**In Driyani<sup>3</sup>, Nunung Herlina<sup>2</sup>, Faried Rahman Hidayat<sup>2</sup>**

**ABSTRACT**

**Background:** The improvement indicators of a nation are increasing of life expectancy age which is influenced by multifactors, one of them is healthcare factor. Depression is the most frequently problem over elderly. Depression that happens over elderly is influenced by several factor, which is life problems that faced by elderly such as poverty, age, gender, prolonged stressness, physical illness that hardly recover, divorce or the death of life partner, the incapability of their descendants to take care of them and so on.

**Purpose:** To know the correlation between characteristics illustration respondents and social support to with level of depression in the elderly at PSTW Nirwana Puri Samarinda.

**Method:** The design of this research is *descriptive correlation with cross sectional* approach. The process of taking sampling is used *total sampling*, total sample were 72 respondents. Characteristics illustration was seen from characteristics of respondents and used questioner to measure the social support, whereas level of depression is measured using questioner *Geriatric Depression Scale*. This research used *Chi Square* and *Logistic Regression*.

**Result:** The relationship between characteristics illustration respondents and social support with level of depression in the elderly was tested by using Chi Square, if the conditions Chi Square test does not qualify it will be used Fisher Exact with significant degree 5%. The results showed gender ( $p=0,262$ ), age ( $p=0,637$ ), marital status ( $p=1,000$ ) there is no correlation with level of depression in the elderly, whereas level of education ( $p=0,001$ ), daily activities ( $p=0,003$ ), social support ( $p=0,029$ ) there is a correlation with level of depression in the elderly. The result of Logistic Regression analysis showed a lack of social support are the dominant cause of depression in the elderly with  $p\ value = 0,009\ dan\ OR = 10,405\ (95\% CI : 1,796-60,267)$ .

**Conclusion:** There is a significant relationship between the level of education, daily activities, social support with level of depression in the elderly and there is no significant relationship between gender, age, marital status with level of depression in the elderly. Social support are the dominant cause of depression in the elderly at PSTW Nirwana Puri Samarinda.

**Keywords:** Characteristics illustration, Social support, Level of depression in the elderly

---

<sup>1</sup> Student of nursing program STIKES Muhammadiyah Samarinda

<sup>2</sup> Lecture nursing science program of STIKES Muhammadiyah Samarinda

## MOTTO

**“ Barang siapa bertaqwa pada**

**Allah, maka Allah  
memberikan jalan keluar  
kepadanya dan memberi  
rezeki dari arah yang tidak  
disangka-sangka. Barang  
siapa yang bertaqwa pada  
Allah, maka Allah jadikan  
urusannya menjadi mudah”.**

**(QS. Ath-Thalaq : 2, 3)**

## KATA PENGANTAR

Puji syukur atas kehadiran Allah SWT atas berkat rahmat dan limpahan hidayah-Nya, sehingga penyusunan skripsi ini terselesaikan. Shalawat dan salam semoga senantiasa tercurah pada baginda Rosul Muhammad SAW, keluarga dan kerabatnya.

Selesainya penyusunan skripsi ini merupakan pengalaman berharga dan membahagiakan, yang semuanya adalah atas berkah dan rahmat dari Allah SWT. Pada kesempatan berbahagia ini, penulis menyampaikan ucapan terimakasih kepada :

1. Bapak Ghozali MH, M.Kes selaku Direktur STIKES Muhammadiyah Samarinda.
2. Ibu Ns. Siti Khoiroh M, S.Pd., M.Kep, selaku Ketua Program Studi S1 Keperawatan STIKES Muhammadiyah Samarinda.
3. Bapak Aji Anwar, SE. MM, selaku Ketua Panti Tresna Werdha Nirwana Puri Samarinda.
4. Ibu Rusni Masnina, Skp., MPH selaku penguji I yang telah memberikan bimbingan dalam penyusunan skripsi ini.
5. Ibu Dr. Hj. Nunung Herlina, Skp., M.Pd selaku pembimbing I sekaligus penguji II yang telah memberikan bimbingan dalam penyusunan skripsi ini.

6. Bapak Ns. Faried Rahman Hidayat, S.Kep.,M.Kes selaku pembimbing II sekaligus penguji III yang telah memberikan bimbingan dalam penyusunan skripsi ini.
7. Bapak-ibu dosen dan seluruh karyawan STIKES Muhammadiyah Samarinda.
8. Kedua orang tua ku Djamaloeddin P (Alm) dan Mama ku Aisyah serta saudara-saudaraku Pusriyati, Hasniyati, Agus Salim, Fitri Yani dan Mila Karmila yang senantiasa memberi do'a, dukungan, semangat dan motivasi yang begitu besar kepada penulis.
9. Sahabat-sahabatku khususnya Arabiya, Hanna Wahyuni, Herlina Agustin, dan Risdia Astrid Devi Sari terimakasih atas persahabatan, persaudaraan dan dukungannya yang tiada henti kepada penulis.
10. Sahabat sejawatku Nikma Kris Dayanti terimakasih atas semangat dan motivasi yang tiada henti serta selalu memberikan masukan positif kepada penulis.
11. Yang selalu menemani hari-hariku Sharien Fauzi Muhammad terimakasih do'a, dukungan dan telah menjadi sabar untukku.
12. Teman-teman sejawat S1 Ilmu Keperawatan khususnya tingkat IV A yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu, terimakasih persaudaraan, dukungan serta kerjasamanya.
13. Teman-teman sejawat S1 Ilmu Keperawatan angkatan tahun 2012 yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu, yang telah berjuang bersama.

14. Dan semua pihak yang memberikan kasih sayang dan perhatiannya kepada penulis.

Dengan penulisan skripsi ini, semoga bermanfaat bagi peneliti dan orang lain. Penulis menyadari penulisan ini masih jauh dari sempurna, untuk itu penulis mengharapkan adanya kritik dan saran yang membangun dari pembaca.

Akhirnya penulis ucapkan terimakasih atas perhatiannya dan semoga skripsi ini bermanfaat bagi pembaca. Amien Ya Robbal A'lamin.

Samarinda, 09 Juni 2016

Peneliti

## DAFTAR ISI

	halaman
Halaman Sampul	
Halaman Judul .....	i
Halaman Pernyataan Keaslian Penelitian .....	ii
Halaman Persetujuan .....	iii
Halaman Pengesahan .....	iv
Intisari .....	v
Abstract .....	vi
Motto .....	vii
Kata Pengantar .....	viii
Daftar Isi .....	xi
Daftar Gambar .....	xiv
Daftar Tabel .....	xv
Daftar Lampiran .....	xvi
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang Masalah .....	1
B. Rumusan masalah .....	4
C. Tujuan Penelitian .....	5
D. Manfaat Penelitian .....	6
E. Keaslian Penelitian .....	7



## **BAB II TINJAUAN PUSTAKA**

A. Telaah Pustaka .....	9
B. Penelitian Terkait .....	52
C. Kerangka Teori .....	53
D. Kerangka Konsep .....	54
E. Hipotesis/Pertanyaan Penelitian .....	56

## **BAB III METODE PENELITIAN**

A. Rancangan Penelitian .....	58
B. Populasi dan Sampel .....	59
C. Waktu dan Tempat Penelitian.....	61
D. Definisi Operasional .....	61
E. Instrumen Penelitian .....	65
F. Uji Validitas dan Reliabilitas .....	66
G. Teknik Pengumpulan Data .....	71
H. Teknik Analisa Data .....	71
I. Etika Penelitian .....	80
J. Jalannya Penelitian .....	81
K. Jadwal Penelitian .....	82

## **BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

A. Hasil Penelitian .....	83
1. Analisa Univariat .....	84
2. Analisa Bivariat .....	87
3. Analisa Multivariat .....	92

B. Pembahasan .....	96
1. Analisa Univariat .....	97
2. Analisa Bivariat .....	106
3. Analisa Multivariat .....	122
C. Keterbatasan Penelitian .....	124

## **BAB V KESIMPULAN DAN SARAN**

A. Kesimpulan .....	125
B. Saran .....	127

## **DAFTAR PUSTAKA**

## **LAMPIRAN-LAMPIRAN**

## DAFTAR GAMBAR

	halaman
Gambar 2.1 Kerangka Teori Penelitian .....	54
Gambar 2.2 Kerangka Konsep Penelitian .....	55

## DAFTAR TABEL

	halaman
Table 3.1 Definisi Operasional .....	61
Table 3.2 Kisi-kisi variabel dukungan sosial .....	66
Tabel 3.3 Hasil uji normalitas data .....	75
Tabel 4.1 Distribusi frekuensi gambaran karakteristik.....	85
Tabel 4.2 Distribusi frekuensi dukungan sosial.....	86
Tabel 4.3 Distribusi frekuensi tingkat depresi.....	86
Tabel 4.4 Hasil bivariat gambaran karakteristik dengan tingkat depresi..	87
Tabel 4.5 Hasil bivariat dukungan sosial dengan tingkat depresi.....	91
Tabel 4.6 Langkah awal seleksi multivariat.....	92
Tabel 4.7 Pemodelan awal multivariat.....	93
Tabel 4.8 Hasil uji interaksi.....	94
Tabel 4.9 Pemodelan akhir multivariat.....	94

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Biodata peneliti
- Lampiran 2 : Penjelasan penelitian
- Lampiran 3 : Lembar persetujuan responden
- Lampiran 4 : Kuesioner penelitian
- Lampiran 5 : Hasil uji validitas dan reliabilitas
- Lampiran 6 : Hasil uji normalitas data
- Lampiran 7 : Hasil analisis univariat dan bivariat
- Lampiran 8 : Hasil analisis multivariat
- Lampiran 9 : Hasil uji interaksi

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Peningkatan usia harapan hidup merupakan salah satu indikator kemajuan suatu bangsa (Hawari, 2007). Peningkatan usia harapan hidup dipengaruhi oleh multi faktor, salah satunya faktor kesehatan (Dinkes DIY, 2012). Kelompok lansia dipandang sebagai kelompok masyarakat yang beresiko mengalami masalah kesehatan, meliputi kesehatan fisik maupun kesehatan jiwa. Masalah kesehatan yang sering dialami oleh lansia yaitu terjadinya kemunduran dalam berbagai fungsi dan perubahan fisik seperti menurunnya ketajaman panca indera, berkurangnya daya tahan tubuh, sedangkan masalah kesehatan jiwa yang paling sering yaitu depresi (Depkes RI, 2004).

Depresi pada lanjut usia merupakan interaksi antara aspek biologis dan psikososial. Berdasarkan aspek biologis, lansia mengalami ketidakseimbangan zat-zat kimia di otak yang menyebabkan sel-sel di otak tidak berfungsi dengan baik. Selain itu, pada lansia yang mengalami masalah gangguan fisik menahun, misalnya hipertensi, DM, rematik dan lain-lain. Berdasarkan aspek psikososial yang berperan dalam timbulnya depresi adalah perubahan status ekonomi, cenderung kehilangan dukungan anak, menantu dan teman-temannya (Santoso & Ismail, 2009). Selain itu, faktor demografi seperti usia, jenis kelamin,

tingkat pendidikan, status perkawinan, cedera kepala dikaitkan dengan gejala depresi (Gao *et al*, 2009).

Keadaan depresi pada lansia sulit didiagnosis atau bahkan diabaikan, sejumlah faktor yang menyebabkan ini mencakup fakta bahwa pada lansia, depresi dapat tersamarkan atau disamarkan oleh gangguan sakit fisik atau gejala medis demensia/kepilekunan. Selain hal tersebut juga disebabkan karena lansia sering tidak mengeluhkan perasaan depresinya (Stanley dan Beare, 2006).

Depresi yang terjadi pada usia lanjut dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain persoalan hidup yang mendera lansia seperti kemiskinan, usia, jenis kelamin, stress yang bekerpanjangan, penyakit fisik yang tidak kunjung sembuh, perceraian atau kematian pasangan, keturunan yang tidak bisa merawatnya dan sebagainya (Nevid dkk., 2003)

Adapun populasi lansia yang mudah ditemui adalah di panti-panti jompo. Panti jompo yang ada di Samarinda adalah Panti Sosial Tresna Werdha Nirwana Puri Samarinda yang merupakan salah satu unit panti sosial bagi lansia. PSTW Nirwana Puri Samarinda memiliki visi pelayanan terbaik untuk menjalankan lansia bahagia dan sejahtera diusia tua. Panti sosial ini memiliki program-program yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup bagi lansia, salah satu program yang diberikan adalah aktifitas sosial.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan tanggal 13 November 2015 di PSTW Nirwana Puri Samarinda terdapat jumlah keseluruhan lansia yang ada didalam panti sebanyak 103 orang dengan jenis kelamin laki-laki 46 orang (45%) dan perempuan 57 orang (55%). Jumlah wisma di panti tersebut sebanyak 15 wisma dengan jumlah 7-9 orang didalam setiap wisma. Selanjutnya peneliti memberikan angket kepada 10 responden. Dari hasil angket yang peneliti berikan kepada responden didapatkan hasil sebagai berikut yaitu, pada tahapan dukungan sosial lansia yang sering dikunjungi keluarga 2 orang (20%), jarang dikunjungi keluarga 3 orang (30%) dan tidak pernah dikunjungi keluarga sebanyak 5 orang (50%). Selanjutnya pada tahapan depresi peneliti mendapatkan hasil lansia yang kesepian sebanyak 6 orang (60%), sedih sebanyak 7 orang (70%), marah 3 orang (30%), murung 3 orang (30%), sulit tidur 3 orang (30%) dan kurang nafsu makan sebanyak 2 orang (20%).

Dari hasil tersebut rata-rata yang mengalami depresi adalah perempuan. Dilihat dari tingkat pendidikannya yang mengalami depresi adalah lansia yang tidak tamat sekolah yaitu sebanyak 6 orang (60%), lulusan SD 3 orang (30%) dan lulusan SMP sebanyak 1 orang (10%). Sedangkan dilihat dari usia, lansia yang mengalami depresi rata - rata 60-74 tahun sebanyak 4 orang (40%), 75-90 tahun 4 orang (40%) dan > 90 tahun 2 orang (20%). Selanjutnya dilihat dari status perkawinannya lansia yang mengalami depresi adalah janda yaitu sebanyak 5 orang (50%), duda 3 orang (30%) dan kawin sebanyak 2 orang (20%). Dan



kebanyakan lansia yang mengalami depresi adalah lansia yang kurang aktivitas. Kegiatannya hanya menonton televisi, duduk-duduk, tidur dan lebih suka menyendiri. Berdasarkan hasil penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Muna, N (2013) dapat disimpulkan bahwa sebagian besar lansia berusia (>75 tahun) sebanyak 27 orang, berjenis kelamin perempuan sebanyak 31 orang dan berpendidikan dasar sebanyak 29 orang. Sebagian besar lansia mengalami depresi sebanyak 24 orang atau sebesar 60%. Ada hubungan antara umur dengan kejadian depresi pada lansia  $p=0.023$ , terdapat perbedaan kejadian depresi pada lansia berdasarkan jenis kelamin dengan  $p=0.034$  dan ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan kejadian depresi pada lansia dengan  $p=0.003$ .

Berdasarkan fenomena diatas maka penulis tertarik untuk melaksanakan penelitian dengan judul “ Hubungan Antara Gambaran Karakteristik Responden dan Dukungan Sosial Dengan Tingkat Depresi Pada Lanjut Usia Di PSTW Nirwana Puri Samarinda “.

## B. Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Apakah ada hubungan antara gambaran karakteristik responden dan dukungan sosial dengan tingkat depresi pada lanjut usia di PSTW Nirwana Puri Samarinda ?”

## C. Tujuan Penelitian

### 1. Tujuan Umum

Tujuan dari penelitian adalah untuk mengetahui hubungan gambaran karakteristik responden dan dukungan sosial dengan tingkat depresi pada lanjut usia di PSTW Nirwana Puri Samarinda.

### 2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus dalam penelitian ini adalah untuk :

- a. Mengidentifikasi gambaran karakteristik responden pada lanjut usia (jenis kelamin, usia, status perkawinan, tingkat pendidikan, dan aktivitas sehari-hari) di PSTW Nirwana Puri Samarinda.
- b. Mengidentifikasi dukungan sosial pada lanjut usia (dukungan instrumental, informasional, emosional, dan penilaian/harga diri) di PSTW Nirwana Puri Samarinda.
- c. Mengidentifikasi tingkat depresi pada lanjut usia di PSTW Nirwana Puri Samarinda.
- d. Menganalisis hubungan antara gambaran karakteristik responden dengan tingkat depresi pada lanjut usia di PSTW Nirwana Puri Samarinda.
- e. Menganalisis hubungan antara dukungan sosial dengan tingkat depresi pada lanjut usia di PSTW Nirwana Puri Samarinda.
- f. Menganalisis variabel yang paling berhubungan antara gambaran karakteristik responden dan dukungan sosial dengan tingkat depresi pada lanjut usia di PSTW Nirwana Puri Samarinda.

#### D. Manfaat Penelitian

Manfaat dari penelitian ini ditinjau dari manfaat teoritis dan manfaat praktis adalah :

##### 1. Secara teoritis

Menambah khasanah ilmu keperawatan gerontologi terutama mengenai tingkat terjadinya depresi pada lanjut usia.

##### 2. Secara praktis

###### a. Bagi lansia

Hasil penelitian ini diharapkan nantinya dapat memberikan informasi yang valid tentang pentingnya dukungan sosial untuk mengatasi depresi pada lanjut usia. Dukungan sosial yang baik akan sangat berpengaruh terhadap kondisi psikologis seseorang.

###### b. Bagi petugas kesehatan

Untuk memperkaya informasi tentang hubungan antara gambaran karakteristik dan dukungan sosial dengan depresi pada lanjut usia di Panti Sosial Tresna Werdha Nirwana Puri Samarinda.

###### c. Bagi instansi pendidikan

Sebagai masukan bagi institusi pendidikan dalam mengembangkan informasi tentang tingkat depresi pada lansia.

###### d. Bagi peneliti

Menambah wawasan peneliti tentang hubungan antara gambaran karakteristik dengan tingkat depresi pada lanjut usia.

e. Bagi peneliti selanjutnya

Sebagai bahan masukan atau sumber data bagi peneliti lain yang ingin melakukan penelitian lebih lanjut tentang hubungan antara gambaran karakteristik dan dukungan sosial dengan depresi pada lanjut usia.

#### E. Keaslian Penelitian

1. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Rahman, A.N (2013) tentang “Hubungan tipe kepribadian dan dukungan sosial dengan tingkat depresi pada lansia di Panti Werdha Nirwana Puri Samarinda”. Penelitian ini menggunakan penelitian *cross sectional*, dengan populasi sebanyak 107 lansia dan besar sampel adalah 52 orang, diambil dengan *technique stratified sampling*. Perbedaan terlihat pada variabel independen dimana peneliti sekarang adalah gambaran karakteristik dan dukungan sosial. Peneliti sekarang menggunakan teknik sampel *total sampling*. Persamaan pada penelitian ini terlihat pada tempat penelitiannya dan variabel dependen.
2. Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan oleh Febrianty, S (2013) tentang “Hubungan dukungan keluarga dengan kejadian depresi pada lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Juanda Samarinda”. Penelitian ini menggunakan penelitian *cross sectional*, dengan populasi sebanyak 252 lansia dan besar sampel adalah 61 orang, diambil dengan *technique purposive sampling*. Perbedaan terlihat

pada variabel independen dimana peneliti sekarang adalah gambaran karakteristik dan dukungan sosial. Peneliti sekarang menggunakan teknik sampel *total sampling*. Perbedaan juga terlihat pada tempat penelitiannya.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Telaah Pustaka**

##### **1. Konsep Gambaran Karakteristik Responden**

###### **a. Jenis kelamin**

Menurut Amir (2005) depresi lebih sering terjadi pada wanita. Ada dugaan bahwa wanita lebih mencari pengobatan sehingga depresi lebih sering terdiagnosis. Selain itu, ada pula yang menyatakan bahwa wanita lebih sering terpajan dengan *stressor* 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.

Perempuan dua kali lebih sering terdiagnosa depresi dari pada pria karena perubahan hormonal dalam siklus menstruasinya yang berhubungan dengan kehamilan, kelahiran dan menopause (Ibrahim, 2011). Selanjutnya Suryo (2011) menyatakan bahwa tingkat depresi lansia dari perspektif jenis kelamin pada lansia di Panti Werdha Dharma Bhakti menunjukkan bahwa lansia perempuan memiliki tingkat depresi lebih tinggi dibandingkan dengan lansia laki-laki.

## b. Usia

Pudji Astuti (2003) dalam Efendi (2009) menyatakan bahwa lansia merupakan tahap lanjut dari suatu proses kehidupan yang ditandai dengan penurunan kemampuan tubuh untuk beradaptasi dengan stress lingkungan. Selanjutnya Kaplan & Sadock (2007) menyebutkan bahwa hal tersebut karena pada proses penuaan akan terjadi berbagai perubahan dimulai dari perubahan fungsi fisik, kognitif sampai perubahan psikososial yang akan mempermudah terjadinya depresi pada lansia. Menurut Rinajumita (2011) bahwa bertambahnya usia maka secara alamiah juga akan mempengaruhi terjadi penurunan kemampuan seperti fungsi perawatan diri sendiri, berinteraksi dengan orang lain disekitar dan semakin bergantung dengan yang lain.

Amir (2005) menyatakan bahwa 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 dari pada

lansia yang berumur kurang dari 75 tahun ke atas (Veer-Tazelaar *et al*, 2007). Selanjutnya Suryo (2011) menyebutkan bahwa 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.

c. 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 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 (Amir, 2005).

d. Tingkat pendidikan

Menurut Y.B Mantra dalam Notoatmodjo (2003), menyatakan bahwa pendidikan dapat mempengaruhi seseorang termasuk juga perilaku seseorang akan pola hidup terutama dalam memotivasi untuk sikap, berperan dalam pembangunan kesehatan. Semakin tinggi pendidikan seseorang makin mudah menerima informasi, sehingga makin banyak pula pengetahuan yang dimiliki.



Sebaliknya, semakin rendah atau kurang pendidikan akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap nilai-nilai yang baru diperkenalkan.

e. Aktivitas sehari-hari

Teori aktivitas atau kegiatan (*activity theory*) menyatakan bahwa lansia yang selalu aktif dan mengikuti banyak kegiatan sosial adalah lansia yang sukses (Yuli, 2014). Aktivitas yang dimaksud adalah kegiatan yang dilakukan lansia setiap hari di panti, contohnya senam, pengajian, berkebun, dan membuat keterampilan seperti menganyam, membuat keset, dan kerajinan tangan lainnya.

Aktivitas yang diberikan kepada lansia disesuaikan dengan kemampuan fisik dan mental. Aktivitas yang sesuai dengan kemampuan merupakan bentuk upaya nyata dalam mencegah depresi (Pei, Xiaomei, dan Hui, 2009).

2. Konsep dukungan sosial

a. Pengertian dukungan sosial

Dukungan sosial adalah kenyamanan, perhatian, penghargaan, atau bantuan yang diberikan orang lain atau kelompok kepada individu sehingga individu tersebut merasa bahwa orang lain memperhatikan, menghargai dan mencintainya (Gentry & Kobasa, Waltson et al, 1983, Wills & Fegas 2001 dalam Sarafino 2006). Sementara dukungan sosial didefinisikan oleh

Lahey (2007) adalah peran yang dimainkan oleh teman-teman dan relatif dalam memberikan nasihat, bantuan dan beberapa antaranya untuk menceritakan perasaan pribadi.

Berdasarkan uraian di atas dapat disimpulkan bahwa dukungan sosial adalah bantuan atau dukungan yang diterima individu dari orang lain dapat berupa perhatian, penghargaan, dan kasih sayang yang diberikan. Ditambahkan oleh Sarafino (2006), dukungan sosial dapat berasal dari berbagai sumber seperti pasangan hidup, keluarga, pacar, teman, rekan kerja, dan organisasi komunitas.

Sarason dalam Kuntjoro (2002) menyatakan bahwa dukungan sosial adalah keberadaan, kesediaan, kepedulian dari orang-orang yang dapat diandalkan, menghargai dan menyayangi kita. Sarason berpendapat bahwa dukungan sosial selalu mencakup dua hal yaitu jumlah sumber dukungan sosial yang tersedia dan merupakan persepsi individu terhadap sejumlah orang yang dapat diandalkan saat individu membutuhkan bantuan (pendekatan berdasarkan kuantitas), dan tingkatan kepuasan akan dukungan sosial yang diterima berkaitan dengan persepsi individu bahwa kebutuhannya akan terpenuhi (pendekatan berdasarkan kualitas).

#### b. Sumber dukungan sosial

Penanganan psikososial pada lansia difokuskan pada jaringan sosial dan dukungan sosial. Dimana hal tersebut berasal dari :

### 1) Dari keluarga

Keluarga merupakan kelompok sosial utama yang mempunyai ikatan emosi yang paling besar dan terdekat dengan klien. Keluarga dapat melakukan hal-hal dibawah ini untuk melakukan dukungan sosial, antara lain :

- a) Saling berkomunikasi
- b) Mencari kesibukan jika liburan

Bagi lanjut usia, keluarga merupakan sumber kepuasan. Para lanjut usia akan merasa bahwa kehidupan mereka sudah lengkap, yaitu sebagai orang tua dan juga sebagai kakek, dan nenek. Mereka dapat berperan dengan berbagai gaya, yaitu gaya formal, gaya bermain, gaya pengganti orang tua, gaya bijak, gaya orang luar, dimana setiap gaya akan membawa keuntungan dan kerugian masing-masing. Akan tetapi, keluarga dapat menjadi frustrasi bagi lanjut usia.

### 2) Berasal dari teman dekat

Ada kalanya seseorang akan merasa lebih dekat dan terbuka kepada teman terdekatnya, sehingga memungkinkan untuk bisa tercapainya tujuan pemberi dukungan sosial, seperti :

- a) Berbagai pengalaman
- b) Curhat

### 3) Berasal dari orang yang mempunyai ikatan emosi

Orang yang mempunyai ikatan emosi yang dimaksud disini adalah profesional seperti Ners, Dokter, Pekerja sosial, dan Rohaniawan. Ikatan profesional ini secara langsung akan menimbulkan minat untuk memberikan dukungan kepada klien yang sedang mengalami persoalan. Misalnya, memberikan informasi tentang pengobatan, pencegahan penyakit lansia, latihan dan pendekatan kepada Tuhan.

Sistem pendukung lanjut usia ada tiga komponen menurut Joseph & Gallo (2000), yaitu jaringan-jaringan informal, sistem pendukung formal dan dukungan-dukungan semiformal jaringan pendukung informal meliputi keluarga dan kawan-kawan. Sistem pendukung formal meliputi tim keamanan sosial setempat, program-program medikasi dan kesejahteraan sosial. Dukungan-dukungan semiformal meliputi bantuan-bantuan dan interaksi yang disediakan oleh organisasi lingkungan sekitar seperti perkumpulan pengajian, gereja atau perkumpulan warga lansia setempat.

Sumber dukungan sosial natural berbeda dengan sumber dukungan sosial bersifat artifisial dalam sejumlah hal. Perbedaan tersebut dalam hal sebagai berikut :

- a) Keberadaan sumber dukungan sosial natural bersifat apa adanya tanpa dibuat-buat sehingga lebih mudah diperoleh dan bersifat spontan.

- b) Sumber dukungan sosial yang natural memiliki kesesuaian dengan norma yang berlaku tentang kapan sesuatu harus diberikan.
- c) Sumber dukungan sosial yang natural berakar dari hubungan yang telah berakar lama.
- d) Sumber dukungan sosial yang natural memiliki keragaman dalam penyampaian dukungan sosial, mulai dari pemberian barang-barang nyata hingga sekedar menemui seseorang dalam menyampaikan salam.
- e) Sumber dukungan sosial yang natural terbebas dari beban dan label psikologis.

c. Bentuk dukungan sosial

Sheridan dan Radmacher (1992) dalam Sarafino (2006) membagi dukungan sosial kedalam empat bentuk yaitu :

1) Dukungan instrumental (*tangible assistance*)

Bentuk dukungan ini merupakan penyediaan materi yang dapat memberikan pertolongan langsung seperti pinjaman uang, pemberian barang, makanan serta pelayanan. Bentuk dukungan ini dapat mengurangi stres karena individu dapat langsung memecahkan masalahnya yang berhubungan dengan materi. Dukungan instrumental sangat diperlukan terutama dalam mengatasi masalah dengan lebih mudah. Contohnya (tidak ada seorangpun yang memberikan saran atau nasehat

supaya keadaan saya menjadi lebih baik, banyak orang yang memberikan dukungan baik sarana, prasarana maupun materi saat saya tidak atau sedang menghadapi masalah dan keluarga maupun orang yang dekat dengan saya sangat sibuk untuk mencarikan obat maupun perawatan bagi saya jika saya sakit).

## 2) Dukungan informasional

Bentuk dukungan ini melibatkan pemberian informasi, saran, atau umpan balik tentang situasi dan kondisi individu, jenis informasi seperti ini dapat menolong individu untuk mengenali dan mengatasi masalah dengan lebih mudah. Contohnya (saya selalu mendapat informasi dari orang lain bagaimana caranya memecahkan masalah yang dihadapi, orang-orang mau menjelaskan kepada saya setiap saya bertanya hal-hal yang tidak jelas tentang kondisi saya dan orang-orang menganggap saya orang yang tabah dalam menghadapi sesuatu masalah).

## 3) Dukungan emosional

Bentuk dukungan ini membuat individu memiliki perasaan dukungan sosial sehingga individu dapat menghadapi banyak pihak yang perhatian terhadap keadaan saya pada saat menghadapi masalah/keadaan sakit. Petugas panti, teman maupun keluarga selalu menyalahkan saya jika saya sakit,

maka walaupun saya sakit saya tidak pernah mengatakan yang sebenarnya dan orang-orang yang selalu menyalahkan saya kalau saya tidak sembuh dari sakit meskipun saya sudah menuruti semua yang dianjurkan.

#### 4) Dukungan penilaian/harga diri

Bentuk dukungan ini berupa penghargaan positif pada individu, pemberian semangat, persetujuan pada pendapat individu, perbandingan yang positif dengan individu lain. Bentuk dukungan ini membantu individu dalam membangun harga diri dan kompetensi. Contohnya (karena saya sakit-sakitan maka saya dianggap sebagai beban bagi orang lain yang berhubungan dengan saya, saat saya butuh pertolongan tidak ada seorangpun yang mau membantu dan saya tidak kecil hati walaupun tidak ada orang yang membantu saya dalam bentuk apapun).

#### d. Pengaruh dukungan sosial

Dukungan sosial akan mempengaruhi individu tergantung pada ada atau tidaknya tekanan dalam kehidupan individu. Tekanan tersebut dapat berasal dari individu itu sendiri atau dari luar dirinya untuk menghindari gangguan baik secara fisik dan psikologis. Individu membutuhkan orang lain disekitarnya untuk memberikan dukungan guna memperoleh kenyamanannya.

Menurut Sarafino (2006), ada dua model teori untuk mengetahui bagaimana dukungan saat ini bekerja diri individu, yaitu :

1) *The Buffering Hypothesis*

Menurut teori ini, dukungan sosial melindungi individu dengan melawan efek negatif dari tingkat stres yang tinggi, yaitu dengan dua cara berikut :

a) Ketika individu menghadapi *stressor* yang kuat, seperti krisis keuangan, maka individu dengan tingkat dukungan sosial yang tinggi menjadi kurang melihat situasi tersebut sebagai situasi yang penuh stres, bila dibandingkan dengan individu dengan tingkat dukungan sosial yang tinggi berharap bahwa seseorang yang dikenal individu akan menolong individu tersebut.

b) Dukungan sosial dapat merubah respon seseorang terhadap *stressor* yang telah lama diterima sebelumnya. Contohnya, individu dengan dukungan sosial yang tinggi mungkin memiliki seseorang yang dapat memberikan solusi terhadap masalah individu, atau melihat masalah tersebut sebagai suatu yang tidak terlalu penting, atau membuat individu dapat menemukan titik terang dari masalah tersebut.

2) *The Direct Effect Hypothesis*

Individu dengan tingkat dukungan sosial yang tinggi memiliki perasaan yang kuat bahwa individu tersebut dicintai



dan dihargai individu dengan dukungan sosial tinggi merasa bahwa orang lain peduli dan butuh individu tersebut, sehingga hal ini dapat mengarahkan individu kepada gaya hidup sehat.

Pada penelitian ini penilaian dukungan sosial diujikan pada ketidakmampuan lansia beradaptasi secara psikologis terhadap perubahan yang terjadi karena proses menua ini dan ketidakadekuatan dukungan sosial yang diterima oleh lansia dapat menimbulkan gangguan psikososial seperti perasaan kehilangan, kesepian, depresi, sulit tidur dan lain-lain (Miller, 1995).

### 3. Konsep Depresi

#### a. Pengertian depresi

Depresi adalah rasa sedih yang dalam dan menyakitkan, biasanya disertai dengan rasa bersalah dan mengasihani diri sendiri (Maurus, 2009).

Menurut Nugroho (2012), depresi merupakan suatu masa terganggunya fungsi manusia yang berkaitan dengan alam perasaan yang sedih dan gejala penyertanya, termasuk pada perubahan pola tidur dan nafsu makan, psikomotor, konsentrasi, kelelahan, rasa putus asa dan tak berdaya, serta gagasan bunuh diri.

Selanjutnya Hawari (2001) menyebutkan depresi adalah salah satu bentuk gangguan kejiwaan pada alam perasaan yaitu afektif

dan *mood*, yang ditandai dengan kemurungan, kelesuan, ketiadaan gairah hidup, perasaan tidak berguna, putus asa dan sebagainya. Secara lengkap gambaran depresi adalah sebagai berikut :

- 1) Afek disforik, yaitu perasaan murung, sedih, gairah hidup menurun, tidak ada semangat, merasa tidak berdaya.
- 2) Perasaan bersalah, berdosa, penyesalan.
- 3) Nafsu makan berkurang.
- 4) Berat badan menurun.
- 5) Konsentrasi dan daya ingat menurun.
- 6) Gangguan tidur seperti insomnia (sulit/tidak dapat tidur) atau sebaliknya hipersomnia (terlalu banyak tidur). Gangguan ini sering kali disertai dengan mimpi-mimpi yang tidak menyenangkan.
- 7) Agitasi psikomotor (gaduk gelisah atau lemah tidak berdaya).
- 8) Hilangnya rasa senang, semangat dan minat, tidak suka lagi melakukan hobi, kreatifitas menurun, dan produktifitas menurun.
- 9) Gangguan seksual (libido menurun).
- 10) Pikiran-pikiran tentang kematian dan bunuh diri.

b. Teori-teori depresi

Berikut ini adalah beberapa teori yang dapat menjelaskan timbulnya gangguan depresi (Lubis, 2009) :

### 1) Teori psikoanalisis

Pendekatan psikoanalisis dari Freud menyebutkan bahwa depresi disebabkan oleh kebutuhan oral pada masa anak-anak yang kurang terpenuhi atau sebaliknya, terpenuhi secara berlebihan, akibatnya anak akan mengembangkan ketergantungan yang berlebihan terhadap orang tua, sehingga apabila tiba-tiba kehilangan seseorang yang sangat berarti, akan muncul reaksi yang kompleks, seperti rasa sedih dan berkabung yang berlarut-larut, perasaan marah, dendam, membenci diri sendiri, serta ingin menghukum atau menyalahkan diri sendiri sehingga ia merasa tertekan dan depresi.

### 2) Teori perilaku atau behavioral

Pendekatan behavioral mengatakan bahwa perilaku manusia adalah hasil dari lingkungannya karena manusia merespon rangsangan dari luar. Teori behavioral menjelaskan bahwa depresi muncul sebagai akibat seseorang kurang menerima penghargaan (*rewards*) dan lebih banyak menerima hukuman (*punishment*). Charles Ferster, seseorang peneliti yang menemukan hubungan antara depresi dan perilaku, membuat hipotesis bahwa depresi berkembang sebagai hasil kurangnya *positive reinforcement* (dukungan yang positif) untuk tindakan-tindakan penderita depresi.

### 3) Teori biologi

Menurut Atkinson dalam (Lubis, 2009) teori biologi kecenderungan berkembangnya gangguan afektif, terutama gangguan manik-depresif (bipolar) merupakan bawaan sejak lahir. Ada bukti bahwa perubahan biologis muncul pada individu yang depresi. Bahkan, gejala yang menjadi karakteristik depresi termasuk perubahan fisiologis misalnya : anoreksia, konstipasi, insomnia, kelelahan, dan kesulitan konsentrasi, individu yang depresi mungkin saja mengeluh adanya rasa sakit yang kronis, ketidaknyamanan saluran pencernaan, pusing atau pegel-pegel pada tubuh yang mengakibatkan gangguan fungsi tubuh, dan status kesehatan fisik.

### 4) Teori stres

Teori stres awalnya digunakan untuk menjelaskan depresi berdasarkan asumsi bahwa gangguan *mood* adalah respon dari stress. Sebagai contoh, pasien yang depresi melaporkan kejadian-kejadian tiga kali lebih banyak dalam enam bulan terakhir sebelum munculnya depresi daripada yang tidak depresi. Bukti dari studi longitudinal dan *cross-sectional* mendukung dampak dari kekerasan rumah tangga sebagai stresor depresi.

#### 5) Teori kognitif

Menurut Beck dalam (Lubis, 2009) adanya gangguan depresi adalah akibat dari cara berpikir seseorang terhadap dirinya. Penderita depresi cenderung menyalahkan diri sendiri. Hal ini disebabkan adanya distorsi kognitif terhadap diri, dunia dan masa depannya, sehingga dalam mengevaluasi diri dan menginterpretasi hal-hal yang terjadi mereka cenderung mengambil kesimpulan yang tidak cukup dan berpandangan negatif.

#### 6) Teori humanistik - eksistensial

Teori humanistik eksistensial mengatakan depresi adalah hasil dari rendahnya konsep diri dan *self-esteem* yang diakibatkan oleh kehilangan. Kehilangan tersebut tidak harus seseorang yang dicintai, bisa saja kehilangan status, kekuasaan, tingkat sosial, dan bahkan uang. Teori humanistik lebih menekankan pada perbedaan *idea self* seseorang dengan persepsinya terhadap kenyataan sebagai sumber kecemasan dan depresi. Apabila perbedaan itu terlalu besar akan membawa individu pada kondisi depresi. Sesuai dengan pendapat Kierkegaard bahwa depresi adalah hasil dari ketika perbedaan antara yang ideal dan yang nyata terlalu jauh untuk diterima oleh individu.

### c. Faktor penyebab depresi

Azhim (2008) menyatakan faktor penyebab depresi bisa bersifat internal maupun eksternal. Adapun faktor-faktor penyebab depresi tersebut adalah :

Sebab-sebab eksternal (yang datang dari luar manusia) antara lain :

#### 1) Lingkungan

Penyebabnya adalah kejadian-kejadian yang terjadi di dunia. Misalnya, kehilangan sesuatu yang terjadi di dunia, kehilangan sesuatu yang amat berharga, baik orang tercinta, harta benda, maupun kedudukan sosial. Orang yang kehilangan sesuatu yang amat dicintainya akan melewati tahap-tahap tertentu dalam merespon rasa kehilangan tersebut.

Tahap pertama, pengingkaran atau rasa tidak percaya diri atas kehilangan tersebut. Tahap kedua, ketidakpercayaan itu semakin bertambah, sehingga tidak lagi merasakannya. Tahap ketiga, tahap menangis dan kegudahan hati serta hilangnya selera untuk makan, berhubungan seks, atau lainnya. Disamping itu juga bentuk-bentuk gejala depresi atau kesedihan yang ringan dan sejenisnya.

#### 2) Obat – obatan

Beberapa penelitian membuktikan bahwa sebagian obat-obatan dapat mengakibatkan perubahan kimiawi dalam otak,

yang bisa mengakibatkan efek samping berupa depresi. Diantara contoh obat-obatan tersebut adalah obat-obatan tekanan darah tinggi, liver, dan rematik.

### 3) Narkoba

Berhenti dari mengonsumsi obat-obatan psikotropika, sebagaimana minuman alkohol, dapat menyebabkan timbulnya depresi. Bahkan, itu terkadang sampai berkaitan juga dengan upaya bunuh diri. Begitu juga halnya dengan obat-obatan yang mempunyai fungsi agar tubuh bisa selalu terjaga dari rasa kantuk yang biasa digunakan oleh para remaja atau sopir-sopir mobil angkutan untuk membuat mereka selalu terjaga disepanjang jalan.

Obat-obatan ini memiliki bahan amfetamin. Jika orang berhenti mengonsumsi amfetamin, bisa timbul depresi, sehingga ia akan mengonsumsi lagi untuk menghilangkan rasa depresi tersebut. Begitu seterusnya, hingga orang yang kecanduan ini akan selamanya tidak dapat keluar dari ketergantungannya terhadap obat-obatan. Sebab-sebab internal (yang berkaitan dengan faktor keturunan atau susunan sel otak, atau juga penyakit-penyakit organik).

#### 4) Faktor keturunan

Studi medis menetapkan bahwa sebagian manusia berpotensi menderita depresi. Sebagian orang yang sakit memiliki keluarga dan kerabat dekat atau anak-anaknya.

#### 5) Penyakit-penyakit organik

Misalnya, kekurangan hormon kelenjar gondok. Hal ini akan mengakibatkan timbulnya penyakit depresi. Begitu juga kekurangan beberapa vitamin, seperti vitamin B 12.

#### 6) Sebab-sebab yang tidak diketahui

Terkadang manusia menderita kesedihan tanpa diketahui penyebabnya yang jelas. Kebanyakan penyakit ini tidak hanya timbul lantaran pengaruh dari satu penyebab saja, tetapi juga lantaran reaksi dari beberapa sebab keseluruhan, yaitu yang bersifat eksternal dan internal yang satu sama lainnya menyebabkan timbulnya depresi.

#### d. Gejala depresi

Menurut Lubis (2009), gejala depresi adalah kumpulan dari perilaku dan perasaan yang secara spesifik dapat dikelompokkan sebagai depresi. Namun yang perlu diingat, setiap orang mempunyai perbedaan yang mendasar, yang memungkinkan suatu peristiwa atau perilaku yang dihadapi secara berbeda dan memunculkan reaksi yang berbeda antara satu orang dengan



yang lainnya. Gejala-gejala depresi ini bisa dilihat dari tiga segi, yaitu :

#### 1) Gejala fisik

Menurut beberapa ahli, gejala depresi yang kelihatan ini mempunyai rentangan dan variasi yang luas sesuai dengan berat ringannya depresi yang dialami. Namun secara garis besar ada beberapa gejala fisik umum yang relatif mudah dideteksi. Gejala itu seperti :

##### a) Gangguan pola tidur

Misalnya, sulit tidur, terlalu banyak atau terlalu sedikit tidur.

##### b) Menurunnya tingkat aktivitas

Pada umumnya, orang yang mengalami depresi menunjukkan perilaku yang pasif, menyukai kegiatan yang melibatkan orang lain seperti menonton televisi, makan, dan tidur.

##### c) Menurunnya efisiensi kerja

Penyebabnya jelas, orang terkena depresi akan sulit memfokuskan perhatian atau pikiran pada satu hal, atau pekerjaan. Sehingga, mereka juga akan sulit memfokuskan energi pada hal-hal prioritas. Kebanyakan yang dilakukan justru hal-hal yang tidak efisien dan tidak berguna, seperti misalnya ngemil, melamun, merokok terus-menerus, sering menelpon yang tak perlu. Terlihat dari metode kerjanya yang

menjadi kurang terstruktur, sistematika kerjanya jadi kacau atau kerjanya menjadi lamban.

d) Menurunnya produktivitas kerja

Orang yang terkena depresi akan kehilangan sebagian atau seluruh motivasi kerjanya. Sebabnya, ia tidak lagi bisa menikmati dan merasakan kepuasan atas apa yang dilakukannya. Ia sudah kehilangan minat dan motivasi untuk melakukan kegiatannya seperti semula.

e) Mudah merasa letih dan sakit

Depresi itu adalah perasaan negatif. Jika seseorang menyimpan perasaan negatif, maka jelas akan membuat letih karena membebani pikiran dan perasaan.

2) Gejala psikis

a) Kehilangan rasa percaya diri

Orang yang mengalami depresi cenderung memandang segala suatu dari sisi negatif, termasuk menilai diri sendiri, mereka senang sekali membandingkan antara dirinya dengan orang lain.

b) Sensitif

Orang yang mengalami depresi senang sekali mengaitkan segala sesuatu dengan dirinya. Perasaannya sensitif sekali, sehingga sering peristiwa yang netral jadi dipandang dari sudut pandang yang berbeda. Akibatnya, mereka mudah

tersinggung, mudah marah, perasa, curiga akan maksud orang lain (yang sebenarnya tidak ada apa-apa), mudah letih, murung, dan lebih suka menyendiri.

c) Merasa tidak berguna

Perasaan tidak berguna ini muncul karena mereka merasa menjadi orang yang gagal terutama dibidang atau lingkungan yang seharusnya mereka kuasai.

d) Perasaan bersalah

Perasaan bersalah kadang timbul dalam pemikiran orang yang mengalami depresi. Mereka memandang suatu kejadian yang menimpa dirinya sebagai hukuman atau akibat dari kegagalan mereka melaksanakan tanggungjawab yang seharusnya dikerjakan.

e) Perasaan terbebani

Banyak orang yang menyalahkan orang lain atas kesusahan yang dialaminya. Mereka merasa terbebani berat karena merasa terlalu dibebani tanggungjawab yang berat.

3) Gejala sosial

Masalah depresi yang berawal dari diri sendiri akhirnya mempengaruhi lingkungan dan pekerjaan (atau aktivitas rutin lainnya). Lingkungan tentu akan bereaksi terhadap perilaku orang yang depresi tersebut pada umumnya negatif (mudah marah, tersinggung, menyendiri, sensitif, mudah letih, mudah

sakit). Problem sosial yang terjadi biasanya berkisar pada masalah interaksi sosial dengan rekan kerja, atasan, atau bawahan. Masalah ini tidak hanya berbentuk konflik, namun masalah lainnya juga seperti perasaan minder, malu, cemas jika berada di antara kelompok dan merasa tidak nyaman untuk berkomunikasi secara verbal.

e. Tingkatan depresi

Menurut Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa III (PPDGJ-III), tingkatan depresi ada 3 berdasarkan gejala-gejalanya (Maslim, 1997),:

1) Depresi ringan

Gejala :

- a) Kehilangan minat dan kegembiraan.
- b) Berkurangnya energi yang menuju meningkatnya keadaan mudah lelah dan menurunnya aktifitas.
- c) Konsentrasi dan perhatian yang kurang
- d) Harga diri dan kepercayaan diri yang kurang.
- e) Lamanya gejala tersebut berlangsung sekurang-kurangnya 2 minggu.
- f) Hanya sedikit kesulitan dalam pekerjaan dan kegiatan sosial yang biasa dilakukannya.

## 2) Depresi sedang

Gejala :

- a) Kehilangan minat dan kegembiraan.
- b) Berkurangnya energi yang menuju meningkatnya keadaan mudah lelah dan menurunnya aktifitas.
- c) Konsentrasi dan perhatian yang kurang.
- d) Harga diri dan kepercayaan diri yang kurang.
- e) Gagasan tentang rasa bersalah dan tidak berguna.
- f) Pandangan masa depan yang suram.
- g) Lamanya gejala tersebut berlangsung minimum sekitar 2 minggu.
- h) Mengadaptasi kesulitan untuk meneruskan kegiatan sosial pekerjaan dan urusan rumah tangga.

## 3) Depresi berat

Gejala :

- a) *Mood* depresif.
- b) Kehilangan minat dan kegembiraan.
- c) Berkurangnya energi yang menuju meningkatkan keadaan mudah lelah dan menurunnya aktifitas.
- d) Konsentrasi dan perhatian kurang.
- e) Gagasan tentang rasa bersalah dan tidak berguna.
- f) Pandangan masa depan yang suram.

g) Perbuatan yang membahayakan dirinya sendiri atau bunuh diri.

h) Tidur terganggu.

i) Disertai waham, halusinasi.

f. Jenis - jenis depresi

Para psikolog dan psikiater (dalam Maurus, 2009) membedakan dua jenis depresi menurut penyebabnya :

1) Depresi *reaktif*, adalah depresi yang ditimbulkan oleh faktor eksternal yang bisa saja hanya terjadi sekali dan sangat dipengaruhi oleh lingkungan. Depresi semacam ini dapat diatasi secara mudah melalui saran yang membangkitkan semangat, teman yang menyenangkan, simpati dari orang yang tercinta, penghiburan, kepedulian dari keluarga, dan lain-lain.

2) Depresi *endogenous*, adalah depresi yang muncul dari dalam pikiran. Depresi ini berhubungan beberapa faktor biokimia tubuh. Depresi *endogenous* dapat dipandang sebagai gejala neurosis atau psikosis.

Dari dua jenis depresi diatas, yaitu yang berasal dari dalam dan dari luar, depresi *endogeneous* dibagi menjadi tiga jenis. Menurut (Kartono, 2002) menyatakan bahwa pada umumnya orang membedakan tiga jenis depresi menurut gejalanya, yaitu :

1) Depresi reaktif adalah depresi sebagai reaksi dari suatu bencana dalam hidup yang merupakan trauma psikis, dan

langsung muncul sesudah trauma tadi berlangsung. Biasanya disebabkan oleh karena pasien ditinggalkan oleh orang-orang yang dikasihinya. Seseorang yang dilanda depresi normal semacam ini biasanya menunjukkan beberapa ciri atau tanda sebagai berikut : tidak bereaksi terhadap peristiwa-peristiwa lain yang secara normal akan membangkitkan respon yang kuat, tenggelam dalam fantasi tentang situasi yang menimbulkan kepuasan, tetapi sudah berlalu, dan akhirnya kembali mampu memberikan respon terhadap dunia luar, kesedihan berkurang, gairah bangkit kembali, dan kembali melibatkan diri dalam aktivitas sehari-hari.

Dengan kata lain, depresi reaktif melibatkan tiga variabel psikologis pokok, yaitu :

- a) Ketergantungan, dimana penderita merasa butuh bantuan atau dukungan dari orang lain.
  - b) Kritik diri, dimana penderita membesar-besarkan kesalahan atau kekurangan yang ada pada dirinya.
  - c) *Inefficacy*, yaitu perasaan tidak berdaya.
- 2) Depresi neurotis adalah depresi yang timbul disebabkan oleh mekanisme pertahanan diri dan mekanisme pelarian diri yang keliru, dan muncul kemudian banyak konflik-konflik intrapsikis. Depresi neurotis bisa timbul oleh sebab-sebab yang sepele/remeh dan peristiwa biasa, yang pada orang normal dan

sehat tidak mungkin bisa memunculkan depresi. Pada orang-orang neurotis dengan struktur kepribadian yang rapuh dan labil, depresi mudah muncul.

3) Depresi psikogen adalah depresi yang disebabkan salah masak/olah yang patologis sifatnya dari peristiwa dan pengalaman-pengalaman sendiri, oleh pribadi yang bersangkutan. Gangguan ini berbeda dengan depresi neurotik hanya dalam dua hal. Pertama, gangguan ini mempengaruhi keseluruhan kepribadian penderita. Kedua, penderita kehilangan kontak dengan realitas. Ada beberapa jenis yang termasuk kedalam kategori psikosis afektif, yaitu :

a) Gangguan depresi *mayor* subakut

Ciri-ciri : semangat hidup menghilang, aktivitas mental maupun fisik menjadi lamban, dibutuhkan usaha keras untuk melaksanakan pekerjaan, diliputi perasaan tidak berharga, gagal, berdosa, dan bersalah, kehilangan selera makan, sehingga berat badan menurun dan terserang gangguan pencernaan, berbicara dengan suara monoton dan sangat hemat kata-kata, senang duduk sendiri mengenang masa lalu, kurang memiliki harapan di masa depan, tidak menunjukkan kesan mengalami disorientasi, mengungkapkan keluhan-keluhan somatik berupa pusing, lelah sembelit, dan susah tidur.



b) Gangguan depresi *mayor* akut

Ciri-ciri : berangsur-angsur menjadi tidak aktif, cenderung mengisolasi diri, tidak mau berbicara, dan sangat lamban memberikan respon, merasa bersalah dan tidak berharga, serta serba menuduh atau mempersalahkan diri, gelisah, senang mondar-mandir, dan merasa lemas tangan, merasa bertanggungjawab atas aneka bencana atau musibah yang terjadi dalam masyarakat, merasa telah berbuat dosa yang membuat celaka orang lain, merasa otak atau bagian-bagian lain tubuhnya lenyap, putus asa, kadang-kadang disertai halusinasi.

c) Stupor depresif atau mutisme yakni keadaan diam mematung, dengan ciri-ciri : sama sekali tidak responsif dan tidak aktif, tidak bisa turun dari tempat tidur, dan sama sekali acuh tak acuh terhadap segala sesuatu yang berlangsung disekitarnya, menolak makan dan berbicara, serta harus ditolong jika ingin buang air kecil, mengalami disorientasi terhadap waktu, tempat, dan orang, mengalami halusinasi dan delusi.

g. Aspek - aspek depresi

Depresi terdiri dari beberapa aspek (Nevid dkk., 2005) yaitu :

1) Emosional

Perubahan pada *mood* (periode terus menerus dari perasaan terpuruk, depresi, sedih, atau muram), penuh air mata atau menangis, meningkatnya iritabilitas (mudah tersinggung), kegelisahan, atau kehilangan kesabaran.

2) Motivasi

Perasaan tidak termotivasi, atau memiliki kesulitan untuk memulai (kegiatan) dipagi hari atau bahkan sulit bangun dari tempat tidur.

3) Menurunnya tingkat partisipasi sosial atau minat pada aktifitas sosial. Kehilangan kenikmatan atau minat dalam aktifitas menyenangkan.

4) Menurunnya minat pada seks.

5) Gagal untuk berespon pada pujian atau *reward*.

6) Perilaku motorik

Bergerak atau berbicara dengan lebih perlahan dari biasanya.

7) Perubahan dalam kebiasaan tidur (tidak terlalu banyak atau terlalu sedikit), bangun lebih awal dari biasanya dan merasa kesulitan untuk kembali tidur di pagi buta, disebut mudah terbangun di pagi buta.

- 8) Perubahan dalam selera makan (makan terlalu banyak atau terlalu sedikit).
- 9) Perubahan dalam berat badan (bertambahnya atau kehilangan berat badan).
- 10) Berfungsi secara kurang efektif daripada biasanya di tempat kerja atau sekolah.
- 11) Kognitif, kesulitan berkonsentrasi atau berpikir jernih.
- 12) Berpikir negatif mengenai diri sendiri dan masa depan.
- 13) Perasaan bersalah atau menyesal mengenai kesalahan di masa lalu.
- 14) Berpikir akan kematian dan bunuh diri.

#### h. Cara menanggulangi depresi

##### 1) Obat Antidepresan

Ada beberapa obat anti depresan yaitu :

- a) *Lithium*. Lithium adalah obat yang sering digunakan untuk mengobati gangguan bipolar.
- b) MAOIs (*Monoamine Oxidase Inhibitors*). Obat ini menghalangi aktifitas *monoamine oxidase*, enzim yang menghancurkan *monoamine neurotransmitter norepinephrine, serotonin, dan dopamine*.
- c) *Tricyclics*. Obat ini meningkatkan aktifitas *neurotransmitter monoamine norepinephrine* dan serotonin dengan menghambat *reuptake* kedalam neuron.

d) SSRIs. Obat ini hanya menghambat *reuptake* serotonin namun tidak menghalangi *neurotransmitter* lain.

## 2) CBT (*Cognitive Behavior Therapy*)

Pendekatan CBT memusatkan perhatian proses berpikir klien yang berhubungan dengan kesulitan emosional dan psikologis klien. Pendekatan ini akan berupaya membantu klien mengubah pikiran-pikiran atau pernyataan diri negatif dan keyakinan-keyakinan pasien yang tidak rasional. Jadi fokus ini adalah mengganti cara-cara berpikir yang tidak logis menjadi logis. CBT adalah terapi yang dikembangkan oleh Beck tahun 1976, dan paling sesuai untuk gangguan harga diri dan depresi.

## 3) Terapi interpersonal

Terapi interpersonal adalah bantuan psikoterapi jangka pendek yang berfokus kepada hubungan antara orang-orang dengan perkembangan simtom penyakit kejiwaan. Terapi interpersonal awalnya dikembangkan untuk mengobati depresi, digunakan untuk mengobati depresi pada remaja, lansia, dan orang dengan HIV. Terapi interpersonal dikembangkan oleh psikiater Gerald Klerman M.D. dari Harvard dan psikolog mayma Wessman, Ph.D. jika terapi kognitif berfokus pada persepsi dan reaksi terhadap persepsi tersebut, terapi interpersonal menekankan kepada kemampuan komunikasi.

#### 4) Konseling kelompok dan dukungan sosial

Amir Wong dalam (Lubis, 2009) menjelaskan bahwa ciri utama konseling kelompok ialah memberi fokus kepada pemikiran sadar, tingkah laku, dan menggalakkan interaksi terbuka, peserta merupakan orang-orang normal dan fasilitator merupakan penggerak yang penting. Konseling kelompok dapat mewujudkan beberapa ciri seperti interaksi, persepsi, hubungan afektif, dan saling bergantung. Konseling kelompok dianggap lebih sesuai bagi individu yang perlu berbagi sesuatu dengan orang lain untuk merasa dirinya dimiliki dan dihargai, individu dapat berbincang tentang kebingungan mereka, nilai hidup mereka, dan masalah-masalah yang dihadapi, individu yang memerlukan pengalaman dalam kelompok untuk memahami dan memotivasi diri, individu yang ingin memecahkan masalahnya dengan kehadiran orang lain.

#### 5) Berolahraga

Keadaan *mood* yang negatif seperti depresi, kecemasan dan kebingungan disebabkan oleh pikiran dan perasaan yang negatif pula. Salah satu cara yang dapat dilakukan untuk menghasilkan pikiran dan perasaan positif yang dapat menghalangi munculnya *mood* negatif adalah dengan berolahraga. Bryant, psikolog olahraga di ACE (*American Council of Exercise* dalam Lubis, 2009) mengatakan bahwa

olahraga dapat membantu individu mengatasi stres, depresi ringan, dan memperbaiki *mood*. Artinya, dengan berolahraga secara teratur maka depresi dan kecemasan semakin menurun.

#### 6) Terapi humor

Sudah lama professor medis mengakui bahwa pasien yang mempertahankan sikap mental yang positif dan berbagi tawa merespon lebih baik terhadap pengobatan. Respon fisiologis dari tertawa termasuk meningkatnya pernapasan, sirkulasi, sekresi hormon dan enzim pencernaan, dan peningkatan tekanan darah. Sekarang ini ketertarikan terhadap humor terhadap kesehatan sudah menjadi bidang *psychoneuroimmunology*, studi mengenai bagaimana faktor psikologis, otak dan sistem imun berinteraksi terhadap kesehatan. Emosi dan *mood* yang kita rasakan mempengaruhi secara langsung sistem imun.

#### 7) Berdoa

Berdoa merupakan salah satu cara untuk mengatasi depresi. Mengambil waktu untuk berdoa memberi kesempatan kepada kita untuk menghentikan kegiatan kita dan jalan arus hidup kita. Kita mendapat waktu untuk istirahat, mengalihkan perhatian, dan mengambil kesibukan mental yang lain. Apapun pengertian kita tentang doa, tujuan dan caranya, doa dapat mendatangkan

ketenangan lahir dan batin, serta melepaskan kita dari ketegangan fisik dan mental kita.

i. Instrumen pemeriksaan tingkat depresi

*Geriatric Depression Scale* (GDS) dirancang untuk menjadi tes untuk skrining depresi yang mudah untuk dinilai dan dikelola (Rush, *et al*, 2000). *Geriatric Depression Scale* memiliki format yang sederhana, dengan pertanyaan-pertanyaan dan respon yang mudah dibaca. *Geriatric Depression Scale* telah divalidasi pada berbagai populasi lanjut usia, termasuk di Indonesia.

Alat skrining ini terdiri dari 30 pertanyaan untuk GDS panjang dan 15 pertanyaan untuk GDS pendek, yang akan dijawab oleh klien. GDS ini dibuat oleh Yesavage J A dan teman-teman pada tahun 1982 dalam bentuk GDS panjang. Dan pada tahun 1986 direvisi lagi oleh Yesavage J A menjadi GDS pendek. Dari hasil uji yang dilakukan terhadap GDS bentuk panjang dan pendek pada populasi lansia di *nursing home* ditemukan bahwa GDS pendek yang terdiri dari 15 pertanyaan hasilnya lebih konsisten (Aikman dan Oehlert, 2000).

Kurlowicz dan Greenberg (2007) menyatakan kejadian depresi dikelompokkan berdasarkan atas hasil penilaian dengan GDS short form menjadi dua bagian besar yakni  $\leq 5$  dikatakan tidak depresi, sedangkan nilai  $> 5$  berarti tandanya mengalami depresi (*suggestive of depression*).

GDS sangat baik digunakan untuk menilai depresi pada lansia yang sehat, dalam kondisi sakit dan lansia dengan kognitif ringan hingga sedang. Tingkat sensitivitas GDS sebesar 92% dan spesifitas 89% yang dibandingkan dengan penilaian diagnostik klinik. Nilai ini memenuhi standar validitas dan reliabilitas baik digunakan dalam praktek klinik maupun penelitian (Kurlowicz dan Greenberg, 2007).

#### 4. Konsep lansia

##### a. Pengertian lanjut usia

Menurut Mubarak dkk, (2009), proses penuaan adalah proses alamiah yang dialami setiap manusia dan tidak dapat dihindari. Penambahan usia akan menimbulkan perubahan-perubahan struktur dan fisiologis sel, jaringan organ, dan sistem yang ada ditubuh manusia.

Menurut undang-undang Nomor 13 tahun 1998 tentang kesejahteraan lansia, yang dimaksud dengan lanjut usia adalah seseorang yang mencapai usia 60 tahun keatas. Lanjut usia adalah bagian dari proses tumbuh kembang manusia. Hal ini normal, dengan perubahan fisik dan tingkah laku yang terjadi pada semua orang pada saat mereka mencapai usia tahap perkembangan. Semua orang akan mengalami proses menjadi tua dan masa tua merupakan masa hidup manusia yang terakhir.



Dimasa ini seseorang mengalami kemunduran fisik, mental, sosial secara bertahap.

b. Proses menua

Menua atau menjadi tua adalah suatu keadaan yang terjadi didalam kehidupan manusia. Memasuki usia tua berarti mengalami kemunduran, seperti kemunduran fisik, yang ditandai dengan kulit mengendur, rambut memutih, gigi ompong, pendengaran kurang jelas, penglihatan semakin memburuk, gerakan lambat, dan gerakan tubuh yang tidak proporsional (Nugroho, 2008).

Menua (menjadi tua) adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti dan mempertahankan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi dan memperbaiki kerusakan yang diderita. Hal ini merupakan proses yang terus-menerus (berlanjut) secara alamiah dan dimulai sejak lahir, umumnya dialami pada semua makhluk hidup (Bandiyah, 2009).

c. Batasan lanjut usia

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) dalam (Mubarak dkk, 2009) menggolongkan lanjut usia berdasarkan lanjut usia kronologis/biologis menjadi 4 kelompok yaitu :

- 1) Usia pertengahan (*middle age*) antara usia 45-59 tahun.
- 2) Lanjut usia (*elderly*) berusia 60-74 tahun.

3) Lanjut usia (*old*) berusia 75-90 tahun.

4) Usia sangat tua (*very old*) diatas 90 tahun.

d. Tugas perkembangan lansia

Lansia memiliki tugas perkembangan khusus hal ini dideskripsikan oleh Brunside (1979), Duvall (1977) dan Havighurst (1953) dikutip oleh Potter dan Perry (2005) dalam Azizah (2011), 7 kategori utama tugas perkembangan lansia yaitu :

1) Menyesuaikan terhadap penurunan kekuatan fisik dan kesehatan. Lansia harus menyesuaikan dengan perubahan fisik seiring terjadinya penuaan sistem tubuh, perubahan penampilan dan fungsi.

2) Menyesuaikan terhadap masa pensiun dan penurunan pendapatan. Lansia pada umumnya pensiun dari pekerjaan, dan oleh karena itu mungkin perlu untuk menyesuaikan dan membuat perubahan karena hilangnya peran bekerja.

3) Menyesuaikan terhadap kematian pasangan. Mayoritas lansia dihadapkan pada kematian pasangan, teman dan kadang-kadang anaknya. Dengan membantu lansia melalui proses berduka, dapat membantu mereka menyesuaikan diri terhadap kehilangan.

4) Menerima diri sendiri sebagai individu lanjut usia.

5) Mempertahankan kepuasan pengaturan hidup. Lansia dapat mengubah rencana kehidupannya. Misalnya, kerusakan fisik

dapat mengharuskan pindah kerumah yang lebih kecil dan untuk seorang diri. Beberapa masalah kesehatan lain mungkin mengharuskan lansia untuk tinggal dengan keluarga atau temannya.

6) Mendefinisikan ulang hubungan dengan anak yang sudah dewasa. Lansia sering memerlukan penetapan hubungan kembali dengan anak-anaknya yang telah dewasa.

7) Menentukan cara untuk mempertahankan kualitas hidup. Lansia harus belajar menerima aktifitas dan minat baru untuk mempertahankan kualitas hidup.

e. Perubahan – perubahan yang terjadi pada lanjut usia

1) Perubahan fisik

a) Sistem indra

Perubahan sistem penglihatan pada lansia akibat otot penyangga lensa lemah, ketajaman penglihatan dan daya akomodasi dari jarak jauh atau dekat berkurang penggunaan kacamata dan sistem penerangan yang baik dapat digunakan bagi lansia. Sistem pendengaran pada lansia terganggu akibat hilangnya kemampuan daya pendengaran pada telinga dalam, terutama terhadap bunyi suara atau nada-nada yang tinggi, suara yang tidak jelas, sulit dimengerti kata-kata, 50% terjadi pada usia diatas 60 tahun. Sistem integumen pada lansia mengalami kendur, tidak

elastis, kering dan berkerut. Kulit akan kekurangan cairan sehingga menjadi tipis dan timbul bercak (Azizah, 2011).

b) Sistem persyarafan

Lambat dalam respon dan waktu untuk bereaksi, mengecilnya saraf panca indra, kurang sensitif terhadap sentuhan, hubungan persyarafan menurun (Mujahidullah, 2012).

c) Sistem pencernaan dan metabolisme

Perubahan yang terjadi pada sistem pencernaan seperti penurunan produksi sebagai kemunduran fungsi yang nyata. Kehilangan gigi penyebab utama adalah *periodontal disease* yang biasa terjadi setelah umur 30 tahun, penyebab ini meliputi kesehatan gigi yang buruk dan gizi yang buruk. Indra pengecap menurun akibat adanya iritasi yang kronis dari selaput lendir. Hilangnya sensitifitas dari saraf pengecap lidah terutama rasa asin, asam dan pahit. Pada lambung, rasa lapar menurun (sensitifitas lapar menurun) (Azizah, 2011).

d) Sistem perkemihan

Berbeda dengan sistem pencernaan, pada sistem perkemihan terjadi perubahan yang sangat signifikan. Banyak fungsi yang mengalami kemunduran contohnya, laju filtrasi, ekskresi, dan reabsorpsi oleh ginjal. Hal ini akan

memberikan efek dalam pemberian obat pada lansia. Mereka kehilangan kemampuan untuk mengekskresikan obat atau produk metabolisme obat. Pada berkemih tidak normal, seperti banyak berkemih di malam hari, sehingga mengharuskan mereka ke toilet sepanjang malam (Ebersole dan Hess, 2001 dalam Azizah 2011).

e) Sistem saraf

Sistem susunan saraf mengalami perubahan hal ini terjadi karena susunan saraf pusat pada lansia mengalami perubahan morfologis dan biokimia, perubahan tersebut mengakibatkan penurunan fungsi kognitif (Surini & Utomo, 2003 dalam Azizah, 2011).

f) Sistem reproduksi

Perubahan sistem reproduksi pada lansia ditandai dengan menciutnya ovarium dan uterus. Pada perempuan terjadi atrofi payudara, sedangkan pada laki-laki masih dapat memproduksi spermatozoa, meskipun adanya penurunan secara berangsur-angsur. Dorongan seksual menetap sampai usia 70 tahun (asal kondisi kesehatan baik), yaitu dengan kehidupan seksual dapat diupayakan sampai masa lanjut usia (Azizah, 2011).

#### g) Sistem integumen

Kulit mengerut / keriput, permukaan kulit kasar dan bersisik, respon terhadap trauma menurun, kulit kepala dan rambut menipis dan berwarna kelabu, elastisitas kulit berkurang pertumbuhan kuku lebih lambat, kuku menjadi keras dan seperti bertanduk, kelenjar keringat berkurang (Bandiyah, 2009).

#### 2) Perubahan kognitif

##### a) Memori (daya ingat, ingatan)

Memori memegang peranan yang penting dalam mempengaruhi baik persepsi maupun berpikir. Bahwa memori adalah sistem yang berstruktur, yang menyebabkan organisme sanggup merekam fakta tentang dunia dan menggunakan pengetahuannya untuk membimbing perilakunya. Setiap saat stimulasi mengenai indra kita, setiap saat pula stimulasi itu direkam secara sadar atau tidak sadar.

Secara fisiologis, ingatan tertentu hanya berlangsung beberapa detik, dan yang lainnya berlangsung beberapa jam, sehari-hari atau bahkan bertahun-tahun. Untuk itu dapat diklasifikasikan menjadi 3 yaitu ingatan jangka pendek dicirikan oleh ingatan seseorang mengenai 7 sampai 10 angka dalam nomor telepon selama beberapa detik sampai beberapa menit pada saat tersebut, tetapi hanya akan

berlangsung lama jika seseorang terus-menerus memikirkan tentang nomor-nomor atau kenyataan tersebut.

Ingatan jangka panjang diyakini sebagai hasil dari perubahan struktural pada saat ini, bukan perubahan kimiawi, pada sinaps-sinaps yang memperkuat atau menekan penghantaran sinyal-sinyal. Selain itu, pembentukan ingatan jangka panjang yang sebenarnya bergantung pada strukturisasi sinaps-sinaps itu sendiri secara fisik dalam-dalam cara tertentu untuk meningkatkan sensitivitas dalam menyalurkan sinyal-sinyal (Guyton & Hall, dalam Mujahidullah, 2012).

b) IQ (*Intelligent Quocient*)

Lansia tidak mengalami perubahan dengan informasi matematika dan perkataan verbal. Tetapi persepsi dan daya membayangkan menurun. Walaupun mengalami kontroversi, tes intelegensia kurang memperlihatkan adanya penurunan kecerdasan pada lansia (Wonder & Donovan, 1984 dalam Azizah, 2011).

3) Perubahan psikososial

Perubahan psikososial menurut Bandiyah (2009) meliputi pensiun, merasakan atau sadar akan kematian, perubahan dalam cara hidup, yaitu memasuki rumah perawatan bergerak lebih sempit, ekonomi akibat pemberhentian dari jabatan,

meningkatnya biaya hidup pada penghasilan yang sulit lalu bertambahnya biaya pengobatan dan penyakit kronis dan ketidakmampuan.

#### 4) Perubahan mental

Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan mental adalah : pertama-tama perubahan fisik, khususnya organ perasa, kesehatan umum, tingkat pendidikan, keturunan (hereditas) dan lingkungan.

#### f. Masalah fisik sehari-hari yang ditemukan pada lanjut usia

##### 1) Mudah jatuh

Memang tidak dapat dibantah, bila seseorang bertambah tua, kemampuan fisik dan mental hidupnya pun akan perlahan-lahan tetapi pasti menurun. Akibatnya aktifitas hidupnya akan ikut terpengaruh, yang pada akhirnya akan dapat mengurangi kesigapan seseorang.

Secara umum menjadi tua biasanya ditandai oleh kemunduran-kemunduran biologis yang terlihat sebagai gejala-gejala kemunduran fisik, antara lain yaitu kulit mulai mengendur dan wajah mulai keriput serta garis-garis menetap, rambut kepala mulai memutih atau beruban, gigi mulai lepas (ompong), penglihatan dan pendengaran akan berkurang, mudah lelah dan jatuh, gerakan menjadi lambat dan kurang lincah.



Disamping itu kemunduran kemampuan kognitif sebagai berikut yaitu suka lupa, ingatan tidak berfungsi baik, ingatan terhadap hal-hal dimasa muda lebih baik daripada hal-hal yang baru saja terjadi, sering adanya disorientasi waktu, tempat dan personal, sulit menerima ide-ide baru (Bandiyah, 2009).

## 2) Mudah lelah

Mudah lelah menurut Bandiyah (2009) biasanya disebabkan oleh :

a) Faktor fisiologis (perasaan bosan, kelelahan atau perasaan depresi)

b) Gangguan organik, misalnya (anemia, kekurangan vitamin, perubahan-perubahan pada tulang atau osteoporosis, gangguan pencernaan, kelainan, metabolisme seperti diabetes mellitus, hipertiroid, serta gangguan ginjal dengan uremia).

c) Pengaruh obat-obat, misalnya :

Obat penenang, obat jantung dan obat yang melelahkan daya kerja otot.

## 3) Sesak nafas pada waktu melakukan kerja fisik

Sesak nafas biasanya disebabkan oleh kelemahan jantung, gangguan sistem saluran nafas dan karena berat badan berlebihan (Bandiyah, 2009).

#### 4) Nyeri pinggang atau punggung

Nyeri pinggang atau punggung biasanya disebabkan oleh gangguan sendi-sendi atau susunan sendi pada tulang belakang (osteomalasia, osteoporosis, osteoartrosis), gangguan pankreas, kelainan ginjal (batu ginjal), gangguan pada rahim, gangguan pada kelenjar prostat dan gangguan pada otot-otot badan (Bandiyah, 2009).

#### 5) Gangguan pada ketajaman penglihatan

Gangguan pada ketajaman penglihatan biasanya disebabkan oleh presbiopi, kelainan lensa mata (refleksi lensa mata kurang), kekeruhan pada lensa (katarak), tekanan dalam mata yang meninggi (glukoma) dan radang saraf mata (Bandiyah, 2009).

### B. Penelitian Terkait

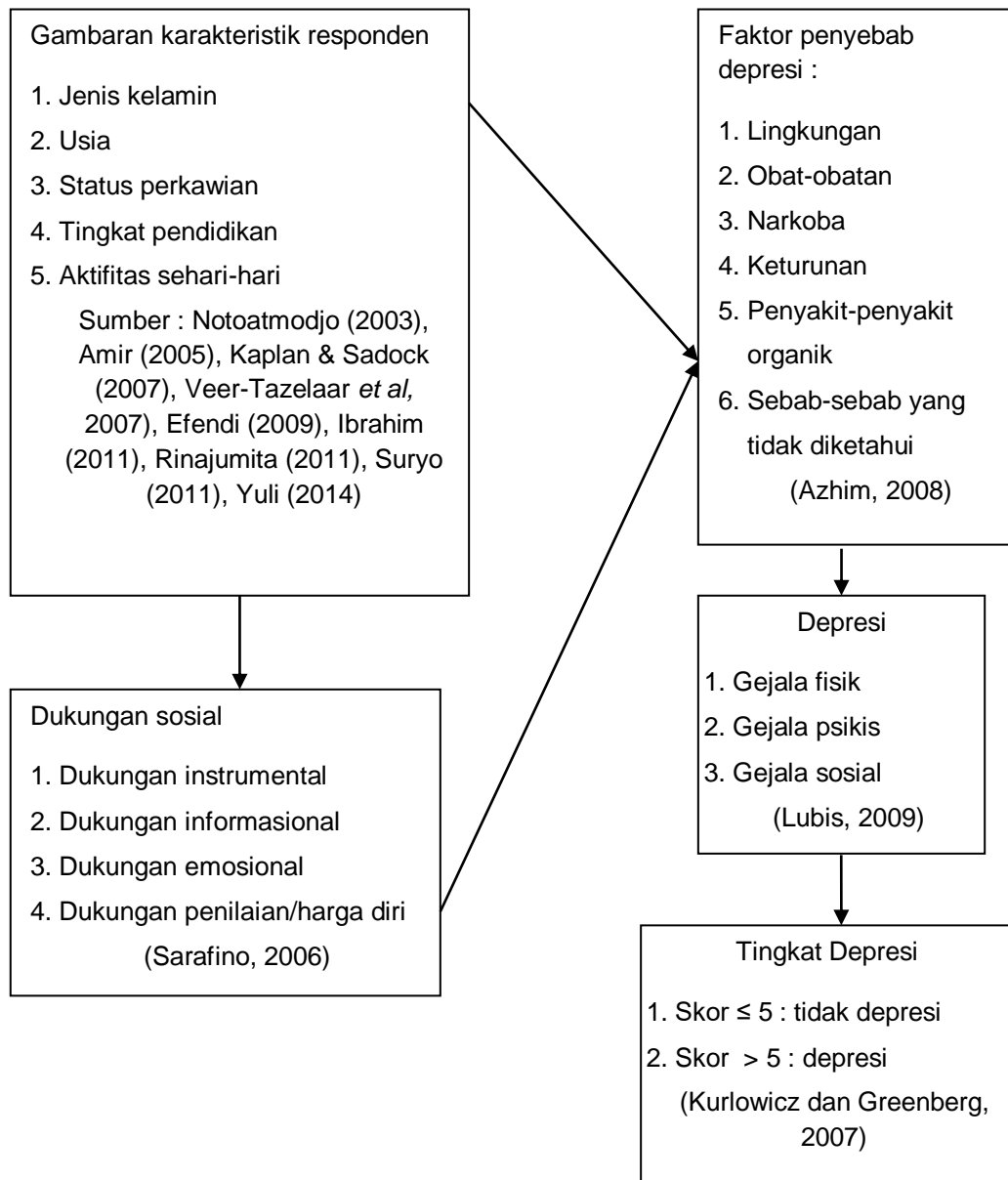
Penelitian terkait sebelumnya sudah pernah diteliti oleh Rahman, A.N (2013) "Hubungan Tipe Kepribadian Dan Dukungan Sosial Dengan Tingkat Depresi Pada Lansia Di Panti Werdha Nirwana Puri Samarinda" penelitian *cross sectional*, dengan pengambilan sampel secara *stratified sampling* dari seluruh lansia yang ada di Panti Sosial Tresna Werdha Nirwana Puri Samarinda. Variabel independen adalah tipe kepribadian dan dukungan sosial sedangkan variabel dependen adalah tingkat depresi. Hasil analisis bivariat menunjukkan tidak terdapat hubungan antara tipe kepribadian dengan tingkat depresi pada lansia di

Panti Werdha Nirwana Puri Samarinda (nilai  $p=1.000$ ) dan tidak terdapat hubungan antara dukungan sosial dengan tingkat depresi pada lansia (nilai  $p=0.483$ ).

Penelitian terkait sebelumnya sudah pernah diteliti oleh Febrianty (2013) dengan judul penelitian “Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kejadian Depresi Pada Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Juanda Samarinda” penelitian *cross sectional*, dengan pengambilan sampel secara *purposive* dari seluruh lansia yang berkunjung ke Puskesmas Juanda. Hasil analisis bivariat menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga dengan kejadian depresi pada lansia. Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p=0,002$  ( $p < 0,05$ ).

### C. Kerangka Teori

Menurut Sugiyono (2010), kerangka teori adalah seperangkat konstruk (konsep) proporsi yang berguna untuk melihat fenomena secara sistematis melalui spesifikasi hubungan antara variabel, sehingga dapat berguna menjelaskan dan meramalkan fenomena. Kerangka teori dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

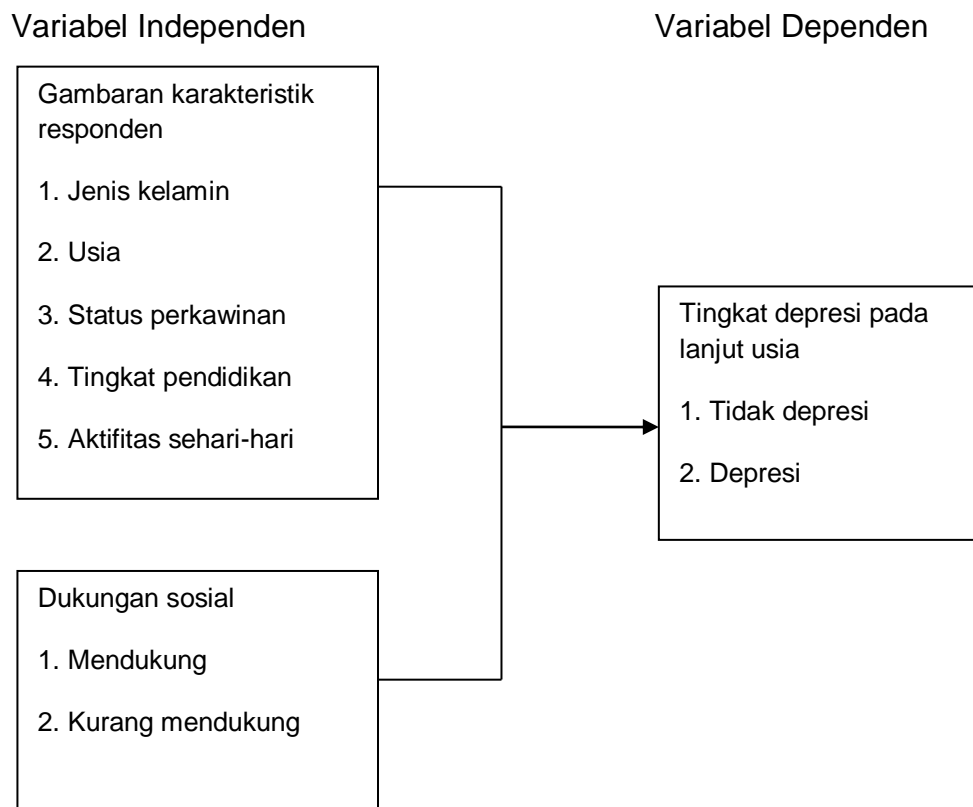


Gambar 2.1 kerangka teori

#### D. Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian adalah suatu uraian dan visualisasi hubungan atau kaitan antara konsep satu terhadap konsep yang lainnya, atau variabel yang satu dengan variabel yang lain dari masalah yang ingin diteliti (Notoatmodjo, 2010).

Variabel independen yaitu gambaran karakteristik responden dan dukungan sosial selanjutnya variabel dependen yang diteliti adalah tingkat depresi pada lanjut usia.



Gambar 2.2 kerangka konsep

Keterangan :

————— : Variabel yang diteliti

—————> : Hubungan

Berdasarkan kerangka konsep diatas variabel independen terdiri dari gambaran karakteristik responden dan dukungan sosial sedangkan variabel dependennya adalah tingkat depresi pada lanjut usia. Dari kerangka konsep tersebut peneliti ingin mengetahui hubungan antara

gambaran karakteristik responden dan dukungan sosial dengan tingkat depresi pada lanjut usia di PSTW Nirwana Puri Samarinda.

#### E. Hipotesis / Pertanyaan Penelitian

Menurut Sugiyono (2010), hipotesis merupakan jawaban sementara terhadap rumusan masalah penelitian, dimana rumusan masalah penelitian telah dinyatakan dalam bentuk kalimat pertanyaan. Dikatakan sementara, karena jawaban yang diberikan baru didasarkan pada teori yang relevan, belum didasarkan pada fakta-fakta empiris yang diperoleh melalui pengumpulan data. Jadi hipotesis juga dapat dinyatakan sebagai jawaban teoritis terhadap rumusan masalah penelitian, belum jawaban yang empiris.

Tipe hipotesis menurut Nursalam (2003) adalah :

1. Hipotesis nol ( $H_0$ ) adalah hipotesis yang digunakan untuk pengukuran statistik dan interpretasi hasil statistik. Hipotesis dapat sederhana atau kompleks, sebab atau akibat.
2. Hipotesis alternatif ( $H_a$ ) adalah hipotesis penelitian. Hipotesis ini menyatakan adanya suatu hubungan, pengaruh dan perbedaan antara dua atau lebih variabel. Hipotesis tersebut dapat sederhana atau kompleks, dan sebab akibat.

Dari uraian diatas, dapat ditarik hipotesis penelitian sebagai berikut :

- a.  $H_0$  : Tidak ada hubungan antara gambaran karakteristik responden (jenis kelamin, usia, status perkawinan, tingkat pendidikan dan

aktifitas sehari-hari) dengan tingkat depresi pada lanjut usia di PSTW Nirwana Puri Samarinda.

Ha : Ada hubungan antara gambaran karakteristik responden (jenis kelamin, usia, status perkawinan, tingkat pendidikan, dan aktifitas sehari-hari) dengan tingkat depresi pada lanjut usia di PSTW Nirwana Puri Samarinda.

b. Ho : Tidak ada hubungan antara dukungan sosial dengan tingkat depresi pada lanjut usia di PSTW Nirwana Puri Samarinda.

Ha : Ada hubungan antara dukungan sosial dengan tingkat depresi pada lanjut usia di PSTW Nirwana Puri Samarinda.

**BAB III**  
**METODE PENELITIAN**

**BAB IV**  
**HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

**SILAHKAN KUNJUNGI PERPUSTAKAAN**  
**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR**

Jl. Ir. H. Juanda No. 15



## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

Pada bab ini, peneliti akan mengemukakan kesimpulan dari hasil pembahasan serta memberikan saran kepada beberapa pihak agar dapat dijadikan acuan untuk perkembangan keilmuan khususnya di bidang keperawatan.

#### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian dapat dibuat kesimpulan sebagai berikut :

1. Responden yang terdapat di PSTW Nirwana Puri Samarinda adalah berjumlah 72 responden. Berjenis kelamin terbanyak perempuan yaitu 41 orang (56,9 %), berdasarkan umur rata-rata berusia 60-74 tahun sebanyak 41 orang (56,9 %), berdasarkan status perkawinan kebanyakan lansia tidak pernah menikah/janda/duda sebanyak 49 orang (68,1 %), tingkat pendidikan lansia kebanyakan tidak sekolah/tidak tamat SD sebanyak 61 orang (84,7 %), dan berdasarkan aktivitas sehari-harinya kebanyakan lansia aktivitas sehari-harinya tidak aktif (menonton televisi/duduk-duduk/berbaring) sebanyak 40 orang (55,6 %).

2. Responden yang memiliki dukungan sosial mendukung lebih banyak yaitu 41 responden (56,9 %) dan responden yang kurang mendapat dukungan sosial yaitu 31 responden (43,1 %).
3. Tingkat depresi pada lanjut usia menunjukkan bahwa responden yang mengalami depresi lebih banyak yaitu 52 responden (72,2 %) dan responden yang tidak mengalami depresi yaitu 20 responden (27,8 %).
4. Hasil penelitian menunjukkan jenis kelamin ( $p=0,262$ ), usia ( $p=0,637$ ), status perkawinan ( $p=1,000$ ) tidak ada hubungan dengan tingkat depresi pada lanjut usia di PSTW Nirwana Puri Samarinda dengan  $P\ value > 0,05$  sehingga  $H_0$  gagal ditolak. Sedangkan tingkat pendidikan ( $p=0,001$ ), aktivitas sehari-hari ( $p=0,003$ ), dukungan sosial ( $p=0,029$ ) ada hubungan dengan tingkat depresi pada lanjut usia di PSTW Nirwana Puri Samarinda dengan  $P\ value < 0,05$  sehingga  $H_0$  ditolak.
5. Ada hubungan yang bermakna antara dukungan sosial dengan tingkat depresi pada lanjut usia di PSTW Nirwana Puri Samarinda dengan nilai  $P = 0,029 < 0,05$  sehingga  $H_0$  ditolak.
6. Dukungan sosial merupakan faktor yang paling berkontribusi dengan tingkat depresi pada lanjut usia di PSTW Nirwana Puri Samarinda dengan nilai  $OR = 10,405$  (95%  $CI : 1,796-60,267$ ).

## B. Saran

Setelah menyajikan kesimpulan diatas, maka saran yang dapat diberikan adalah :

### 1. Bagi lansia

- a. Bagi lansia diharapkan senantiasa berpikiran positif dan berusaha beradaptasi dengan segala perubahan yang terjadi agar perasaan bisa lebih tenang dan bisa menjalankan kehidupan dengan baik.
- b. Bagi lansia yang belum pernah menikah dan tidak memiliki pasangan hidup diharapkan senantiasa melakukan kontak sosial dengan melakukan komunikasi dengan lansia lainnya untuk sekedar *sharing* atau mendapatkan informasi dalam membangkitkan semangat untuk hidup.

### 2. Bagi keluarga

Bagi lansia yang masih memiliki keluarga sebaiknya sering menjenguk keluarganya di panti untuk lebih memberikan perhatian, kasih sayang dan dukungan sosial kepada para lansia untuk membangun motivasi lansia dalam berinteraksi sehingga lansia lebih percaya diri dan tidak merasa ditinggalkan.

### 3. Bagi PSTW Nirwana Puri Samarinda

- a. Bagi panti diharapkan melakukan penambahan tenaga medis di panti terutama perawat, dokter dan psikiater agar lansia yang mengalami masalah psikiatri segera tertangani dengan cepat.

- b. Bagi panti diharapkan dapat memberikan penyuluhan tentang masalah kesehatan jiwa pada lansia untuk meningkatkan pengetahuan lansia akan bahaya depresi atau masalah psikologis lainnya yang menyertai masa tua.
  - c. Bagi panti diharapkan dapat memberikan pelayanan kepada lansia bukan hanya dalam bentuk fisik namun juga pelayanan psikososial dengan meningkatkan perhatian pada lansia yang dapat membuat mereka merasa berarti bagi orang lain.
4. Bagi peneliti selanjutnya
- a. Penelitian ini bisa dikembangkan ditatanan pelayanan masyarakat yang berbeda misalnya keluarga, sehingga dapat memberikan gambaran yang lebih komprehensif.
  - b. Variabel yang belum diteliti seperti dukungan keluarga, sakit kronis, lama tinggal di panti, dan gaya hidup serta faktor-faktor yang meningkatkan depresi pada lansia perlu diteliti sehingga informasi yang terkait dengan faktor yang berhubungan dengan tingkat depresi pada lansia lebih lengkap.
  - c. Untuk teknik pengambilan sampel peneliti selanjutnya dapat melakukan studi pendahuluan dan pengkajian yang spesifik sesuai kriteria inklusi dan eksklusi yang akan digunakan dalam penelitian.

## DAFTAR PUSTAKA

Agustin, D & Ulliya, S. (2010). *Perbedaan Tingkat Depresi pada Lansia Sebelum dan Sesudah Dilakukan Senam Bugar Lansia di Panti Wreda Wening Wardoyo Ungaran*. July 4, 2012. Dikutip dari : <http://ejournal.undip.ac.id/index.php/medianers/article/view/738>. Diperoleh tanggal 16 November 2015

Aikman G.G and Oehlert M.E., (2000). *Geriatric Depression Scale : long form versus short form*. *Clinical Gerontologist* 22 (3/4) p 63-70. Dikutip dari : <http://www.pdf-finder.com/geriatric-depression>. Diperoleh tanggal 16 November 2015

Amir, N. (2005). *Depresi Aspek Neurobiologi, Diagnosis, dan Tata Laksana*. Jakarta : Balai Penerbit FK UI

Arikunto, S. (2010). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta : Rineka Cipta

Azhim, S. A. (2008). *Cara Islam Mencegah dan Mengobati Gangguan Otak, Stres, dan Depresi*. Jakarta : Qultum Media

Azizah, L. M. (2011). *Keperawatan Lanjut Usia*. Yogyakarta : Graha Ilmu

Badan Pusat Statistik. (2009). *Survei Sosial Ekonomi Nasional (SUSENAS)*. BPS. Jakarta

Bandiyah, (2009). *Lanjut Usia dan Keperawatan Gerontik*. Yogyakarta : Nuha Medika

Beljouw, I.M.V, Verhaak, P.F, Cuijpers, P, Marwijk, H.W, Pennix, B.H. (2010). The Course of Untreated Anxiety and Depression, and Determinants of Poor One Year Outcome : A One Year Cohort Study. *BMC Psychiatry* 2010, 10(86)

Dahlan, M. S. (2008). *Statistik Untuk Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta : Salemba Medika

\_\_\_\_\_. (2009). *Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel Dalam Penelitian Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta : Salemba Medika

Danesh, N.A and Landeen, J. (2007). Relation Between Depression and Sociodemographic Factors. *International Journal Of Mental Health* 1:4

p1-9. Dikutip dari : <http://www.ijmhs.com/conten>. Diperoleh tanggal 26 Januari 2016

Darmojo, B. (2004). *Geriatric (Ilmu Kesehatan Usia Lanjut)*. Edisi ke-3. Jakarta: Balai Penerbit FKUI

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2004). *Pedoman Kesehatan Jiwa Usia Lanjut (psikogeriatik)*. Jakarta: Puskesmas Direktorat Jendral Pelayanan Medik

Dinas Kesehatan DIY. (2012). *Prevalensi Penduduk diwilayah Yogyakarta*

Effendi dkk. (2009). *Keperawatan Kesehatan Komunitas Teori dan Praktek Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika

Febrianty, S. (2013). *Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kejadian Depresi Di Wilayah Kerja Puskesmas Juanda*. Skripsi. Tidak Dipublikasikan

Gallo, J.J (2000). *Buku Saku Gerontologi Edisi 2*. Alih Bahasa James Veldman. Jakarta : EGC

Gao, S., Jin, Y., Unversagt, F. W., Liang, C., Hall, K., Ma, F., et al. (2009). Correlates of Depressive Symptoms in Rural Elderly in Chinese. *Int J Geriatry Psychiatry*. 24(12): 1358–1366

Handayani, D & Wahyuni (2012). *Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Lansia Dalam Mengikuti Posyandu Lansia Di Posyandu Lansia Jetis Desa Krajan Kecamatan Weru Kabupaten Sukoharjo*. Dikutip dari : <http://www.researchgate.net>. Diperoleh tanggal 09 Januari 2016

Hastono, S.P. (2007). *Analisis Data Kesehatan*. Jakarta. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Tidak dipublikasikan

Hawari, D. (2007). *Ilmu Kedokteran Jiwa dan Kesehatan Jiwa*. Jakarta : Dana Bakti Prima Yasa

Hawari, H. (2001). *Manajemen Stress, Cemas dan Depresi*. Jakarta : Fakultas Ilmu Kedokteran Universitas Indonesia

Holzel et al. (2011). Risk Factors For Cronic Depression-a Systematic Review. *Journal Of Affective Disorders*, 129, 1-13

Hudak, C.M, & Gallo, B.M. (2010) *Keperawatan Kritis : Pendekatan Holistik*. Jakarta : EGC

Hwang, W.C, Chun, C.A, Takeuchi, D.T, Myers, H.T, Siddarth, P. (2005). Age of First Onset Major Depression in Chinese Americans. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 11 (1), 16-27

Ibrahim, A. S. (2011). *Gangguan Alam Perasaan*. Tangerang: Jelajah Nusa

Jacoby R., Oppenheimer C., Tom D. (2008). *Oxford Textbook of Old Age Psychiatry*. New York. Oxford University Press

Jayanti, W.D. (2008). *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Tingkat Depresi Lansia Di Panti Wredha Wiloso Wredho Purworejo*. FK UGM. Yogyakarta. Dikutip dari <http://jurnal.ugm.ac.id>. Diperoleh tanggal 11 November 2015

Kaplan dan Saddock. (2007). *Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences and Clinical Psychiatry*. Philadelphia: Lippincot Williams and Willkins

Kartono K. (2002). *Gangguan Psikis*. Jakarta : Sinar Baru

Khan M.T., Sulaiman S.A.S., Hassali M.A., Anwar M., Wasif G., Khan A.H. (2009). Community Knowledge, Attitudes and Beliefs Toward Depression in State of Penang, Malaysia. *Community Mental Health Journal* 2010:46:87-92

Kim, E, et. al. (2009). Obesity And Depressive Symptoms In Elderly Koreans : Evidence For The "Jolly Fat" Hypothesis From The Ansan Geriatric (AGE) Study. *AGG Journal*, 51 (2), 2009, 231-234

Kuntjoro, Z.S (2002). *Dukungan Sosial Pada Lansia*. Jakarta

Kurlowicz L., Greenberg S., (2007) *The Geriatric Depression Scale*, New York University College of Nursing. Vol 107. 67-68

Kurniawan (2004). *Gambaran Status Kesehatan Lansia Studi kasus di Wilayah Paroki Kristoforus*. Jakarta Barat

Lahey, B.B. (2007). *Psychology : An Introduction, Ninth Edition*. New York: The McGraw-Hill Companies

Lievre A., Alley D., Crimmins E.M. (2010). Educational Differentials in Life Expectancy With Cognitive Impairment Among the Elderly in the United States. *J Aging Health*. 2010 June; 20(4) : 456-477. doi:10.1177/0898264308315857

Lubis, N. L. (2009). *Depresi Tinjauan Psikologis*. Jakarta : Kencana

Marta, O.F.D. (2012). *Determinan Tingkat Depresi Pada Lansia Di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 4 Jakarta Selatan*. Program Studi Ilmu Keperawatan FK Universitas Indonesia. Dikutip dari <http://lib.ui.ac.id/file?file=digital>. Diperoleh tanggal 11 Novemberr 2015

Marwiati. (2008). *Hubungan Mekanisme Koping Dengan Terjadinya Depresi Pada Lansia Di Panti Wreda Wening Wardoyo Ungaran Kabupaten Semarang*. Dikutip dari [http://isjd.pdii.lipii.go.id/admin/jurnal/221019\\_2085-8809.pdf](http://isjd.pdii.lipii.go.id/admin/jurnal/221019_2085-8809.pdf). Diperoleh tanggal 13 Januari 2016

Maslim, T. (1997). *Sosial Psychology*. 2<sup>nd</sup> ed. London : Macmillan Press Ltd

Maurus, J. (2009). *Mengenal dan Mengatasi Depresi*. Jakarta : Salemba Medika

Melisa, C. (2010). *Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tingkat Depresi pada Lansia di RW 011 Kelurahan Pedurenan Kecamatan Ciledug Karang Tengah Kota Tangerang*. Dikutip dari : <http://www.library.upnvj.ac.id/pdf/2s1keperawatan/0810712024/bab6.pdf>. Diperoleh tanggal 26 Januari 2016

Miller C.A., (1995). *Nursing Care of Older Adult: Theory and Practice (2th ed)*. Philadelphia: JB Lippincott Company

—————., (2004). *Nursing For Wellness in Older Adults : Theory and Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkin

Mubarak, W (2009). *Ilmu Kesehatan Masyarakat Teori dan Aplikasi*. Jakarta : Salemba Medika

Mujahidullah K. (2012). *Keperawatan Geriatrik : Merawat lansia dengan cinta dan kasih sayang*. Yogyakarta : Pustaka pelajar

Muna, N. (2013). *Hubungan Antara Karakteristik dengan Kejadian Depresi pada Lansia di Panti Werda Pelkris Pengayoman Kota Semarang*. <http://download.portalgaruda.org/article.php?article=183482&val=6378&title=HUBUNGAN%20ANTARA%20KARAKTERISTIK%20DENGAN%20KEJADIAN%20DEPRESI%20PADA%20LANSIA%20DI%20PANTI%20WERDA%20PELKRIS%20PENGAYOMAN%20KOTA%20SEMARANG>. Diperoleh tanggal 09 November 2015

Nevid dkk. (2003). *Psikologi Abnormal* jilid 1 Terjemahan. Jakarta : Erlangga

—————. (2005). *Psikologis Abnormal*. Jilid 2. Jakarta : Erlangga



Notoatmodjo, S. (2003). *Ilmu Kesehatan Masyarakat Prinsip-Prinsip Dasar*. Jakarta : Rineka Cipta

\_\_\_\_\_, (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta

Nugroho, W. (2000). *Keperawatan Gerontik*. (Ed. Ke-2). Jakarta : EGC

\_\_\_\_\_, (2008). *Keperawatan Gerontik dan Geriatrik*. Jakarta : EGC

\_\_\_\_\_, (2012). *Gerontik dan Geriatrik*. Jakarta : EGC

Nursalam, (2003). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pedoman Skripsi, Tesis dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika

\_\_\_\_\_, (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pedoman Skripsi, Tesis dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Edisi 2. Jakarta : Salemba Medika

\_\_\_\_\_, (2011). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pedoman Skripsi, Tesis dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Edisi 3. Jakarta : Salemba Medika

Ostler K., Thompson C., Kinmoth L.K., Peveler R.C., Stevens L., Stevens A., (2001). Influence of Socio-Economic Deprivation On The Prevalence and Outcome of Depression in Primary Care : The Hampshire Depression Project. *The British Journal of Psychiatry* 178 : 12-17

Pei, Xiomei, Chen P., Hu Y. (2009). The Praticice of Old Age Support During a Period of Social Ransition : The Case of Rural China. *SPA Working Papers 2009*. Diunduh dari : [www.strivealive.com/inc/pdfs](http://www.strivealive.com/inc/pdfs). Diperoleh tanggal 16 November 2015

Poter & Perry. (2005). *Fundamentals of Nursing : concept, process, & practice*. St. Louis : Mosby-year Book

Purwaningsih, dkk. 2009. *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta : Nuha Medika

Rahman, A.N. (2013). *Hubungan Tipe Kepribadian dan Dukungan Sosial Dengan Tingkat Depresi Pada Lansia Di Panti Werdha Nirwana Puri Samarinda*. Skripsi. Tidak dipublikasikan

Rinajumita. (2011). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kemandirian Lansia Wilayah Kerja Puskesmas Lampasi Kecamatan Payakumbuh Utara*. Program Studi Ilmu Keperawatan FK Universitas Andalas. Dikutip dari: <http://respository.unand.ac.id/16884/1/FAKTOR->

FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEMANDIRIAN LANSIA.  
Pdf. Diperoleh tanggal 20 November 2015

Riyanto, A. (2011). *Aplikasi Metode Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta : Nuha Medika

Roberts R E, Kaplan G A, Shema Sarah J, and Strawbridge W.J (2000) Are The Obese at Greater Risk For Depression? *American Journal of Epidemiology* Vol 152 No 2 p 163-170. Dikutip dari <http://aje.oxfordjournals.org/content/152/2/163.full.pdf.html>. Diperoleh tanggal 11 November 2015

Rush, A.J., et al., 2000. *Handbook of Psychiatric Measures*. Washington, DC : American Psychiatric Association

Santoso, H & Ismail, A. 2009. *Memahami Krisis Lanjut Usia: Uraian Medis dan Pedagogis-Pastoral*. Jakarta: BPK Gunung Mulia

Santrock, J.W. (2002). *Psychology*. New York : McGraw-Hill

Sarafino, E.P. (2006). *Health Psychology : Biopsychosocial Interaction. Fifth Edition*. USA : John Wiley & Sons

Sari, K. (2012). *Gambaran Tingkat Depresi Pada Lanjut Usia (Lansia) Di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 01 dan 03 Jakarta Timur*. Program Studi Ilmu Keperawatan. FK Universitas Indonesia. Dikutip dari <http://lontar.ui.ac.id>. Diperoleh tanggal 11 November 2015

Sheikh, JL and Yesavage, JA. 1986. *Geriatric Depression Scale (GDS) : Recent Evidence and Development of A Shorter Version*. Clin Gerontol

Simatupang, D.L. (2015). *Hubungan Antara Status Kesehatan Dan Dukungan Sosial Dengan Kemandirian Lansia Di Panti Sosial Tresna Werdha Nirwana Puri Samarinda*. Skripsi. Tidak dipublikasikan

Stanley, M., & Beare, P.G (2006). *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*. Jakarta: EGC

Steffens, DC. et al. (2000). Prevalence Of Depression And Its Treatment In An Elderly Population. *Arch Gen Psychiatry*, 57, 601-607

Stewart D.E, Rolfe D.E., and Robert E. (2004). Depression, Estrogen, and the Women's Health Initiative. *The Academy of Psychosomatic Medicine*. 45:445-447, October 2004. Dikutip dari : <http://psy.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/45/5/445>. Diperoleh tanggal 11 November 2015

Sugiyono, (2010). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R & D*. Jakarta : Alfa Beta

Suhartini R (2004). *Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kemandirian Orang Lanjut Usia*. Dikutip dari : <http://www.damandiri.or.id/detail.php?id=340.html>. Diperoleh tanggal 28 Januari 2016

Sumitra, I.N. (2008). *Hubungan Antara Aktivitas Fisik Dengan Depresi Pada Lansia Di Panti Pelayanan Lanjut Usia Wana Seraya Denpasar*. Dikutip dari <http://id.scribd.com/doc/80782406/21097783>. Diperoleh tanggal 13 Januari 2016

Supardi. (2013). *Aplikasi Statistika dalam Penelitian Konsep Statistika yang Lebih Komparatif*. Jakarta: Prima Ufuk Semesta

Suryani. (2009). *Gangguan Depresi Usaha Cegah Bunuh Diri*. Institute For Mental Health. Dikutip dari <http://suryani.insitute.com>. Diperoleh tanggal 13 Januari 2016

Suryo, H. (2011). *Gambaran Depresi pada Lansia di Panti Wredha Dharma Bakti Surakarta*. Skripsi Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta. October 9, 2011. Dikutip dari <http://etd.eprints.ums.ac.id>. Diperoleh tanggal 16 November 2015

Syarifudin, (2010). *Metode Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif*. Bandung : Alfabeta

Syarniah. (2010). *Pengaruh Terapi Kelompok Reminiscence Terhadap Depresi Pada Lansia Di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Sejahtera Provinsi Kalimantan Selatan*. Tesis. FK Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Dikutip dari <http://lib.ui.ac.id>. Diperoleh tanggal 11 November 2015

Tailor (2003). *Health Psychology*, New York: McGraw-Hill Companies, Inc

Thompson, E.F, and Shaked, Y. (2009). Factor Associated With Depression And Suicidal Ideation Among Individuals With Arthritis or Rheumatism : Finding From a Representative Community Survey. *Arthritis and Rheumatism (Arthritis Care & Research)*, 61 (7), 944-950

Veer-Tazelaar, P., et al. (2007). Depression in old age (75+), the PIKO study. *Journal of affective disorders*, 83, 33-41

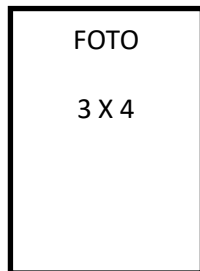
Wada, T., et al. (2005). Depression, Activities of Daily Living, and Quality of Life of Community-Dwelling Elderly in Three Asian Countries : Indonesia, Vietnam, and Japan. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 41,271-280

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*. Dikutip dari [http://eprints.undip.ac.id/32877/1/Ayu\\_Fitri.pdf](http://eprints.undip.ac.id/32877/1/Ayu_Fitri.pdf). Diperoleh tanggal 26 Januari 2016

Yuli, R. (2014). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Gerontik*. Jakarta : CV. Trans Info Media

# LAMPIRAN

**BIODATA PENELITI**



A. Data Pribadi

Nama : In Driyani  
Tempat, tgl lahir : Bontang, 22 Maret 1994  
Alamat Asal : Perumahan Borneo Paradiso Blok J 8  
Alamat di Samarinda : Jl. Kadrioening Gg. Respen Blok E

B. Riwayat Pendidikan

Pendidikan formal

- Tamat SD tahun : 2006 di SD Negeri 003 Bontang
- Tamat SMP tahun : 2009 di SMP Negeri 3 Bontang
- Tamat SMA tahun : 2012 di SMA Negeri 2 Bontang

## Lampiran 2

### PENJELASAN PENELITIAN

Saya yang bernama In Driyani adalah mahasiswi program studi Ilmu Keperawatan STIKES Muhammadiyah Samarinda, yang saat ini sedang melakukan penelitian tentang “ Hubungan antara gambaran karakteristik responden dan dukungan sosial dengan tingkat depresi pada lanjut usia di PSTW Nirwana Puri Samarinda”. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara gambaran karakteristik responden , dukungan sosial dengan tingkat depresi lanjut usia di Panti.

Dengan ini saya mengharapkan kesediaan Bapak dan Ibu untuk turut berpartisipasi dalam penelitian ini dengan menandatangani lembar persetujuan dan bersedia mengisi pernyataan dalam kuisioner.

Setiap pernyataan yang Bapak dan Ibu berikan mohon sesuai dengan kondisi Bapak dan Ibu sehingga mencerminkan keadaan yang sebenarnya. Pernyataan yang diberikan dijamin kerahasiaannya dan hanya akan digunakan untuk penelitian.

Demikian saya sampaikan, atas perhatian dan partisipasi Bapak dan Ibu dalam membantu kelancaran penelitian ini, saya ucapkan terima kasih.

Peneliti

(In Driyani)

### Lampiran 3

#### LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN

Setelah mendapat penjelasan tentang penelitian ini, saya bersedia berpartisipasi sebagai responden pada penelitian yang dilakukan oleh In Driyani, mahasiswa Program Studi S1 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Samarinda dengan judul “Hubungan Antara Gambaran Karakteristik Responden dan Dukungan Sosial Dengan Tingkat Depresi pada Lanjut Usia di PSTW Nirwana Puri Samarinda”.

Saya mengerti bahwa penelitian ini tidak akan berakibat negatif pada saya dan segala informasi yang saya berikan dijamin kerahasiaannya karena itu jawaban yang saya berikan adalah yang sebenar-benarnya.

Berdasarkan semua penjelasan di atas, maka dengan ini saya menyatakan secara sukarela bersedia menjadi responden dan berpartisipasi aktif dalam penelitian ini.

Samarinda, .....2016

Responden

(Tanpa Nama)



**KUESIONER PENELITIAN**

**HUBUNGAN ANTARA GAMBARAN KARAKTERISTIK RESPONDEN  
DAN DUKUNGAN SOSIAL DENGAN TINGKAT DEPRESI PADA  
LANJUT USIA DI PSTW NIRWANA PURI SAMARINDA**

**Petunjuk Pengisian :**

1. Bacalah pertanyaan dengan cermat dan teliti.
2. Pernyataan di bawah ini adalah mengenai hubungan gambaran karakteristik responden dan dukungan sosial dengan tingkat depresi pada lanjut usia.
3. Isilah pernyataan dengan tanda *checklist* (√).
4. Terima kasih atas perhatian, bantuan dan kerjasama dalam penelitian ini.

No. Responden :    (diisi oleh peneliti)

**KUESIONER A**

**GAMBARAN KARAKTERISTIK RESPONDEN**

1. Jenis kelamin :  Laki-laki  Perempuan
2. Usia ..... Tahun
3. Status perkawinan  
 Tidak menikah  Janda  
 Menikah  Duda

4. Pendidikan

Tidak tamat SD / tidak sekolah

SD / sederajat

SMP

SMA

Perguruan Tinggi

5. Aktivitas sehari – hari

Senam

Menonton televisi

Berkebun

Duduk - duduk

Pengajian

Berbaring

Membuat keterampilan

**KUESIONER B**

**DUKUNGAN SOSIAL**

Petunjuk pengisian :

Berikan tanda silang (x) pada kolom angka yang ada disebelah kanan pada masing-masing pernyataan dengan pilihan sesuai yang anda alami.

Kode        SI = Selalu

              Sr = Sering

              KK = Kadang-kadang

Jr = Jarang

TP = Tidak pernah

No	Pernyataan	SL	SR	KK	JR	TP	Skor
1	Saya mendapat informasi dari orang lain cara memecahkan masalah yang dihadapi						
2	Orang-orang menjelaskan kepada saya setiap saya bertanya tentang kondisi saya						
3	Saya merasakan banyak orang yang perhatian terhadap keadaan saya pada saat menghadapi masalah/keadaan sakit						
4	Karena saya sakit-sakitan maka saya dianggap sebagai beban bagi orang lain yang berhubungan dengan saya						
5	Saya mendapatkan saran dari orang lain supaya keadaan saya lebih baik						
6	Petugas panti, teman maupun keluarga menyalahkan saya jika saya sakit, maka walaupun saya sakit saya tidak pernah mengatakan yang sebenarnya						

7	Banyak orang yang memberikan dukungan baik sarana, prasarana maupun materi saat saya tidak atau sedang menghadapi masalah						
8	Orang-orang menyalahkan saya kalau saya tidak sembuh dari sakit meskipun saya sudah menuruti semua yang dianjurkan						
9	Keluarga maupun orang yang dekat dengan saya sangat sibuk untuk mencari obat maupun perawatan bagi saya jika saya sakit						
10	Saya tidak kecil hati walaupun tidak ada orang yang membantu saya dalam bentuk apapun						
11	Saya mendapatkan bantuan pada saat butuh pertolongan						
12	Orang-orang menganggap saya orang yang tabah dalam menghadapi sesuatu masalah						
	JUMLAH SKOR						

## KUESIONER C

### **GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS 15)**

Petunjuk pengisian :

1. Berilah tanda *checklist*(√) pada salah satu jawaban yang sesuai dengan pilihan anda.
2. Pilihlah jawaban yang paling tepat, yang sesuai dengan perasaan anda dalam satu minggu terakhir.

No	Pernyataan	Jawaban	
		Ya	Tidak
1	Apakah anda sudah puas dengan kehidupan anda saat ini ?		
2	Apakah anda merasa tertarik pada aktifitas yang anda lakukan (seperti pengajian, tadarus, dan senam) ?		
3	Apakah anda merasa bahwa hidup anda saat ini hampa ?		
4	Apakah anda merasa sering bosan ?		
5	Apakah anda merasa sangat bersemangat ?		
6	Apakah anda merasa takut bahwa akan ada sesuatu yang buruk akan menimpa anda ?		
7	Apakah anda pernah merasa sangat bahagia ?		

8	Apakah anda sering merasa tidak berdaya ?		
9	Apakah anda lebih suka berdiam diri di wisma, daripada berpergian keluar dan melakukan sesuatu ?		
10	Apakah anda merasa memiliki masalah ?		
11	Apakah menurut anda hidup anda saat ini merasa indah ?		
12	Apakah saat ini anda merasa cukup berharga ?		
13	Apakah anda merasa penuh semangat ?		
14	Apakah anda merasa bahwa saat ini anda tidak memiliki harapan ?		
15	Apakah anda berpikir bahwa kebanyakan orang lebih baik daripada anda ?		



Soal 7	Pearson Correlation	.888**	.780**	.930**	.881**	.852**	.847**	1	.802**	.881**	.879**	.933**	.721**	.916**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000		.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Soal 8	Pearson Correlation	.885**	.924**	.938**	.890**	.862**	.860**	.802**	1	.890**	.837**	.876**	.728**	.930**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000		.000	.000	.000	.000	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Soal 9	Pearson Correlation	.939**	.910**	.951**	1.000**	.927**	.957**	.881**	.890**	1	.931**	.943**	.782**	.981**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000		.000	.000	.000	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Soal 10	Pearson Correlation	.976**	.856**	.916**	.931**	.895**	.945**	.879**	.837**	.931**	1	.880**	.735**	.952**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000		.000	.000	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Soal 11	Pearson Correlation	.889**	.850**	.945**	.943**	.864**	.904**	.933**	.876**	.943**	.880**	1	.721**	.948**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000		.000	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Soal 12	Pearson Correlation	.744**	.785**	.713**	.782**	.853**	.755**	.721**	.728**	.782**	.735**	.721**	1	.827**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000		.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Jumla h	Pearson Correlation	.964**	.934**	.970**	.981**	.951**	.959**	.916**	.930**	.981**	.952**	.948**	.827**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).



## Reliability

**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.987	12

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Soal 1	29.90	141.128	.957	.986
Soal 2	29.57	138.185	.918	.987
Soal 3	29.73	142.823	.965	.986
Soal 4	29.87	143.499	.978	.985
Soal 5	29.77	145.426	.942	.986
Soal 6	29.90	143.334	.951	.986
Soal 7	29.70	144.562	.901	.987
Soal 8	29.57	139.978	.915	.987
Soal 9	29.87	143.499	.978	.985
Soal 10	29.90	142.852	.942	.986
Soal 11	29.80	143.890	.939	.986
Soal 12	29.57	143.978	.792	.989

### Hasil uji validitas dukungan sosial

No	Pertanyaan	r Hitung	r Tabel	Kesimpulan
1	P1	0,964	0,361	Valid
2	P2	0,934	0,361	Valid
3	P3	0,970	0,361	Valid
4	P4	0,981	0,361	Valid
5	P5	0,951	0,361	Valid
6	P6	0,959	0,361	Valid
7	P7	0,916	0,361	Valid
8	P8	0,930	0,361	Valid
9	P9	0,981	0,361	Valid
10	P10	0,952	0,361	Valid
11	P11	0,948	0,361	Valid
12	P12	0,827	0,361	Valid

Sumber : Data Primer

### Hasil uji reliabilitas dukungan sosial

Pertanyaan	Cronbach's Alpha	
P1	0.986	
P2	0.987	
P3	0.986	
P4	0.985	
P5	0.986	
P6	0.986	
P7	0.987	
P8	0.987	
P9	0.985	
P10	0.986	
P11	0.986	
P12	0.989	
Jumlah Pertanyaan	Cronbach's Alpha	Keterangan
12	0.987	Reliabel

## Lampiran 6

### Uji Normalitas Data

#### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Dukungan_Sosial	72	100.0%	0	.0%	72	100.0%
Tingkat_Depresi	72	100.0%	0	.0%	72	100.0%

#### Descriptives

			Statistic	Std. Error
Dukungan_Sosial	Mean		38.89	.620
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	37.65	
		Upper Bound	40.12	
	5% Trimmed Mean		38.92	
	Median		39.00	
	Variance		27.649	
	Std. Deviation		5.258	
	Minimum		21	
	Maximum		50	
	Range		29	
	Interquartile Range		8	
	Skewness		-.221	.283
	Kurtosis		1.025	.559
Tingkat_Depresi	Mean		7.42	.338
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	6.74	
		Upper Bound	8.09	
	5% Trimmed Mean		7.45	
	Median		7.00	
	Variance		8.218	
	Std. Deviation		2.867	
	Minimum		1	

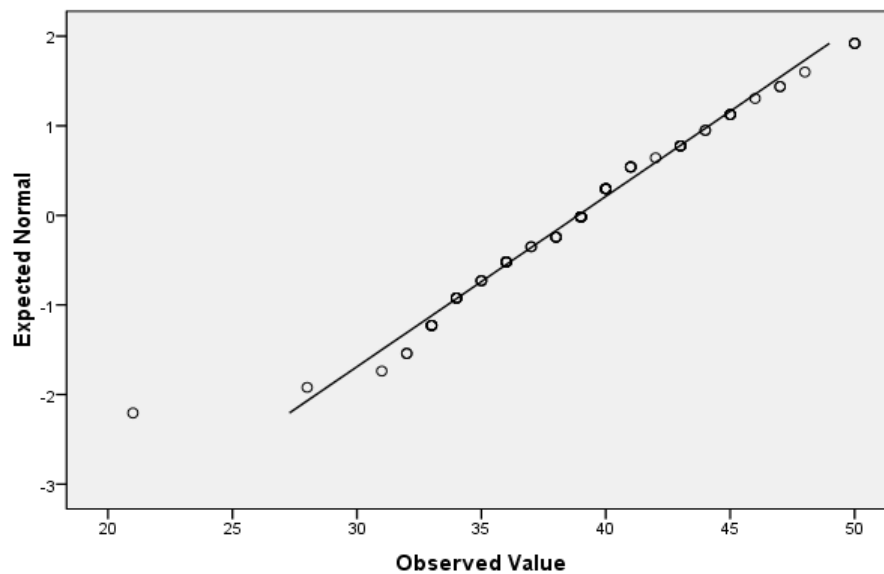
Maximum	13	
Range	12	
Interquartile Range	5	
Skewness	-.046	.283
Kurtosis	-.761	.559

### Tests of Normality

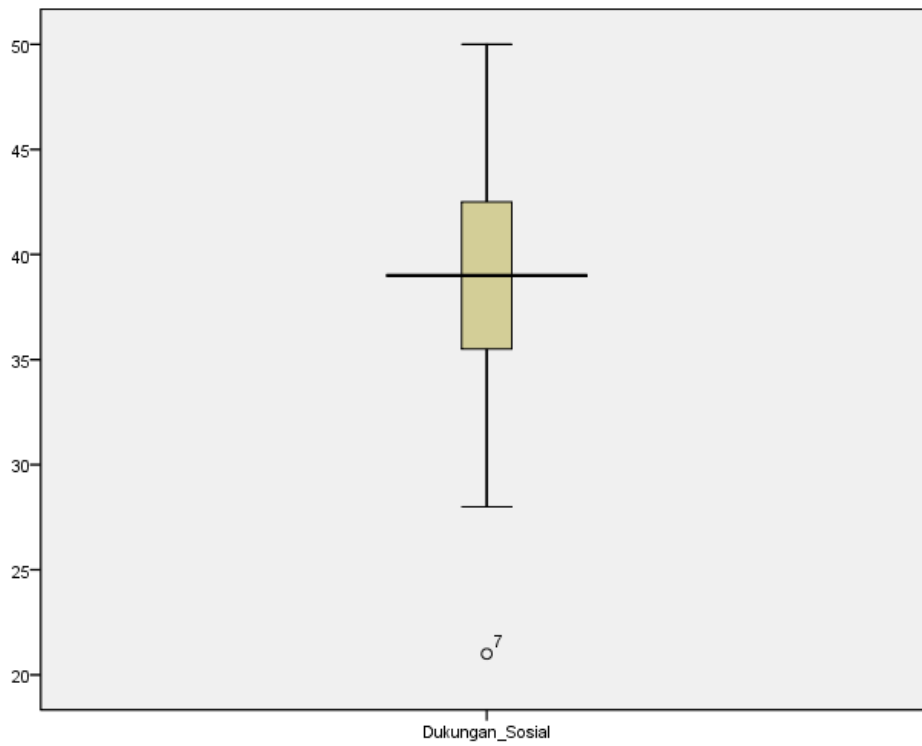
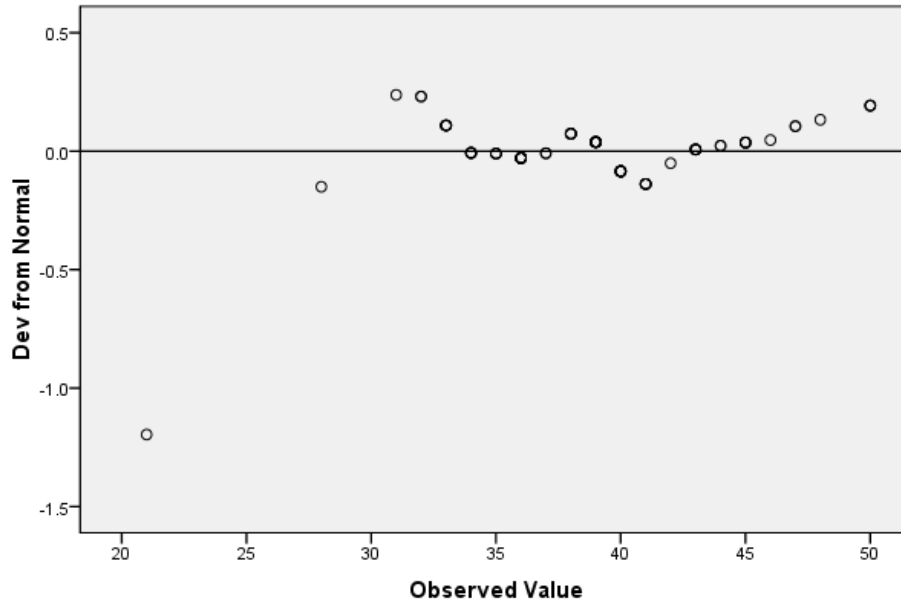
	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Dukungan_Sosial	.097	72	.091	.973	72	.132
Tingkat_Depresi	.120	72	.012	.966	72	.046

a. Lilliefors Significance Correction

### Normal Q-Q Plot of Dukungan\_Sosial



Detrended Normal Q-Q Plot of Dukungan\_Sosial



## Lampiran 7

### Analisis Univariat Frequencies

#### Jenis Kelamin

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Laki-laki	31	43.1	43.1	43.1
Perempuan	41	56.9	56.9	100.0
Total	72	100.0	100.0	

#### Usia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 60-74 Tahun	41	56.9	56.9	56.9
Lebih dari atau sama dengan 75 Tahun	31	43.1	43.1	100.0
Total	72	100.0	100.0	

#### Status Perkawinan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Menikah	23	31.9	31.9	31.9
Janda	28	38.9	38.9	70.8
Duda	18	25.0	25.0	95.8
Belum menikah	3	4.2	4.2	100.0
Total	72	100.0	100.0	

#### Tingkat Pendidikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid SMP kebawah	61	84.7	84.7	84.7
SMP keatas	11	15.3	15.3	100.0
Total	72	100.0	100.0	

**Aktivitas sehari-hari**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Aktif	32	44.4	44.4	44.4
Tidak Aktif	40	55.6	55.6	100.0
Total	72	100.0	100.0	

**Dukungan Sosial**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Mendukung	41	56.9	56.9	56.9
Kurang Mendukung	31	43.1	43.1	100.0
Total	72	100.0	100.0	

**Tingkat Depresi**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Depresi	20	27.8	27.8	27.8
Depresi	52	72.2	72.2	100.0
Total	72	100.0	100.0	

## Analisis Bivariat

### Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Jenis Kelamin * Tingkat Depresi	72	100.0%	0	.0%	72	100.0%

### JENIS KELAMIN \* TINGKAT DEPRESI

Jenis Kelamin \* Tingkat Depresi Crosstabulation

			Tingkat Depresi		Total
			Tidak Depresi	Depresi	
Jenis Kelamin	Laki-laki	Count	6	25	31
		% within Tingkat Depresi	30.0%	48.1%	43.1%
	Perempuan	Count	14	27	41
		% within Tingkat Depresi	70.0%	51.9%	56.9%
Total		Count	20	52	72
		% within Tingkat Depresi	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.925 <sup>a</sup>	1	.165		
Continuity Correction <sup>b</sup>	1.258	1	.262		
Likelihood Ratio	1.975	1	.160		
Fisher's Exact Test				.193	.131
Linear-by-Linear Association	1.898	1	.168		



N of Valid Cases <sup>b</sup>	72			
-------------------------------	----	--	--	--

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.61.

b. Computed only for a 2x2 table

#### Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Jenis Kelamin (Laki-laki / Perempuan)	.463	.154	1.391
For cohort Tingkat Depresi = Tidak Depresi	.567	.246	1.306
For cohort Tingkat Depresi = Depresi	1.225	.926	1.620
N of Valid Cases	72		

#### Crosstabs

##### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Usia * Tingkat Depresi	72	100.0%	0	.0%	72	100.0%

##### Usia \* Tingkat Depresi Crosstabulation

			Tingkat Depresi		Total
			Tidak Depresi	Depresi	
Usia 60-74 Tahun	Count	10	31	41	
	% within Tingkat Depresi	50.0%	59.6%	56.9%	
Lebih dari atau sama dengan 75 Tahun	Count	10	21	31	
	% within Tingkat Depresi	50.0%	40.4%	43.1%	
Total	Count	20	52	72	
	% within Tingkat Depresi	100.0%	100.0%	100.0%	

## USIA \* TINGKAT DEPRESI

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.545 <sup>a</sup>	1	.460		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.223	1	.637		
Likelihood Ratio	.542	1	.462		
Fisher's Exact Test				.596	.317
Linear-by-Linear Association	.537	1	.464		
N of Valid Cases <sup>b</sup>	72				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.61.

b. Computed only for a 2x2 table

### Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Usia (60-74 Tahun / Lebih dari atau sama dengan 75 Tahun)	.677	.240	1.911
For cohort Tingkat Depresi = Tidak Depresi	.756	.360	1.588
For cohort Tingkat Depresi = Depresi	1.116	.828	1.505
N of Valid Cases	72		

## Crosstabs

### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Status Perkawinan * Tingkat Depresi	72	100.0%	0	.0%	72	100.0%

## STATUS PERKAWINAN \* TINGKAT DEPRESI

Status Perkawinan \* Tingkat Depresi Crosstabulation

			Tingkat Depresi		Total
			Tidak Depresi	Depresi	
Status Perkawinan	Menikah	Count	6	17	23
		% within Tingkat Depresi	30.0%	32.7%	31.9%
	Tidak Menikah	Count	14	35	49
		% within Tingkat Depresi	70.0%	67.3%	68.1%
Total		Count	20	52	72
		% within Tingkat Depresi	100.0%	100.0%	100.0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.048 <sup>a</sup>	1	.826		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.048	1	.826		
Fisher's Exact Test				1.000	.531
Linear-by-Linear Association	.047	1	.827		
N of Valid Cases <sup>b</sup>	72				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.39.

b. Computed only for a 2x2 table

### Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Status Perkawinan (Menikah / Tidak Menikah)	.882	.288	2.699
For cohort Tingkat Depresi = Tidak Depresi	.913	.403	2.069
For cohort Tingkat Depresi = Depresi	1.035	.766	1.398
N of Valid Cases	72		

## Crosstabs

### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Tingkat Pendidikan * Tingkat Depresi	72	100.0%	0	.0%	72	100.0%

### TINGKAT PENDIDIKAN \* TINGKAT DEPRESI

#### Tingkat Pendidikan \* Tingkat Depresi Crosstabulation

		Tingkat Depresi		Total
		Tidak Depresi	Depresi	
Tingkat Pendidikan SMP kebawah	Count	12	49	61
	% within Tingkat Depresi	60.0%	94.2%	84.7%
SMP keatas	Count	8	3	11
	% within Tingkat Depresi	40.0%	5.8%	15.3%
Total	Count	20	52	72
	% within Tingkat Depresi	100.0%	100.0%	100.0%

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	13.076 <sup>a</sup>	1	.000		
Continuity Correction <sup>b</sup>	10.565	1	.001		
Likelihood Ratio	11.700	1	.001		
Fisher's Exact Test				.001	.001
Linear-by-Linear Association	12.894	1	.000		
N of Valid Cases <sup>b</sup>	72				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.06.

b. Computed only for a 2x2 table

### Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Tingkat Pendidikan (SMP kebawah / SMP keatas)	.092	.021	.399
For cohort Tingkat Depresi = Tidak Depresi	.270	.145	.504
For cohort Tingkat Depresi = Depresi	2.945	1.113	7.793
N of Valid Cases	72		

### Crosstabs

#### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Aktivitas Sehari-hari * Tingkat Depresi	72	100.0%	0	.0%	72	100.0%

### AKTIVITAS SEHARI-HARI \* TINGKAT DEPRESI

#### Aktivitas Sehari-hari \* Tingkat Depresi Crosstabulation

			Tingkat Depresi		Total
			Tidak Depresi	Depresi	
Aktivitas Sehari-hari	Aktif	Count	15	17	32
		% within Tingkat Depresi	75.0%	32.7%	44.4%
	Tidak Aktif	Count	5	35	40
		% within Tingkat Depresi	25.0%	67.3%	55.6%
Total		Count	20	52	72
		% within Tingkat Depresi	100.0%	100.0%	100.0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	10.471 <sup>a</sup>	1	.001		
Continuity Correction <sup>b</sup>	8.828	1	.003		
Likelihood Ratio	10.703	1	.001		
Fisher's Exact Test				.002	.001
Linear-by-Linear Association	10.326	1	.001		
N of Valid Cases <sup>b</sup>	72				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.89.

b. Computed only for a 2x2 table

### Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Aktivitas Sehari-hari (Aktif / Tidak Aktif)	6.176	1.924	19.826
For cohort Tingkat Depresi = Tidak Depresi	3.750	1.526	9.215
For cohort Tingkat Depresi = Depresi	.607	.430	.858
N of Valid Cases	72		

### Crosstabs

#### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Dukungan Sosial * Tingkat Depresi	72	100.0%	0	.0%	72	100.0%

## DUKUNGAN SOSIAL \* TINGKAT DEPRESI

Dukungan Sosial \* Tingkat Depresi Crosstabulation

			Tingkat Depresi		Total
			Tidak Depresi	Depresi	
Dukungan Sosial	Mendukung	Count	16	25	41
		% within Tingkat Depresi	80.0%	48.1%	56.9%
	Kurang Mendukung	Count	4	27	31
		% within Tingkat Depresi	20.0%	51.9%	43.1%
Total		Count	20	52	72
		% within Tingkat Depresi	100.0%	100.0%	100.0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6.004 <sup>a</sup>	1	.014		
Continuity Correction <sup>b</sup>	4.772	1	.029		
Likelihood Ratio	6.393	1	.011		
Fisher's Exact Test				.018	.013
Linear-by-Linear Association	5.920	1	.015		
N of Valid Cases <sup>b</sup>	72				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.61.

b. Computed only for a 2x2 table

### Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Dukungan Sosial (Mendukung / Kurang Mendukung)	4.320	1.271	14.681
For cohort Tingkat Depresi = Tidak Depresi	3.024	1.122	8.151
For cohort Tingkat Depresi = Depresi	.700	.529	.926
N of Valid Cases	72		

## Lampiran 8

### Analisis Mulivariat

**Case Processing Summary**

Unweighted Cases <sup>a</sup>		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	72	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	72	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		72	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

**Dependent Variable Encoding**

Original Value	Internal Value
Tidak Depresi	0
Depresi	1

**Iteration History<sup>a,b,c</sup>**

Iteration		-2 Log likelihood	Coefficients
			Constant
Step 0	1	85.146	.889
	2	85.081	.955
	3	85.081	.956

a. Constant is included in the model.

b. Initial -2 Log Likelihood: 85.081

c. Estimation terminated at iteration number 3 because parameter estimates changed by less than .001.



**Classification Table<sup>a,b</sup>**

Observed			Predicted		
			Tingkat Depresi		Percentage Correct
			Tidak Depresi	Depresi	
Step 0	Tingkat Depresi	Tidak Depresi	0	20	.0
		Depresi	0	52	100.0
	Overall Percentage				72.2

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is .500

**Variables in the Equation**

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0	Constant	.956	.263	13.188	1	.000	2.600

**Variables not in the Equation**

			Score	df	Sig.
Step 0	Variables	Tingkatpendidikan	13.076	1	.000
		Aktivitasseharihari	10.471	1	.001
		Dukungansosial	6.004	1	.014
	Overall Statistics		27.416	3	.000

**Block 1: Method = Enter**

**Iteration History<sup>a,b,c,d</sup>**

Iteration	-2 Log likelihood	Coefficients			
		Constant	Tingkatpendidikan	Aktivitasseharihari	Dukungansosial
Step 1 1	59.026	-.133	-2.007	1.205	1.022
2	53.860	-1.013	-2.795	1.907	1.797
3	53.136	-1.436	-3.229	2.248	2.238
4	53.112	-1.513	-3.326	2.313	2.338
5	53.112	-1.516	-3.330	2.315	2.342
6	53.112	-1.516	-3.330	2.315	2.342

a. Method: Enter

b. Constant is included in the model.

c. Initial -2 Log Likelihood: 85.081

d. Estimation terminated at iteration number 6 because parameter estimates changed by less than .001.

**Omnibus Tests of Model Coefficients**

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	31.969	3	.000
	Block	31.969	3	.000
	Model	31.969	3	.000

**Model Summary**

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	53.112 <sup>a</sup>	.359	.517

a. Estimation terminated at iteration number 6 because parameter estimates changed by less than .001.

**Hosmer and Lemeshow Test**

Step	Chi-square	df	Sig.
1	6.822	5	.234

**Contingency Table for Hosmer and Lemeshow Test**

		Tingkat Depresi = Tidak Depresi		Tingkat Depresi = Depresi		Total
		Observed	Expected	Observed	Expected	
Step 1	1	5	5.222	1	.778	6
	2	2	2.293	1	.707	3
	3	10	8.753	6	7.247	16
	4	1	.485	1	1.515	2
	5	1	2.025	18	16.975	19
	6	0	1.040	10	8.960	10
	7	1	.181	15	15.819	16

**Classification Table<sup>a</sup>**

Observed			Predicted		
			Tingkat Depresi		Percentage Correct
			Tidak Depresi	Depresi	
Step 1	Tingkat Depresi	Tidak Depresi	17	3	85.0
		Depresi	8	44	84.6
	Overall Percentage				84.7

a. The cut value is .500

**Variables in the Equation**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup> Tingkatpendidikan	-3.330	1.021	10.637	1	.001	.036	.005	.265
Aktivitasseharihari	2.315	.765	9.157	1	.002	10.123	2.260	45.337
Dukungansosial	2.342	.896	6.831	1	.009	10.405	1.796	60.267
Constant	-1.516	1.560	.944	1	.331	.220		

a. Variable(s) entered on step 1: Tingkatpendidikan, Aktivitasseharihari, Dukungansosial.

**Correlation Matrix**

		Constant	Tingkatpendidikan	Aktivitasseharihari	Dukungansosial
Step 1	Constant	1.000	-.269	-.569	-.517
	Tingkatpendidikan	-.269	1.000	-.304	-.427
	Aktivitasseharihari	-.569	-.304	1.000	.204
	Dukungansosial	-.517	-.427	.204	1.000



## Lampiran 9

### Uji Interaksi

#### Tingkat pendidikan \* Aktivitas sehari-hari Regression

Variables Entered/Removed<sup>b</sup>

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	M, Tingkat Pendidikan, Aktivitas Sehari-hari <sup>a</sup>		. Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: Tingkat Depresi

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.550 <sup>a</sup>	.303	.272	.385

a. Predictors: (Constant), M, Tingkat Pendidikan, Aktivitas Sehari-hari

ANOVA<sup>b</sup>

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	4.372	3	1.457	9.837	.000 <sup>a</sup>
	Residual	10.073	68	.148		
	Total	14.444	71			

a. Predictors: (Constant), M, Tingkat Pendidikan, Aktivitas Sehari-hari

b. Dependent Variable: Tingkat Depresi

**Coefficients<sup>a</sup>**

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	.642	.486		1.321	.191
	Tingkat Pendidikan	-.355	.394	-.285	-.899	.372
	Aktivitas Sehari-hari	.422	.307	.468	1.375	.174
	M	-.094	.253	-.161	-.371	.711

a. Dependent Variable: Tingkat Depresi

### Tingkat pendidikan \* Dukungan Sosial

**Variables Entered/Removed<sup>b</sup>**

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	M, Tingkat Pendidikan, Dukungan Sosial <sup>a</sup>		Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: Tingkat Depresi

**Model Summary**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.520 <sup>a</sup>	.270	.238	.394

a. Predictors: (Constant), M, Tingkat Pendidikan, Dukungan Sosial

**ANOVA<sup>b</sup>**

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	3.907	3	1.302	8.403	.000 <sup>a</sup>
	Residual	10.538	68	.155		
	Total	14.444	71			

a. Predictors: (Constant), M, Tingkat Pendidikan, Dukungan Sosial

b. Dependent Variable: Tingkat Depresi



**Coefficients<sup>a</sup>**

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	.886	.479		1.852	.068
	Tingkat Pendidikan	-.477	.397	-.383	-1.199	.235
	Dukungan Sosial	.318	.314	.352	1.015	.314
	M	-.042	.259	-.076	-.164	.870

a. Dependent Variable: Tingkat Depresi

### Aktivitas sehari-hari \* Dukungan Sosial

**Variables Entered/Removed<sup>b</sup>**

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	M, Aktivitas Sehari-hari, Dukungan Sosial <sup>a</sup>		. Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: Tingkat Depresi

**Model Summary**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.265 <sup>a</sup>	.070	.029	.457

a. Predictors: (Constant), M, Aktivitas Sehari-hari, Dukungan Sosial

**ANOVA<sup>b</sup>**

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	1.072	3	.357	1.710	.000 <sup>a</sup>
	Residual	14.206	68	.209		
	Total	15.278	71			

a. Predictors: (Constant), M, Aktivitas Sehari-hari, Dukungan Sosial

b. Dependent Variable: Tingkat Depresi

**Coefficients<sup>a</sup>**

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	
	B	Std. Error	Beta			
1	(Constant)	-.511	.712		-.718	.475
	Aktivitas Sehari-hari	.569	.411	.617	1.383	.171
	Dukungan Sosial	.519	.416	.562	1.248	.216
	M	-.202	.266	-.308	-.760	.450

a. Dependent Variable: Tingkat Depresi