

616.97
SRI
h e.1



PENELITIAN AKHIR

**HUBUNGAN STRESOR PSIKOSOSIAL
DAN DUKUNGAN SOSIAL DENGAN
DEPRESI PADA LANJUT USIA**

**OLEH :
SRI WOROASIH**

**PEMBIMBING :
ANGGRAINI NOVIASTUTI**

**BAGIAN PSIKIATRI
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS DIPONEGORO
RUMAH SAKIT DOKTER KARIADI SEMARANG**

1999

HALAMAN PENGESAHAN

Nama : Sri Woroasih
Bagian : Psikiatri
Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro
Rumah Sakit Dokter Kariadi Semarang
NIP : 140223266
Tingkat : Program Pendidikan Dokter Spesialis I
Judul : Hubungan stresor psikososial dan dukungan sosial
dengan depresi pada lansia

Semarang, Maret 2000

Telah diteliti dan disetujui oleh :

Ketua Program Studi

Pembimbing

Dr. MS Hartono Sp KJ
NIP 130285639

Dr. Angraini Noviasuti SpKJ
NIP.

Kepala Bagian/SMF Psikiatri
Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro
Rumah Sakit Dokter Kariadi Semarang

Dr. Ismed Yusuf SpKJ
NIP 130529445

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat dan karuniaNya sehingga saya dapat menyelesaikan laporan penelitian akhir ini. Penelitian ini dilakukan dalam rangka menyelesaikan tugas akhir pada pendidikan dokter spesialis I di Bagian Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang.

Dengan kerendahan hati saya menyadari bahwa penelitian ini tidak akan terwujud tanpa dorongan, bantuan dan bimbingan berbagai pihak. Pada kesempatan ini ijin saya menyampaikan rasa hormat, penghargaan dan terima kasih yang tulus kepada :

1. Dr. Ismet Yusuf SpKJ, Kepala Bagian Psikiatri yang telah banyak memacu saya untuk belajar dan memberikan dorongan untuk menyelesaikan tugas-tugas saya selama masa pendidikan.
2. Dr. MS Hartono SpKJ, selaku Ketua Program Studi Psikiatri yang mengarahkan, serta memberikan dorongan untuk menyelesaikan tugas-tugas saya selama masa pendidikan.
3. Dr. Anggraini Noviasuti SpKJ, selaku pembimbing yang telah mengarahkan, membimbing, serta memberikan dorongan selama saya menyusun dan menyelesaikan penelitian ini.
4. Dr. Nana Iestari SpKJ, Dra. Sri Hartati MS dan Drs. Karyono Msi selaku staf pengajar Bagian Psikiatri FK UNDIP yang banyak memberikan dorongan dan nasehat dalam menyelesaikan penelitian ini.

5. Kepala Puskesmas Lamper Tengah Dr. Suliastiti Pratikso dan mantan Kepala Puskesmas Lamper Tengah Dr. Walidah Sangadji yang telah mengizinkan dan membantu saya untuk melakukan penelitian di wilayah binaannya.
6. Para kader kesehatan Puskesmas Lamper Tengah dan para lansia yang telah membantu saya dalam pelaksanaan penelitian ini.
7. Direktur Rumah Sakit Jiwa Pusat Semarang dan Direktur Rumah Sakit Dr. Kariadi Semarang yang telah memberikan fasilitas dan kesempatan untuk belajar selama saya menjalankan pendidikan dan menyelesaikan penelitian ini.
8. Para staf dan para karyawan baik di RSJP Semarang maupun RSDK Semarang, yang tidak dapat saya sebutkan satu per satu, yang telah bekerjasama dengan baik selama saya menjalankan masa pendidikan.
9. Orangtua, suami dan anak-anakku tercinta yang telah dengan sabar mendampingi, memberikan dorongan dan semangat selama menyelesaikan tugas akhir ini.

Penelitian ini tentunya masih jauh dari sempurna. Saya berharap mudah-mudahan penelitian ini dapat bermanfaat bagi para lansia khususnya, dan masyarakat pada umumnya. Amin.

Penulis,

Daftar isi

.....
.....	ii
Daftar isi	iv
Daftar tabel.....	viii
Daftar lampiran.....	ix
Abstrak.....	x
Bab I. Pendahuluan.....	1
1.1. Latar belakang.....	4
1.2. Rumusan masalah.....	5
1.3. Tujuan penelitian	5
1.3.1. Tujuan umum.....	5
1.3.2. Tujuan khusus.....	5
1.4. Manfaat penelitian.....	5
1.4.1. Segi ilmiah	5
1.4.2. Segi praktis.....	6
Bab II. Tinjauan pustaka	
2.1. Lanjut usia.....	7
2.1.1. Pengertian dan batasan.....	7
2.1.2. Biologi penuaan	8
2.1.3. Psikologi lanjut usia.....	9

2.2. Depresi pada lanjut usia.....	10
2.2.1. Epidemiologi.....	10
2.2.2. Simptomatologi.....	11
2.2.3. Diagnosis.....	13
2.2.4. Etiologi.....	15
a. Teori neurobiologi depresi.....	15
b. Teori psikodinamika.....	17
c. Faktor psikososial.....	17
d. Faktor penyakit fisik.....	18
2.2.5. Skala penilaian depresi	20
2.3. Stresor psikososial	22
2.3.1. Definisi.....	22
2.3.2. Taraf beratnya stresor psikososial.....	22
2.3.3. Penilaian berat-ringannya stresor psikososial.....	23
2.3.4. Stres dan <i>Coping model</i>	24
2.3.5. Stres dan <i>Coping model</i> pada lansia	25
2.4. Dukungan sosial	26
2.4.1. Pengertian.....	26
2.4.2. Jenis dukungan sosial.....	27
2.4.3. Hubungan dukungan sosial dengan kesehatan.....	28
2.5. Kerangka teori	29
2.6. Kerangka konsep.....	30
2.7. Hipotesis	30

4.6. Hubungan dukungan sosial dan depresi	55
4.7. Keterbatasan penelitian	58
Bab. V. Kesimpulan dan saran	59
5.1. Kesimpulan.....	59
5.2. Saran	60
Daftar Pustaka	61
Lampiran	

Bab. III. Metodologi penelitian.....	31
3.1. Ruang lingkup penelitian.....	31
3.2. Jenis penelitian.....	32
3.3. Populasi dan sampel	32
3.3.1. Populasi	32
3.3.2. Sampel.....	33
3.4. Alat ukur.....	33
3.5. Data yang dikumpulkan.....	37
3.6. Cara pengumpulan data	38
3.7. Cara pengolahan dan analisis data.....	38
3.8. Definisi operasional	39
Bab. IV. Hasil dan pembahasan	41
4.1. Karakteristik demografi.....	41
4.2. Deskripsi variabel sampel.....	43
4.3. Angka kejadian depresi pada lansia	46
4.4. Hubungan faktor demografi dengan depresi pada lansia	47
4.4.1. Depresi berdasarkan kelompok umur	47
4.4.2. Depresi berdasarkan jenis kelamin	48
4.4.3. Depresi berdasarkan status perkawinan	49
4.4.4. Depresi berdasarkan status tinggal.....	50
4.4.5. Depresi berdasarkan penghasilan tetap	51
4.4.6. Depresi berdasarkan pendidikan	52
4.5. Hubungan stresor psikososial dengan depresi	52

Daftar lampiran

	Halaman
Data penelitian.....	65
Analisis statistika.....	77
Kuesioner penelitian.....	8

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar belakang

Menurut data demografi penduduk internasional yang dikeluarkan oleh Bureau of the Census USA tahun 1993, dilaporkan bahwa Indonesia pada tahun antara 1990 sampai 2025 akan mempunyai kenaikan jumlah lanjut usia sebesar 414%, suatu angka paling tinggi diseluruh dunia. Sebagai perbandingan Kenya 347 %, Brasil 255%, India 242%, China 220%, Jepang 129%, Jerman 66%, Swedia 33%. Struktur masyarakat Indonesia berubah dari masyarakat populasi muda tahun 1971 menjadi populasi lebih tua pada tahun 2020. Dengan bertambahnya jumlah lanjut usia ini, maka masalah kesehatan fisik maupun jiwa dan masalah sosial yang berhubungan dengan lanjut usia diduga akan bertambah pula secara bermakna.^{1,2,3}

Di USA sekitar 12% lanjut usia (lansia) dimasyarakat mengalami gangguan jiwa. Depresi pada lansia merupakan suatu gangguan psikiatrik yang banyak dijumpai disamping gangguan kognitif dan cemas. Sekitar 8% lansia di masyarakat mempunyai gejala depresi yang serius dan hampir 19% mempunyai gejala depresi ringan.^{4,5} Di Indonesia data depresi dan cemas untuk lansia belum banyak diketahui. Dari suatu survei komunitas yang dilakukan bagian geriatri FK Undip didapatkan depresi 12,8%, yang makin meningkat dengan bertambahnya usia.² Peneliti lain di Bali menemukan 18% orang lanjut usia mengalami gejala depresi dan 14% mengalami gejala cemas.⁶

Penyebab depresi pada lansia bervariasi. Pertama adalah faktor psikologis seperti penyesuaian terhadap hilangnya sumber penghasilan, hilangnya status sosial, kehilangan orang yang dicintai, dan perasaan putus asa karena ketidak berdayaan. Kedua kerentanan faktor biologi terhadap depresi, hal ini terjadi karena disregulasi neuro transmitter otak, seperti rendahnya kadar serotonin, norepinefrin dan dopamin serta meningkatnya monoamin oksidase (MAO), dan lebih lanjut kadar katekolamin akan berkurang. Terakhir depresi pada lansia dihubungkan dengan penyakit fisik dan penggunaan obat-obatan yang penting pada pengobatan penyakit fisik tersebut.⁷

Stresor psikososial adalah setiap keadaan atau peristiwa yang menyebabkan perubahan dalam kehidupan seseorang, sehingga orang tersebut terpaksa mengadakan adaptasi atau menanggulangi stresor yang timbul.⁸ Banyak peristiwa kehidupan yang menyebabkan seorang lansia harus beradaptasi seperti kehilangan pasangan hidup, perpisahan dengan teman dekat dan anggota keluarga, menurunnya taraf kesehatan dan kebugaran, kehilangan rasa aman, kehilangan jabatan, keterbatasan mobilitas, yang kemudian menyebabkan isolasi sosial dan peningkatan kesulitan dalam aktifitas sehari-hari. Berbagai peristiwa ini dapat menjadi faktor timbulnya depresi, terutama bila peristiwa tersebut merupakan stresor yang berat dan bertubi-tubi datangnya, disertai dengan adanya kepekaan pribadi dan tidak adanya sistem dukungan yang memadai. Sekitar 50%

semua depresi mayor pada lansia didahului oleh stresor yang bermakna dan penyakit tertentu.⁵

Tidak semua individu akan mengalami gangguan jiwa bila mendapatkan stresor psikososial, tergantung pada cara penanggulangan stresor tersebut. Penanggulangan dapat bersifat internal, artinya individu secara pribadi memberikan respon terhadap stresor. Penanggulangan juga dapat diperoleh dari lingkungan yang disebut dukungan sosial, baik yang datang dari keluarga, maupun teman. Dukungan sosial dapat juga dalam bentuk partisipasi individu dalam organisasi atau biasa disebut integrasi sosial.⁹ Konsep dukungan sosial sebagai coping mayor banyak ditulis dalam literatur mengenai stres.¹⁰ Suatu survai *cross sectional* mengenai hubungan depresi dan dukungan sosial pada lansia, didapatkan pada lansia dengan depresi mendapat dukungan sosial yang lebih rendah dibandingkan lansia yang sehat.¹¹

Berdasarkan hasil registrasi penduduk tahun 1998, jumlah penduduk kotamadya Semarang tercatat sekitar 1.272.648 jiwa dengan pertumbuhan penduduk selama tahun 1998 sebesar 0,842%. Kondisi tersebut menunjukkan usaha menurunkan jumlah kelahiran memberikan hasil nyata. Sekitar 68,84% penduduk kotamadya Semarang berusia produktif (15tahun-64 tahun).¹² Lansia termasuk dalam kelompok usia yang tidak produktif mulai mendapat perhatian pemerintah dan masyarakat. Keadaan ini merupakan konsekuensi logis keberhasilan pembangunan, yaitu bertambahnya usia harapan hidup dan bertambah banyaknya lansia di

Indonesia. Departemen Kesehatan telah memulai pelayanan kesehatan dasar bagi lansia di puskesmas. Kegiatan ini diselenggarakan seperti pos yandu ibu dan anak oleh masyarakat dan lingkungannya. Sejalan dengan kegiatan diatas pengembangan kartu menuju sehat (KMS) untuk lansia sedang menginjak tahap *pilot study*, yang sedang diuji cobakan di beberapa daerah. Dengan sarana ini maka dapat digunakan untuk memantau kesehatan, menemukan penyakit secara dini dan menilai kemajuan kesehatan lansia.¹³

Depresi pada lansia akan meningkatkan isolasi sosial, morbiditas medik, masalah keluarga dan penderitaan pribadi. Peranan psikiater dalam menghadapi depresi pada lansia yaitu menetapkan diagnosis, memberikan terapi yang adekuat, memberikan pendidikan, dukungan dan langkah-langkah preventif untuk memperkuat lansia dan keluarganya dalam menghadapi stresor psikososial yang sering dihadapi lansia.⁵

1.2. Rumusan masalah

Berdasar latar belakang diatas, maka rumusan masalah yang diajukan dalam penelitian ini adalah :

- a. Apakah ada hubungan antara stresor psikososial dengan depresi pada lanjut usia yang tinggal di masyarakat.
- b. Apakah ada hubungan antara dukungan sosial dengan depresi pada lanjut usia yang tinggal di masyarakat.

1.3. Tujuan penelitian

1.3.1. Tujuan umum

- a. Mengetahui hubungan antara stresor psikososial dengan depresi pada lansia.
- b. Mengetahui hubungan antara dukungan sosial dengan depresi pada lansia.

1.3.2. Tujuan khusus

- a. Mendeskripsikan proporsi depresi pada lansia
- b. Mendeskripsikan karakteristik demografi dan hubungannya dengan depresi pada lansia.
- c. Mendeskripsikan stresor psikososial pada lansia.
- d. Mendeskripsikan dukungan sosial pada lansia.
- e. Menganalisis hubungan derajat stresor psikososial dengan derajat depresi pada lansia.
- f. Menganalisis hubungan derajat dukungan sosial dengan derajat depresi pada lanjut usia.

1.5. Manfaat penelitian

1.5.1. Segi ilmiah

- a. Penelitian mengenai depresi pada lansia ini diharapkan menambah referensi karya ilmiah kesehatan jiwa pada lansia.
- b. Hasil penelitian diharapkan bermanfaat sebagai informasi pada usaha pelayanan kesehatan jiwa dalam hal penyuluhan, deteksi dan konseling.

- c. Penelitian ini sebagai langkah awal guna pertimbangan dalam melakukan penelitian lebih lanjut mengenai depresi pada lansia.

1.5.2 Segi praktis

Dalam penelitian ini dilakukan skrining gejala depresi pada lansia, hasilnya diharapkan menjadi informasi bagi program pelayanan kesehatan lansia yang sekarang mulai dirintis di puskesmas Lamper Tengah lewat kegiatan Posyandu Lansia. Hubungan stresor psikososial dan dukungan sosial terhadap depresi pada lansia, hasilnya dapat memberikan informasi dalam penanganan depresi secara menyeluruh.

II. TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Lanjut usia

2.1.1 Pengertian dan batasan

Lanjut usia adalah bagian terakhir dari siklus hidup normal. Konsep usia ditentukan secara sosial dan mempunyai bermacam-macam variasi menurut generasi dan budaya. Tidak ada batasan yang kaku kapan seseorang tergolong lanjut usia.¹³ Batasan umur lanjut usia beraneka ragam tergantung dari sudut mana memandangnya. Gerontologi menyatakan lanjut usia adalah mereka yang berumur 65 tahun ke atas. Menurut GBHN1993-1998 yang dimaksud dengan lanjut usia adalah mereka yang berumur 60 tahun ke atas.¹⁴

Lanjut usia merupakan kelanjutan dari usia dewasa. DG Ruarus mengemukakan pendapat, bahwa kedewasaan dapat dibagi menjadi 4 bagian :

1. Fase Iuventus : 25-40 tahun
2. Fase Virilitas : 40-55 tahun
3. Fase Presenium : 55- 65 tahun
4. Fase Senium : 65- tutup usia

Masa lanjut usia di Indonesia lebih awal dari masa lanjut usia di negara-negara maju. Hal ini karena usia rata-rata yang dicapai di negara maju lebih tinggi, juga karena masa pensiun, masa mengalihkan fungsi dewasa, tampaknya berjalan lebih awal. Masa lanjut usia awal adalah 50 hingga 60 tahun, sedang masa lanjut usia yang mutlak adalah 60 tahun keatas.¹⁵

Di negara-negara maju (Amerika Serikat), yang dimaksud dengan lanjut usia adalah mereka yang telah menjalani siklus kehidupan diatas usia 65 tahun. Didalam gerontologi lanjut usia dibagi dalam 2 golongan, yaitu yang dinamakan *young old* (65-74 th), dan *old-old* (diatas 75 tahun).^{16,17} Untuk selanjutnya dalam penulisan ini lanjut usia disingkat dengan lansia.

2.1.2 Biologi penuaan

Proses penuaan disebut *senescense* dari bahasa latin *senescere*, berarti menjadi tua dan ditandai oleh penurunan bertahap pada semua fungsi tubuh, seperti kardiovaskuler, pernafasan, genitourinarius, endokrin, dan kekebalan lainnya. Keyakinan bahwa lanjut usia selalu disertai kelemahan intelektual dan fisik adalah tidak benar. Sebagian besar lanjut usia tetap memiliki kemampuan kognitif dan kapasitas fisik sampai derajat yang berarti. Berbagai penurunan fungsi tubuh tidak terjadi secara linear pada semua sistem. Masing-masing orang secara genetika memiliki satu atau lebih sistem yang rentan, atau sistem dapat menjadi rentan karena stresor lingkungan atau kesalahan penggunaan yang disengaja, contohnya pemaparan sinar ultraviolet yang berlebihan, merokok, alkohol. Selain itu, tidak semua sistem organ memburuk pada waktu yang sama.¹⁶

Pada umumnya penuaan pada seseorang adalah penuaan pada sel. Teori yang paling sering dipegang adalah bahwa masing-masing sel mempunyai lama hidup yang telah ditentukan secara genetik. Pada penuaan terjadi perubahan struktural didalam sel. Sebagai contoh pada sistem saraf pusat perubahan sel yang berhubungan dengan usia terjadi dalam neuron, yang menunjukkan tanda degenerasi. Dalam senilitas tanda degenerasi jauh lebih parah dan dikenal sebagai

degenerasi neurofibriler, yang paling sering terlihat pada demensia tipe Alzheimer. Perubahan dalam struktur asam deoksiribonukleat (DNA) dan asam ribonukleat (RNA) juga ditemukan pada sel yang menjadi tua. Penyebabnya diperkirakan adanya program genotipik, sinar X, zat kimia, produk makanan dan lain sebagainya. Kemungkinan tidak terdapat sebab yang tunggal pada proses penuaan. Semua bagian tubuh dipengaruhi dalam derajat tertentu.¹⁶

2.1.3. Psikologi lanjut usia

Pada umumnya teori mengenai perkembangan jiwa atau perkembangan kepribadian hanya membahas perkembangan sampai usia dewasa. Aspek kejiwaan pada lansia dipandang sebagai akibat dari interaksi kepribadian yang telah terbentuk pada masa dewasa dan berbagai situasi kehidupan selanjutnya. Ciri-ciri kepribadian yang telah terbentuk sampai dewasa akan tetap bertahan hingga usia lanjut. Adanya perubahan atau disintegrasikan kepribadian yang dapat terjadi pada perkembangan lansia bukanlah karena perkembangan lebih lanjut, tetapi merupakan keruntuhan dari bentuk yang telah dicapai.¹⁸

Teori Heinz Kohut tentang psikologi diri mempunyai penerapan khusus pada lansia. Lansia terus menghadapi cedera narsisistik saat mereka berusaha beradaptasi pada kehidupan biologis, psikologis dan sosial yang berhubungan dengan proses penuaan. Harga diri dan kecukupan diri secara terus-menerus berada dalam resiko, khususnya jika lansia kehilangan sumber bantuan eksternal. Pemeliharaan harga diri adalah tugas utama pada lansia.

Harga diri dapat ditingkatkan oleh beberapa faktor :

- a. Jaminan ekonomi, yang memungkinkan seseorang terjamin kebutuhan hidup dasar.
- b. Orang-orang yang mendukung, yang melindungi terhadap isolasi dan memungkinkan kebutuhan ketergantungan dipuaskan.
- c. Kesehatan psikologis, yang memungkinkan untuk mengatasi dan membuat mekanisme pertahanan yang matur berfungsi, serta kesehatan fisik yang memungkinkan seseorang mengejar aktivitas yang produktif atau menyenangkan.

Jika semua atau salah satu faktor tersebut terganggu, lansia menjadi tidak mampu mempertahankan harga diri, sehingga menimbulkan ketegangan, kecemasan, frustrasi, kemarahan dan depresi.¹⁶

Daniel Levinson menggambarkan perubahan psikologis yang menyertai penuaan, menciptakan perasaan adanya penurunan fisik dan ketakutan akan kematian. Perasaan tersebut diperbesar dengan meningkatnya insiden penyakit dan kematian diantara saudara dan sahabat yang dicintai. Jika seseorang mempunyai ciri-ciri narsisistik dan terlalu kuat tertanam pada penampilan tubuh, kemungkinan akan sangat terpaku dengan kematian. Aktivitas mental yang kreatif adalah suatu pengganti yang normal dan sehat untuk keadaan fisik yang menurun.¹⁶

2.2. Depresi pada lanjut usia

2.2.1. Epidemiologi

Depresi adalah gangguan psikiatri yang paling sering pada populasi lansia. Penelitian depresi pada lansia yang tinggal di masyarakat menghasilkan prevalensi

2,8% -11,2%.¹⁸ Suatu survei yang dilakukan di desa Batur utara didapatkan 18% orang lansia mengalami gejala depresi dan 14% gejala cemas.^{1,6} Sejumlah penelitian lapangan di Amerika Serikat dan negara lain menunjukkan 5%-30% lansia mempunyai derajat depresi yang manifes.²⁰ Peneliti lain mendapatkan simptom depresi berkisar 30%-50% tergantung pada populasi penelitian dan metodologi yang dipergunakan.²¹

Depresi pada laki-laki cenderung meningkat berdasarkan bertambahnya umur, tetapi pada perempuan berhubungan dengan pendidikan dan tingkat sosial ekonomi serta akan meningkat pada mereka yang cerai, pisah dan janda. Faktor yang lebih kuat menyebabkan depresi adalah karena perasaan duka cita akibat kematian orang yang dicintai atau dekat dengannya. Lansia yang tinggal di rumah lebih sedikit mengalami gejala depresi dibandingkan dengan mereka yang tinggal di panti-panti wreda.⁶ Kira-kira 15% lansia mempunyai depresi yang cukup berat sehingga membutuhkan intervensi medis atau psikologis. Perbandingan wanita dengan laki-laki, adalah 3 berbanding 2.¹⁹

2.2.2. Simptomatologi

Depresi pada lansia sering *under diagnosis*. Pasien sering tidak mengenali gejala depresi dan mengira sebagai proses penuaan yang normal. Preokupasi mereka dengan keluhan-keluhan somatik akan mempengaruhi dokter yang memeriksa. Simptom depresi mungkin tersembunyi atau tersamar disamping keluhan-keluhan neurotik dan somatik. Afek depresi dan ide bunuh diri, tidak begitu mencolok pada lansia dibandingkan kelompok yang lebih muda. Sebaliknya

gangguan tidur dan keluhan somatik yang tidak disebabkan tanda fisik yang jelas merupakan tanda-tanda depresi pada lansia, sering juga disertai retardasi atau agitasi psikomotor.^{4,5} Keadaan ini membingungkan dalam diagnosis dan berakibat dilakukan berbagai jenis pemeriksaan, terapi yang tidak tepat dan penderitaan yang berkepanjangan. Ada 6 bentuk depresi atipik, yaitu :

a. *Physical Presentations (Hypochondriacal)*

Beberapa keluhan somatik umum dan sering berubah meliputi keluhan sistem gastrointestinal berupa nyeri, konstipasi, keluhan penurunan berat badan, keluhan sistem pernafasan berupa nafas pendek, sesak nafas, keluhan sistem urogenital.

b. Keluhan nyeri

Nyeri kronik yang tidak berkaitan dengan gangguan organik dan tidak ada respon terhadap pengobatan nyeri. Perasaan depresi dapat memperberat suatu disabilitas yang nyata atau salah mengenali sumber nyeri. Gejala nyeri yang umum : nyeri kepala atipik, nyeri muskulo-skeletal dan keluhan nyeri yang tidak jelas letaknya.

c. Agitasi psikomotor

Agitasi yang hebat, gelisah, kecemasan, kewaspadaan berlebih, reaksi terkejut yang mudah ditafsirkan sebagai gangguan cemas dan diterapi benzodiasepin.

d. Pseudodemensia

Depresi dapat menyerupai demensia bila gejala yang menonjol adalah retardasi psikomotor, konsentrasi menurun, penurunan kemampuan fungsional, menarik diri, kemampuan perawatan diri menurun dan kehilangan minat.

e. Psikotik

Seringkali gambaran depresi terselubung oleh keluhan-keluhan atau pikiran paranoid dan pikiran terhukum, waham somatik yang aneh, dan halusinasi akustik. Akibatnya sering menimbulkan kesalahan diagnosis depresi dengan gangguan psikotik primer. Pemeriksaan yang teliti akan mengungkapkan adanya tema pemikiran depresi psikotik berupa pikiran nihilistik atau kematian, penganiayaan berkaitan dengan perasaan berdosa, menyalahkan diri sendiri, dan harga diri yang hilang.

f. Gangguan Kepribadian

Pasien mengalami perubahan perilaku antara lain : mencari perhatian, menuntut, tak mau berpisah dengan seseorang dan merengek-rengok.^{4,5}

2.2.3. Diagnosis

Menurut PPDGJ III 1993, diagnosis Episode Depresi didasarkan pada pedoman berikut :

- a. Selama paling sedikit 2 minggu dan hampir setiap hari mengalami suasana perasaan (*mood*) yang depresif, kehilangan minat dan kegembiraan dan berkurangnya energi yang menuju meningkatnya keadaan mudah lelah dan berkurangnya aktivitas.
- b. Keadaan tersebut diatas selama paling sedikit 2 minggu dan hampir setiap hari dialami akan disertai gejala-gejala berikut ; konsentrasi dan perhatian berkurang, harga diri dan kepercayaan diri berkurang, gagasan tentang perasaan bersalah dan tidak berguna, pandangan masa depan yang suram dan pesimistik, gagasan atau perbuatan membahayakan diri atau bunuh diri, tidur terganggu dan

nafsu makan berkurang. Periode berlangsungnya gejala lebih pendek dari 2 minggu dapat dibenarkan jika gejala tersebut luar biasa beratnya dan berlangsung cepat.

- c. Gejala-gejala tersebut diatas menyebabkan hambatan fungsi psiko sosial seperti cacat fungsi pekerjaan, hubungan sosial dan kegiatan sehari-hari.

Derajat depresi dibedakan atas depresi ringan, depresi sedang, depresi berat yang ditetapkan berdasarkan kriteria berikut :

Depresi ringan :

- a. Harus ada 2 gejala dari kelompok A
- b. Disertai minimal 3 gejala dari kelompok B
- c. Hambatan psiko-sosial ringan dari kelompok C (sedikit kesulitan dalam melanjutkan pekerjaan, hubungan sosial dan kegiatan sehari-hari).

Depresi sedang :

- a. Harus ada 2 gejala dari kelompok A
- b. Disertai minimal 3 gejala dari kelompok B
- c. Hambatan psiko-sosial sedang dari kelompok C (sangat sulit melanjutkan pekerjaan, hubungan sosial, dan kegiatan harian).

Depresi berat :

- a. Harus ada 3 gejala dari kelompok A
- b. Disertai minimal 4 gejala dari kelompok B
- c. Hambatan psiko-sosial berat dari kelompok C (tidak mampu melanjutkan semua kegiatan).²²

2.2.4. Etiologi

Etiologi yang pasti dari *major depression* pada lansia tidak diketahui, tetapi beberapa teori dan faktor-faktor resiko telah diajukan untuk mengetahui patogenesis terjadinya depresi pada lansia.

a. Teori neurobiologi depresi

Teori neurobiologi depresi pada lansia fokusnya pada neurotransmitter pusat seperti pada depresi usia pertengahan, dengan menekankan faktor usia berhubungan dengan penurunan konsentrasi norepinefrin, serotonin, dopamin dan acetylcholin dan berhubungan dengan peningkatan konsentrasi monoamine oxidase otak.⁴ Penelitian neurotransmitter telah memberi kontribusi penting dalam memahami mekanisme biologi yang mendasari terjadinya depresi. Secara khusus telah diteliti mengenai noradrenalin dan serotonin. Noradrenalin dikonversi menjadi 3 methoxy 4 hydroxyphenylglycol (MHPG) oleh enzim monoamine oxidase (MAO), yang konsentrasinya meningkat pada lansia, khususnya pada wanita. MAO juga terlibat dalam konversi serotonin menjadi 5 hydroxyindolacetic acid (5-HIAA). Suatu penelitian telah menunjukkan konsentrasi 5-HIAA menurun pada cairan serebrospinal pasien depresi. Kondisi demikian juga terdapat pada otak post mortem korban bunuh diri. Noradrenalin dan serotonin adalah 2 monoamin kunci yang penting dipertimbangkan dalam teori monoamin pada gangguan depresi. Dengan temuan ini peningkatan aktifitas monoamin oksidase mungkin sesuai dengan

usia dan jenis kelamin dari penderita depresi, khususnya estrogen dilaporkan meningkatkan konsentrasi monoamin oksidase.¹¹

Perhatian juga dipusatkan pada lintasan neuroendokrin untuk terjadinya depresi. Beberapa penelitian telah menunjukkan adanya non supresi sekresi kortisol dengan dexametason pada pasien depresi. Penggunaan dexametason suppression test (DST) sebagai tujuan diagnosis dan prognosis pada gangguan depresi telah menjadi fokus pada beberapa penelitian, dan secara khusus telah dihubungkan dengan depresi lansia. Resistensi dexametason ditemukan pada bermacam-macam kondisi pada pasien lansia termasuk demensia, sehingga test ini tidak dapat digunakan secara pasti untuk tujuan diagnosis. Bukti-bukti yang didapat menunjukkan wanita lansia dengan depresi sedikit kemungkinannya memperlihatkan resistensi dexametason dibandingkan laki-laki lansia.¹¹

Penelitian radiologis menunjukkan perubahan serebral pada pasien lansia dengan depresi. Gambaran menunjukkan adanya atropi serebral yang ditunjukkan dengan pelebaran ventrikel dan perluasan sulkus. Pada orang yang lebih tua atropi kortikal dan ukuran ventrikel meningkat sesuai dengan umur, tetapi perubahan cenderung lebih banyak pada pria. Perluasan ventrikel mungkin meningkat pada pasien depresi, dan diperkirakan bahwa pasien depresi dengan gambaran ventrikel otak yang melebar mempunyai mortalitas yang lebih tinggi.¹¹

b. Teori psikodinamika

Teori psikodinamika dari depresi berasal dari teori Freud yang merupakan pengembangan teori Karl Abraham mengenai psikopatologi dari proses berkabung. Dalam konsep Freud bayangan atau konsep kehilangan (mungkin suatu obyek yang abstrak, misalnya kehilangan status) akhirnya diintroeksi dan menjadi bagian dari diri sendiri. Kemarahan pada obyek yang meninggalkan luka dan kekecewaan diarahkan pada diri sendiri. Resultan dari kehilangan harga diri, rasa bersalah dan keinginan untuk menghukum merupakan inti dari kompleks gejala *pathological grief*. Analisis konseptualisasi depresi geriatri yang lain terpusat pada ketidak berdayaan ego dalam mengatasi kegagalan usaha untuk menikmati sesuatu yang ideal, dan cedera narsisistik yang tidak dapat dielakkan karena kemunduran yang disebabkan oleh usia.⁴

c. Faktor psikososial

Faktor psikososial penting untuk terjadinya depresi pada wanita, khususnya pada wanita lansia. Faktor-faktor sosio demografi yang berpengaruh terhadap depresi meliputi status marital, kemiskinan, isolasi, perumahan yang buruk, kehilangan status, kehilangan harga diri. Meskipun demikian faktor yang paling berpengaruh untuk depresi pada lansia tetap masih belum jelas. Ada peneliti yang membandingkan karakteristik psikososial dari kelompok depresi lansia yang dirujuk ke bagian psikiatri dengan kelompok sama yang tinggal di masyarakat, hasilnya menunjukkan depresi berhubungan dengan gambaran jumlah peristiwa kehidupan yang tidak menyenangkan 2 sampai 3

kali lebih banyak dalam satu tahun sebelum onset depresi, sosial ekonomi yang rendah, dan kurangnya hubungan dekat. Peristiwa kehidupan yang berhubungan dengan depresi meliputi kehilangan atau ancaman kehilangan seperti berkabung, pasangan atau keluarga sakit, kehilangan finansial, perubahan tempat tinggal, kesulitan ekonomi yang terus-menerus. Keadaan-keadaan ini mempunyai kualitas pengaruh yang berbeda dibandingkan pengalaman sama yang dialami oleh individu yang lebih muda. Pada lansia kehilangan sering menyebabkan rasa putus asa. Hubungan antara depresi dan tingkat sosial ekonomi yang lebih rendah membutuhkan klarifikasi yang lebih jelas. Seorang peneliti mendapatkan prevalensi tinggi depresi lansia pada kelas pekerja. Keadaan ini diperkirakan berhubungan dengan tingkat kesehatan fisik yang buruk dan kesulitan-kesulitan sosial yang ada. Tidak ada perbedaan yang jelas hubungan tingkat sosial ekonomi dengan depresi dalam suatu survei di masyarakat. Risiko untuk berkembang menjadi depresi secara signifikan terdapat pada keadaan kurangnya hubungan dekat, khususnya wanita. Kepercayaan yang didapat berhubungan secara positif dengan moral dan kesehatan mental yang baik, keadaan ini berhubungan dengan kepribadian.¹¹

d. Faktor penyakit fisik

Gangguan depresi pada kehidupan yang lebih awal mempunyai komorbiditas dengan gangguan psikiatri lainnya misalnya gangguan kepribadian, gangguan penyalahgunaan zat, dan gangguan cemas. Depresi pada lanjut usia khususnya dengan onset lambat mempunyai lebih sedikit

komorbiditas gangguan psikiatri dan lebih sedikit berhubungan dengan gangguan *mood* dalam riwayat keluarganya. Keadaan ini menunjukkan bahwa faktor *acquired* mempunyai peran penting dalam patogenesis dari gangguan depresi lansia. Komorbiditas yang sering pada depresi lansia adalah penyakit fisik.²³

Penyakit fisik secara konsisten berhubungan dengan terjadinya depresi dan mempengaruhi prognosis depresi lanjut usia. Penyakit fisik berpengaruh pada depresi dengan berbagai macam cara, yaitu meliputi efek fisiologis langsung pada otak, efek pada regulasi harga diri dan efek dari ketidak mampuan fungsional pada *selfimage*, peran sosial, hubungan famili dan sosial. Terdapat keterbatasan data penyakit dan hubungannya dengan onset depresi. Interpretasi data yang ada membutuhkan pertimbangan dalam metodologi penelitian meliputi seleksi sampel bias, dengan mengeluarkan pasien dengan penyakit fisik berat, untuk menurunkan adanya heterogenitas dalam penelitian. Penilaian yang sempit dari penyakit medis sering gagal membedakan identifikasi organ secara obyektif, persepsi diri tentang status kesehatan, dan kesulitan fungsional yang disebabkan oleh penyakit fisik. Hal lain yang membutuhkan penilaian meliputi respon pengobatan, faktor psikososial, dan kontribusi depresi terhadap simptom dan penyakit fisik.²³

Simptom depresi sering berhubungan dengan penyakit klinis tertentu seperti hipotiroid, penyakit addison, penyakit Cushing, hiperparatiroid, karsinoma pankreas, lupus eritematosus sistemik dan penyakit parkinson.^{4,7} Penyakit somatis yang cenderung kronis dan menyebabkan disfungsi atau hendaya yang

diakibatkan nyeri atau mundurnya fungsi organ tertentu sering menjadi faktor timbulnya depresi. Faktor lain yang dapat menimbulkan depresi diantaranya deprivasi sensorik atau organ indera tertentu karena keterbatasan dalam pendengaran atau penglihatan. Demikian juga dengan kehilangan fungsi alat tertentu akibat stroke atau amputasi organ.²⁴

Obat-obat seperti reserpin, kortikosteroid, metil dopa dan levadopa juga dikenal dapat menyebabkan depresi. Dalam penilaian depresi pada lansia penting untuk memasukkan riwayat medis dan pemakaian obat-obatan dengan teliti, pemeriksaan fisik dan pentingnya pemeriksaan laboratorium untuk mengetahui adanya gangguan organik yang mendasari.¹⁸

2.2.5. Skala penilaian depresi

Skala penilaian depresi dirancang untuk tujuan penelitian dimana secara praktis dapat dipergunakan untuk memperoleh keseragaman dan reliabilitas penilaian. Skala penilaian simptom tidak cukup untuk menentukan diagnosis depresi, tetapi dapat membantu mengidentifikasi individu yang mempunyai simptom depresi. Ada 3 skala depresi yang berguna secara klinis pada lansia, yaitu :

- a. **Beck Depression Inventory (BDI)**
- b. **Geriatric Depression Scale (GDS)**
- c. **Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)**

BDI dan GDS keduanya penilaian *self rating*. BDI secara khusus berguna untuk menilai gambaran psikologis dari depresi meliputi afek disforik, pesimisme, kritik diri dan perasaan bersalah. Dianjurkan untuk penderita lansia yang tidak

mempunyai komplikasi psikotik ataupun gangguan somatisasi yang nyata. Skala ini dapat membantu membedakan keadaan berkabung normal dengan *major depression* karena individu yang berkabung biasanya tidak menunjukkan skor yang tinggi pada item-item perasaan bersalah, kritik diri dan resiko untuk bunuh diri.

GDS dikembangkan secara khusus untuk lansia dengan format ya-tidak digunakan untuk menyederhanakan prosedur *self rating*. *Mood* diamati secara teliti dan terdapat item-item yang menilai kognitif dan perilaku sosial, sebaliknya item-item keluhan somatik dihilangkan dari GDS untuk mencegah meningkatnya skor yang disebabkan perubahan normal pada lansia. GDS menunjukkan *valid* dan *reliable* pada penelitian klinis pasien-pasien medis dan psikiatri. Skore 5 atau lebih menunjukkan adanya depresi.

Self rating mungkin tidak sesuai untuk beberapa lansia, khususnya yang mempunyai defisit visual, keterbatasan pendidikan, penguasaan bahasa yang kurang, psikosis atau depresi tersamar, untuk itu dapat dipergunakan penilaian dengan HDRS. Peneliti dapat menggunakannya untuk menilai ada tidaknya perubahan pada pasien. HDRS juga menentukan kearah tipe simptom dimana antidepresan harus diberikan untuk mengubah perjalanan pengobatan. Misalnya gangguan tidur, perubahan berat badan dan kecepatan psikomotor. HDRS dapat juga untuk menilai simptom mood depresif, cemas, dan gambaran psikologis lainnya. Kepustakaan lain menyebutkan HDRS dirancang untuk mengukur keparahan penyakit pada pasien yang diklasifikasikan mempunyai gangguan depresi. Penilaian ini bukan merupakan instrumen diagnostik karena masih memerlukan informasi yang lebih banyak. Informasi tersebut misalnya riwayat sebelumnya, riwayat keluarga, faktor pencetus.

Skala harus digunakan dalam wawancara klinis. Penilai harus memiliki pengalaman dan pertimbangan klinis yang memadai untuk dapat menginterpretasikan pertanyaan dan keragu-raguan pasien tentang suatu gejala. Penilai harus menggunakan beberapa sumber informasi, misalnya keluarga atau perawat. Pada kasus sulit penilai harus menggunakan pertimbangan sebagai klinisi.¹⁶ Diantara instrumen-instrumen untuk depresi yang sudah digunakan di Indonesia untuk penelitian depresi di masyarakat adalah HDRS, yaitu Setyonegoro tahun 1980, Notosoedirdjo tahun 1982, Prawirohardjo tahun 1982.⁹

2.3. Stresor psikososial

2.3.1. Definisi

Stresor psikososial adalah setiap keadaan atau peristiwa yang menyebabkan perubahan dalam kehidupan seseorang, sehingga orang tersebut terpaksa mengadakan adaptasi atau menanggulangi stresor yang timbul.⁸ Perilaku yang terjadi sebagai hasil dari beberapa kejadian eksternal atau stimulus secara populer disebut stres. Ada beberapa definisi untuk stres. Apakah stres sebagai penyebab ataukah sebagai hasil. Istilah stresor lebih banyak dipergunakan untuk menggambarkan apa yang disebut penyebab. Stres biasanya merujuk pada respon psikologis dan fisiologis yang diakibatkan stresor.¹⁰

2.3.2. Taraf beratnya stresor psikososial

Taraf beratnya stresor psikososial dipakai untuk pemberian kode dari berat ringannya stresor psikososial yang dinilai bermakna sebagai faktor penting dari perkembangan atau kambuhnya gangguan jiwa saat ini. Dasar penilaian berat

ringannya stresor psikososial adalah besarnya perubahan dalam kehidupan individu akibat stresor tersebut, sampai taraf mana peristiwa itu diinginkan dan berada dibawah pengendalian individu, dan jumlah stresor.⁸

Penilaian berat ringan stresor didasarkan atas penentuan seberapa berat hal yang sama akan diderita oleh individu pada umumnya yang mempunyai latar belakang sosial budaya yang sama, dan bukan atas dasar seberapa berat stresor itu dihayati secara subyektif, atau kepekaan individu itu, meskipun suatu stresor spesifik dapat memberi dampak lebih besar terhadap seseorang yang lebih rentan atau menderita konflik batin tertentu. Apabila kerentanan terhadap suatu stresor menetap, biasanya hal itu berkaitan dengan gangguan jiwa pada aksis I atau II.⁸ Kadang-kadang stresor psikososial adalah menghadapi suatu peristiwa mendatang, misalnya menghadapi pensiun. Meskipun biasanya suatu stresor merupakan faktor pencetus dari suatu gangguan jiwa, akan tetapi kadang-kadang dapat pula terjadi sebagai akibat psikopatologi orang itu sebelumnya.⁸

2.3.3. Penilaian berat ringannya stresor psikososial

Penilaiannya diberi angka (1)tidak ada sampai dengan (7) malapetaka atau catastrophic. Angka 0 (nol) tak ditentukan dipakai apabila tidak ada keterangan atau data untuk menentukan berat-ringannya stresor itu. Yang dinilai adalah satu atau lebih stresor yang menimbulkan, atau merupakan faktor tambahan dalam terjadinya gangguan jiwa saat itu, dan nilainya merupakan jumlah keseluruhan stresor.¹⁷

2.3.4. Stress dan model coping

Rahe dan Arthur (1995) menggambarkan stres dan coping model dalam 6 tahap sebagai bagian penting dalam proses mental dan fisik terhadap pengalaman-pengalaman stres dalam kehidupan.

- Tahap I : Mengenai persepsi seseorang terhadap peristiwa-peristiwa kehidupan yang baru saja terjadi (*recent live events*). Persepsi tersebut dapat mengubah besarnya dampak yang terjadi. Perubahan-perubahan tersebut tergantung pada persepsi seseorang terhadap peristiwa sebelumnya, dukungan sosial yang ada, dan biografi misalnya pendapatan dan pendidikan.
- Tahap II : Tahap ini menunjukkan pengaruh defensi psikologi yang dapat *diffract away* perasaan yang muncul akibat peristiwa-peristiwa kehidupan yang secara khusus menstimulasi bermacam-macam respon psikologis. Beberapa defensi yang sering digunakan yaitu represi, denial, *displacement*, dan lain-lain.
- Tahap III: Pada tahap ini terjadi stimulasi sejumlah respon psikofisiologis. Bila respon tersebut diinterpretasikan sebagai sesuatu yang membahayakan dan mengganggu, maka akan timbul gejala. Respon tersebut dibagi menjadi 2 kategori yaitu respon yang disadari, misalnya berkeringat, nyeri kepala, ketegangan otot. Respon yang tidak disadari, misalnya kenaikan tekanan darah, dan peningkatan serum lipid. Respon psikologis dapat juga terjadi misalnya depresi.
- Tahap IV: Pada tahap ini, orang akan merasakan adanya gejala-gejala psikofisiologi tersebut, kemudian akan menggunakan satu atau lebih

teknik respon-managemen atau coping. Empat kategori coping yang sering digunakan yaitu usaha mempertahankan kesehatan (misalnya menggunakan obat, diet, relaksasi, olah raga), adanya dukungan sosial, respon terhadap stres dan kepuasan hidup.

Tahap V: Bila kemampuan seseorang untuk mengatasi stres dalam kehidupan tidak adekuat, maka gejala-gejala akan menyebabkan disfungsi sistem organ dan akhirnya sakit.

Tahap VI: Gejala-gejala berkembang menjadi penyakit dan kemudian mendapat satu atau lebih diagnosis dari dokter¹⁰

Gambar Stres dan model Coping

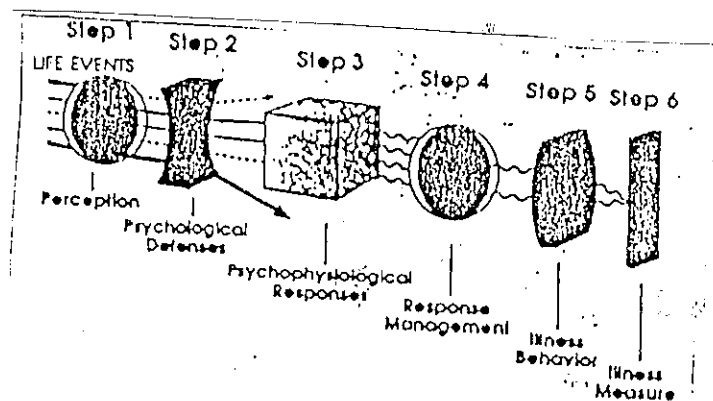


FIGURE 26.9-6 The entire full stress and coping model illustrates the several steps that take place between a person's initial experience of a significant recent life stress event and the ultimate recording of an illness. Most persons successfully manage steps 1, 2, and 4 in the model and do not develop an illness. However, when psychological defenses (step 2) are ineffective and attempts at coping (step 4) are unsuccessful, a person is at high risk for near-future illness, steps 5 and 6. (Figure from R H Rahe: Acute versus chronic post-traumatic stress disorder. *Integr Physiol Behav Sci* 28: 46, 1993. Used with permission.)

2.3.5. Stres dan model coping pada lansia

Kehilangan-kehilangan spesifik yang menyertai lansia, misalnya berkabung, ketidak mampuan, pensiun akan mempengaruhi kesejahteraan pada lansia. Lansia

sangat rentan untuk faktor-faktor kehilangan tersebut, karena stereotipi negatif dari usia, yang mungkin diinternalisasi pada saat stres berat. Dalam pandangan disini, problem emosional pada lansia adalah hasil sejumlah proses karena perubahan sosial dan kehilangan peran sosial, daripada gangguan perkembangan intra psikik. Orang yang lebih tua cenderung mengatasi peristiwa-peristiwa kehidupan yang penuh stres secara berbeda dibandingkan orang yang lebih muda. Mereka lebih sering mengandalkan emosi dalam bentuk coping yang berlawanan dengan bentuk aktif dalam pemecahan masalah. Emosi berdasarkan coping pada lansia adalah lebih bersifat pasif daripada konfrontatif, lebih individual daripada interpersonal, dan berorientasi pada pengendalian diri daripada mengubah situasi yang penuh stres. Contoh emosi tersebut meliputi menjauh dari problem, menerima dengan tanggung jawab, dan memberi penilaian positif secara berulang. Lansia cenderung memandang situasi mereka tidak banyak yang dapat diubah dan mereka menganggap bahwa hal itu adalah benar. Mereka lebih menyukai bentuk coping yang sangat adaptif. Meskipun lebih banyak bentuk langsung pemecahan masalah yang mungkin dianjurkan untuk kasus-kasus spesifik.⁴

2.4. Dukungan sosial

2.4.1. Pengertian

Dukungan sosial adalah mekanisme dimana hubungan interpersonal melindungi seseorang dari efek stres yang buruk. Pada umumnya jika seseorang mempunyai dukungan sosial yang kuat, kerentanan terhadap penyakit mental rendah, dan kemungkinan pemulihan jika timbul gangguan adalah tinggi. Sebagai contoh, pasien dengan dukungan sosial yang rendah lebih mungkin meninggal setelah

infark miokardium dibandingkan pasien dengan dukungan sosial yang luas dan mendukung.²⁶

Jaringan sosial adalah jaringan dari seseorang dengan siapa ia berhubungan. Jaringan sosial yang efektif dapat melindungi seseorang dari stres, menurunkan distress psikologis dan membantu mempertahankan kesejahteraan fisik dan mental. Walaupun ada overlap, dukungan sosial tidaklah sama dengan jaringan sosial. Dukungan sosial mengacu pada bantuan emosional, instrumental dan finansial yang diperoleh dari jaringan sosial seseorang. Definisi operasional tentang dukungan sosial adalah informasi atau nasehat verbal dan atau non verbal, bantuan nyata atau tindakan yang diberikan oleh keakraban sosial atau didapat karena kehadiran mereka dan mempunyai manfaat emosional atau efek perilaku bagi pihak penerima.²⁷

2.4.2. Jenis dukungan sosial

House membedakan 4 jenis atau dimensi dukungan sosial:

- a. **Dukungan emosional:** Mencakup ungkapan empati, kepedulian serta perhatian terhadap seseorang.
- b. **Dukungan penghargaan :** Terjadi lewat ungkapan hormat atau penghargaan untuk orang tersebut, dorongan maju atau persetujuan dengan gagasan atau perasaan individu, dan perbandingan positif orang tersebut dengan orang lain, misalnya orang-orang yang kurang mampu atau lebih buruk keadaannya untuk menambah penghargaan diri .

- c. **Dukungan instrumental** : Mencakup bantuan langsung, seperti memberi pinjaman uang kepada seseorang atau menolong dengan pekerjaan pada waktu membutuhkan.
- d. **Dukungan informatif** : Mencakup memberi nasehat, petunjuk, saran-saran atau umpan balik ^{26,27,28}

Jenis dukungan yang diterima dan diperlukan seseorang tergantung pada keadaan individu. Dukungan instrumental akan lebih efektif untuk kesukaran seperti kemiskinan. Dukungan informatif berfaedah bila terdapat kekurangan dalam pengetahuan dan ketrampilan. ²⁷ Dukungan sosial dapat diterima dari bermacam-macam sumber seperti pasangan, famili, teman, tetangga, atasan, teman kerja, dan tenaga kesehatan. ²⁸

2.4.3. Hubungan dukungan sosial dengan kesehatan

Secara teoritis, pengaruh dukungan sosial terhadap kesehatan dapat dijelaskan dalam 2 hipotesis, yaitu hipotesis bufer atau penyangga dan hipotesis efek langsung. ^{27,29}

a. Hipotesis penyangga

Menurut hipotesis ini, dukungan sosial mempengaruhi kesehatan dengan melindungi seseorang terhadap efek negatif dari stres yang berat. Fungsi yang bersifat melindungi ini hanya atau terutama efektif kalau orang tersebut menghadapi stresor yang berat. Penyangga bekerja paling sedikit dengan dua cara. Orang-orang dengan dukungan sosial tinggi, mungkin akan kurang menilai situasi penuh stres. Mereka tahu bahwa akan ada orang lain yang dapat

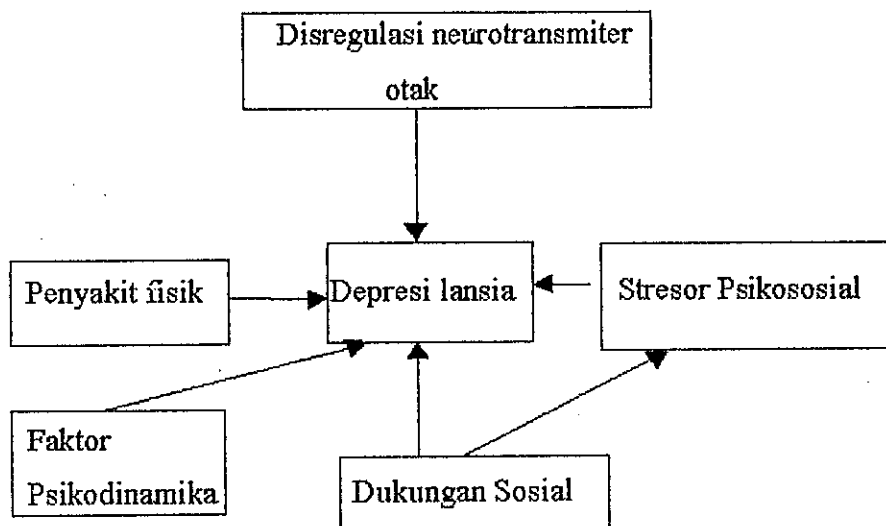
membantu. Orang dengan dukungan sosial tinggi akan mengubah respon mereka terhadap sumber stres, misalnya pergi ke seorang teman untuk membicarakan masalah tersebut.

b. Hipotesis efek langsung

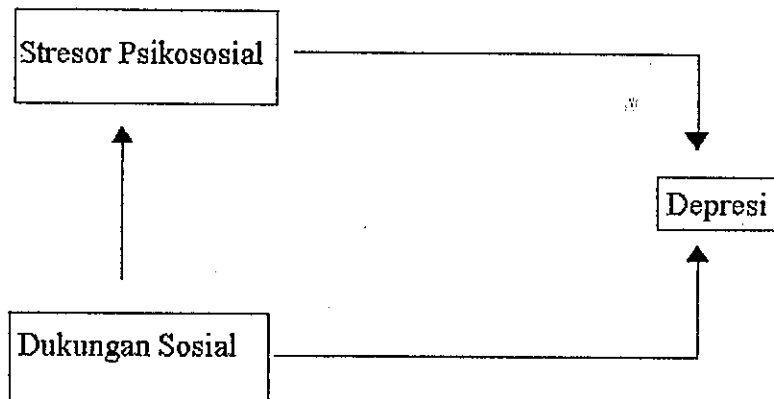
Dukungan sosial akan bermanfaat untuk kesehatan dan kesejahteraan, tidak tergantung banyaknya stresor yang dialami seseorang. Menurut hipotesis ini, efek dukungan sosial yang positif sebanding dengan intensitas stresor tinggi maupun rendah. Contohnya orang dengan dukungan sosial tinggi, dapat memiliki harga diri yang lebih tinggi yang membuat mereka tidak begitu mudah diserang stres.

Dukungan sosial mempunyai hubungan yang signifikan dengan depresi. Sebagai contoh dukungan sosial yang kuat akan memperkecil kemungkinan timbulnya depresi dalam menghadapi peristiwa kehidupan yang penuh stres.³⁰

2.5. Kerangka teori



2.6. Kerangka Konsep



2.7. Hipotesis

1. Terdapat hubungan antara stresor psikososial dengan depresi pada lansia.
2. Terdapat hubungan antara dukungan sosial dengan depresi pada lansia.

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1. Ruang lingkup penelitian

Penelitian ini dilakukan di wilayah puskesmas Lamper Tengah dengan pertimbangan berdasarkan data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kotamadya Semarang, jumlah lansia di wilayah puskesmas tersebut menduduki jumlah terbanyak ke 2, di kotamadya Semarang setelah puskesmas Manyaran. Lokasi penelitian mudah terjangkau, karena dekat dengan Rumah Sakit Jiwa Pusat Semarang tempat peneliti bertugas saat ini. Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Desember 1998 sampai dengan bulan Juli 1999. Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Desember 1998 sampai dengan Juli 1999.

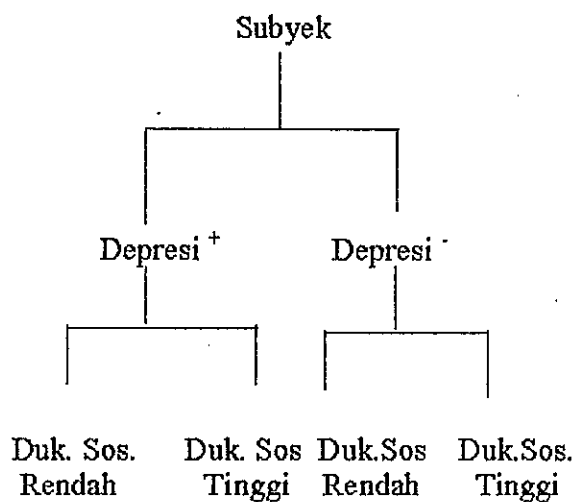
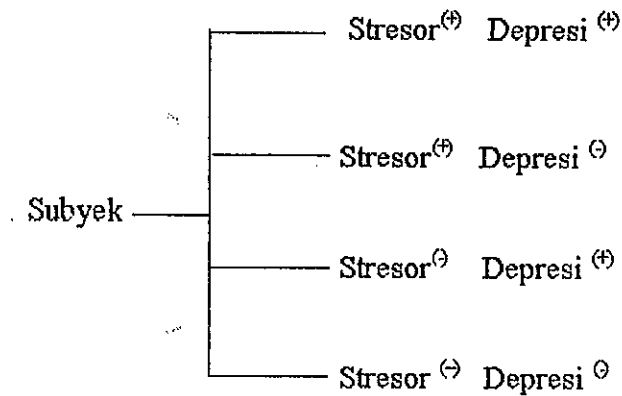
Pada saat penelitian kegiatan lansia di puskesmas Lamper Tengah sedang dirintis dalam 3 kelompok dari masing-masing wilayah puskesmas yaitu didesa Lamper Tengah, Lamper Kidul dan Lamper Lor. Kegiatan yang dirintis adalah pendataan lansia yang tinggal diwilayah puskesmas oleh kader kesehatan dan kegiatan posyandu lansia. Kegiatan pos yandu lansia meliputi pengukuran tekanan darah, penimbangan berat badan dan pemeriksaan kesehatan sederhana. Kegiatan dilakukan oleh masyarakat setempat dengan melibatkan kader kesehatan dan bantuan tenaga dari puskesmas.

Untuk penelitian ini dipilih lansia dari RW I Lamper Tengah, RW II dan RW IV Lamper Lor. Pemilihan wilayah didasarkan jumlah lansia yang relatif banyak di wilayah RW tersebut, lingkungan sosial hampir sama dimana sebagian besar

penduduk tergolong ekonomi lemah sehingga memungkinkan mendapat homogenitas populasi.

3.2. Jenis penelitian

Jenis penelitian ini adalah *cross sectional* dengan desain sebagai berikut :



3.3. Populasi dan sampel

3.3.1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah lansia yang berusia minimal 60 tahun, pria dan wanita, bertempat tinggal di masyarakat.

3.3.2. Sampel

a. Cara pemilihan sampel

Cara pemilihan sampel dengan cara *judgmental sampling*, dimana untuk mempermudah pemilihan daerah berdasarkan daerah yang banyak jumlah lansianya dan mudah dijangkau peneliti. Dipilih wilayah puskesmas Lamper Tengah yang jumlah lansianya menduduki ke dua terbanyak di wilayah kotamadya Semarang. Di tingkat puskesmas, dipilih RW yang banyak lansianya dengan latar belakang sosial yang hampir sama. Ditetapkan RW I Lamper Tengah, RW II dan RW IV Lamper Lor. Semua lansia yang tinggal di RW tersebut, berusia minimal 60 tahun, bersedia dan mampu untuk wawancara diikuti dalam penelitian. Responden yang mempunyai penyakit fisik berat, misalnya hipertensi berat, stroke dikeluarkan dari sampel penelitian.

b. Estimasi besar sampel

$$\begin{aligned} n \text{ (Jumlah sampel)} &= Z_{1-\alpha/2} \times P(1-P) : d^2 \\ Z_{1-\alpha/2} &= \text{Tingkat kepercayaan } 95\% = 1,96 \\ P &= \text{Perkiraan proporsi populasi } 19\% (0,2) \\ d &= \text{Kebutuhan celah} \\ n &= \frac{(1,96)^2 \times 0,2(1-0,2)}{(0,1)^2} \longrightarrow 61 \text{ orang} \end{aligned}$$

Jadi minimal sampel yang diperlukan = 61 orang.

3.4. Alat Ukur

Instrumen yang digunakan :

3.4.1. Kuesioner karakteristik demografi dan status kesehatan pada lansia

3.4.2. Penilaian stresor psikososial, berdasarkan PPDGJ II. Durasi stresor

ditentukan dalam satu tahun. Jenis stresor psikososial dikelompokkan dalam masalah perkawinan, problem orang tua, hubungan interpersonal, pekerjaan, peristiwa kehidupan, keuangan, gangguan fisik atau trauma. Derajat stresor psikososial dimodifikasi dari taraf stresor psikososial menurut PPDGJ II.

Taraf stresor dinilai	tidak ada	- derajat 0
	ringan	- derajat ringan
	sedang	- derajat sedang
	berat	} derajat berat
	sangat berat	
	malapetaka	

3.4.3. Penilaian depresi pada lansia dinilai dengan *Hamilton Depression Rating Scale* (HDRS), suatu penilaian berdasar wawancara terstruktur. HDRS terdiri dari 17 item, masing-masing skor dijumlahkan untuk mendapatkan skor total. Sebetulnya HDRS terdiri dari 21 item, 4 item dikeluarkan. Salah satunya variasi diurnal dikeluarkan karena bukan merupakan beban tambahan bagi pasien. Tiga item lainnya dikeluarkan dari total skor karena jarang terjadi, yaitu depersonalisasi, gejala paranoid, gejala obsesional. Metode penilaiannya sederhana. Untuk beberapa gejala yang sulit dalam menggali informasi yang memenuhi persyaratan, jika gejala ada skor 2, tidak ada skor 0, jika meragukan atau tidak jelas skor 1. Untuk gejala-gejala yang dapat diperoleh informasi lebih banyak, skor 2 diperluas menjadi 2 untuk ringan, 3 untuk sedang dan 4 untuk parah.¹⁶ Pembagian skor sebagai berikut :

- skor < 10 - tidak ada depresi
- skor 10 – 13 - depresi ringan
- skor 14 – 17 - depresi sedang
- skor > 17 - depresi berat

3.4.4. Penilaian dukungan sosial berdasar kuesioner dukungan sosial, dibuat untuk penelitian ini yang telah dicari validitas dan reliabilitas. Adapun tahapannya adalah sebagai berikut :

a. Pembuatan kuesioner dukungan sosial

Bentuk kuesioner bersifat langsung ditanyakan kepada subyek yang ingin dimintai pendapat mengenai keadaan diri lansia. Kuesioner menanyakan persepsi lansia terhadap dukungan sosial yang diterima. Penilaian berdasarkan 4 aspek dukungan sosial, yaitu :

1. dukungan emosional
2. dukungan penghargaan
3. dukungan instrumental
4. dukungan informatif

Masing-masing aspek dibuat pertanyaan yang sifatnya *favourable* dan *unfavourable*. Subyek diwajibkan memilih salah satu jawaban yang sesuai dengan keadaannya, yaitu :

- a. Selalu
- b. Sering
- c. Kadang-kadang
- d. Tidak pernah

Sistem penilaian menurut skala likert. Pada pertanyaan *favourable* jika

menjawab a nilai 4, b nilai 3, c nilai 2 dan d nilai 1. Pada pertanyaan *unfavourable* menjawab a nilai 1, b nilai 2, c nilai 3, dan d nilai 4. Hasilnya kemudian dijumlahkan, menunjukkan dukungan sosial yang diterima.

b. Pelaksanaan uji coba

Setelah kuesioner selesai disusun dilakukan uji coba lapangan untuk mengetahui sejauh mana kuesioner memiliki validitas dan reliabilitas. Uji coba dilakukan 2 kali pada responden yang sama. Selang waktu uji coba 15-30 hari. Uji coba dilakukan pada lansia sebanyak 35 orang yang tinggal di wilayah penelitian.

c. Uji validitas dan reliabilitas

Uji validitas dilakukan dengan menggunakan teknik korelasi *product moment* dari Pearson. Dari hasil pengujian validitas alat ukur tersebut diperoleh hasil dari 40 item dukungan sosial terdapat 10 item yang gugur, dengan demikian terdapat 30 item yang valid. Uji reliabilitas terhadap alat ukur, digunakan teknik uji reliabilitas alpha yang dikembangkan oleh Cronbach, dengan menggunakan program SPSS for window versi 6.0. Hasil reliabilitas menunjukkan bahwa alat ukur yang digunakan cukup reliabel. Koefisien reliabilitas dukungan sosial yaitu 0,7844.

Tabel 1

Jumlah sebaran item kuesioner dukungan sosial

Aspek dukungan sosial	Nomor sebaran item		Jumlah
	<i>Favourable</i>	<i>Unfavourable</i>	
1. Dukungan emosional	1,2,4,5,6, 7,8	9,10,11	10
2. Dukungan penghar- gaan	13,14,15, 16,17	18,19,20 21	9
3. Dukungan instrumen-	3.12.26.27 28,29,30	22.23.24.25	11
4. Dukungan informatif	36,37,38, 39,40	31,32,33,34, 34,35	10
Jumlah			40

Ada 10 item yang dikeluarkan karena tidak valid yaitu nomor 2,5,6,11,12,17,22,23,25,28. Jumlah item yang digunakan dalam penelitian adalah 30 item.

3.5. Data yang dikumpulkan

Data yang dibutuhkan dalam penelitian ini adalah skor depresi pada lansia, data ada tidaknya stresor psikososial, derajat dan jenis stresor psikososial serta derajat dukungan sosial. Data tambahan yang dikumpulkan yaitu data demografi meliputi usia, jenis kelamin, status perkawinan, pekerjaan, pekerjaan dahulu, responden tinggal dengan siapa, ada tidaknya penghasilan tetap. Data kesehatan meliputi frekuensi sakit pada 3 bulan terakhir dan jenis penyakit pada lansia. Semua data didapatkan dengan wawancara pada responden. Pada penelitian ini sebagai variabel tergantung (dependen) adalah depresi pada lansia. Variabel bebas adalah stresor psikososial dan dukungan sosial. Variabel perancu adalah status kesehatan.

3.6. Cara pengumpulan data

Sebelum pengambilan data, dilakukan pendekatan pada Dinas Kesehatan Kotamadya Semarang bagian pemulihan kesehatan yang menangani masalah lansia. Di bagian ini peneliti dapat memperoleh gambaran dan data jumlah lansia di wilayah puskesmas yang ada di kota madya Semarang. Setelah menetapkan pilihan wilayah, dilakukan pendekatan pada kepala puskesmas Lamper Tengah untuk menjelaskan maksud, sasaran dan target penelitian. Kepala Puskesmas menghubungkan peneliti dengan para kader kesehatan. Peneliti mencatat data umur, alamat dan data lainnya yang dibutuhkan untuk penelitian. Untuk memperlancar penelitian, dipandang perlu mengadakan pendekatan dengan lansia yang tinggal di wilayah penelitian. Kegiatan yang dilakukan adalah mengikuti pelaksanaan pos yandu lansia, memberikan ceramah mengenai kesehatan lansia secara umum. Untuk pengambilan data peneliti mendatangi rumah masing-masing responden, untuk melakukan wawancara. Sebelum melakukan wawancara peneliti memberikan penjelasan mengenai maksud dan tujuan penelitian.

3.7. Cara pengolahan dan analisis data

Data yang diperoleh ditabulasi, kemudian dikelompokkan :

- a. Skor HDRS : Skor masing-masing responden dijumlahkan kemudian dikelompokkan dalam kelompok tidak ada depresi, depresi ringan, depresi sedang, depresi berat.
- b. Stresor psikososial : Dikelompokkan dalam 2 kelompok yaitu ada stresor psikososial dan tidak ada stresor psikososial. Kelompok yang ada stresor psikososial dikelompokkan lagi menurut derajat stresor psikososial, yaitu ringan, sedang, berat.

- c. Dukungan sosial : Skor dukungan sosial pada masing-masing responden dijumlahkan. Kemudian skor dibagi dalam 2 kelompok, skor dukungan sosial tinggi dan skor dukungan sosial rendah. Interval kelas ditentukan dengan rumus
- $$\frac{(\text{skor tertinggi} - \text{skor terendah}) + 1}{2}$$
- d. Analisis statistik untuk hubungan stresor psikososial dengan depresi dilakukan dengan Kai-kwadrat. Uji Anova untuk mengetahui hubungan derajat stresor psikososial dengan derajat depresi.
- e. Analisis statistik untuk hubungan dukungan sosial dengan depresi dilakukan dengan Kai-kwadrat. Uji t test untuk mengetahui hubungan antara skor dukungan sosial dan skor HDRS sebelum dikelompokkan.
- f. Data dari faktor demografi, dikelompokkan sesuai jenisnya, kemudian disajikan secara deskriptif, dan hubungan faktor demografi dengan depresi diuji dengan Kai-kwadrat. Data jenis stresor psikososial, dan data kesehatan responden disajikan secara deskriptif.

3.8. Definisi Operasional

- a. **Depresi** : Adalah suasana perasaan sedih yang mendalam, kehilangan minat dan kegembiraan serta berkurangnya energi yang menuju meningkatnya perasaan mudah lelah. Dengan gambaran penyerta disorientasi, hilangnya daya ingat, cepat mudah beralih perhatian dan adanya keluhan somatik. Pada penelitian ini derajat depresi diukur dengan HDRS.
- b. **Stresor psikososial** : Adalah keadaan atau peristiwa yang menyebabkan perubahan dalam kehidupan seseorang, sehingga orang tersebut terpaksa mengadakan adaptasi

atau menanggulangi stresor yang timbul. Stresor psikososial didapat dengan wawancara pada responden tentang peristiwa kehidupan yang terjadi dalam satu tahun yang menyebabkan responden harus beradaptasi. Penilaian stresor psikososial berdasarkan PPDGJ II yang dimodifikasi

- c. **Dukungan sosial** : Dukungan sosial yang diterima responden meliputi 4 aspek yaitu dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan instrumental, dukungan informatif.
- d. **Lansia** : Usia 60 tahun atau lebih.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1. Karakteristik Demografi

Jumlah lansia yang berhasil dihubungi dan bersedia diwawancarai adalah 170 orang. Lima orang lansia dieksklusikan karena 4 orang mempunyai penyakit stroke dan 1 orang dengan hipertensi berat. Untuk pengumpulan data akhirnya tinggal 165 orang yang dapat dievaluasi. Lansia tersebut terdiri dari 50 orang lansia dari RW I Desa Lamper Tengah, 48 orang dari RW II Desa Lamper Lor, dan 67 orang dari RW IV Desa Lamper Lor. Pemilihan RW berdasarkan jumlah lansia di RW tersebut yang lebih banyak dibandingkan RW lainnya yaitu dengan adanya kelompok pos yandu lansia dan latar belakang sosial yang hampir sama, dimana sebagian besar penduduk adalah golongan ekonomi lemah. Terdapat perbedaan batasan umur dari data puskesmas dan batasan umur untuk penelitian, batasan umur untuk lansia di puskesmas adalah 55 tahun. Data umur diperoleh peneliti dari para kader kesehatan yang mencatat data umur yang ada di sekrestaris RW, berdasar umur yang tercantum dalam kartu penduduk. Data demografi responden adalah sebagai berikut, 57,60% berusia 60-69 tahun (mean 68,92, SD= 6,06), jenis kelamin perempuan 72,1%, 85% beragama Islam, 34,5% tidak pernah sekolah, 59,9% dahulu tidak bekeja (ibu rumah tangga), 24,21% sekarang masih bekerja, status perkawinan 50,91% menikah dan 48,48% janda/duda, 67,30% tinggal bersama anak.

Tabel 2. Data demografi responden

Data demografi	Frekuensi (N)	Persen(%)
Umur		
60-69 tahun	95	57,60
70-79 tahun	60	36,40
> 80 tahun	10	6,00
Jenis kelamin		
Laki-laki	46	27,90
Perempuan	119	
Agama		
Islam	141	85,50
Kristen	15	9,00
Khatolik	9	5,50
Pendidikan		
Tidak sekolah	57	34,50
SD tidak tamat	31	18,80
SD tamat	22	13,30
SMP tamat	34	20,60
SMA tamat	15	9,10
Akademi/Universitas	6	3,60
Pekerjaan dahulu		
ABRI	3	1,80
Pegawai negeri	28	17,00
Pegawai swasta	13	7,90
Wiraswata	12	7,30
Buruh kasar	25	15,20
Tidak bekerja (ibu rumah tangga)	84	50,90
Keadaan sekarang		
Bekerja	40	24,24
Tidak bekerja	125	75,76
Status perkawinan		
Belum kawin	1	0,61
Kawin	84	50,91
Janda/duda	80	48,48
Penghasilan tetap		
Tidak ada	77	46,70
Ada	88	53,30
Tinggal bersama		
Sendiri	7	4,20
Suami/istri	37	22,40
Anak	111	67,30
Keluarga lain	7	4,20
Lainnya	3	1,80

4.2. Deskripsi variabel sampel

Dari 165 responden yang dievaluasi, 51 responden (30,91%) mempunyai skor HDRS >10, menunjukkan adanya gejala depresi. Adapun rinciannya adalah sebagai berikut : 37 responden (22,42%) depresi ringan, 8 responden depresi sedang (4,84%), 7 responden depresi berat (4,24%). Sebanyak 92 responden (55,00%) mempunyai stresor psikososial dan 73 responden (45,00%) tidak ada stresor psikososial dalam 1 tahun terakhir. Empat puluh delapan responden (29,10%) mempunyai derajat stresor psikososial sedang, 8,5% derajat stresor psikososial ringan, dan 17,6% dengan derajat stresor psikososial berat. Jenis stresor psikososial yang terbanyak adalah problem orang tua (53%), kemudian problem perkawinan (8,5%) dan problem keuangan (4,8%). Pada kuesioner dukungan sosial, responden mempunyai skor dukungan sosial nilai terendah 57, nilai tertinggi 106. Skor kemudian dibagi menjadi 2 kelompok. Untuk mendapatkan interval kelas menggunakan rumus :

$$\text{Interval kelas} = \frac{\text{Range} + 1}{\text{Jumlah kelas}} \rightarrow \frac{106-57+1}{2}$$

Interval kelas = 24, sehingga pengelompokkannya adalah sebagai berikut :

Skor kelompok dukungan sosial rendah = 57 – 81

Skor kelompok dukungan sosial tinggi = 82 - 106

Responden yang mempunyai skor dukungan sosial tinggi sebanyak 110 orang (67,10%), sedang skor dukungan sosial rendah 55 orang (32,90%). Untuk lebih lengkap dapat dilihat tabel 3 dan tabel 4.

Penelitian lansia dirumah sakit dan di masyarakat menunjukkan hubungan antara penyakit fisik dan gangguan psikiatri. Gangguan depresi berhubungan erat dengan penyakit fisik, meskipun hubungan ini juga terdapat pada kelompok umur lain,

pada lansia jumlahnya lebih banyak¹¹ Pada penelitian ini untuk memperkecil bias sampel, responden dengan penyakit fisik berat yang menyebabkan gangguan fungsi sehari-hari dikeluarkan dari sampel penelitian. Demikian juga penderita yang dalam 3 bulan terakhir minum obat secara terus menerus dikeluarkan dari sampel penelitian. Empat responden dengan penyakit stroke dan 1 responden dengan hipertensi tinggi yang minum obat secara rutin dikeluarkan dari sampel penelitian. Responden yang mempunyai penyakit diabetes melitus tidak dikeluarkan dari sampel penelitian karena responden pada saat penelitian mengaku kadar gula darah dalam batas normal, sehingga tidak minum obat anti diabetika secara rutin, hanya diet dan minum ramuan tradisional. Demikian juga responden dengan hipertensi ringan sampai sedang tetap diikuti dalam penelitian. Pemeriksaan status kesehatan pada penelitian ini hanya berdasarkan wawancara tidak disertai dengan pemeriksaan fisik. Dalam 3 bulan terakhir responden yang menyatakan tidak pernah sakit 50,30%, kadang sakit 41,20%, sedangkan yang sering sakit 7,90%. Variabel status kesehatan dalam penelitian ini merupakan variabel perancu. Dengan uji statistik Kai-kwadrat hubungan sering sakit dengan depresi menunjukkan hubungan yang signifikan ($df = 2, p = 0,029$). Hasilnya dapat dilihat pada tabel 5. Hubungan yang signifikan antara sering sakit dengan depresi dalam penelitian ini tidak dapat menjelaskan apakah depresi disebabkan penyakit fisik ataukah sering sakit merupakan bagian dari gejala depresi, karena gejala depresi pada lansia sering tersembunyi atau tersamar disamping keluhan-keluhan somatik⁴ Pada penelitian ini responden yang menyatakan mempunyai penyakit reumatik 24,10%, tekanan darah tinggi 13,09%, kencing manis 6,07%, penyakit paru-paru 5,50%, penyakit yang lain 6,10%.

Sebanyak 41,80% responden tidak memberikan jawaban terhadap penyakit yang diderita, kemungkinan mereka jarang pergi ke dokter atau tidak merasa dirinya sakit.

Faktor lain yang sering dikaitkan dengan depresi pada lansia adalah disabilitas. Responden yang menunjukkan disabilitas yang nyata karena penyakitnya dikeluarkan dari sampel penelitian. Aktivitas hidup sehari-hari dalam penelitian ini tidak dievaluasi secara khusus. Aktivitas sehari-hari dapat meliputi aktivitas kamar mandi, berpakaian, makan, menyiapkan makan sendiri, mencuci dan lain lain. Dari pengamatan peneliti aktivitas responden masih baik, dimana 40 responden (24,10%) masih aktif bekerja untuk mendapatkan penghasilan. Responden yang tidak bekerja 125 orang (75,79%). Di rumah responden mengisi kegiatan sehari-hari dengan pekerjaan rumah tangga 71,51%, menjaga cucu 14,54%, berkebun 1,21%, mengembala ternak 1,81%, pekerjaan kecil lain 10,14%.

Tabel 3. Diskripsi variabel sampel

Variabel sampel	Frekwensi (N)	Persen (%)
Stresor psikososial		
Ada	92	55,50
Tidak ada	73	44,50
Derajat stresor psikososial		
Ringan	14	8,50
Sedang	48	29,10
Berat	30	17,60
Derajat depresi		
Tidak ada	113	68,48
Ringan	37	22,42
Sedang	8	4,84
Berat	7	4,24
Dukungan Sosial		
Tinggi	111	67,10
Rendah	54	32,90

Tabel.4 Jenis stresor psikososial

Jenis stresor	Frekwensi(N)	Persen(%)
Perkawinan	14	8,50%
Problem orang tua	53	32,10%
Hub. Interpersonal	5	3,00%
Pekerjaan	4	2,40%
Lingkungan hidup	2	1,20%
Keuangan	8	4,80%
Penyakit fisik/cedera	4	2,40%
lain-lain	2	1,20%

Tabel 5. Hubungan sering sakit dengan depresi

Frekuensi sakit	Depresi (-)	Depresi (+)	Jumlah
Tidak pernah	64	19	83
kadang	43	26	69
Sering	6	7	13
Jumlah	113	52	165

Kai-kwadrat, $df = 2$, $p = 0,029$ (signifikan)

4.3. Angka kejadian depresi lansia

Proporsi depresi lansia yang didapat pada penelitian ini 31,52%. Sesuai dengan alat ukur yang digunakan pada penelitian ini yaitu HDRS, proporsi depresi tidak menggambarkan adanya gangguan depresi yang memenuhi kriteria diagnosis. HDRS hanya dapat menunjukkan adanya gejala depresi, sedangkan diagnosis klinis tidak ditegakkan dalam penelitian ini. Prevalensi depresi dari beberapa penelitian hasilnya sangat bervariasi. Penelitian lapangan tentang lansia pada masyarakat Israel didapatkan prevalensi gejala depresi 43,5%²⁰ Suatu survei di masyarakat New Castle

26% dari responden yang berusia 65 tahun keatas menunjukkan gejala depresi. Tahun 1987 penelitian dilakukan didesa Batur Utara menemukan bahwa 18% responden menunjukkan gejala depresi.⁶ Satu kepustakaan menyebutkan prevalensi gejala depresi pada lansia berkisar 30-50% tergantung populasi dan metodologi yang digunakan.²¹ Proporsi depresi pada penelitian ini sesuai dengan satu kepustakaan diatas. Penelitian lain dengan pemilihan sampel yang sangat ketat, yaitu mengeluarkan orang-orang dengan gangguan penyakit fisik atau gangguan kognitif didapatkan prevalensi *major depression* sebanyak 1,8%.¹¹ Pada penelitian ini responden yang mempunyai gangguan fisik berat dikeluarkan dari sampel penelitian, sedangkan keadaan kognitif responden tidak diperiksa.

4.4. Hubungan faktor demografi dengan depresi lansia

4.4.1. Depresi berdasarkan kelompok umur

Proporsi depresi untuk kelompok umur 60-69 tahun adalah 24,21 %, kelompok usia 70-79 tahun 40%, sedang kelompok usia diatas 80 tahun 50,00 %. Dengan uji Kai-Kwadrat terdapat perbedaan yang signifikan proporsi depresi pada kelompok usia. ($p < 0,05$), Hasil ini menunjukkan ada kecenderungan depresi pada kelompok usia yang lebih tinggi. Dengan uji korelasi product moment Pearson antara skor usia lansia dengan skor HDRS didapatkan nilai $r = 0,178$, $p = 0,022$. Hasil ini menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara umur lansia dengan depresi, tetapi hubungan disini lemah ($r = 0,178$). Hasil ini sesuai dengan hasil survei yang dilakukan bagian geriatri FK Undip dan penelitian lain di desa Batur, terdapat kecenderungan gejala depresi makin meningkat dengan bertambahnya umur.²⁶ Penelitian lain yang dilakukan secara

prospektif mengenai hubungan usia dengan depresi, disimpulkan peningkatan usia tidak berhubungan dengan peningkatan depresi pada lansia. Pengaruh usia pada depresi lebih disebabkan pengaruh faktor resiko lainnya, khususnya problem kesehatan fisik dan disabilitas.³¹ Pada penelitian ini didapatkan ada hubungan antara usia dengan depresi, meskipun hubungannya sangat lemah. Hasil ini berbeda dengan penelitian sebelumnya, karena metodologi yang digunakan berbeda, dimana penelitian sebelumnya menggunakan studi prospektif sehingga didapatkan hasil yang lebih akurat.

Tabel 6. Depresi berdasarkan kelompok umur

Kelompok Umur	Depresi (-)	Depresi (+)	Total
60 - 69 th	72	23	95
70 - 79 th	36	24	60
>80 th	5	5	10
Jumlah	113	52	165

Kai-kwadrat : $df = 2, p = 0,023$

4.4.2. Depresi berdasarkan jenis kelamin

Proporsi wanita yang mengalami depresi (35,29%) lebih banyak dibandingkan pria (21,74%), dengan perbandingan kira-kira 1,6:1. Hasil ini sesuai dengan penelitian sebelumnya, proporsi depresi pada wanita lansia lebih besar dibandingkan pria^{11,20,21} Dengan uji Kai-Kwadrat perbedaan jenis kelamin ini tidak menunjukkan hubungan yang signifikan ($p > 0,05$), Terdapat tulisan yang menyebutkan banyaknya wanita lansia yang mengalami depresi dikaitkan dengan teori peningkatan monoamin oksidase pada lansia khususnya wanita. Monoamin oksidase terlibat dalam konversi

serotonin menjadi 5-hydroxyindolacetic acid (5-HIAA), suatu zat yang berperan untuk terjadinya depresi. Faktor psikososial seperti peristiwa kehilangan pasangan hidup dan kurangnya dukungan sosial sering menyebabkan wanita lebih mudah mengalami depresi¹¹

Tabel 7. Depresi berdasarkan jenis kelamin

Jenis kelamin	Depresi (-)	Depresi (+)	Jumlah
Pria	36	10	46
Wanita	77	42	119
Jumlah	113	52	165

Kai-kwadrat : $df = 2, p = 0,11$ (tidak signifikan)

4.4.3. Depresi berdasarkan status perkawinan

Jumlah janda atau duda yang depresi 24 responden (15,75%), sedang yang tidak depresi 40 responden (24,24%). Jumlah responden yang bukan janda atau duda dengan depresi 28 orang (16,96%), sedang yang tidak depresi 73 orang (44,24%). Dengan uji statistik kai-kuadrat, $df=3, p=0,49$ hasilnya tidak signifikan. Status janda atau duda sering dikaitkan berhubungan dengan depresi.^{6,11,21} Pada penelitian ini status janda atau duda tidak menunjukkan hubungan yang signifikan dengan depresi ($p>0,05$).

Suatu penelitian gangguan depresi pada orang yang kematian pasangannya, didapatkan *syndrom major depression* 24% untuk 2 bulan setelah kematian pasangan hidup dan 14% setelah 25 bulan kematian pasangan hidup. Faktor resiko untuk depresi yang menetap setelah 25 bulan kematian pasangan hidup meliputi adanya depresi pada awal kematian pasangan, beratnya gejala depresi, riwayat depresi pada keluarga, penyakit fisik dan kematian pasangan yang tiba-tiba.³² Penelitian lain menyebutkan 10-

20% laki-laki dan wanita yang ditinggalkan pasangannya mempunyai gejala depresi yang signifikan secara klinis dalam 1 tahun setelah pasangannya meninggal dunia. Meskipun gejala depresi yang ada tidak memenuhi kriteria diagnosis *major depression*.³³ Pada penelitian ini status janda atau duda adalah karena kematian pasangan hidupnya, tetapi tidak dicari data lamanya seorang menjadi janda atau duda.

Tabel 8. Depresi berdasarkan status perkawinan

Status Perkawinan	Depresi (-)	Depresi (+)	Jumlah
Janda/duda	40	24	64
Bukan Janda/duda	73	28	101
Jumlah	113	52	165

Kai-kwadrat : $df=3$, $p=0,49$ (tidak signifikan)

4.4.4. Depresi berdasarkan status tinggal

Responden yang tinggal sendiri sebanyak 7 orang, 3 orang (1,81%) tidak depresi dan 4 orang (2,42%) depresi. Responden yang tinggal bersama anggota rumah tangga lain 158 orang, 110 orang (66,66%) tidak depresi, dan 48 responden (29,09%) depresi. Dengan uji statistik kai-kuadrat : $df=3$, $p = 0,25$ menunjukkan tidak ada perbedaan yang bermakna ($p>0,05$). Menurut kepustakaan lansia yang hidup sendiri lebih mudah depresi dibandingkan yang tinggal dengan pasangan hidup atau anggota keluarga lain.^{6,20} Pada penelitian ini menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan antara status tinggal dengan depresi. Kemungkinan dengan jumlah sampel yang lebih banyak dapat menunjukkan hasil yang lebih baik. Kemungkinan lain meskipun responden tinggal sendiri, tidak terisolasi dengan lingkungan sekitar. Lingkungan tempat penelitian, dengan penduduk yang padat, perumahan yang saling berdekatan memungkinkan untuk saling

berkunjung, dan hubungan bertetangga diantara mereka cukup baik

Tabel 9. Depresi berdasarkan status tinggal

Status tinggal	Depresi (-)	Depresi (+)	Jumlah
Sendiri	3	4	7
Bersama ART lain	110	48	158
Jumlah	113	52	165

Kai-kwadrat : $df=3, p = 0,25$ (tidak signifikan)

4.4.5. Depresi berdasarkan penghasilan tetap

Penghasilan tetap pada penelitian ini sebagian besar didapat responden dari uang pensiun, dan sebagian kecil dari simpanan di bank yang diambil bunganya tiap bulan. Responden dengan penghasilan tetap 88 orang, 64 orang (38,78%) tidak depresi, sedang 24 orang (14,54%) depresi. Responden yang tidak mempunyai penghasilan tetap 77 responden, 49 orang (29,69%) tidak ada depresi, 28 orang (16,96%) depresi. Dengan uji statistik kai-kuadrat : $df =3, p=0,25$ menunjukkan tidak ada beda yang signifikan.

Banyak lansia tidak mempunyai penghasilan, yang menyebabkan tergantung pada keluarga atau orang lain. Lansia sering dikaitkan dengan status ekonomi yang buruk. Hubungan antara depresi dengan tingkat sosial ekonomi pada beberapa tulisan menyebutkan perlunya klarifikasi yang lebih jelas.^{11,33}

Tabel 10. Depresi berdasarkan penghasilan tetap

Penghasilan tetap	Tidak depresi	Depresi	Jumlah
Ada	64	24	88
Tidak ada	49	28	77
Jumlah	113	52	165

Kai-kwadrat : $df=3, p = 0,26$

4.4.6. Depresi berdasarkan hubungan pendidikan

Status pendidikan dalam penelitian ini dikelompokkan tidak sekolah, sekolah dasar tidak tamat, tamat sekolah dasar, SMP, SMA, Akademi/Universitas. Untuk uji statistik pengelompokan ini harus disesuaikan sehingga memenuhi syarat untuk dapat dianalisis. Akhirnya status pendidikan dikelompokkan dalam tidak sekolah, pendidikan dasar(9tahun) dan pendidikan lanjutan. Dari 52 responden yang depresi, 23 responden tidak pernah sekolah, 62 responden pernah sekolah sampai SMP, dan 4 responden pernah sekolah sampai SMA. Dengan uji statistik Kai-kwadrat : $df = 2$, $p = 0,143$, menunjukkan tidak ada perbedaan signifikan. Pendidikan yang rendah pada lansia sering dihubungkan dengan depresi Pada penelitian ini tidak didapatkan hubungan yang signifikan($p > 0,05$) antara tingkat pendidikan dan depresi pada lansia. Dengan jumlah sampel yang lebih banyak dan pengelompokan tingkat pendidikan yang lebih teliti kemungkinan didapatkan hasil yang lebih baik.

Tabel 11. Depresi berdasarkan tingkat pendidikan

Tingkat pendidikan	Depresi (-)	Depresi (+)	Jumlah
Tak sekolah	34	23	57
Pend. dasar	62	25	87
SLTA ke atas	17	4	21
Jumlah	113	52	188

Kai-kwadrat : $df = 2$, $p = 0,143$

4.5. Hubungan stresor psikososial dengan depresi

Dari 165 responden, 92 responden (55,50%) mempunyai stresor psikososial dalam 1 tahun terakhir dan 73 responden tidak mempunyai stresor psikososial. Responden yang mengalami depresi 52 orang (31,51%), terdiri dari 48 responden

dengan stresor psikososial dan 4 responden tidak ada stresor psikososial. Dengan kai-kwadrat, batas kemaknaan 95%, didapatkan $p = 0,00$ menunjukkan hubungan yang signifikan.(tabel 12). Keadaan ini menunjukkan adanya kecenderungan stresor psikososial berhubungan dengan depresi pada lansia. Untuk memperjelas hubungan antara stresor psikososial dengan depresi dilakukan uji Kai-kwadrat antara derajat stresor psikososial dengan derajat depresi pada lansia. Hasilnya menunjukkan hubungan yang signifikan $X^2 = 14,90$, $p = 0,00058$ (tabel 13). Bila diuji dengan Anova antara derajat stresor psikososial dengan skor HDRS secara numerik didapatkan $df = 2$, $F = 5,871$, $p = 0,004$ menunjukkan hubungan yang signifikan .

Tabel 12. Hubungan stresor psikososial dengan depresi

Stresor psikososial	Depresi (-)	Depresi (+)	Jumlah
Ada	44	48	92
Tidak ada	69	4	73
Jumlah	113	52	165

Uji kai-kwadrat : $df = 1$, $p = 0,00$ (signifikan)

Tabel 13. Hubungan derajat stresor psikososial dengan derajat depresi

stresor	Depresi	Depresi	Depresi	Depresi	Jumlah
	Tidak ada	Ringan	Sedang	Berat	
Ringan	12	2	0	0	14
Sedang	25	17	3	3	48
Berat	7	15	5	3	23
Jumlah	44	34	8	6	92

Uji Kai-kwadrat : $df = 6$, $X^2 = 14,90$ $p = 0,00058$

Terdapat satu tulisan yang menyebutkan sekitar 50% sindroma depresi pada lansia didahului oleh stresor psikososial yang bermakna. Berbagai peristiwa dapat menjadi

faktor timbulnya depresi, terutama bila peristiwa kehidupan tersebut merupakan stresor yang berat dan bertubi-tubi datangnya.⁵ Penulis lain menyebutkan dalam satu tahun sebelum onset depresi terdapat 2 sampai 3 kali lebih banyak peristiwa kehidupan yang tidak menyenangkan.¹¹ Hubungan stresor psikososial dan depresi secara teori telah banyak dikemukakan diantaranya adalah mekanisme Coping.¹⁰ Dalam penelitian ini didapatkan hubungan yang signifikan antara stresor psikososial dengan depresi pada lansia. Hubungan yang ada pada penelitian ini belum merupakan hubungan kausal.

Suatu penelitian mengenai hubungan taraf stresor psikososial dengan proporsi depresi sudah pernah dilakukan sebelumnya. Hasilnya menunjukkan hubungan yang signifikan.³⁴ Penelitian ini menunjukkan hasil yang konsisten dengan penelitian sebelumnya. Perbedaan penelitian disini dengan penelitian sebelumnya adalah pada sampel yang digunakan, pada penelitian sebelumnya sebagai sampel adalah remaja putri yang tinggal di pondok pesantren.

Suatu penelitian prospektif mengenai peristiwa kehidupan dan faktor genetik pengaruhnya terhadap onset depresi menunjukkan tidak satupun dari peristiwa kehidupan secara signifikan meningkatkan resiko terjadinya *major depression* dalam 1 sampai 3 bulan sesudah kejadian.³⁵ Dalam penelitian ini stresor psikososial dinilai dalam 1 tahun dari saat penelitian. Depresi pada penelitian ini dinilai berdasarkan gejala-gejala yang ada pada saat wawancara sedangkan onset depresi tidak dinilai, demikian juga dengan diagnosis klinis tidak ditegakkan. Adanya hubungan yang signifikan antara stresor psikososial dan depresi yang didapatkan dalam penelitian ini tidak menggambarkan hubungan stresor dengan onset depresi. Dengan metodologi yang lebih baik hubungan yang ada antara stresor psikososial dan depresi dapat menjadi lebih jelas.

Peristiwa kehidupan yang berhubungan dengan depresi pada lansia meliputi kehilangan atau ancaman kehilangan seperti berkebung, pasangan atau keluarga sakit, kehilangan finansial, perubahan tempat tinggal, kesulitan ekonomi yang terus menerus. Keadaan ini mempunyai pengaruh yang berbeda dibandingkan pengalaman yang sama yang dialami oleh individu yang lebih muda.¹¹ Pada penelitian ini juga didapatkan data jenis stresor psikososial. Stresor psikososial yang terbanyak adalah problem orang tua (32,10%), problem perkawinan (8,50%), problem keuangan (4,8%), hubungan interpersonal (3%), penyakit fisik dan cedera (2,4%), pekerjaan (2,4%). Problem orang tua diantaranya konflik dengan anak, anak di PHK, konflik dengan menantu, anak atau cucu sakit. Problem dengan pasangan hidup meliputi pasangan hidup meninggal dunia, istri atau suami sakit, ketidak sesuaian dengan pasangan. Penyakit fisik dan cedera meliputi perawatan dirumah sakit, operasi, jatuh. Jenis stresor psikososial pekerjaan meliputi tidak ada pekerjaan, sudah tidak kuat lagi bekerja.

4.6. Hubungan dukungan sosial dengan depresi

Dari hasil wawancara dengan responden mengenai dukungan sosial, 111 responden (67,10%) mempunyai dukungan sosial tinggi dan 54 responden dengan dukungan sosial rendah (32,90%). Responden yang mempunyai dukungan sosial tinggi, 9 responden depresi, dan 102 responden tidak depresi. Responden dengan dukungan sosial rendah, 43 responden depresi dan 11 responden tidak depresi. Dengan uji statistik Kai-Kwadrat, batas kemaknaan 95% : $df = 2$, $p = 0,00$, hasilnya signifikan. Hasil ini menunjukkan kecenderungan kelompok dukungan sosial rendah untuk depresi. Untuk memperjelas hubungan dukungan sosial dengan depresi, dilakukan uji Kai-kwadrat antara derajat dukungan sosial dengan derajat depresi. Hasilnya menunjukkan hubungan

yang signifikan $X^2 = 81,87$ $p = 0,00$ (tabel 15) Dengan uji statistik t test antara skor dukungan sosial dan skor HDRS didapatkan hasil $df = 193$, $p = 0,00$ menunjukkan adanya perbedaan rata-rata skor HDRS antara kelompok dukungan sosial tinggi dan rendah.

Tabel 14. Hubungan dukungan sosial dengan depresi

Dukungan sosial	Depresi (-)	Depresi (+)	Jumlah
Tinggi	102	9	111
Rendah	11	43	54
Jumlah	113	52	165

Uji Kai-kwadrat : $df = 2$, $p = 0,00$ (signifikan)

Tabel 15. Hubungan derajat dukungan sosial dengan derajat depresi

Dukungan sosial	Tidak ada Depresi	Depresi Ringan	Depresi Sedang	Depresi Berat	Jumlah
Tinggi	102	7	2	0	111
Rendah	11	30	6	7	54
Jumlah	113	37	8	7	165

Uji Kai-kwadrat : $df = 3$, $X^2 = 81,87$, $p = 0,00$

Suatu penelitian mengenai dukungan sosial hubungannya dengan kesehatan fisik dan gejala depresi pada lansia yang pernah dilakukan menunjukkan hubungan yang signifikan antara dukungan sosial dengan gejala depresi.²⁶ Penelitian disini hasilnya sesuai dengan penelitian terdahulu. Pengukuran dukungan sosial dalam penelitian ini meliputi 4 dimensi yaitu dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan instrumental dan dukungan informatif. Pada penelitian sebelumnya meliputi 4 dimensi juga yang terdiri *thing giving*, *help giving*, *advice giving* dan *emotional support giving*. *Thing giving* dan *help giving* dalam penelitian disini dimasukkan dalam

dukungan instrumental. Dukungan sosial dapat diterima dari bermacam-macam sumber seperti dari pasangan hidup, famili, teman, tetangga, atasan, teman kerja, dan tenaga kesehatan.²⁸ Pada penelitian sebelumnya secara spesifik dibedakan dukungan sosial dari keluarga dan dari teman. Hasilnya didapatkan terdapat penurunan yang konsisten dari dukungan keluarga yang berhubungan dengan gejala depresi. Pada kuesioner dukungan sosial yang dibuat untuk penelitian ini sumber dukungan sosial didapatkan dari berbagai sumber baik keluarga maupun diluar keluarga dan tidak dianalisis perbedaan pada sumber dukungan sosial kaitannya dengan depresi. Kuesioner dukungan sosial ini sifatnya subyektif, yaitu menilai persepsi responden terhadap dukungan sosial yang diterima, sedang penilaian yang lebih obyektif misalnya dengan menanyakan juga dimensi dukungan sosial pada anggota keluarga tidak dilakukan. Persepsi dukungan sosial yang rendah pada penelitian ini kemungkinan merupakan bagian dari gejala depresi, dimana penderita depresi sering mempunyai penilaian yang negatif terhadap segala sesuatu. Seperti penelitian sebelumnya penelitian ini tidak dapat menjelaskan apakah dukungan sosial yang rendah yang menyebabkan depresi atautkah dukungan sosial yang rendah karena adanya depresi. Dengan metodologi yang lebih baik akan memperjelas hubungan dukungan sosial dengan depresi.

Penelitian lain mengenai faktor psikososial hubungannya dengan penurunan simptom depresi pada lanjut usia yang ditinggal mati pasangannya menunjukkan dukungan sosial berhubungan secara signifikan dengan skor HDRS.³³ Penelitian ini dengan menggunakan alat ukur yang sama untuk penilaian gejala depresi didapatkan hasil yang konsisten.

Suatu penelitian longitudinal mengenai dukungan sosial dan depresi sesudah pembedahan penyakit jantung pada pasien lansia didapatkan jumlah anggota keluarga yang mengunjungi secara teratur berhubungan dengan derajat depresi yang lebih rendah.

Dukungan yang diterima secara adekuat dari teman-teman berhubungan dengan derajat depresi yang lebih rendah. Bila diperiksa dengan dimensi kepribadian, hasilnya menunjukkan faktor dukungan sosial menjadi prediktor yang lebih baik dari gejala depresi dibandingkan dimensi kepribadian.³⁶ Hasil penelitian ini menunjukkan hasil yang konsisten dengan penelitian diatas, yaitu derajat dukungan sosial berhubungan dengan derajat depresi. Hubungan dukungan sosial dan depresi pada penelitian ini belum menunjukkan suatu prediksi seperti pada penelitian sebelumnya mengingat metode yang dipakai adalah *cross-sectional*. Dari penelitian diatas juga disimpulkan pengukuran sub tipe dukungan sosial lebih informatif dibandingkan pengukuran dukungan sosial secara ringkas. Sesuai dengan teori dukungan yang diterima dan diperlukan seseorang tergantung pada keadaan individu. Dukungan instrumental akan lebih efektif untuk kesukaran seperti kemiskinan, dukungan informatif bermanfaat bila terdapat kurangnya pengetahuan dan ketrampilan.²⁷ Pada penelitian ini jenis dukungan sosial tidak dianalisis secara tersendiri, melainkan dalam 1 kelompok besar dukungan sosial yang terdiri dari 4 aspek dukungan sosial.

4.7. Keterbatasan penelitian

Pada penelitian ini diagnosis depresi menurut kriteria diagnosis tidak ditegakkan, hal ini mengingat penelitian dilakukan di masyarakat sehingga diasumsikan jumlah sampel yang memenuhi kriteria diagnosis gangguan depresi jumlahnya akan sedikit. Pemilihan sampel dalam penelitian ini tidak didasarkan random sampling sehingga hasilnya tidak dapat digeneralisasikan. Variabel-variabel lain yang mempengaruhi depresi lansia belum diobservasi secara teliti, misalnya status kesehatan, disabilitas dan gangguan kognitif.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1. Kesimpulan

- a. Jumlah responden yang depresi pada penelitian ada 52 orang, terdiri dari 48 orang dengan stresor psikososial dan 4 orang tanpa stresor psikososial. Responden yang tidak depresi 113 orang, dari 44 responden dengan stresor psikososial dan 69 responden tanpa stresor psikososial. Dengan uji Kai-kwadrat terdapat **hubungan yang signifikan antara stresor psikososial dengan depresi ($p = 0,00$)**, yang berarti **hipotesis 1 diterima**. Dengan uji Kai-kwadrat antara derajat stresor psikososial dengan derajat depresi didapatkan hubungan yang signifikan ($p=0,00058$). Dengan uji statistik Anova, antara derajat stresor psikososial dengan skor HDRS didapatkan $df = 2$, $F = 5,871$, sedangkan nilai $p = 0,004$ menunjukkan hubungan yang signifikan.
- b. Responden yang depresi 52 orang terdiri dari 9 responden dengan dukungan sosial tinggi dan 43 responden dengan dukungan sosial rendah. Responden yang tidak depresi 113 responden terdiri dari 102 responden dengan dukungan sosial tinggi dan 11 responden dengan dukungan sosial rendah. Dengan uji statistik Kai-kwadrat terdapat **hubungan yang signifikan antara dukungan sosial dan depresi ($p=0,00$)** **hipotesis 2 diterima**. Untuk memperjelas hubungan dukungan sosial dengan depresi dilakukan uji Kai-kwadrat antara derajat dukungan sosial dengan derajat depresi. Hasilnya $X^2 = 81,87$ $p=0,00$ menunjukkan hubungan yang signifikan. Dengan uji t test antara skor dukungan sosial dan skor HDRS didapatkan hasil $df = 193$, $p = 0,00$ menunjukkan adanya perbedaan rata-rata skor HDRS antara kelompok dukungan

sosial tinggi dan rendah. Yang menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara derajat dukungan sosial dengan derajat depresi.

5.2. Saran

- a. Hasil penelitian ini diharapkan bermanfaat bagi upaya meningkatkan pelayanan kesehatan jiwa lansia. Hubungan bermakna stresor psikososial dengan depresi pada lansia memberikan informasi perlunya pendekatan pada lansia terhadap permasalahan yang dialami, untuk kemudian dicari solusinya agar tidak berkembang menjadi depresi. Untuk mencegah terjadinya gangguan diperlukan juga adanya dukungan sosial yang memadai dari lingkungan. Untuk ini perlu kiranya faktor dukungan keluarga dilibatkan dalam menangani depresi pada lansia.
- b. Untuk pelayanan kesehatan jiwa lansia, perlu dijalin kerja sama dengan puskesmas untuk upaya penyuluhan, deteksi dini, konseling dan rujukan. Untuk ini diperlukan koordinasi dan integrasi dari fasilitas kesehatan jiwa yang ada dan pemanfaatan wadah seperti posyandu lansia. Peneliti berharap hasil penelitian ini dapat memberi masukan bagi upaya tersebut diatas agar lebih meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan jiwa lansia.
- c. Bagi lansia kiranya dapat memanfaatkan wadah yang sudah ada seperti posyandu lansia untuk mendapatkan informasi tentang kesehatan pada umumnya dan kesehatan jiwa pada khususnya. Sarana yang ada dapat juga digunakan untuk deteksi dini bila ada gangguan dan upaya rujukan bila diperlukan.
- d. Bagi peneliti yang akan datang penting kiranya memasukkan faktor-faktor status kesehatan, disabilitas dan kognitif untuk penelitian depresi pada lansia yang belum diperhitungkan secara teliti pada penelitian ini.

Daftar Pustaka

1. Suryani-LK. Kesehatan fisik dan mental usia lanjut di Bali: Studi kasus di kabupatenBadung. Jiwa 1999 ; tahun XXXII (1) : 17-30.
2. Darmojo B. Pola penyakit dan keluhan pada golongan lanjut usia. Dalam : Darmojo B, Martono H, Andayani R.eds.Simposium geriatri pengenalan dan pencegahan penyakit pada usia lanjut agar tetap sehat dan berkualitas. Semarang. Badan Penerbit Universitas Diponegoro 1999 : 1-11.
3. Darmojo B, Martono H. Simposium masalah keperawatan penderita usia lanjut. Semarang : Badan Penerbit Universitas Diponegoro, 1998.
4. Sparr EJ, Asmath LR. Concise guide to geriatric psychiatry. American Psychiatric Press Inc. Washington 1990 :
5. Laksana G. Depresi pada lanjut usia. Medika 1996 : 7.
6. Gunadi H. Problematik usia lanjut ditinjau dari sudut kesehatan jiwa, Jakarta 1993 : 35-9.
7. Viora E. Depresi pada usia lanjut dan kaitannya dengan penyakit-penyakit fisik. Jiwa 1991 XXVII; 2 : 55-65.
8. Dep.Kes. RI Direktorat Jenderal Pelayanan Medik. Pedoman penggolongan dan diagnosis gangguan jiwa .Jakarta 1983 : 35-9.
9. Prawirohardjo S. Depresi pada remaja pelajar di kotamadya Yogyakarta penyusunan inventory baru, penentuan prevalensi dan faktor-faktor yang berpengaruh pada depresi serta upaya terapinya. Disertasi untuk memperoleh derajat doktor dalam ilmu kedokteran pada universitas Gajah Mada, Yogyakarta 1989 :

10. Rahe RH. Stress and psychiatry. In : Kaplan HI, Sadock BJ. Comprehensive textbook of psychiatry 6 th eds. Baltimore : William and Wilkin comp. 1995: 1553 –7.
11. Cattell H, Wilkinson. Depressed mood in older women. In : George Y, Ebrahim S, eds. Health care for older women. Oxford university press 1992 : 149-59.
12. BPS . Kotamadya Semarang dalam angka 1998.
13. Dep.Kes. RI Direktorat Jenderal Pembinaan Kesehatan Masyarakat Direktorat Bina Kesehatan Keluarga. Buku petunjuk kartu menuju sehat usia lanjut. Jakarta 1996 : 1
14. Rahe RH. Psychiatric geriatri. In : Kaplan HI, Sadock BJ. Comprehensive tetxbook of psychiatri 6 th ed. Baltimore : William and Wilkin comp. 1995 : 1553 –5 .
15. Masdani Y. Menghadapi usia lanjut dilihat dari segi psikologis. Jiwa 1989 ; 2: 63-70.
16. Kaplan HI, Sadock BJ, Crebb AJ. Late adulthood (old age) In : Synopsis of psychiatry 7 th ed. William and Wilkin 1994 : 63-75.
17. Hawari D. Al Quran ilmu kedokteran jiwa dan kesehatan jiwa, Yogyakarta 1997, 241-8.
18. Malawat NAF. Citra diri pada wanitausia lanjut yang mendapat santunan home care. Jiwa 1984 th XVIII ; 3 :
19. Brian Kw Ho, MRCP Sych, Kua Ec Hock. Clinical review. Depression in elderly. Medical progress. 1998 : 13-7.
20. Ruskin PE, Blumstein Z, Ginzburg AW, Fuchs Z, Lusky A, Novikov I et al. Depressive symptoms among community dwelling oldest – old residents in Israel. AJGP 1996 ; 4 : 237-46.

21. Samuels SC, Katz IR, Parmelee PA, Boyce AA, Fillipo SD. Use of the Hamilton and Montgomery Asberg Depression Scales in institutionalized elderly patients. *AJGP* 1996 ; 4 : 237-46.
22. Dep.Kes.RI Direktorat Jenderal Pelayanan Medik. Pedoman penggolongan dan diagnosis gangguan jiwa. Jakarta 1993 : 64-5.
23. Lynes JM, Pearson JL, Lebowitz BD, Kupfer DJ. Age at onset of late life depression. *Am J Geriatric Psy* 1994 ; 2 : 434-8.
24. Setiabudi T. Depresi pada lanjut usia dipresentasikan dalam per temuan ilmiah dua tahunan IDAJI. Solo 12-16 Juli 1999.
25. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 1987 : 18-20.
26. Smet B. Hubungan stres kesehatan dan coping terhadap stres. Dalam *Psikologi Kesehatan*, Jakarta : Grasindo 1994 : 131-6.
27. Grant I, Patterson TL, Yager Y. Social supports in relation to physical health and symptoms of depression in the elderly. *Am J Psychiatry* 1988 ; 145 : 1254- 8.
28. Doyle W. Resources mediating stress illness relationship in handbook of behavioural medicine. The Guilford Press. New York 1988 : 93-7.
29. Steinglass P, Weisstuh E, De Nour AK. Perceive personal networks as mediators of stress reactions. *Am J Psychiatry* 1988 ; 145 : 1259-64.
30. Research on social support and mental illness (editorial). *Am J Psychiatry* 1988 ; 145 : 1270-71.
31. Robert RE, Kaplan GA, Shema SJ, Strawbridge WJ. Does growing old increase the risk for depression. *Am J Psychiatry* 1997 ; 154 : 1384-90

32. Ziscok S, Shuchter SR. Major depression associated with widowhood. Am J Geriatr Psy 1993 ;14.
33. Prigerson HG, Frank E, Reynol CF, George CJ, Kupfer DJ. Protective psychosocial factors in depression among spousally bereaved elders. Am J Geriatr Psy 1994.
34. Kusnariati H. Proporsi depresi remaja putri di pondok Huffadh Yanbu'ul Qur'an Kudus. Semarang 1997.
35. Kendler Ks, Kessler RC, Walters EE, Lean CM, Neale MC, Heath AC et al. Stressful live events, genetic liability and onset of an of major depression in women. Am J Psychiatry 1995 ; 152 : 833-42.
36. Oxman TE, Freeman DH, Manheimer ED, Stukel T. Social support and depression after cardiac surgery in elderly patients. Am J Geriatr Psy 1994 ; 2 : 309-23.