

**GAMBARAN UMUM KARAKTERISTIK LANSIA DENGAN
DEPRESI DI PANTI WILAYAH KOTA SEMARANG**

SKRIPSI

Disusun untuk Memenuhi Salah Satu Mata Ajar Skripsi



Oleh :

SANTI WIDIANINGRUM

22020112130044

**JURUSAN KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG, DESEMBER 2016**

Halaman Persembahan

Bismillaahir-rahmaanir-rahiim

“Kebahagiaan yang kamu dapat
sesuai dengan sekarang apa kamu berusaha
dan sebesar apa yang kamu perjuangkan”

-Nico Maulana, 2013-

Al-hamdu lillahi robbil-'alamin

Hingga pada akhirnya penulis dapat menyelesaikan lembaran
demi lembaran ini yang Insya-Allah bermanfaat. Amin....

Kupersembahkan karya sederhana ini untuk :

- Keluargaku khususnya kepada kedua orang tuaku tercinta Papa (Suharjo) dan Mama (Manisem) dan adik-adikku tersayang Aditya Sulistyaningrum dan Gustina Salsa Sumbangwati
- Sahabat seperjuanganku PSIK FK Undip, sahabat satu pembimbing Priska, Henny, dan Marsha
- Sahabat baikku yang selalu mendukungku Evi, Atikah, Nindhita, Sri, Auliya, Karlinda
- Seseorang yang telah menemaniku dan mendukungku Fadhil Gindo Nuraldi
- Teman-teman di Ligo Salsabila, KOS 15, KKN TIM 1 2016 desa Sukodadi, Fosimmik, Avicenna
- semua teman yang tidak dapat disebutkan satu persatu ☺

Terimakasih telah mendoakanku, mendukungku, memberi semangat, memotivasi, mendengar keluh kesahku dan berbagi cerita serta pengalaman hidup kepadaku.

Semoga Allah SWT senantiasa dapat memberi perlindungan dan rahmatnya kepada kita semua.

Amiiin....

DAFTAR ISI

HALAMAN PERSEMBAHAN.....	2
DAFTAR ISI.....	3
BAB I.....	5
PENDAHULUAN	5
A. LATAR BELAKANG	5
B. RUMUSAN MASALAH.....	9
C. TUJUAN.....	11
1. Tujuan Umum	11
2. Tujuan Khusus	11
D. MANFAAT	11
BAB II.....	9
TINJAUAN PUSTAKA.....	9
A. Pengertian Depresi Pada Lansia.....	9
B. Gejala Depresi.....	10
C. Klasifikasi Depresi.....	11
D. Faktor Faktor yang Menyebabkan Depresi Pada Lansia.....	15
E. Akibat/ Dampak Depresi Pada Lansia	21
F. Kerangka Teori	23
BAB III.....	24
METODE PENELITIAN.....	24
A. Kerangka Konsep.....	24
B. Desain Penelitian	25
C. Populasi.....	25
D. Sampel Penelitian.....	26
E. Besar Sampel	27
F. Tempat Penelitian dan Waktu Penelitian	28
G. Variabel Penelitian, Definisi Operasional dan Skala Pengukuran	29
H. Alat Penelitian dan Cara Pengumpulan Data	31

I. Teknik Pengolahan dan Analisa Data	38
J. Etika Penelitian	41
DAFTAR PUSTAKA.....	44

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Perkembangan jumlah lanjut usia (lansia) dari tahun ke tahun saat ini cenderung semakin meningkat.⁽¹⁾ Jumlah lansia diseluruh dunia pada tahun 2012 terdapat kurang lebih sekitar 600 juta jiwa dengan umur rata-rata 60 tahun.^(2,3) Pada tahun 2025 diperkirakan jumlah tersebut akan meningkat mencapai 1,2 milyar jiwa. Peningkatan ini tidak hanya terjadi di negara-negara maju, namun terjadi pula di negara berkembang seperti negara Indonesia. Indonesia termasuk salah satu negara yang jumlah lansianya bertambah paling cepat di Asia Tenggara. Jumlah lansia pada tahun 2012 adalah 20 juta jiwa dan sekitar 7,59% dari jumlah penduduk Indonesia. Jumlah lansia tersebut dapat dilihat dari tahun ke tahun terus mengalami peningkatan.^{(4),(5)} Mulai dari tahun 1990 jumlah lansia mencapai 6,3 juta jiwa, memasuki tahun 2010 jumlah lansia adalah 15 juta jiwa dan diramalkan berjumlah 28,8 juta jiwa pada tahun 2025.^(5,6)

Lansia merupakan tahap akhir dari kehidupan dan proses alamiah yang tidak dapat dihindarkan oleh setiap individu.⁽⁷⁾ Menurut *World Health Organization* (WHO) lansia dikelompokkan menjadi 4 tahapan yaitu: pertama usia 45-59 tahun termasuk usia pertengahan (*middle age*), kedua usia 60-74 tahun termasuk lansia (*elderly*), ketiga usia 75-90 tahun termasuk dalam usia tua (*old elderly*), dan keempat usia diatas 90 tahun termasuk dalam usia sangat tua (*very old*).⁽⁸⁾ Memasuki tahapan lansia maka setiap individu akan

mengalami perubahan yang diakibatkan oleh proses penuaan.⁽⁹⁾ Proses ini merupakan proses alamiah setelah melalui tiga tahap kehidupan yaitu masa anak, masa dewasa, dan masa tua.⁽¹⁰⁾ Lansia akan mengalami perubahan dan kemunduran baik secara fisik maupun psikis pada proses menua. Perubahan fisik yang terjadi dapat dilihat dari tanda-tanda sebagai berikut: kulit semakin mengendur, timbul keriput, rambut beruban, gigi mulai ompong, pendengaran dan penglihatan mulai berkurang, mudah lelah, gerakan lambat, dan terjadi penimbunan lemak terutama di daerah perut dan pinggul.⁽¹¹⁾ Perubahan lain yang terjadi pada psikis lansia yaitu: menurunnya gairah dan minat terhadap penampilan, serta peningkatan sensitifitas emosional seperti mudah tersinggung, cemas, depresi.⁽¹⁰⁾

Penurunan kondisi fisik yang terjadi sangat mempengaruhi kondisi psikis pada lansia.⁽¹²⁾ Pengaruh ini disebabkan oleh berubahnya penampilan, menurunnya fungsi panca indra dan mengakibatkan lansia merasa rendah diri, mudah tersinggung, kesepian dan merasa tidak berguna lagi. Masalah tersebut akan memicu terjadinya masalah kesehatan pada lansia. Masalah kesehatan yang dapat muncul pada lansia salah satunya adalah masalah gangguan mental.⁽¹⁾ Gangguan mental yang sering muncul adalah depresi, gangguan kognitif, fobia, dan gangguan pemakaian alkohol. Pada lansia depresi lebih sering terjadi dibandingkan pada populasi umum.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Meta Amelia Widya Saputri pada tahun 2011 tentang Hubungan Antara Dukungan Sosial Dengan Depresi Pada Lanjut Usia Yang Tinggal Di Panti Wreda Wening Wardoyo Jawa Tengah menunjukkan bahwa depresi pada lansia yang tinggal di Panti Wreda berada pada kategori tinggi, dan dukungan sosialnya berada pada kategori

rendah. Tingkat pengaruh faktor dukungan sosial terhadap depresi pada lansia yang tinggal di panti wreda sebesar 23,7%.⁽¹³⁾ Kondisi tersebut mengisyaratkan bahwa dukungan sosial berpengaruh pada penurunan depresi pada lansia yang tinggal di panti wreda. Faktor-faktor lain sebesar 76,3% yang tidak diungkap dalam penelitian tersebut diduga turut berperan dalam depresi yaitu pengalaman hidup, tingkat religiusitas, faktor kepribadian, tingkat kesehatan, dan harga diri (*self-esteem*). Lansia yang berada di panti memiliki tingkat depresi yang lebih tinggi daripada lansia yang berada di rumah.⁽¹³⁾ Perasaan kesepian akan muncul saat jauh dari keluarga karena tidak ada lagi orang-orang yang selama ini hidup bersama serta berbagi segala sesuatu. Ketika perasaan kesepian muncul maka stressor meningkat dan akan menimbulkan lansia sampai pada tahap depresi.⁽¹⁴⁾

Depresi merupakan gangguan alam perasaan yang berat dan ditandai dengan gangguan fungsi fisik dan fungsi sosial yang hebat, lama dan menetap pada individu tersebut.⁽¹⁵⁾ Penderita depresi tidak dapat sembuh sendiri, jadi bila tidak diobati depresi yang dialami dapat bertambah berat. Depresi dapat sebagai simptom, sindrom, dan diagnosis serta sejauh mana stresor psikososial dapat mencetuskan gangguan jiwa tersebut.⁽¹⁶⁾ Faktor psikososial yang mempengaruhi depresi lansia, telah ditunjukkan dalam sebuah penelitian oleh Widiatmoko dalam Carla, bahwa dukungan sosial memiliki korelasi negatif yang tinggi dan bermakna terhadap timbulnya gejala-gejala depresi lansia. Depresi terjadi lebih banyak pada umur yang lebih tua dan dukungan keluarga yang rendah. Faktor ini merupakan permasalahan yang

sangat rawan membebani kehidupan lansia yang dapat mempengaruhi gangguan fisik, sosial, dan mentalnya. Faktor lain yang dapat berpengaruh yaitu jenis kelamin, status sosioekonomi, status pernikahan, pengaruh genetik, kejadian dalam hidup, serta riwayat pengobatan (medikasi).⁽¹⁷⁾ Melihat sikap lansia terhadap dirinya merupakan dampak lain yang dapat terjadi jika depresi dibiarkan dan tidak ditangani dengan benar karena bisa membuat lansia berkeinginan untuk mencederai diri sendiri atau bahkan mengakhiri hidup.⁽¹⁸⁾

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Rita Hadi W pada tahun 2013 tentang Pengaruh Intervensi Musik Gamelan Terhadap Depresi Pada Lansia Di Panti Wredha Harapan Ibu Ngaliyan Semarang menunjukkan bahwa jumlah lansia yang mengalami depresi adalah 27 lansia dari 40 lansia yang berada dipanti tersebut.⁽¹⁹⁾ Studi pendahuluan yang telah peneliti dapatkan dengan interview dan observasi yang dilakukan pada tanggal 18 Februari 2016 di Panti Werdha Harapan Ibu Ngaliyan Semarang, didapatkan hasil yaitu masih banyak lansia yang beresiko mengalami depresi berat dengan tanda dan gejala yang ditunjukkan oleh lansia. Tanda dan gejala resiko depresi tersebut adalah lansia menjawab ingin kembali ke rumah, ingin bekerja dan tidak hanya tidur di kasur saja. Perasaan mereka terkadang tinggal di panti sangat membosankan. Beberapa menjawab pasrah dan menerima keadaan ini, menjalani semuanya dan sudah tidak berharap apa-apa lagi. Lansia di panti ini beberapa sudah tidak memperhatikan penampilan dan kebersihan dirinya. Selain itu, pengasuh panti mengatakan bahwa lansia

mengalami gangguan tidur, kurang nafsu makan dan banyak mengalami keluhan fisik.

Melihat permasalahan diatas untuk mencegah timbulnya dampak dan masalah kesehatan atau tindakan berbahaya yang dapat dilakukan oleh lansia maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian lebih lanjut mengenai gambaran karakteristik lansia yang mengalami depresi khususnya lansia yang berada di panti wilayah kota Semarang.

B. RUMUSAN MASALAH

Perkembangan jumlah lanjut usia (lansia) dari tahun ke tahun cenderung meningkat. Lansia merupakan tahap akhir dari kehidupan dan proses alami yang tidak dapat dihindarkan. Memasuki tahapan lansia maka akan mengalami perubahan yang diakibatkan oleh proses penuaan. Lansia akan mengalami perubahan dan kemunduran baik secara fisik maupun psikis pada proses menua. Perubahan ini dapat menyebabkan masalah kesehatan pada lansia salah satunya adalah masalah gangguan mental seperti depresi. Dampak yang dapat terjadi jika depresi dibiarkan dan tidak ditangani dengan benar maka bisa membuat lansia berkeinginan untuk mencederai diri sendiri atau bahkan mengakhiri hidup. Hasil studi pendahuluan yang telah peneliti dapatkan dengan interview dan observasi yang dilakukan pada tanggal 18 Februari 2016 di Panti Werda Harapan Ibu Ngaliyan Semarang, didapatkan hasil yaitu masih banyak lansia yang beresiko mengalami depresi berat dengan tanda dan gejala yang ditunjukkan oleh lansia. Tanda dan gejala

resiko depresi tersebut adalah lansia menjawab ingin kembali ke rumah, ingin bekerja dan tidak hanya tidur di kasur saja karena sangat membosankan. Lansia di panti ini beberapa sudah tidak memperhatikan penampilan dan kebersihan dirinya. Selain itu pengasuh panti mengatakan bahwa lansia mengalami gangguan tidur, kurang nafsu makan dan banyak mengalami keluhan fisik. Terdapat hasil penelitian yang dilakukan oleh Rita (2013) di panti tersebut bahwa jumlah lansia yang mengalami depresi adalah 27 lansia dari 40 lansia.⁽¹⁹⁾ Berdasarkan latar belakang yang sudah ditemukan diatas peneliti melakukan penelitian tentang **“Gambaran Umum Karakteristik Lansia dengan Depresi di Panti Wilayah Kota Semarang”**

C. TUJUAN

1. Tujuan Umum

Mengetahui Gambaran umum karakteristik lansia dengan depresi dipanti wilayah kota Semarang

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi kejadian depresi pada lansia
- b. Mengidentifikasikan gambaran karakteristik usia lansia dengan depresi
- c. Mengidentifikasikan gambaran karakteristik jenis kelamin lansia dengan depresi
- d. Mengidentifikasikan gambaran karakteristik pendidikan terakhir lansia dengan depresi
- e. Mengidentifikasikan gambaran karakteristik riwayat pengobatan (medikasi) usia lansia dengan depresi
- f. Mengidentifikasikan gambaran karakteristik dukungan sosial lansia dengan depresi

D. MANFAAT

1. Manfaat istitusi pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat dan memberikan sumbangan bagi perkembangan ilmu pengetahuan khususnya disiplin ilmu keperawatan gerontik dan dapat dijadikan sebagai sumber informasi

bagi para pelajar, mahasiswa dan peneliti selanjutnya gambaran karakteristik pada lansia dengan depresi pada lansia yang berada di panti.

2. Manfaat bagi perawat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi pedoman dalam memberikan perawatan pada lansia di panti werdha.

3. Manfaat bagi masyarakat

Memberikan informasi kepada masyarakat tentang karakteristik lansia dengan depresi.

4. Manfaat bagi peneliti

Menambah pengetahuan dan wawasan serta sebagai pengalaman dalam mengaplikasikan teori yang telah didapat dibangku kuliah khususnya mengenai karakteristik lansia dengan depresi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Pengertian Depresi Pada Lansia

Depresi merupakan gangguan alam perasaan yang berat dan ditandai dengan gangguan fungsi fisik dan fungsi sosial yang hebat, lama dan menetap pada individu tersebut.⁽¹⁵⁾ Depresi adalah keadaan sakit jiwa ringan dimana setiap orang dapat merasakan berbagai perasaan yang sering digambarkan dalam bentuk kesedihan dan duka.⁽²⁰⁾ Depresi suatu keadaan emosional yang ditandai dengan kehilangan minat dan kegembiraan terhadap hal yang menyenangkan serta merasakan kesedihan yang mendalam, perasaan tidak berharga, merasa bersalah dan menarik diri dari orang lain dilingkungan.⁽²¹⁾ Depresi dapat mengakibatkan keadaan dimana salah satu fungsi manusia terganggu dalam satu masa yang berkaitan dengan alam perasaan dan terdapat gejala yang menyertainya. Gejala penyerta depresi tersebut adalah perubahan pada pola tidur dan nafsu makan, psikomotor, konsentrasi, kelelahan, rasa putus asa dan tidak berdaya, serta bunuh diri.⁽²²⁾

Berdasarkan pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa depresi adalah gangguan alam perasaan yang berat dalam bentuk kesedihan dan duka yang dirasakan individu serta terdapat gejala yang menyertainya seperti perasaan tidak berharga, menarik diri, dan perubahan pada kebiasaan dan kondisi fisik.

B. Gejala Depresi

Gejala-gejala yang timbul pada penderita depresi dibagi menjadi tiga yaitu sebagai berikut:

1. Gangguan afektif

Biasanya penderita mengalami perubahan perasaan pada gangguan afektif.^(23,24) Gejala yang biasa timbul pada gangguan afektif adalah perasaan sedih, perasaan negatif terhadap diri sendiri, kehilangan terhadap minat, kesenangan, dan semangat serta mudah menangis.

2. Gangguan kognitif

Gejala yang muncul adalah penderita akan merasa harga diri dan percaya diri rendah, rasa bersalah dan tidak berguna, pandangan pesimistik dan suram mengenai masa depan, tindakan yang menyakitkan diri, konsentrasi dan perhatian yang buruk serta merasa putus asa.^(23,24)

3. Gangguan somatik

Gejala dari gangguan somatik ini adalah gangguan tidur/ insomnia, hilangnya nafsu makan, penurunan energi dan aktifitas menjadi terbatas, nyeri kepala, nyeri pada punggung, dan gangguan pada sistem pencernaan.^(23,24)

C. Klasifikasi Depresi

1. Berdasarkan gejala depresi dapat digolongkan menjadi dua yaitu sebagai berikut :

a. Depresi neurotik

Depresi ini terjadi saat seseorang mengalami kesedihan yang jauh lebih berat daripada biasanya karena telah mengalami suatu kejadian atau peristiwa.⁽²³⁾ Trauma emosional akan terjadi sebelum penyakit muncul seperti saat kehilangan orang yang dicintai, pekerjaan atau barang yang paling berharga.

b. Depresi psikotik

Depresi ini akan menimbulkan penyakit yang kambuh kembali namun dengan suasana hati yang tidak baik.⁽²³⁾ Depresi ini kadang menunjukkan seperti pada depresi berat namun terkadang menunjukkan suasana hati gembira dan aktifitas yang berlebihan. Tanda gejala yang ditunjukkan oleh penderita adalah seperti waham dan halusinasi.

2. Berdasarkan klasifikasi *Diagnostik and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition* (DSM IV), gangguan depresi terbagi dalam tiga kategori yaitu :

a. Gangguan depresi berat (*Major Depressive Disorder*)

Tanda dan gejala yang ditunjukkan pada gangguan depresi berat terdapat lima atau bahkan lebih gejala yang muncul selama 2

minggu.^{(23),(25)} Suasana perasaan pada penderita depresi akibat gejala yang muncul dapat dirasakan sepanjang hari oleh penderita. Perasaan yang muncul yaitu kehilangan perasaan senang, berat badan turun atau bahkan mengalami kenaikan berat badan secara drastis, insomnia atau hipersomnia berkelanjutan, mudah letih atau kehilangan energi, perasaan tidak berharga atau perasaan bersalah yang sangat mendalam, konsentrasi menurun dan keinginan untuk bunuh diri.

b. Gangguan distimik (*Dysthymic Disorder*)

Gangguan distimik adalah suatu depresi yang lebih kronis tanpa ada bukti suatu depresi berat.^{(23),(25)} Perasaan yang timbul pada depresi ini dapat terjadi selama beberapa hari paling sedikit selama 2 tahun. Selama gangguan depresi penderita akan mengalami tidak nafsu makan atau makan berlebihan, insomnia atau hipersomnia, kelelahan, daya konsentrasi rendah, dan perasaan putus asa.

c. Gangguan afektif Bipolar atau siklotimik (*Bipolar Affective Illness or Cyclothymic Disorder*)

Depresi dengan gangguan siklotimik ditandai dengan penderita sebelumnya pernah mengalami episode depresi berat atau depresi yang lebih berat.^{(23),(25)} Depresi siklotimik menunjukkan keadaan depresi ringan dan hipomania, terpisah dan bercampur, terus menerus, atau hilang timbul, berlangsung selama paling sedikit 2

tahun. Gangguan ini biasanya terjadi pada usia muda yaitu sekitar usia 20 tahunan.

3. Berdasarkan tingkat penyakit maka depresi dapat digolongkan mejadi tiga kelompok yaitu :

a. Depresi ringan (*Mild Depression/ Minor Depression*)

Depresi ringan ditandai dengan adanya rasa sedih, perubahan proses berpikir, hubungan sosial kurang baik, tidak bersemangat dan merasa tidak nyaman. Pada depresi ringan, mood yang rendah datang dan pergi serta penyakit datang setelah kejadian *stressfull* yang spesifik.^{(26),(27)}

b. Depresi Sedang (*Moderate Depression*)^{(26),(27)}

- 1) Gangguan afektif: perasaan murung, cemas, kesal, marah menangis, rasa bermusuhan, dan harga diri rendah.
- 2) Proses pikir: perhatian sepi, berpikir lambat, ragu ragu, konsentrasi menurun, berpikir rumit, dn putus asa serta pesimis.
- 3) Sensasi somatik dan aktivitas motorik: bergerak lamban, tugas terasa berat, tubuh lemah, sakit kepala, sakit dada, mual, muntah, konstipasi, nafsu makan menurun, berat badan menurun, dan gangguan tidur.
- 4) Pola komunikasi: bicara lambat, komunikasi verbal menjadi berkurang, dan komunikasi non verbal menjadi meningkat.

5) Partisipasi sosial: seseorang menjadi menarik diri, tidak mau bekerja, mudah tersinggung, bermusuhan, dan tidak memperhatikan kebersihan diri.

c. Depresi berat`

Depresi berat mempunyai dua episode yang berlawanan yaitu melankolis (rasa sedih) dan mania (rasa gembira yang berlebihan disertai dengan gerakan hiperaktif). Tanda dan gejala depresi berat:^{(26),(27)}

- 1) Gangguan afektif: pandangan kosong, perasaan hampa, murung, putus asa dan inisiatif kurang.
- 2) Gangguan proses fikir: halusinasi, waham, konsentrasi berkurang, dan pikiran merusak diri.
- 3) Sensasi somatik dan aktivitas motorik: diam dalam waktu lama, tiba tiba hiperaktif, bergerak tanpa tujuan, kurang perawatan diri, tidak mau makan dan minum, berat badan menurun, bangun pagi sekali dengan perasaan tidak enak, dan tugas ringan terasa berat.
- 4) Pola komunikasi: *introvert* dan tidak ada komunikasi verbal sama sekali.
- 5) Partisipasi sosial: kesulitan menjalankan peran sosial dan menarik diri

4. Berdasarkan nosologi, depresi digolongkan menjadi tiga yaitu:⁽²⁶⁾
 - a. Depresi psikogenik terjadi karena pengaruh psikologis individu yang dapat membuat seseorang sedih atau stres berat.
 - b. Depresi endogenik atau disebut depresi pada usia lanjut terjadi pada usia 60-65 tahun pada laki-laki dan usia 50-60 tahun pada perempuan. Depresi ini terjadi karena masalah atau trauma fisik dan psikis.
 - c. Depresi somatogenetik menunjukkan timbulnya depresi karena faktor-faktor jasmani. Depresi ini terbagi dalam dua tipe yaitu depresi organik dan depresi simptomatik. Depresi organik disebabkan oleh perubahan-perubahan morfologi dari otak, seperti arteriosklerosis serebri, demensia mental, dan tumor otak. Depresi simptomatik merupakan depresi akibat atau bersamaan dengan penyakit jasmani, seperti penyakit infeksi, penyakit endokrin, akibat tindakan pembedahan, dan pengobatan jangka panjang dengan obat-obatan antihipertensi.

D. Faktor-Faktor yang Menyebabkan Depresi Pada Lansia

1. Faktor Demografi

a. Usia

Usia adalah rentang perhitungan waktu hidup seseorang sejak dilahirkan sampai sekarang. Usia merupakan salah satu faktor yang menyebabkan depresi terutama pada seseorang lansia.⁽²⁸⁾ Lansia

dapat digolongkan menjadi 3 berdasarkan usia yaitu lansia (*elderly*) 60-69 tahun, lansia tua (*old*) 70-80 tahun, usia sangat tua lebih dari 80 tahun.⁽²⁹⁾ Resiko terjadinya depresi dapat meningkat dua kali lipat saat usia semakin meningkat.⁽²⁸⁾ Banyak terjadi perubahan pada hidup penderita pada masa tersebut sehingga depresi muncul. Perubahan tersebut baik perubahan secara fisik, psikologis, ekonomi, sosial dan spiritual yang mempengaruhi kualitas hidup lansia.⁽³⁰⁾

b. Jenis Kelamin

Menurut beberapa studi, lansia perempuan memiliki resiko depresi lebih tinggi dibandingkan dengan lansia laki-laki dengan perbandingan yaitu dua banding satu.⁽³¹⁾ Hal ini dapat disebabkan karena adanya beberapa faktor lain yang kemungkinan menyebabkan depresi, seperti: kematian pasangan hidup, perbedaan sosial dan budaya.⁽³²⁾ Selain itu pengaruh perubahan fisiologis dikarenakan ada kaitannya dengan perubahan hormonal pada perempuan misalnya *early onset of menopause* atau *post-menopause*.⁽³³⁾ Tanggung jawab seorang perempuan dalam kehidupan sehari-hari cukup berat, seperti mengurus rumah tangga dan mengurus anak. menyebabkan kemungkinan faktor resiko depresi lebih banyak pada lansia perempuan daripada laki-laki.

c. Status Sosioekonomi

Seseorang dengan status sosioekonomi yang lebih rendah memiliki resiko yang lebih besar menderita depresi dibandingkan dengan yang status sosioekonominya lebih baik.⁽³³⁾ Hal ini dikarenakan seseorang dengan status ekonomi yang lebih rendah akan menyebabkan kebutuhan sehari-hari menjadi kurang sehingga mudah terkena depresi.

d. Status Pernikahan

Pernikahan membawa manfaat yang baik bagi kesehatan mental laki laki dan perempuan.⁽³⁴⁾ Pernikahan tidak hanya mempererat hubungan asmara antara laki laki dan perempuan, juga bertujuan untuk mengurangi resiko mengalami gangguan psikologis. Bagi pasangan suami-istri yang tidak dapat membina hubungan pernikahan atau ditinggalkan pasangan karena meninggal dapat memicu terjadinya depresi.

e. Pendidikan

Pendidikan sangat berkaitan dengan kemampuan kognitif. Kemampuan kognitif adalah bentuk mediator diantara kejadian dalam hidup dengan *mood*.⁽³⁵⁾ Tingkat depresi seseorang dapat semakin tinggi ketika tingkat pendidikan rendah.

2. Dukungan Sosial

Lansia secara perlahan akan mengalami penurunan kondisi fisik, penurunan aktifitas, pemutusan hubungan sosial dan perubahan posisi dalam masyarakat.⁽³⁵⁾ Dukungan sosial diperlukan dalam kondisi seperti tersebut. Dukungan sosial seperti perhatian dan motivasi dibutuhkan oleh lansia untuk memperoleh ketenangan.⁽³⁴⁾ Dukungan sosial merupakan sumber daya yang terdapat ketika berinteraksi dengan orang lain.⁽³⁵⁾ Dukungan sosial dapat diartikan sebagai bentuk tanda seseorang merasa dicintai, diperhatikan, dan dihagai melalui komunikasi serta kontak sosial. Semakin tinggi frekuensi hubungan dan kontak sosial, maka semakin panjang harapan hidup seseorang. Hasil studi menunjukkan dukungan sosial bagi lansia sangat penting, karena dukungan sosial yang baik telah terbukti menurunkan depresi parental dan bertindak sebagai suatu pelindung bagi lansia.⁽¹³⁾ Semakin tinggi dukungan sosial yang diterima oleh lansia yang tinggal di panti, semakin rendah depresi yang dialami oleh lansia.

Menurut Sarafino, dukungan sosial terbagi kedalam lima bentuk dukungan, antara lain:⁽³⁶⁾

a. Dukungan emosional

Dukungan emosional adalah suatu bentuk dari ekspresi seseorang seperti memberi perhatian, empati dan turut prihatin kepada orang lain. Seseorang yang menerima dukungan ini akan merasa nyaman, tenang kembali, merasa dimiliki dan dicintai ketika

mengalami stres, memberi bantuan dalam bentuk semangat, kehangatan personal, dan cinta.

b. Dukungan penghargaan

Dukungan penghargaan yang berupa penghargaan positif dan diberikan kepada seseorang ketika sedang mengalami stres atau depresi. Dukungan ini dalam bentuk dorongan atau persetujuan terhadap ide ataupun perasaan individu. Dukungan ini dapat menyebabkan individu yang menerima dukungan membangun rasa menghargai dirinya, percaya diri, dan merasa bernilai.

c. Dukungan instrumental

Dukungan instrumental yaitu dukungan berupa bantuan secara langsung dan nyata seperti memberi, meminjamkan uang, dan membantu meringankan tugas orang yang mengalami masa-masa sulit.

d. Dukungan informasi

Dukungan informasi yaitu dukungan dari orang-orang yang berada disekitar individu akan memberikan dukungan informasi dengan cara menyarankan beberapa pilihan tindakan yang dapat dilakukan individu dalam mengatasi masalah yang membuatnya stres, misalnya memberikan saran, penilaian tentang bagaimana individu melakukan sesuatu.

e. Dukungan kelompok

Dukungan kelompok merupakan dukungan yang dapat menyebabkan individu merasa bahwa dirinya merupakan bagian dari suatu kelompok dimana anggota-anggotanya dapat saling berbagi, misalnya menemani orang yang sedang stres ketika beristirahat atau berekreasi.

3. Pengaruh genetik

Keturunan merupakan salah satu faktor yang dapat menyebabkan lansia mengalami depresi.⁽¹⁷⁾ Lansia yang memiliki keturunan atau gen depresi dari orang tua maka resiko menderita depresi dapat terjadi lebih awal dari pada yang tidak mempunyai gen depresi.

4. Kejadian dalam Hidup (*Life Event*)

Kejadian dalam hidup dalam menimbulkan stres pada lansia dan jika berkelanjutan dapat menimbulkan depresi.⁽¹⁷⁾ Kejadian tersebut seperti kehilangan pekerjaan, bercerai, masalah keuangan dan kematian orang tercinta. Gejala depresi akan tampak kurang lebih dalam 2 tahun setelah kejadian terjadi.

5. Medikasi

Pengobatan merupakan salah satu tindakan medis untuk memulihkan kembali kondisi tubuh.⁽¹⁷⁾ Namun, beberapa obat yang diberikan dapat menimbulkan gejala depresi pada lansia. Obat tersebut seperti obat antihipertensi, obat psikiatri, analgesik.

E. Akibat/ Dampak Depresi Pada Lansia

1. Fungsi Fisik

Status kesehatan penderita depresi pada lansia dapat menurun jika keadaan depresi berkepanjangan.⁽¹⁸⁾ Status kesehatan tidak ada hubungannya dengan keluhan somatik. Lansia yang mengalami depresi mempunyai hubungan terhadap keluhan somatik dari pada lansia yang tidak mengalami depresi. Dampak keluhan somatik yang akan muncul pada lansia depresi yaitu lansia akan mengalami gejala kehilangan nafsu makan, berat badan menurun, gangguan sistem pencernaan, dan gangguan tidur.

Akibat tambahan dari gejala depresi adalah kelelahan kronis dan kehilangan energi.⁽¹⁸⁾ Lansia dengan keadaan depresi berat dapat menyebabkan terganggunya aktivitas psikomotor seperti melambatnya pergerakan tubuh, respon verbal, dan tidak mau bicara. Dampak lain yang muncul adalah nyeri, tidak merasa nyaman, dan terganggunya fungsi seksual.

2. Fungsi Psikososial

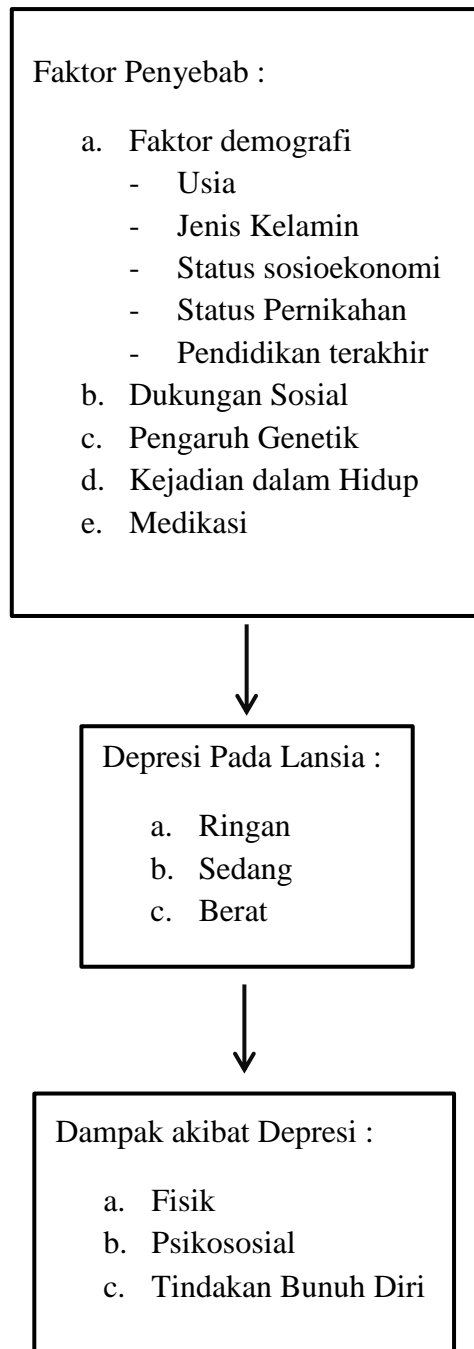
Pada lansia perubahan *mood* akibat perasaan sedih tidak disadari.⁽¹⁸⁾ Padahal mereka sering mengatakan dirinya kesepian. Dampak yang sering muncul adalah perasaan ingin menangis namun tidak bisa menangis, merasa hampa, tidak bahagia, tidak berguna, dan harga diri rendah. Dilihat dari segi psikososial gejala yang tampak adalah kehilangan minat terhadap interaksi dengan orang lain dan

meninggalkan kebiasaan yang lama atau hobi. Akibat dari fungsi psikososial ini lansia mulai mengabaikan dirinya dan penampilannya.

3. Tindakan Bunuh Diri

Lansia yang sudah lama mengalami depresi maka bunuh diri merupakan sebuah solusi.⁽¹⁷⁾ Pencegahan untuk kejadian tersebut dapat dilakukan dengan mempelajari faktor resiko dan gejala yang timbul. Berawal dari pikiran putus asa dan merasa tidak berguna akibat dari depresi dapat menimbulkan keinginan untuk bunuh diri. Selanjutnya akan timbul tingkah laku bunuh diri secara tidak langsung seperti mogok makan dan tidak minum obat. Setelah itu muncul tingkah laku melukai diri seperti gantung diri atau meminum racun.

F. Kerangka Teori

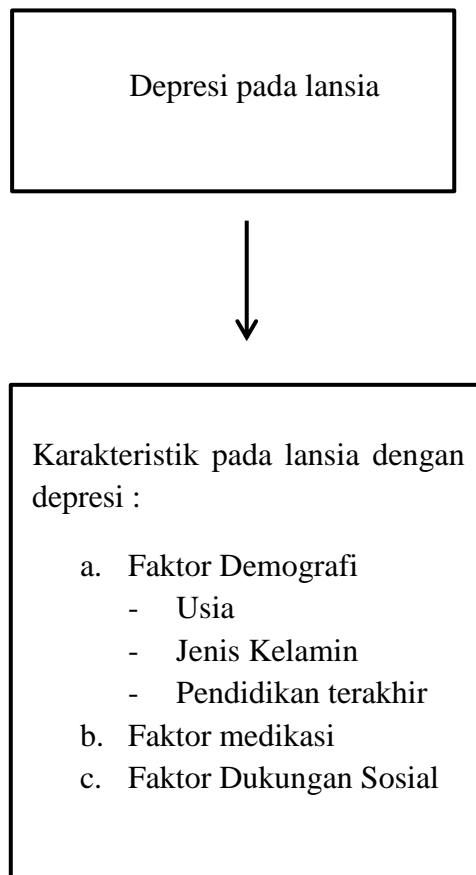


Gambar 2.1. Kerangka Teori karakteristik lansia dengan Depresi Lansia Di Panti Wilayah Kota Semarang.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Kerangka Konsep



Gambar 2.2. Kerangka Konsep

B. Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif non eksperimen dengan menggunakan jenis penelitian *deskriptif* karena dalam penelitian ini tidak ada eksperimen atau pemberian intervensi terhadap responden.⁽³⁷⁾ Desain penelitian *deskriptif* merupakan suatu desain penelitian yang dilakukan dengan tujuan untuk memaparkan atau menggambarkan suatu keadaan, kondisi, situasi, peristiwa, dan kegiatan secara objektif.⁽³⁸⁾

Pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah pendekatan *cross-sectional*.⁽³⁹⁾ Peneliti melakukan pengukuran variabel pada *satu saat* tertentu. Kata *satu saat* bukan berarti semua objek diamati tepat pada saat yang sama, tetapi artinya setiap subjek hanya di observasi satu kali dan pengukuran variable subjek dilakukan pada saat pemeriksaan tersebut. Studi *cross-sectional* ini tidak terdapat tindak lanjut terhadap pengukuran yang dilakukan. Rancangan penelitian ini untuk mengetahui gambaran karakteristik lansia dengan derpesi dalam waktu bersamaan (sekali waktu) dan satu kali.

C. Populasi

Populasi dalam penelitian adalah kumpulan dari setiap individu, objek atau subyek yang secara potensial memenuhi kriteria tertentu sehingga dapat di ukur sebagai bagian dari penelitian.⁽⁴⁰⁾ Populasi dalam penelitian ini adalah semua lansia berjumlah 153 lansia yang

berada di Panti Wreda Wilayah Kota Semarang yaitu Panti Wreda Harapan Ibu Ngaliyan, Unit Rehabilitasi Sosial Pucang Gading Semarang, dan Yayasan Pelayanan Kristen (PELKRIS) Semarang.

D. Sampel Penelitian

Sampel adalah keseluruhan atau sebagian dari subyek yang akan diteliti yang sesuai dengan karakteristik dari populasi.⁽⁴¹⁾ Teknik pengambilan sampel dilakukan dengan menggunakan teknik *non-probability sampling* yaitu *purposive sampling* teknik pengambilan sampel yang terdapat ciri atau kriteria tertentu untuk menjadi sampel.⁽⁴⁰⁾ Subyek dalam teknik ini tidak mempunyai kesempatan yang sama untuk terpilih menjadi bagian dalam penelitian. Sampel penelitian ini adalah semua lansia yang berjumlah 153 lansia dan berada di Panti Wreda Wilayah Kota Semarang yaitu Panti Wreda Harapan Ibu Ngaliyan, Unit Rehabilitasi Sosial Pucang Gading Semarang, dan Yayasan Pelayanan Kristen (PELKRIS) Semarang yang memenuhi kriteria dalam penelitian. Adapun kriteria pengambilan sampel yang telah ditentukan oleh peneliti :

1. Kriteria Inklusi

- a. Lansia yang tinggal atau menetap di Panti Werdha Harapan Ibu Ngaliyan, Unit Rehabilitasi Sosial Pucang Gading Semarang dan Yayasan Pelayanan Kristen (PELKRIS) Semarang
- b. Lansia yang bersedia menjadi responden

- c. Lansia yang mampu berkomunikasi secara verbal dan kooperatif
 - d. Lansia yang mengalami depresi setelah di ukur dengan GDS pendek
2. Kriteria Eksklusi
- a. Lansia dengan gangguan pendengaran dan berbicara
 - b. Lansia yang menyatakan menolak atau berhenti menjadi responden dalam penelitian

E. Besar Sampel

Perhitungan besar sampel dalam penelitian ini kurang dari seribu sehingga menggunakan rumus Slovin, dengan rumus sebagai berikut:⁽⁴²⁾

$$\pi = \frac{N}{1 + N (d^2)}$$

n : Besar sampel

N : Besar Populasi

d : Batas toleransi kesalahan pengambilan sampel yang digunakan (5%)

Sehingga apabila jumlah lansia di Panti Werdha Harapan Ibu dan Pucang Gading sebanyak 153, maka :

$$\begin{aligned} n &= \frac{N}{1 + N(d^2)} \\ &= \frac{153}{1 + 153(0,05)^2} \\ &= \frac{153}{1 + 0,385} = \frac{153}{1,385} = 110,4 \end{aligned}$$

Jadi jumlah sampel yang didapat berdasarkan perhitungan dengan menggunakan rumus tersebut sebanyak 110 responden.

F. Tempat Penelitian dan Waktu Penelitian

1. Tempat Penelitian

Tempat penelitian adalah tempat untuk melaksanakan kegiatan penelitian oleh peneliti.. Penelitian ini dilakukan di Panti Wreda Wilayah Kota Semarang yaitu Panti Wreda Harapan Ibu Ngaliyan, Unit Rehabilitasi Sosial Pucang Gading Semarang, dan Yayasan Pelayanan Kristen (PELKRIS) Semarang.

2. Waktu Penelitian

Waktu penelitian merupakan rentang waktu yang dilakukan peneliti dalam melaksanakan kegiatan penelitiannya. Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Juni sampai dengan bulan Agustus 2016.

G. Variabel Penelitian, Definisi Operasional dan Skala Pengukuran

1. Variabel Penelitian

Variabel penelitian adalah suatu karakteristik yang diamati dan mempunyai nilai, atribut, sifat dari orang, obyek atau kegiatan yang mempunyai variasi tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan ditarik kesimpulannya.⁽⁴⁰⁾ Variabel dalam penelitian ini adalah usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir, dukungan sosial dan medikasi serta tingkat depresi pada lansia.

2. Definisi Operasional

No	Variabel atau sub variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil ukur	Skala
1.	Tingkat Depresi	Tingkatan depresi yang dialami oleh lansia (responden) yang sebelumnya telah diukur dengan menggunakan <i>Geriatric Depressin Scale</i> (GDS) untuk <i>screening</i> depresi pada lansia	Alat ukur yang digunakan adalah lembar kuesioner <i>Geriatric Depressin Scale</i> (GDS)	Lembar kuesioner GDS (<i>Geriatric Depressin Scale</i>) yang terdiri dari 15 pertanyaan dengan jawaban “YA” atau “TIDAK”. Masing masing pertanyaan memiliki rentang nilai untuk setiap jawaban 0-1 total skor 0-15 Nilai ukur: Tidak depresi (0-5) Depresi (>5)	Ordinal
2.	Usia	Usia adalah rentang perhitungan waktu hidup dalam tahun responden sejak dilahirkan sampai sekarang dan merupakan faktor resiko kejadian depresi pada responden penelitian.	Kuesioner	- Lansia (<i>elderly</i>) 60- 69 tahun = 1 - Lansia tua (<i>old</i>) 70 - 80 tahun = 2 - Usia sangat tua Lebih dari 80 tahun = 3	Ordinal

No	Variabel/ sub variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil ukur	Skala
3.	Jenis Kelamin	Jenis kelamin adalah suatu penandaan pada status seksualitas responden yang merupakan faktor resiko kejadian depresi pada responden penelitian	Kuesioner	- Laki-laki = 1 - Perempuan = 2	Nominal
4.	Pendidikan terakhir	Pendidikan terakhir adalah pendidikan formal yang terakhir yang diselesaikan oleh responden yang merupakan faktor resiko kejadian depresi pada responden penelitian.	Kuesioner	- Tidak sekolah = 1 - SD = 2 - SMP = 3 - SMA = 4 - PT = 5	Ordinal
5.	Dukungan Sosial	Dukungan sosial adalah suatu perasaan nyaman, perhatian atau bantuan yang didapatkan dari orang lain untuk responden. Dukungan sosial merupakan faktor resiko kejadian depresi pada responden penelitian.	Menggunakan skala pengukuran <i>Goutman</i> yaitu lembar kuisioner tentang dukungan sosial yang terdiri dari 20 pernyataan dengan menggunakan item: YA = 1 TIDAK = 0	Hasil ukur faktor dukungan sosial dapat dikategorikan sebagai berikut : baik > 10 kurang < 10	Ordinal
6.	Medikasi (riwayat pengobatan)	Medikasi adalah salah satu tindakan medis untuk memulihkan kembali kondisi fisik responden yang merupakan faktor resiko kejadian depresi pada responden penelitian meliputi obat antihipertensi, psikiatri, analgesik.	Kuesioner	- Obat antihipertensi = 1 - Obat analgetik = 2 - Obat Psikiatri = 3 - Tidak Mengonsumsi Obat = 4 - Lainnya = 5	Nominal

3.1 Tabel Definisi Operasional dan Skala Pengukuran

H. Alat Penelitian dan Cara Pengumpulan Data

1. Instrumen Penelitian

Alat yang dipergunakan dalam pengumpulan data penelitian ini adalah kuesioner.⁽⁴³⁾ Kuesioner adalah daftar pernyataan atau pertanyaan yang sudah tersusun dengan baik, matang, dan responden tinggal memberikan jawaban atau dengan memberikan tanda-tanda tertentu. Pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan 2 bagian kuesioner, yaitu:

a. Lembar kuesioner A

Geriatric Depression Scale memiliki format yang sederhana karena pertanyaan-pertanyaan yang mudah dibaca dan mudah untuk dipahami. *Geriatric Depression Scale* di Indonesia telah divalidasi pada berbagai populasi lansia. GDS yang dipergunakan adalah Kuesioner *Geriatric Depression Scale-15* (GDS-15).⁽⁴⁴⁾ Kuesioner ini digunakan untuk *screening* responden yang mengalami depresi. Kuesioner dengan 15 item pertanyaan yang dijawab dengan jawaban “IYA” dan “TIDAK”.⁽⁴⁵⁾ Pada soal yang terdiri dari pertanyaan *favorable* pada item nomor 1, 5, 7, 11, dan 13 jika dijawab “IYA” maka bernilai 0 dan diberi kode “0” untuk jawaban “IYA” kemudian jika dijawab “TIDAK” maka bernilai 1 dan diberi kode “1” untuk jawaban “TIDAK”. Pada soal yang terdiri dari pertanyaan *unfavorable* pada item nomor 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10,

12, 14, 15 jika dijawab “TIDAK” maka bernilai 0 dan diberi kode “0” untuk jawaban “TIDAK” kemudian jika dijawab “IYA” maka bernilai 1 dan diberi kode “1” untuk jawaban “IYA”. Poin-poin tersebut selanjutnya dijumlah untuk mengetahui skor total dari skala tersebut. Skor total adalah 15 dan skor minimal adalah 0. Kemudian dengan mengetahui skor total ditentukan tingkatan depresi dengan kriteria: 0 – 5 maka tidak depresi, >5 mengindikasikan depresi.

b. Lembar Kuesioner B

Lembar ini berisi tentang data demografi dan faktor dukungan sosial serta riwayat pengobatan pada lansia yang mengalami depresi. Data demografi ini terdiri dari usia, jenis kelamin, status pendidikan. Lembar kuisisioner dukungan sosial yang dibuat sendiri ini terdiri dari 20 butir pernyataan homogen yang favorable atau bersifat positif yang diisi dengan cara memberikan tanda cek (v) pada setiap jawaban yang dianggap tepat oleh responden.

2. Cara Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah proses pendekatan dan pengumpulan karakteristik terhadap subjek. Subyek atau responden bertanya langsung pada peneliti apabila terdapat hal yang kurang dimengerti dalam pengisian angket agar responden mengisi angket dengan benar oleh karena itu dalam pengisian subyek didampingi

oleh peneliti. Langkah-langkah cara pengumpulan data adalah sebagai berikut:

- a. Peneliti telah melakukan observasi dan menemukan fenomena di Panti Werdha Harapan Ibu Ngaliyan Semarang yakni fenomena tentang depresi pada lansia.
- b. Peneliti telah melakukan studi pendahuluan langsung ke Panti Werdha Harapan Ibu Ngaliyan Semarang dan menanyakan tentang keadaan dan kondisi lansia selama di panti.
- c. Peneliti telah membuat surat izin penelitian untuk melakukan pengambilan data awal dan telah disetujui oleh dosen pembimbing. Kemudian, surat diajukan ke bagian akademik.
- d. Setelah surat selesai dibuat oleh bagian akademik, kemudian peneliti menyerahkan surat ke Badan Penanaman Modal Daerah (BPMD) Kota Semarang.
- e. Setelah mendapat surat rekomendasi dari BPMD peneliti memberikan surat ke Dinas Sosial Provinsi Jawa Tengah
- f. Surat ijin penelitian yang telah didapatkan dari Dinas Sosial Provinsi Jawa Tengah kemudian diserahkan kepada Pengelola Panti Wreda “Harapan Ibu” Ngaliyan, Unit Rehabilitasi Sosial “Pucang Gading” Semarang, dan Yayasan Pelayanan Kristen (PELKRIS) Semarang

- g. Peneliti telah melakukan koordinasi dengan pihak panti tempat penelitian mengenai tujuan, langkah dan manfaat dari penelitian.
- h. Setelah mendapat izin penelitian, peneliti melakukan studi dokumentasi dibagian pelayanan mengenai jumlah lansia yang berada di Panti.
- i. Selanjutnya peneliti telah melakukan *screening* depresi pada responden dan didampingi oleh pengasuh. *Screening* depresi pada responden yaitu dengan menggunakan GDS (*Geriatric Depression Scale*) untuk menyeleksi yang mengalami depresi. Hasil yang didapatkan lansia yang mengalami depresi di Panti Wreda Harapan Ibu Ngaliyan 28 lansia, Unit Rehabilitasi Sosial Pucang Gading Semarang 52 lansia dan Yayasan Pelayanan Kristen (PELKRIS) 30 lansia. Terdapat lansia yang menolak untuk dilakukan *screening* yaitu 15 lansia
- j. Peneliti telah menyeleksi lansia yang memenuhi kriteria dengan didampingi petugas panti..
- k. Kemudian peneliti melakukan pendekatan dengan responden. Peneliti menjamin kerahasiaan responden dan hak responden untuk menolak menjadi responden.
- l. Peneliti melakukan proses *informed consent* pada responden yang telah menyetujui yang didampingi oleh pengasuh atau petugas panti. *Informed consent* berisi penjelasan mengenai

penelitian yang dilakukan serta meminta responden untuk menandatangani lembar persetujuan.

- m. Responden diberikan pertanyaan oleh peneliti dengan bahasa yang dapat dimengerti sesuai pertanyaan yang telah disediakan dalam kuesioner. Kuesioner yang telah diberikan yaitu kuesioner data demografi serta dukungan sosial.
- n. Data dan hasil kuesioner dari responden kemudian dikumpulkan oleh peneliti. Setelah selesai, kuesioner dicek kembali, ketika belum lengkap maka peneliti telah meminta responden untuk melengkapinya dan mengucapkan terima kasih kepada responden atas partisipasinya.

3. Validitas dan Reliabilitas Instrumen

Uji instrumen penelitian dilakukan terlebih dahulu terhadap lembar kuesioner yang akan diberikan kepada responden agar mendapatkan hasil yang berkualitas. Uji instrumen penelitian yang dilakukan yaitu uji validitas dan uji reliabilitas.

a. Uji Validitas

Uji validitas adalah suatu indeks yang menunjukkan sejauh mana instrumen pengukur mampu benar-benar mengukur apa yang ingin diukur.⁽⁴³⁾ Uji validitas digunakan untuk mengukur sah atau valid dan tidaknya suatu kuesioner. Kuesioner dikatakan valid apabila kuesioner mampu mengungkapkan sesuatu yang akan diukur kuesioner tersebut.

Uji penelitian dilakukan terlebih dahulu terhadap lembar kuesioner faktor yang menyebabkan depresi pada lansia yaitu pada item dukungan sosial. Pada pengujian ini lembar kuesioner atau instrumen telah dilakukan di Unit Rehabilitasi Sosial “Wening Wardoyo” Ungaran dimana unit tersebut tidak menjadi sampel pada penelitian dan memiliki karakteristik yang sama dengan Panti Werdha Harapan Ibu Ngaliyan, Unit Rehabilitasi Sosial Pucang Gading dan Yayasan Pelayanan Kristen (PELKRIS) Semarang. Uji validitas pada penelitian ini dilakukan pada 30 responden karena distribusi skor (nilai) akan lebih mendekati kurva normal.⁽⁴⁶⁾ Peneliti membuat instrumen berupa kuesioner dan penelitian tersebut telah dikonsultasikan dengan ahli dalam bidangnya (*Judgement Expert*) yaitu kepada Ibu Rita Hadi W,S.Kp.,M.Kep.Sp.Kep.Kom dan Ns. Sri Padma Sari, S.Kep

Pengujian validitas pada item pertanyaan ini dilakukan melalui kegiatan uji coba desain penelitian kepada responden yang homogen.⁽⁴⁶⁾ Hasil uji coba kemudian dilakukan uji korelasi antar nilai pada setiap item pertanyaan dengan skor total kuesioner tersebut. Hasil yang ditunjukkan mempunyai korelasi yang signifikan dengan skor total instrumen maka kuesioner dikatakan valid. Pengujian validitas dalam penelitian

ini menggunakan rumus korelasi *Pearson Product Moment* yaitu :

$$r_{xy} = \frac{N(\sum XY) - (\sum X \sum Y)}{\sqrt{\{N \sum X^2\}\{N \sum Y^2 - (\sum Y)^2\}}}$$

Keterangan :

- N : Jumlah responden
 Rxy : Koefisien korelasi *product moment*
 X : Skor pernyataan
 Y : Skor total

Hasil uji dikatakan valid jika r hitung $\geq r$ tabel (0,361) sedangkan r hitung $< r$ tabel (0,361) pernyataan tidak valid.⁽⁴⁰⁾

Peneliti telah melakukan uji validitas pada kuesioner dan didapatkan hasil bahwa sebagian r hitung lebih besar dari r tabel dan ada yang tidak memenuhi. Hasil yang didapatkan pada 22 item yaitu bernilai antara 0,443-0,824 lebih besar dari r tabel (0,361) maka item pada kuesioner valid dan dapat digunakan. Hasil uji yang tidak memenuhi berjumlah 8 item pertanyaan karena r hitung $< r$ tabel (0,361).

b. Uji Reliabilitas

Reliabilitas artinya sejauh mana hasil pengukuran itu tetap asas (konsisten) bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama, dengan menggunakan alat ukur yang sama.⁽⁴³⁾ Peneliti telah melakukan uji reliabilitas pada kuesioner dukungan sosial. Reliabilitas pada kuesioner

dukungan sosial peneliti melakukan pengujian menggunakan *internal consistency* yaitu menggunakan uji coba sekali saja. Hasil yang diperoleh lalu dianalisa menggunakan rumus *Alpha Chronbach* yaitu dengan rumus:⁽⁴³⁾

$$r_i = \frac{k}{k-1} \left\{ 1 - \frac{\sum Si^2}{St^2} \right\}$$

Keterangan

r_i : Reliabilitas instrumen

k : Banyaknya butir pernyataan atau banyaknya soal

$\sum Si$: Jumlah varian butir

St : Jumlah varian

Kuesioner dikatakan reliabel jika nilai koefisien *Alpha Cronbach* minimal 0,7, sehingga untuk mengetahui sebuah kuesioner dikatakan reliabel atau tidak dengan melihat besarnya nilai alpha.⁽⁴⁶⁾ Hasil dari uji reliabilitas kuesioner adalah 0,889. Hal ini menunjukkan bahwa nilai koefisien *Alpha Cronbach* pada kuesioner lebih besar dari nilai koefisien *Alpha Cronbach* minimal 0,7 maka kuesioner reliabel.

I. Teknik Pengolahan dan Analisa Data

1. Pengolahan Data⁽⁴³⁾

a. *Editing/* Memeriksa

Editing adalah kegiatan melakukan pengecekan kelengkapan, kejelasan, kerelevanan jawaban, dan kekonsistensian jawaban

kuesioner untuk memeriksa kembali kebenaran yang diperoleh. Pengecekan satu per satu kuesioner ini bertujuan untuk mengetahui kelengkapan dan kebenaran dari data yang diberikan responden. Dalam pelaksanaannya tidak terdapat pengisian kuesioner yang tidak sesuai dengan petunjuk dan tidak relevannya jawaban dengan pertanyaan maka peneliti tidak meminta responden untuk mengisi kembali kuesionernya.

b. *Coding/ Memberi Tanda*

Mengklasifikasikan jawaban-jawaban dari responden menurut macamnya dengan cara memberi tanda/ kode pada setiap jawaban kedalam bentuk kategori-kategori.

Tabel 3.2 *Coding*

Varibel	Hasil Penelitian	Coding
Tingkat Depresi	tidak depresi (0-5)	1
	depresi (>5)	2
Usia	Lansia (<i>elderly</i>) 60- 70 tahun	1
	Lansia tua (<i>old</i>) 70 - 80 tahun	2
	Usia sangat tua >80 tahun	3
Jenis Kelamin	Laki-laki	1
	Perempuan	2
Pendidikan terakhir	Tidak sekolah	1
	SD	2
	SMA	3
	SMA	4
	PT	5
Medikasi (riwayat pengobatan)	Obat antihipertensi	1
	Obat analgetik	2
	Obat Psikiatri	3
	Tidak Mengkonsumsi Obat	4
	Lainnya	5
Dukungan Sosial	baik > 10	1
	kurang < 10	2

c. *Skoring*

Skoring adalah memberikan penilaian terhadap item-item yang perlu diberi penilaian. Pemberian nilai ditulis pada kuesioner yang telah terjawab oleh responden.

d. *Tabulating*

Tabulasi adalah membuat tabel dari jawaban yang sudah diberi skor dan dimasukkan ke dalam tabel yang tersedia. Dalam tabulasi, skor telah dimasukkan ke dalam tabel sehingga terlihat nilai masing-masing dari responden.

e. *Clearing*

Peneliti telah memeriksa data untuk melihat kemungkinan adanya kesalahan, ketidaklengkapan dan lain-lain. Kemudian peneliti telah melakukan koreksi pada data yang salah.

f. *Entry data*

Entry adalah memasukkan data dari kuesioner kedalam program komputer. Setelah data terkumpul, peneliti telah memasukkan data yang telah ditabulasi kedalam komputer menggunakan *software* atau program yang kompatibel untuk dianalisis.

2. Analisa Data

Analisa data dari suatu penelitian harus dilakukan secara bertahap sesuai dengan prosedur yang ada. Tujuannya adalah untuk memperoleh gambaran dari hasil penelitian yang telah dirumuskan

dalam tujuan penelitian. Pada penelitian ini peneliti menggunakan analisis univariat. Analisa univariat dilakukan terhadap semua variabel dari hasil penelitian.⁽⁴³⁾ Analisa ini bertujuan untuk mendeskripsikan karakteristik dari faktor resiko depresi pada lansia. Pengolahan data menggunakan aplikasi di komputer kemudian disajikan dalam bentuk tabel dan diagram distribusi frekuensi sehingga memudahkan orang lain menginterpretasikan hasil penelitian.

J. Etika Penelitian

Etika dalam sebuah penelitian merupakan hal yang sangat penting dengan pelaksanaan penelitian, karena penelitian keperawatan akan berhubungan langsung dengan manusia.⁽⁴⁰⁾ Tujuan dari etika ini adalah agar melindungi hak subyek penelitian. Peneliti wajib memperhatikan etika penelitian selama penelitian. Oleh karena itu, etika dalam penelitian harus diperhatikan. Masalah etika yang harus diperhatikan meliputi:

1. Autonomy

Peneliti telah menjelaskan tujuan riset yang dilakukan serta dampak yang mungkin terjadi selama dan sesudah pengumpulan data. Subjek mendapatkan informasi secara lengkap tentang tujuan penelitian yang dilaksanakan, subjek mempunyai hak untuk bebas berpartisipasi atau menolak untuk menjadi responden. Dalam

pelaksanaannya, tidak semua responden yaitu 10 lansia tidak bersedia untuk dijadikan responden dalam penelitian ini.

2. *Beneficence*

Penelitian yang dilakukan oleh peneliti mengandung konsekuensi bahwa semuanya demi kebaikan subjek agar subjek mengetahui penyebab depresi yang dialami. Peneliti juga harus berhati-hati dalam mempertimbangkan resiko dan keuntungan yang akan berakibat pada subjek di setiap tindakannya. Dalam pelaksanaannya responden tidak merasa dirugikan oleh peneliti.

3. *Nonmaleficence*

Penelitian yang dilakukan tidak mengandung unsur bahaya, merugikan subjek atau mengancam jiwa subjek. Peneliti tidak melakukan tindakan-tindakan lainnya yang dapat membahayakan subjek. Dalam pelaksanaannya, tidak terdapat gejala-gejala atau tindakan yang dapat membahayakan responden dan penelitian berjalan dengan lancar.

4. *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Kerahasiaan informasi yang diberikan subjek dijamin oleh peneliti. Subjek mempunyai hak untuk meminta data dan data yang diiberikan harus dirahasiakan, maka dari itu perlu adanya tanpa nama (*anonimity*) dan rahasia (*confidentiality*). Dalam pelaksanaannya nama responden telah dirahasiakan dan hanya diberi kode.

5. *Veracity*

Manfaat, efek, dan apa yang didapat responden telah dijelaskan oleh peneliti secara jujur saat penelitian dilakukan karena responden mempunyai hak untuk mengetahui segala informasi yang terkait tentang penelitian. Dalam pelaksanaannya peneliti telah menjelaskan mengenai penelitian.

DAFTAR PUSTAKA

1. Andreany Kusumowardani AP. Hubungan Antara Tingkat Depresi Lansia Dengan Interkasi Sosial Lansia di Desa Sobokerto Kecamatan Ngemplak Boyolali. *J Terpadu Ilmu Kesehat*. 2014;3:106–214.
2. Mubarak WI. Buku Ajar Ilmu Keperawatan Komunitas 2: Teori dan Aplikasi Dalam Praktik dengan Pendekatan Asuhan Keperawatan Komunitas, Gerontik, dan Keluarga. PhD Proposal. Jakarta: Sagung Seto; 2006.
3. Sampelan I, Kundre R, Lolong J. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kemandirian Lansia dalam Pemenuhan Aktivitas Sehari-hari di Desa Batu Kecamatan Likupang Selatan Kabupaten Minahasa Utara. *Univ Sam Ratulangi Manad*. 2015;3:1–7.
4. Mujahidullah K. Keperawatan Geriatrik. Yogyakarta: Pustaka Pelajar; 2012.
5. Kementerian Kesehatan RI. Situasi dan Analisis Lanjut Usia [Internet]. 2014 [cited 2016 Mar 31]. Available from: <http://www.depkes.go.id/>
6. Lestari R, Wihastuti TA, Rahayu BF. Hubungan Tingkat Kecemasan Dengan Tingkat Kemandirian Activities of Daily Living (Adl) Pada Lanjut Usia Di Panti Werdha. 2013;1(2):128–34.
7. Prasetya AS, Hamid AYS, Susanti H. Penurunan Tingkat Depresi Klien Lansia Dengan Terapi Kognitif Dan Senam Latih Otak di Panti Wredha. *J Keperawatan Indones*. 2008;13:42–8.
8. Haji WN. Komunikasi Dalam Keperawatan. Jakarta: EGC; 2009.
9. Wulandari AFS. KEJADIAN DAN TINGKAT DEPRESI PADA LANJUT USIA: Studi perbandingan di panti wreda dan komunitas. 2011;
10. Mubarak WI. Ilmu Keperawatan Komunitas; Konsep dan Aplikasi. Jakarta: Salemba Medika; 2009.
11. Maryam RS. Mengenal Usia Lanjut dan Perawatannya. Jakarta: Salemba Medika; 2008.
12. Irawan H. Gangguan Depresi pada Lanjut Usia. *Cermin Dunia Kedokt*. 2013;40(11):815–9.
13. Saputri MAW, Indrawati ES. Hubungan antara Dukungan Sosial dengan Depresi pada Lanjut Usia yang Tinggal di Panti Wreda Wening Wardoyo Jawa Tengah. *J Psikol Undip*. 2011;9(1):65–72.

14. Wirasto RT. Bobot Pengaruh Faktor-faktor Sociodemografis terhadap Depresi pada Usia Lanjut di Yogyakarta. Fak Kedokt Univ Gajah Mada. 2007;
15. Yosep I. Keperawatan Jiwa (Edisi Revisi). Bandung: PT Refika Aditama; 2009.
16. Carla R. Marchira, Ronny T. Wirasto SD. Pengaruh Faktor-Faktor Psikososial dan Insomnia Terhadap Depresi Pada Lansia di Kota Yogyakarta. Ber Kedokt Masy. 2007;23(1):1–5.
17. Jacoby and Openheimer. Pschyatric in Elderly 3rd Edition. Avon: The Bath Press; 2001.
18. Miller CA. Nursing Care of Older Adults: Theory and Practice 4rd Edition. 4th ed. Philadelphia: Lippincolt; 1996.
19. Hadi W R. Pengaruh intervensi musik gamelan terhadap depresi pada lansia di panti wreda harapan ibu, Semarang. Keperawatan Komunitas. 2013;1:135–40.
20. Nugroho T. Kamus Pintar Kesehatan. 1st ed. Yogyakarta: Nuha Medika; 2010.
21. Muhith dan Nasir. Dasar-Dasar Keperawatan Jiwa: Pengantar dan Teori. Jakarta: Salemba Medika; 2011.
22. Kaplan HI; Sadock BJ; Grebb JA. sinopsis Psikiatri: Ilmu pengetahuan Perilaku Psikiatri Klinis. 2nd ed. Jakarta: Bina Rupa Aksara; 2010.
23. Tomb DA. Buku Saku Psikiatri Ed.6. Jakarta: EGC; 2004.
24. Teifon D dan TC. ABC Kesehatan Mental. Jakarta: EGC; 2009.
25. Tjay TH& KR. Obat-obatan penting : khasiat penggunaan dan Efek Sampingnya. Jakarta: PT. Elex Media Komputindo; 2007.
26. Lubis NL. Depresi: Tinjauan Psikologis Ed.1. Jakarta: Kencana; 2009.
27. Dalami E dkk. Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Jiwa. Jakarta: EGC; 2009.
28. Mojtabai R. Diagnosing Depression in Older Adults in Primary Care. The New England Journal of Medicine. 2014;1180–2.
29. Azizah L. Keperawatan Lanjut Usia. Ed 1. Yogyakarta: Graha Ilmu; 2011. 1-17 p.
30. Kartika S. Gambaran Tingkat Depresi Pada Lanjut Usia (Lansia) Di Panti Sosial Tresna Wredha Budi Mulia 01 Dan 03 Jakarta Timur. J Univ Indones. 2012;1–74.

31. Haralambous B, Lin X, Dow B dkk. Depression In Older Age: A Scoping Study. *Natl Ageing Res Inst.* 2009;1–102.
32. Tareque MI and BS. Gender Difference In Disability Free Life Expectancy At Old Ages In Bangladesh. *J Aging Heal.* 2013;1–8.
33. Agus IGM, Wwpsr B, Ratep N, Westa W. Gambaran Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Di Wilayah Kerja Puskesmas Kubu Ii Factors That Affect The Rate Of Depression In Elderly. 2014;1–14.
34. Riyadi S dan TP. *Asuhan Keperawatan Jiwa.* Yogyakarta: Graha Ilmu; 2009.
35. Amir N. *Depresi Aspek Neurobiologi Diagnosis dan Tata Laksana.* Jakarta: FK UI; 2005.
36. Sarafino E. *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions fifth edition.* USA: Jhon Wiley & Sons; 2006.
37. Nursalam. *Pendekatan Praktis Metodologi Riset Keperawatan.* Jakarta: CV Indomedika; 2001.
38. Arikunto S. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik.* Jakarta: Rineka Cipta; 2013.
39. Sastroasmoro S. *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis.* Jakarta: Sagung Seto; 2008.
40. Swajarna K. *Metodologi Penelitian Kesehatan (Edisi Revisi).* Yogyakarta: Andi; 2015.
41. Azwar S. *Reliabilitas dan Validitas Ed.3.* Yogyakarta: Pustaka Pelajar; 2010.
42. Wasis. *Pedoman Riset Praktis untuk Profesi Perawat.* Jakarta: EGC; 2008.
43. Notoadmojo S. *Metodologi Penelitian Kesehatan.* Jakarta: Rineka Cipta; 2012.
44. Gallo JJ and Gonzales J. Depression and Other Mood Disorder. In: Adelman AM, Daly MP, and Weiss BD, eds *20 Common Problems in Geriatrics.* New York: McGraw-Hill; 2001. 205-235 p.
45. Greenberg S a. The geriatric depression scale (GDS). *Best Pract Nurs Care to Older Adults [Internet].* 2012;4(4):1–2. Available from: <https://consultgeri.org/try-this/general-assessment/issue-4.pdf>
46. Riwidikdo H. *Statistik Kesehatan.* Yogyakarta: Mitra Cendekia Press; 2012.
47. Kurniasari ND. *Faktor–Faktor Yang Berhubungan Dengan Depresi Pada*

- Lansia Di Dusun Kalimantan Ambarketawang Gamping Sleman Yogyakarta. J keperawatan, UMY. 2013;
48. Melisa C. Hubungan dukungan keluarga dengan tingkat depresi pada lansia di rw 011 kelurahan pedurenan kecamatan ciledug karang tengah kota tangerang. J Kesehat. 2010;
 49. Dwi Harliani Ayu Aprilia. Hubungan Faktor-Faktor yang Memengaruhi Depresi dengan Tingkat Depresi Pada Lanjut Usia di Rumah Seuhajtra Geunaseh Sayang Banda Aceh. J FK, Univ Syiah Kuala Darussalam Banda Aceh. 2013;
 50. Dianingtyas Agustin SU. Perbedaan Tingkat Depresi Pada Lansia Sebelum Dan Sesudah Dilakukan Senam Bugar Lansia Di Panti Wredha Wening Wardoyo Ungaran. Media Ners. 2008;2:37–44.
 51. Rinajumita. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kemandirian Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Lampasi Kecamatan Payakumbuh Utara Tahun 2011. Progr Stud Ilmu Keperawatan FK Univ Andalas. 2011;(3):1–10.
 52. Haris ER, Steven R, Handajani YS, Handajani YS. Kualitas Hidup Pada Lansia Dengan Gangguan Kognitif Dan Mental : Studi Cross Sectional Di Kelurahan Kalianyar , Jakarta Barat. 2014;13(2):117–27.
 53. Badan Pusat Statistik (BPS). Statistik penduduk lansia di Indonesia 2010. Jakarta-Indonesia: Badan Pusat Statistik; 2010.
 54. Ibrahim AS. Gangguan Alam Perasaan. Tangerang: Jelajah Nusa; 2011.
 55. Colangelo, L.A., Craft, L.L., Ouyang, P., Liu, K., Schreiner, P.J., Michos ED. Association of Sex Hormones and SHBG with Depressive Symptoms in Post-menopausal Women: the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. NIH public Access. 2013;
 56. Kemenkes. Gambaran Kesehatan Lanjut Usia di Indonesi [Internet]. Kementerian Kesehatan RI. 2013 [cited 2016 Oct 15]. Available from: www.depkes.go.id
 57. Lievre. A., Alley. D. CE. Educational Differentials in Life Expectancy With Cognitive Impairment Among the Elderly in the United States. Aging Heal J. 2010;20(4):456–77.
 58. Stuart G.W and Laraia M.W. Principels and practice of psychiatric nursing (7th ed). 7th ed. St. louis: mosby year B; 2005.
 59. Gunawan. Farmakologi dan Terapi. Dep Farmakol dan Ter FK UI. Jakarta: Fakultas Kedokteran UI; 2009;
 60. Michael J. Neal. At a Glance Farmakologi Medis. Edisi 5. Safitri A, editor.

Erlangga Medical Series; 2006.

61. Staff Pengajar Farmakologi Universitas Sriwijaya. Kumpulan Kuliah Farmakologi. 2nd ed. Rio Rahardjo, editor. Jakarta: EGC; 2008.
62. Wilmana, P. F. SG. Analgesik-Antipiretik, Analgesik AntiInflamasi Nonsteroid, dan Obat Gangguan Sendi Lainnya, dalam: Farmakologi dan Terapi. Edisi 5. Jakarta: Balai Penerbit FKUI; 2008.
63. Niti M, Ng T, Kua EH, Chun R, Ho M, Tan CH. Depression and chronic medical illnesses in Asian older adults : the role of subjective health and functional status. 2007;(January).
64. Rezki E, Murtiani H, Ilyas M. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Tingkat Depresi Terhadap Pasien Lansia Di Panti Sosial Tresna Werdha Gau Mabaji Gowa. J Keperawatann Jiwa. 2014;5:20–7.