

SKRIPSI

**HUBUNGAN SPIRITUALITAS DENGAN DEPRESI PADA LANSIA DI UPT
PELAYANAN SOSIAL LANJUT USIA MAGETAN**

PENELITIAN CROSS SECTIONAL



Oleh:
ANDIK NUR CAHYONO
NIM. 010810659B

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2012

SKRIPSI

**HUBUNGAN SPIRITUALITAS DENGAN DEPRESI PADA LANSIA DI UPT
PELAYANAN SOSIAL LANJUT USIA MAGETAN**

PENELITIAN CROSS SECTIONAL

Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
dalam Program Studi Ilmu Keperawatan
pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan
Universitas Airlangga



Oleh:

**ANDIK NUR CAHYONO
NIM. 010810659B**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2012**

SURAT PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun

Surabaya, 24 Juli 2012

Yang Menyatakan

Andik Nur Cahyono
010810659B

SKRIPSI

**HUBUNGAN SPIRITUALITAS DENGAN DEPRESI PADA LANSIA DI UPT
PELAYANAN SOSIAL LANJUT USIA MAGETAN**

Oleh
ANDIK NUR CAHYONO
NIM. 010810659B

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI
TANGGAL, 18 Juli 2012

Oleh
Pembimbing I

Dr.Ah Yusuf, S. Kp., M. Kes.
NIP. 196701012000031002

Pembimbing II

Abu Bakar, S. Kep. Ns., M.Kep., SpKMB
NIP. 198004272009121002

Mengetahui
a.n Dekan
Wakil Dekan I

Mira Triharini, S.Kp.,M.Kep
NIP. 197904242006042002

SKRIPSI

**HUBUNGAN SPIRITUALITAS DENGAN DEPRESI PADA LANSIA DI UPT
PELAYANAN SOSIAL LANJUT USIA MAGETAN**

Oleh
Nama: Andik Nur Cahyono
NIM. 010810659B

Telah diuji
Pada tanggal 24 Juli 2012

PANITIA PENGUJI

Ketua : Ninuk Dian Kurniawati, S.kp., Ns., MANP (.....)
NIP. 197703162005012001

Anggota : 1. Dr.Ah Yusuf, S.Kp., M.Kes (.....)
NIP. 196701012000031002

2. Abu Bakar, S.Kep.Ns., M.Kep., SpKMB (.....)
NIK. 198004272009121002

Mengetahui
a.n. Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Airlangga Surabaya
Pejabat Wakil Dekan I

Mira Triharini, S.Kp, M.Kep
NIP. 197904242006042002

MOTTO

“MANUNGGALING KAWULA GUSTI”

(AMAL + AMAR MA'RUF NAHI MUNKAR)

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji dan syukur kami panjatkan kehadiran Allah SWT, berkat rahmat dan bimbinganNya kami dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul **“HUBUNGAN SPIRITUALITAS DENGAN DEPRESI PADA LANSIA DI UPT PELAYANAN SOSIAL LANJUT USIA MAGETAN”**. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Bersama ini perkenallah saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada:

1. Ibu Purwaningsih, S.Kp.,M.Kes, selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada saya untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi S1 Ilmu Keperawatan.
2. Bapak Dr. Ah Yusuf, S.Kp., M.Kes, selaku pembimbing pertama. Terima kasih atas bimbingan, masukan, informasi, dan waktu yang telah diluangkan untuk saya dan semua perhatian dalam kemajuan penyelesaian skripsi saya.
3. Bapak Abu Bakar, S.Kep., Ns., M.Kep., SpKMB, selaku pembimbing kedua. Terima kasih telah bersedia meluangkan waktu dan memberikan bimbingan, perhatian, dukungan serta saran selama proses penyusunan skripsi berlangsung.
4. Ibu Ninuk Dian Kurniawati, S.kep., Ns., MANP, selaku penguji skripsi. Terima kasih telah memberikan kritik dan saran yang membangun pada penelitian saya dan untuk kemudahan selama proses penyempurnaan skripsi saya.

5. Seluruh staf pendidikan, perpustakaan dan tata usaha Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan segala bantuan yang diberikan dari awal pembuatan proposal hingga skripsi ini selesai.
6. Kedua orang tuaku tercinta. Terima kasih atas dukungan, semangat, nasehat dan doa yang telah diberikan sehingga saya bisa menyelesaikan skripsi ini.
7. Saudaraku dek Dian, mas Yono, dek Pur, Rafiq Agus. Terima kasih atas dukungan, semangat dan doanya yang selama ini telah diberikan.
8. Ibu Dr. Andromeda Qomariah, MM, selaku sekretaris Dinas Sosial Provinsi Jawa timur yang telah memberikan ijin dan kesempatan untuk melakukan penelitian.
9. Bapak Drs. Setyo Budi MM, selaku kepala UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia Magetan yang telah memberikan ijin dan kesempatan untuk melakukan penelitian.
10. Staf pegawai di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia Magetan yang telah membantu untuk menyelesaikan penelitian ini.
11. Lansia di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia Magetan yang telah bersedia menjadi responden penelitian.
12. Teman-teman seperjuangan dalam bimbingan Novita, Andi, Dimas, Yuyun, Devi, Jefri, Yaska, Rian. Terima kasih atas saran dan dukungannya semoga kita lulus bersama.
13. Keluarga besar *KTB COMMUNITY* Nanda KW Super, Yance Sing, Mr. Kreb, Kaboul, LenkPet, Popeng, Sarwani, Kamaru. Terima kasih atas dukungannya dan terus jaga kekompakan.
14. Teman-teman di desa Bakir, Buki, Sokley, Cemplon. Terima kasih atas dukungan dan semangatnya.

15. Teman-teman penyemangat Fandi, Prestasi, Riski. Terima kasih atas saran dan masukan yang selama ini diberikan.
16. Semua teman-teman FKp A8 yang telah menjadi bagian keluarga kecilku. Tetap semangat, selalu berusaha menjadi yang terbaik dan tetap kompak.
17. Seluruh pihak yang tidak dapat disebutkan namanya satu persatu, atas bantuan yang diberikan dalam penyelesaian skripsi ini.

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberikan kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan skripsi ini. Penulis sadari bahwa skripsi ini jauh dari sempurna, tetapi kami berharap skripsi ini bermanfaat bagi pembaca dan bagi keperwatan.

Surabaya, 24 Juli 2012

Andik Nur Cahyono
010810659B

ABSTRACT

CORRELATION BETWEEN SPIRITUALITY AND DEPRESSION IN THE ELDERLY IN UPT PSLU MAGETAN

A Cross Sectional Study in UPT PSLU MAGETAN

By: **Andik Nur Cahyono**

Depression is often occurs in elderly at UPT PSLU. Many factors can lead to depression including physical deterioration, loss of one loved, and loss of social role. Spirituality can reduce depression. Spirituality seek to maintain harmony or conformity with the outside world, striving to answer or get the power when it is facing a depression, stress, and illness. This research was aimed to explained the correlation between spirituality with depression in elderly.

This study used cross sectional design by taking the entire population in UPT PSLU Magetan which 30 people. The independent variable in this research was spirituality and the dependent variable is depression. The data were collected by questionnaires and analyzed using the Spearman Rho test with significant level of 0,05.

The result showed that spirituality and depression in UPT PSLU Magetan had significant value $p = 0,000$ and correlation $r = -0,872$, indicates that the correlation between both variable is very strong.

Spirituality can help cope with an issue of depression in elderly. Mental and spiritual development activities are expected to increase spirituality in order to reduce depression in elderly. For example, UPT PSLU improve existing spiritual lecture or religious discourse for elderly to enhance the knowledge religion.

Keywords: spirituality, depression, elderly

DAFTAR ISI

Halaman Judul dan Prasyarat Gelar	i
Lembar Pernyataan.....	ii
Lembar Persetujuan.....	iii
Lembar Penetapan Panitia Penguji.....	iv
Motto	v
Ucapan Terima Kasih.....	vi
<i>Abstract</i>	ix
Daftar Isi.....	x
Daftar Tabel	xii
Daftar Gambar.....	xiii
Daftar Lampiran	xiv
Daftar Arti Lambang, Singkatan dan Istilah	xv

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
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 Manfaat teoritis	5
1.4.2 Manfaat praktis.....	5

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Lansia	7
2.1.1 Definisi lansia.....	7
2.1.2 Batasan usia lansia	7
2.1.3 Teori proses menua	8
2.1.4 Karakteristik lansia.....	12
2.2 Spiritual	13
2.2.1 Definisi spiritual.....	13
2.2.2 Karakteristik spiritual	13
2.2.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi spiritual.....	15
2.2.4 Tingkat spiritualitas.....	17
2.3 Depresi	20
2.3.1 Definisi depresi	20
2.3.2 Penyebab depresi.....	20
2.3.3 Tanda dan gejala depresi	22
2.3.4 Penatalaksanaan depresi	23
2.4 Koping.....	25
2.4.1 Definisi koping.....	25

2.4.2 Sumber koping	25
2.4.3 Mekanisme koping	27
BAB 3 KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN	
3.1 Kerangka Konsep	28
3.2 Hipotesis Penelitian.....	30
BAB 4 METODE PENELITIAN	
4.1 Desain Penelitian.....	31
4.2 Desain Sampling	31
4.2.1 Populasi	31
4.2.2 Sampel	32
4.2.3 Sampling.....	32
4.3 Variabel Penelitian	33
4.3.1 Definisi operasional.....	33
4.4 Instrumen Penelitian.....	36
4.5 Lokasi dan Waktu Pengambilan Data	37
4.6 Prosedur Pengambilan dan Pengumpulan Data	37
4.7 Kerangka Kerja (<i>Frame Work</i>)	39
4.8 Analisis Data	40
4.9 Etik Penelitian (<i>Ethical Clearence</i>).....	41
4.10 Keterbatasan	42
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN	
5.1 Hasil Penelitian	43
5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian.....	43
5.1.2 Data umum	45
5.1.3 Data khusus	47
5.2 Pembahasan.....	49
5.2.1 Spiritualitas lansia di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia Magetan.....	49
5.2.2 Depresi pada lansia di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia Magetan	51
5.1.3 Hubungan spiritualitas dengan depresi pada lansia di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia Magetan	53
BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN	
6.1 Kesimpulan.....	55
6.2 Saran.....	55
DAFTAR PUSTAKA	57
LAMPIRAN	60

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Definisi operasional	34
Tabel 4.2 Pedoman interpretasi koefisien korelasi	41
Tabel 5.1 Hubungan spiritualitas dengan depresi pada lansia di UPT Pelayanan Sosial lanjut Usia Magetan.....	48

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1 Kerangka Konsep	28
Gambar 4.1 Kerangka Kerja	39
Gambar 5.1 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia Magetan Pada Tanggal 6 Juni 2012	45
Gambar 5.2 Distribusi Responden Berdasarkan Usia Di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia Magetan Pada Tanggal 6 Juni 2012	45
Gambar 5.3 Distribusi Responden Berdasarkan Agama Di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia Magetan Pada Tanggal 6 Juni 2012	46
Gambar 5.4 Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir Di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia Magetan Pada Tanggal 6 Juni 2012	46
Gambar 5.5 Identifikasi Spiritualitas Lansia	47
Gambar 5.6 Identifikasi Depresi Lansia	47

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Surat Ijin Penelitian Kepada DINSOS JATIM.....	60
Lampiran 2	Surat Ijin Penelitian Kepada UPT PSLU Magetan.....	61
Lampiran 3	Surat Keterangan Penelitian Dari DINSOS JATIM	62
Lampiran 4	Surat Keterangan Penelitian Dari UPT PSLU Magetan	63
Lampiran 5	Lembar Penjelasan Penelitian.....	64
Lampiran 6	Lembar Persetujuan Menjadi Responden Penelitian	65
Lampiran 7	Lembar Pengisian Data Demografi Responden Penelitian...	66
Lampiran 8	Kuesioner Spiritualitas	67
Lampiran 9	Kuesioner Depresi Geriatri	71
Lampiran 10	Tabulasi Data Umum Dan Khusus	72
Lampiran 11	Tabulasi Data Spiritualitas.....	74
Lampiran 12	Tabulasi Data Depresi	77
Lampiran 13	Hasil Analisis Uji Statistik Frekuensi Data Umum	78
Lampiran 14	Hasil Analisis Uji Statistik Frekuensi Data Khusus	80
Lampiran 15	Tabulasi Silang	81
Lampiran 16	Uji Statistik Korelasi <i>Spearman's Rho</i> Spiritualitas Dan Depresi Pada Lansia	82

ARTI, LAMBANG, SINGKATAN DAN ISTILAH

- UPT : Unit Pelaksana Teknis
PSLU : Pelayanan Sosial Lanjut Usia magetan
WHO : *World Health Organization*
TKL : Terapi Kejang Listrik
SPSS : *Statistic Product and Service Solution*
SD : Sekolah dasar
SMP : Sekolah Menengah Pertama
SMA : Sekolah Menengah Atas

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Spiritualitas sering dijelaskan sebagai pencarian seorang individu untuk menemukan makna dalam hidup (Whelan-Gales, 2009). Dimensi spiritual berupaya untuk mempertahankan keharmonisan atau keselarasan dengan dunia luar, berjuang untuk menjawab atau mendapatkan kekuatan ketika sedang menghadapi depresi, stress emosional, penyakit fisik atau kematian (Hamid, 2000). Stoll (1995 dalam Hamid, 2008) menguraikan bahwa spiritual sebagai konsep dua dimensi yaitu dimensi vertikal adalah hubungan dengan Tuhan atau Yang Maha Tinggi yang menuntun kehidupan seseorang, sedangkan dimensi horizontal adalah hubungan seseorang dengan diri sendiri, dengan orang lain dan dengan lingkungan.

Kebutuhan layanan kesehatan bagi masyarakat makin meningkat. Sebagian masyarakat tersebut adalah kelompok usia lanjut (Dewi, 2007). Masa lanjut usia dimulai ketika seseorang mulai memasuki usia 60 tahun (Saputri & Indrawati, 2011). Berbagai upaya membantu lansia agar bahagia dan sejahtera, mengingat pada masa lansia merupakan tahap kehidupan yang tidak mudah. Pada periode ini individu dihadapkan pada berbagai kendala baik karena kemunduran fisiknya maupun oleh kehilangan peran sosialnya. Kondisi ini menyebabkan lansia cenderung lebih rentan terhadap berbagai problem kejiwaan seperti depresi, kecemasan, gangguan tidur, kepikunan dan sebagainya. Berdasarkan informasi dari kepala UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia Magetan pada tanggal 17 Mei 2012

ada lansia yang tinggal di panti mengalami depresi. Hal ini diperkuat dengan hasil wawancara peneliti dengan 5 orang lansia dan didapatkan data 4 lansia menderita depresi ringan dan 1 lainnya menderita depresi sedang.

Dunia mengalami penuaan dengan cepat. Diperkirakan proporsi penduduk lanjut usia (lansia) yang berusia 60 tahun ke atas menjadi dua kali lipat dari 11% sekitar 650 juta di tahun 2006 menjadi 22% sekitar 2 miliar pada tahun 2050 (Kementrian Kesehatan RI, 2012). Prevalensi depresi pada lansia di dunia berkisar sekitar 8-15%. Laporan dari negara-negara di dunia menyatakan depresi pada lansia adalah 13,5% dengan perbandingan wanita dengan pria 14,1 : 8,6. Adapun prevalensi depresi pada lansia yang menjalani perawatan di RS dan Panti Perawatan sebesar 30-45% (Chaplin dan Prabova Royanti, 1998, dalam Candra, 2009). Jumlah lansia di Indonesia pada tahun 2005 berjumlah 15.814.511 jiwa atau 7,2 % dan diproyeksikan akan bertambah menjadi 28.822.879 jiwa pada tahun 2020 atau sebesar 11,34% (Data Statistik Indonesia, 2010). Survey Kesehatan RI tahun 2001 menyatakan bahwa gangguan mental pada usia 55-64 tahun mencapai 7,9% sedangkan yang berusia diatas 65 tahun mencapai 12,3% (Dianingtyas & Sarah, 2008). Menurut Soejono dan Setiadji (2000), Pada tahun 2020 depresi akan menduduki peringkat teratas penyakit yang dialami lanjut usia di negara berkembang termasuk Indonesia. Di Jawa Timur berdasarkan data BPS tahun 2011 dari jumlah penduduk yang mencapai 37,5 juta jiwa, ternyata 11% nya merupakan warga lansia atau sekitar 4,1 juta jiwa (Dinas Komunikasi dan Informatika Provinsi Jatim, 2011).

Data yang diperoleh dari UPT Pelayanan Sosial lanjut usia Magetan pada tanggal 16 April 2012 terdapat jumlah lansia sebanyak 87 orang. Informasi yang

didapat dari kepala untuk kegiatan ibadah seperti shalat selalu rutin dikerjakan dengan berjamaah dan ada masalah depresi yang yang dialami oleh lansia, tetapi mengenai jumlahnya pihak panti belum mengetahui secara pasti, namun diperkirakan lebih dari 40%.

Tahap memasuki usia tua ini akan dialami oleh semua orang dan tidak mungkin bisa dihindari, tetapi kondisi fisik dan psikologis lansia sangat berbeda dari satu lansia dengan lansia lainnya. Kekuatan tubuh yang mulai berkurang, daya penyesuaian diri, reaksi terhadap lingkungan, daya inisiatif dan daya kreatif yang mulai menurun pada lansia dapat menimbulkan masalah psikologis (Wijayanti, 2007). Banyak ditemukan lansia yang dikirim ke panti karena tidak terurus oleh keluarga, ada lansia yang diasingkan dari kehidupan anak cucunya meskipun hidup dalam lingkungan yang sama, ada lansia yang masih harus bekerja keras meskipun sudah tua, dan masih banyak hal-hal lainnya yang menjadi penyebab (Wijaya, 2010). Panti merupakan salah satu alternatif kepada lanjut usia untuk mendapatkan perawatan dan pelayanan secara memadai, akan tetapi hal ini tidak seratus persen akan diterima oleh lanjut usia secara lapang dada. Umumnya lanjut usia yang berada dalam panti dengan berbagai alasan akan merasa kesepian bila tidak ada kegiatan yang terorganisasi dan jarang dikunjungi oleh keluarga. Perasaan ini terjadi akibat terputusnya atau hilangnya interaksi sosial yang merupakan salah satu faktor pencetus terjadinya depresi pada lansia (Sumirta, 2009). Sikap bersabar dan mencoba menerima kondisi hidup apa adanya merupakan obat penawar yang cukup efektif untuk jangka pendek, akan tetapi sikap sabar tidak dengan sendirinya atau secara otomatis akan menghilangkan perasaan tersebut, sikap sabar tidak lain merupakan mekanisme pertahanan ego

yang dinamakan represi. Pada saat tertentu perasaan tersebut akan muncul dan menimbulkan depresi.

Dampak gangguan depresi pada lanjut usia dapat mempengaruhi faktor fisik, psikologis dan sosial yang saling berinteraksi secara merugikan dan memperburuk kualitas hidup dan produktifitas kerja pada lanjut usia. Faktor fisik yang dimaksud adalah penyakit fisik yang diderita lanjut usia. Faktor psikologis meliputi kondisi sosial ekonomi, sedangkan faktor sosial yang berpengaruh adalah berkurangnya interaksi sosial atau dukungan sosial dan kesepian yang dialami lanjut usia (Kaplan, 1998 dalam Dianingtyas & Sarah, 2008).

Lansia yang mengalami perubahan psikologis membutuhkan suatu perhatian khusus dari tim kesehatan yang ada di Instansi Panti Wreda baik dokter, perawat, psikolog atau petugas kerohanian. Khususnya perawat sebagai anggota tim kesehatan yang memberikan pelayanan penuh dituntut untuk dapat memberikan pelayanan berkualitas sehingga penting bagi perawat mengkaji bukan hanya aspek fisik saja, tetapi juga aspek bio-psiko-sosial-spiritual. Bertolak dari hal tersebut diatas, maka penulis merasa tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul hubungan tingkat spiritualitas dengan depresi pada lansia di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia Magetan.

1.2 Rumusan Masalah

Apakah ada hubungan antara spiritualitas dengan depresi pada lansia di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia Magetan?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Menjelaskan hubungan spiritualitas dengan depresi pada lansia di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia Magetan.

1.3.2 Tujuan khusus

1. Mengidentifikasi spiritualitas lansia di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia Magetan.
2. Mengidentifikasi depresi pada lansia di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia Magetan.
3. Menganalisis hubungan spiritualitas dengan depresi pada lansia di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia Magetan.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat teoritis

Hasil penelitian dapat menjelaskan hubungan antara spiritualitas dengan depresi pada lansia sehingga dapat digunakan sebagai kerangka dalam pengembangan ilmu keperawatan jiwa-gerontik khususnya yang berhubungan dengan spiritualitas dan depresi pada lansia.

1.4.2 Manfaat praktis

1. Perawat

Sebagai sumber informasi bagi perawat untuk mencegah terjadinya depresi dan mengarahkan klien untuk meningkatkan aspek spiritualitas dalam menghadapi masalah kehidupan.

2. Pelayanan kesehatan (panti)

Memberi masukan pada panti tentang aspek spiritualitas dan kesehatan mental lansia sehingga dapat diberikan dan dikembangkan pelayanan yang lebih tepat.

3. Penelitian selanjutnya

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan acuan dan pertimbangan maupun perbandingan bagi penelitian selanjutnya.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Lansia

2.1.1 Definisi lansia

Berdasarkan definisi secara umum, seseorang dikatakan lanjut usia (lansia) apabila usianya 65 tahun ke atas (Setianto, 2004 dalam Efendi & Makhfudli, 2009).

Lansia bukan suatu penyakit, namun merupakan tahap lanjut dari suatu proses kehidupan yang ditandai dengan penurunan kemampuan tubuh untuk beradaptasi dengan stress lingkungan (Pudjiastuti & Utomo, 2002).

Usia lanjut dikatakan sebagai tahap akhir perkembangan pada daur kehidupan manusia (Keliat, 1999 dalam Maryam et al, 2008).

2.1.2 Batasan usia lansia

Berikut ini adalah batasan-batasan umur yang mencakup batasan umur lansia dari pendapat berbagai ahli (Nugroho, 2000 dalam Efendi & Makhfudli, 2009).

1. Menurut Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1998 dalam Bab 1 Pasal 1 Ayat 2 yang berbunyi "Lanjut usia adalah seseorang yang mencapai usia 60 (enam puluh) tahun ke atas".
2. Menurut *World Health Organization* (WHO)
 - 1) Usia pertengahan (*middle age*) : 45-59 tahun
 - 2) Lanjut usia (*elderly*) : 60-74 tahun
 - 3) Lanjut usia tua (*old*) : 75-90 tahun

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

3. Menurut Setyonegoro dalam Efendi & Makhfudli (2009)

1) Masa dewasa muda (*elderly adulthood*) : 18 atau 20-25 tahun

2) Masa dewasa penuh atau maturitas (*middle years*) : 25-60 atau 65 tahun

3) Masa lanjut usia (*geriatric age*) : > 65 atau 75 tahun

Masa lanjut usia (*geriatric age*) itu sendiri dibagi lagi menjadi 3 batasan umur, yaitu *young old* (70-75 tahun), *old* (75-80 tahun), *very old* (> 80 tahun).

2.1.3 Teori proses menua

Secara umum, teori penuaan dibagi menjadi dua kelompok besar, yaitu teori genetik dan teori non-genetik.

1. Teori genetik

Teori genetik memfokuskan mekanisme penuaan yang terjadi pada nukleus sel. Penjelasan teori yang berdasarkan genetik di antaranya yang berikut.

1) Teori Hayflick

Menurut studi Hayflick dan Moorehead (1961 dalam Pudjiastuti & Utomo, 2002) penuaan disebabkan oleh berbagai faktor, antara lain perubahan fungsi sel, efek kumulatif dari tidak normalnya sel, dan kemunduran sel dalam organ dan jaringan.

2) Teori kesalahan

Dalam teori ini dinyatakan bahwa kesalahan dalam proses atau mekanisme pembuatan protein akan mengakibatkan beberapa efek. Penurunan ketepatan sintesis protein secara spesifik telah

dihipotesiskan penyebabnya, yaitu ketidaktepatan dalam penyiapan pasangan kodon mRNA dan antikodon tRNA. Namun, penelitian terakhir ternyata bertentangan dengan teori kesalahan, yang menerangkan bahwa tidak semua penuaan sel menghimpun molekul non-spesifik dan penuaan itu tidak selamanya dipercepat ketika molekul non-spesifik ditemukan.

3) Teori DNA lewah (kelebihan DNA)

Medvedev (1972 dalam Pudjiastuti & Utomo, 2002) mengemukakan teori yang berhubungan dengan teori kesalahan. Ia percaya bahwa perubahan usia biologis merupakan hasil akumulasi kesalahan dalam memfungsikan gen (plasma pembawa sifat). Perbedaan usia makhluk hidup mungkin merupakan suatu fungsi dari tingkat urutan genetik berulang (*repeated genetic sequences*). Jika kesalahan muncul dalam urutan genetik tidak berulang (*nonrepeated genetic sequences*) kesempatan untuk menjaga hasil akhir produksi gen selama evolusi atau selama hidup akan berkurang.

4) Teori rekaman

Rekaman (*transcription*) adalah tahap awal dalam pemindahan informasi dari DNA ke sintesis protein. Teori yang mengacu pada teori *Hayflick* itu menyatakan empat kondisi berikut.

- (1) Dengan peningkatan usia terjadi perubahan yang sifatnya merusak *metabolisme posmitotic cells* yang berbeda.

- (2) Perubahan merupakan basil dari kejadian primer yang terjadi pada inti kromatin.
- (3) Perubahan itu terjadi dalam inti kromatin kompleks, merupakan suatu mekanisme kontrol yang bertanggung jawab terhadap penampilan dan urutan penuaan primer.
- (4) Mekanisme kontrol itu meliputi regulasi transkripsi meskipun regulasi lain dapat terjadi.

2. Teori non-genetik

Teori non-genetik memfokuskan lokasi di luar nukleus sel, seperti organ, jaringan dan sistem. Teori yang berdasarkan non-genetik antara lain sebagai berikut.

1) Teori radikal bebas

Pada dasarnya radikal bebas adalah ion bermuatan listrik yang berada di luar orbit dan berisi ion tak berpasangan. Radikal bebas mampu merusak membran sel, lisosom, mitokondria, dan inti membran melalui reaksi kimia yang disebut peroksidasi lemak. Kerusakan membran dan *crosslinkage* biomolekul merupakan hasil rangkaian reaksi radikal bebas. Hasil reaksi radikal bebas adalah turunnya penyatuan sel karena turunnya aktivitas enzim, kesalahan metabolisme asam nukleat, kerusakan fungsi membran, dan penumpukan lipofusin pada lisosom. Penumpukan lipofusin tidak tampak sebagai titik-titik kehitaman pada tangan seseorang, tetapi tampak secara mikroskopis pada saraf dan otot. Mengetahui jumlah penumpukan lipofusin adalah cara yang paling baik untuk melihat

perubahan kronologis usia dan mungkin menjadi salah satu cara untuk melihat kenyataan penuaan pada mamalia. Penumpukan lipofusin merupakan contoh perubahan degeneratif. Apabila terjadi pada jaringan, penumpukan akan menghambat suplai oksigen dan nutrisi ke sekeliling jaringan, menyebabkan degenerasi, dan kemungkinan kematian jaringan.

2) Teori autoimun

Menurut teori autoimun, penuaan diakibatkan oleh antibodi yang bereaksi terhadap sel normal dan merusaknya. Reaksi itu terjadi karena tubuh gagal mengenal sel normal dan memproduksi antibodi yang salah. Akibatnya, antibodi itu bereaksi terhadap sel normal, disamping sel abnormal yang menstimulasi pembentukannya. Teori ini mendapat dukungan dari kenyataan bahwa jumlah antibodi autoimun meningkat pada lansia dan terdapat persamaan antara penyakit imun (misalnya artritis reumatoid, diabetes, tiroiditis, dan amiloidosis) dan fenomena menua.

3) Teori hormonal

Denckle percaya bahwa pusat penuaan terletak pada otak. Pernyataan ini didasarkan pada studi hipotiroidisme. Hipotiroidisme dapat menjadi fatal apabila tidak diobati dengan tiroksin, sebab seluruh manifestasi dari penuaan akan tampak, seperti penurunan sistem kekebalan, kulit keriput, uban, dan penurunan proses metabolisme secara perlahan.

4) Teori pembatasan energi

Walford (1986, dalam Pudjiastuti & Utomo, 2002) adalah penganut kuat diet yang didasarkan pada pembatasan kalori yang dikenal sebagai pembatasan energi. Diet nutrisi tinggi yang rendah kalori berguna untuk meningkatkan fungsi tubuh agar tidak cepat tua. Program pembatasan energi bertujuan untuk mengurangi berat badan secara bertahap dalam beberapa tahun sampai efisiensi metabolisme tercapai untuk hidup sehat dan panjang usia. Tinggi rendahnya diet mempengaruhi perkembangan umur dan adanya penyakit. Termasuk dalam program diet adalah pantangan merokok, minum alkohol, dan mengendalikan penyebab stres seperti kecemasan, frustrasi, atau stres yang disebabkan oleh kerja keras.

2.1.4 Karakteristik lansia

Menurut Keliat (1999 dalam Maryam *et al*, 2008) lansia memiliki karakteristik sebagai berikut:

1. Berusia lebih dari 60 tahun.
2. Kebutuhan dan masalah yang bervariasi dari rentang sehat sampai sakit, dari kebutuhan biopsikososial spiritual, serta dari kondisi adaptif hingga kondisi maladaptif.
3. Lingkungan tempat tinggal yang bervariasi.

2.2 Spiritual

2.2.1 Definisi spiritual

Spiritual adalah kebutuhan dasar dan pencapaian tertinggi seorang manusia dalam kehidupannya tanpa memandang suku atau asal-usul. Kebutuhan dasar tersebut meliputi: kebutuhan fisiologis, keamanan dan keselamatan, cinta kasih, dihargai dan aktualitas diri. Aktualitas diri merupakan sebuah tahapan spiritual seseorang, dimana berlimpah dengan kreativitas, intuisi, keceriaan, suka cita, kasih sayang, kedamaian, toleransi, kerendahatian serta memiliki tujuan hidup yang jelas (Maslow, 1970 dalam Prijosaksono & Erningpraja, 2003).

Spiritual adalah keyakinan dalam hubungannya dengan Yang Maha Kuasa dan Maha Pencipta (Hamid, 2008).

Spiritual adalah semangat atau dorongan yang keluar dari dalam diri untuk melakukan hal yang mulia (El-Ma' rufie, 2010).

2.2.2 Karakteristik spiritual

Terdapat karakteristik spiritual yang meliputi:

1. Hubungan dengan diri sendiri
 - 1) Pengetahuan diri (siapa dirinya, apa yang dapat dilakukannya).
 - 2) Sikap (percaya pada diri sendiri, percaya pada kehidupan/ masa depan, ketenangan pikiran, harmoni/ keselarasan dengan diri sendiri)
2. Hubungan dengan orang lain
 - 1) Berbagi waktu, pengetahuan, dan sumber secara timbal balik.
 - 2) Mengasuh anak, orang tua, dan orang sakit.
 - 3) Meyakini kehidupan dan kematian (mengunjungi, melayat, dan lain-lain).

Bila tidak harmonis:

- (1) Konflik dengan orang lain.
 - (2) Resolusi yang menimbulkan ketidakharmonisan dan friksi.
3. Hubungan dengan alam
- 1) Mengetahui tentang tanaman, pohon, margasatwa, dan iklim.
 - 2) Berkomunikasi dengan alam (bertanam dan berjalan kaki), mengabadikan dan melindungi alam.
4. Hubungan dengan Tuhan
- 1) Sembahyang/berdoa/meditasi.
 - 2) Perlengkapan keagamaan.
 - 3) Bersatu dengan alam.

Secara ringkas, dapat dinyatakan bahwa seseorang terpenuhi kebutuhan spiritualnya jika mampu:

1. Merumuskan arti personal yang positif tentang tujuan keberadaannya di dunia/kehidupan.
2. Mengembangkan arti penderitaan dan meyakini hikmah dari suatu kejadian atau penderitaan.
3. Menjalin hubungan positif dan dinamis melalui keyakinan, rasa percaya, dan cinta.
4. Membina integritas personal dan merasa diri berharga.
5. Merasakan kehidupan yang terarah terlihat melalui harapan.
6. Mengembangkan hubungan antar-manusia yang positif.

2.2.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi spiritual

Menurut Taylor *et al* (1997) dalam Hamid (2008), faktor penting yang dapat mempengaruhi spiritual seseorang adalah:

1. Tahap perkembangan

Spiritual berhubungan dengan kekuasaan non material, seseorang harus memiliki beberapa kemampuan berfikir abstrak sebelum mulai mengerti spiritual dan menggali suatu hubungan dengan Yang Maha Kuasa. Hal ini bukan berarti bahwa spiritual tidak memiliki makna bagi seseorang.

2. Peranan keluarga penting dalam perkembangan spiritual individu

Tidak begitu banyak yang diajarkan keluarga tentang Tuhan dan agama, tapi individu belajar tentang Tuhan, kehidupan dan diri sendiri dari tingkah laku keluarganya. Oleh karena itu keluarga merupakan lingkungan terdekat dan dunia pertama dimana individu mempunyai pandangan, pengalaman terhadap dunia yang diwarnai oleh pengalaman dengan keluarganya.

3. Latar belakang etnik dan budaya

Sikap, keyakinan dan nilai dipengaruhi oleh latar belakang etnik dan sosial budaya. Pada umumnya seseorang akan mengikuti tradisi agama dan spiritual keluarga. Anak belajar pentingnya menjalankan kegiatan agama, termasuk nilai moral dari hubungan keluarga dan peran serta dalam berbagai bentuk kegiatan keagamaan.

4. Pengalaman hidup sebelumnya

Pengalaman hidup baik yang positif maupun negatif dapat mempengaruhi spiritual seseorang dan sebaliknya juga dipengaruhi oleh bagaimana

seseorang mengartikan secara spiritual pengalaman tersebut. Peristiwa dalam kehidupan seseorang dianggap sebagai suatu cobaan yang diberikan Tuhan kepada manusia menguji imannya.

5. Krisis dan perubahan

Krisis dan perubahan dapat menguatkan kedalam spiritual seseorang. Krisis sering dialami ketika seseorang menghadapi penyakit, penderitaan, proses penuaan, kehilangan dan bahkan kematian, khususnya pada pasien dengan penyakit terminal atau dengan prognosis yang buruk. Perubahan dalam kehidupan dan krisis yang dihadapi tersebut merupakan pengalaman spiritual yang bersifat fiskal dan emosional.

6. Terpisah dari ikatan spiritual

Menderita sakit terutama yang bersifat akut, sering kali membuat individu merasa terisolasi dan kehilangan kebebasan pribadi dan sistem dukungan sosial. Kebiasaan hidup sehari-hari juga berubah, antara lain tidak dapat menghadiri acara resmi, mengikuti kegiatan keagamaan atau tidak dapat berkumpul dengan keluarga atau teman dekat yang bisa memberikan dukungan setiap saat diinginkan.

7. Isu moral terkait dengan terapi

Pada kebanyakan agama, proses penyembuhan dianggap sebagai cara Tuhan untuk menunjukkan kebesaran-Nya, walaupun ada juga agama yang menolak intervensi pengobatan.

8. Asuhan keperawatan yang kurang sesuai

Ketika memberikan asuhan keperawatan kepada klien, perawat diharapkan peka terhadap kebutuhan spiritual klien, tetapi dengan berbagai alasan ada

kemungkinan perawat justru menghindar untuk memberi asuhan keperawatan spiritual. Alasan tersebut, antara lain karena perawat merasa kurang nyaman dengan kehidupan spiritualnya, kurang menganggap penting kebutuhan spiritual, tidak mendapatkan pendidikan tentang aspek spiritualitas dalam keperawatan, atau merasa bahwa pemenuhan kebutuhan spiritual klien bukan menjadi tugasnya, tetapi tanggung jawab pemuka agama.

2.2.4 Tingkat spiritualitas

Tingkat spiritualitas adalah tingkat dominasi ruh (*soul*) dan jati diri (*self*) dalam kehidupan sehari-hari (Pindha, 2010).

Menurut Hasan (2006 dalam Rani, 2011) ada tujuh tingkat spiritualitas manusia dari yang bersifat egoistik sampai yang suci secara spiritual. Mereka yang mencari jalannya harus menyadari karakter dan perilaku dirinya secara jujur sebelum naik pada tingkat yang paling tinggi. Ia juga harus tahu tentang karakteristik masing-masing tingkatan, khususnya ia tahu berada pada tingkatan dimana. Tingkatan tersebut yaitu:

1. *Nafs ammarah*

Orang yang berada pada tahap ini adalah orang yang nafsunya didominasi godaan yang mengajak ke arah kejahatan. Pada tahap ini orang tidak dapat mengontrol kepentingan dirinya dan tidak memiliki moralitas atau perasaan kasih. Dendam, kemarahan, ketamakan, gairah seksual, dan iri hati merupakan contoh sifat-sifat yang muncul pada tahap ini. Pada tahap ini kesadaran dan akal manusia dikalahkan oleh keinginan hawa nafsu.

2. *Nafs lawwamah*

Pada tahap ini, manusia mulai memiliki kesadaran terhadap perilakunya, ia dapat membedakan yang baik dan benar, dan menyesali kesalahan-kesalahannya. Namun ia belum memiliki kemampuan untuk mengubah gaya hidupnya dengan cara yang signifikan. Mereka membutuhkan obat yang lebih kuat. Sebagai langkah awal, ia mencoba mengikuti kewajiban yang diberikan agamanya, seperti sholat, berpuasa, membayar zakat dan mencoba berperilaku baik. Nafsu manusia selalu mengajak hal-hal yang jahat dan juga hal yang keji. Pada tahap ini, terdapat tiga hal yang dapat menjadi bahaya yaitu kemunafikan, kesombongan dan kemarahan. Mereka juga tidak bebas dari godaan yang akan menyertainya setiap kali beraktifitas.

3. *Nafs mulhiman (the inspired self)*

Pada tahap ini orang mulai merasakan ketulusan dari ibadahnya. Ia benar-benar termotivasi pada cinta kasih, pengabdian dan nilai-nilai moral. Meskipun demikian seseorang belum terbebas dari keinginan dan ego pada tahap ini. Perilaku yang umum pada tahap ini adalah kelembutan, kasih sayang, kreativitas dan tindakan moral. Secara keseluruhan, orang yang berada pada tahap ini memiliki emosi yang matang, menghargai dan dihargai orang.

4. *Nafs muthma'innah*

Pada tahap ini orang merasakan kedamaian. Pergolakan pada tahap awal telah lewat. Kebutuhan dan ikatan lama tidak dibutuhkan. Kepentingan diri mulai lenyap, membuat seseorang lebih dekat dengan Tuhannya dan dapat

dikatakan bahwa seseorang telah mencapai tingkat jiwa yang tenang. Dari segi perkembangan, tahap ini menandai periode transisi. Seseorang mulai dapat melepaskan semua belenggu diri sebelumnya dan mulai melakukan integrasi kembali semua aspek universal kehidupan.

Ia menemukan kedamaian, kebahagiaan, kegembiraan dalam Tuhannya. Ia seperti diberi surga di atas dunia. Setiap kata-katanya yang diucapkan bersumber pada AlQur'an dan Hadis atau kata-kata suci lainnya. Ibadah dan pengabdianya berbuah pada perkembangan spiritualnya.

5. *Nafs radhiyah*

Pada tahap ini seseorang tidak hanya tenang dengan dirinya, namun juga tetap bahagia dalam keadaan sulit, musibah atau cobaan dalam kehidupannya. Ia menyadari segala kesulitan datang dari Allah untuk memperkuat imannya. Keadaan bahagia tidak bersifat hedonistik atau materialistik, dan sangat berbeda dengan hal yang biasa dialami oleh orang-orang yang berorientasi pada hal yang bersifat duniawi. Perilaku seseorang telah sampai pada tingkat mencintai dan bersyukur kepada Allah, ia telah mencapai tahap perkembangan spiritual ini. Namun sedikit yang dapat mencapai tahap ini.

6. *Nafs mardhiyah*

Pada tahap ini seseorang melihat segala kejadian adalah atas tindakan Allah yang sempurna yang mencintai mereka setiap situasi. Ia berada dalam tahta spiritual, dimana dunia luar ada untuk melayaninya. Ketakwaan, kepasrahan, kesabaran, kesyukuran, dan kecintaan kepada

Allah demikian sempurna, sehingga Allah menanggapi dengan cepat ketika hamba-Nya kembali kepada-Nya .

7. *Nafs safiyah*

Mereka yang telah mencapai tahap akhir telah mengalami transedensi diri yang seutuhnya. Tidak ada nafas yang tersisa hanya penyatuan dengan Allah. Pada tahap ini seseorang telah menyadari kebenaran sejati, “Tidak Ada Tuhan Selain Allah”, dan hanya keillahian yang ada serta setiap indra manusia atau keterpisahan adalah ilusi.

2.3 Depresi

2.3.1 Definisi depresi

Depresi adalah gangguan *mood* yang ditandai penurunan *mood* yang meresap disertai dengan gejala psikososial dan biologis (Dear *et al*, 2004)

Menurut Swartz (1995) depresi adalah reaksi psikologis terhadap hilangnya kesehatan, orang yang dicintai, atau rasa harga diri seseorang.

Depresi adalah adanya gangguan suasana perasaan, kehilangan minat, menurunnya kegiatan, pesimisme menghadapi masa yang akan datang. Pada kasus patologi, depresi merupakan ketidakmampuan ekstrim untuk bereaksi terhadap rangsang, disertai menurunnya nilai dari delusi, tidak mampu dan putus asa (Maslim, 2001).

2.3.2 Penyebab depresi

Menurut Songo (2007) ada 2 penyebab depresi:

1. Depresi yang datang dari dalam lingkungan, seperti orang yang kehilangan orang yang dicintainya.

2. Depresi yang timbul dari dalam, hal ini lebih sering terjadi pada perempuan yang akan berhenti haidnya.

Menurut Hogstel (1995 dalam Anggraini, 2011), depresi dapat disebabkan oleh 2 faktor yaitu teori psikososial dan biokimia.

1. Teori psikososial

Teori ini berfokus pada kehidupan mental seseorang, hubungan dengan orang lain dan kejadian dalam hidup dapat memicu terjadinya depresi. Teori ini mencakup psikoanalisis, (*environmental*) hubungan dengan lingkungan, psikodinamik, dan penjelasan kognitif untuk tingkat depresi.

- 1) Psikoanalisis

Respon seseorang dalam kehilangan, kemarahan, perlawanan dalam diri, serta penurunan kejiwaan seseorang.

- 2) *Environmental*

Hubungan dengan stressor (konflik, kehilangan yang mendalam, penyerangan terhadap harga diri), keadekuatan sistem pendukung, dan karakteristik ekspresi depresif.

- 3) Psikodinamik

Perkembangan diri/personal selama hidup dan trauma masa lalu.

- 4) Kognitif

Berupa penguatan/kebiasaan negatif terhadap diri sendiri, orang lain, dan masa depan.

2. Teori biokimia

Teori ini dibagi 2 yaitu genetik dan neuroendokrin.

- 1) Genetik merupakan faktor bawaan/keturunan sebagai penyebab depresi.
- 2) Neuroendokrin, ketidakseimbangan neuro di otak dikaitkan sebagai penyebab depresi. Penurunan dari dopamine, norepinefrin, serotonin dan asetilkolin serta meningkatnya konsentrasi monomin oksidase otak akibat proses penuaan mengakibatkan terjadinya depresi pada lansia.

2.3.3 Tanda dan gejala depresi

Menurut Frank J. Bruno (1997 dalam Syamsuddin, 2006) mengemukakan bahwa ada beberapa tanda dan gejala depresi, yakni:

1. Secara umum tidak pernah merasa senang dalam hidup ini. Tantangan yang ada, proyek, hobi, atau rekreasi tidak memberikan kesenangan.
2. Distorsi dalam perilaku makan. Orang yang mengalami depresi tingkat sedang cenderung untuk makan secara berlebihan, namun berbeda jika kondisinya telah parah seseorang cenderung akan kehilangan gairah makan.
3. Gangguan tidur. Tergantung pada tiap orang dan berbagai macam faktor penentu, sebagian orang mengalami depresi sulit tidur. Tetapi dilain pihak banyak orang mengalami depresi justru terlalu banyak tidur.
4. Gangguan dalam aktivitas normal seseorang. Seseorang yang mengalami depresi mungkin akan mencoba melakukan lebih dari kemampuannya dalam setiap usaha untuk mengkomunikasikan idenya.
5. Kurang energi. Orang yang mengalami depresi cenderung untuk mengatakan atau merasa saya selalu merasa lelah atau saya capai. Ada

anggapan bahwa gejala itu disebabkan oleh faktor-faktor emosional bukan faktor biologis.

6. Keyakinan bahwa seseorang mempunyai hidup yang tidak berguna, tidak efektif, orang itu tidak mempunyai rasa percaya diri. Pemikiran seperti saya menyalakan hidup saya atau saya tidak bisa mencapai banyak kemajuan.
7. Kapasitas menurun untuk bisa berpikir dengan jernih dan untuk memecahkan masalah secara efektif. Orang yang mengalami depresi merasa kesulitan untuk memfokuskan perhatiannya pada sebuah masalah untuk jangka waktu tertentu. Keluhan umum yang sering terjadi adalah saya tidak bisa berkonsentrasi.
8. Perilaku merusak diri tidak langsung. contohnya: penyalahgunaan alkohol/narkoba, nikotin, dan obat-obat lainnya. Makan berlebihan, terutama kalau seseorang mempunyai masalah kesehatan seperti misalnya menjadi gemuk, diabetes bisa juga diidentifikasi sebagai salah satu jenis perilaku merusak diri sendiri secara tidak langsung.
9. Mempunyai pemikiran ingin bunuh diri.

2.3.4 Penatalaksanaan depresi

Penatalaksanaan pada seseorang yang mengalami depresi menurut Amir (2005) dibagi menjadi 2:

1. Psikoterapi

Terapi yang digunakan untuk menghilangkan keluhan dan mencegah kambuhnya gangguan psikologik atau pola perilaku maladaptif. Psikoterapi dapat diberikan secara individu, kelompok atau pasangan sesuai dengan

gangguan psikologik yang mendasarinya. Beberapa hal yang dapat menjadi pertimbangan untuk pemilihan jenis psikoterapi yang diindikasikan. Beberapa pasien dan klinisi sangat meyakini manfaat intervensi psikoterapi tetapi ada pula yang sebaliknya yaitu tidak percaya dengan psikoterapi. Berdasarkan ini, keputusan untuk melakukan psikoterapi sangat dipengaruhi oleh penilaian dokter maupun pasiennya.

2. Terapi biologik

Sebagian besar penderita membutuhkan antidepresan (70%-80% pasien berespon terhadap antidepresan) walaupun yang mempresipitasi terjadinya depresi jelas terlihat atau dapat diidentifikasi. Bila tak berhasil, pertimbangkan antidepresan trisiklik. Setelah sembuh dari episode depresi pertama, obat dipertahankan untuk beberapa bulan, kemudian diturunkan. Beberapa pasien membutuhkan obat pemeliharaan untuk periode jangka panjang. Antidepresan saja (tunggal) tidak dapat mengobati depresi. Terapi Kejang Listrik (TKL) mungkin terapi pilihan bila:

- 1) Obat tak berhasil.
- 2) Kondisi pasien menuntut remisi segera (misalnya pasien ingin bunuh diri).
- 3) Pada beberapa depresi psikotik.
- 4) Pasien yang tidak dapat mentoleransi obat (misal; pasien tua yang mempunyai penyakit jantung). Lebih dari 90% pasien memberikan respon.

2.4 Koping

2.4.1 Definisi koping

Koping adalah usaha untuk menguasai suatu situasi yang dianggap berbahaya, mengancam, menimbulkan konflik atau menantang (Christensen & Kenney, 1996).

Koping adalah tahapan khusus dari reaksi individu terhadap stressor khususnya, suatu reaksi terhadap stressor yang menghapus, mengurangi, atau menggantikan status emosi yang diklasifikasikan sebagai penuh stress (Wong, 2001).

Koping adalah usaha kognitif dan tingkah laku yang digunakan untuk mengatur kebutuhan internal/eksternal yang spesifik (Brink & Wood, 1995).

2.4.2 Sumber koping

Sumber koping, pilihan, atau strategi membantu untuk menetapkan apa yang dapat dilakukan sebagaimana yang telah ditetapkan. Lazarus (1985 dalam Rasmun, 2001), mengidentifikasi lima sumber koping yang dapat membantu individu beradaptasi dengan stressor yaitu ekonomi, keterampilan dan kemampuan, teknik pertahanan, dukungan sosial dan motivasi.

Kemampuan menyelesaikan masalah termasuk kemampuan untuk mencari informasi, identifikasi masalah, mempertimbangkan alternatif dan melaksanakan rencana. *Social skill* memudahkan penyelesaian masalah termasuk orang lain, meningkatkan kemungkinan memperoleh kerjasama dan dukungan dari orang lain. aset materi mengacu pada keuangan, pada kenyataannya sumber keuangan meningkatkan pilihan koping seseorang dalam banyak situasi stres. Pengetahuan dan intelegensi adalah sumber koping yang lainnya yang memberikan individu

melihat cara lain untuk mengatasi stress maupun depresi. Sumber koping juga termasuk untuk kekuatan identitas ego, komitmen untuk jaringan sosial, stabilitas kultural suatu sistem yang stabil dari nilai dan keyakinan orientasi pencegahan kesehatan dan genetik atau kekuatan konstitusional (Stuart, 2007).

1. Kemampuan personal

Kemampuan personal yang dimaksud adalah aktifitas di luar rumah, pendidikan atau training, hobi, seni, kesehatan, pekerjaan atau posisi, intelegensi, imajinasi, kreatifitas, dan hubungan interpersonal.

2. Dukungan sosial

Dukungan sosial termasuk keluarga, baik keluarga inti maupun keluarga besar, jaringan dukungan sosial dan organisasi sekunder yang disediakan oleh lingkungan sosial yang lebih luas.

3. Aset materi

Dukungan ini meliputi sumber daya berupa uang, barang-barang atau layanan yang dapat dibeli.

4. Keyakinan atau spiritual positif

Keyakinan atau spiritual menjadi sumber daya psikologis yang sangat penting, seperti keyakinan atau pasrah kepada Yang Maha Kuasa akan nasib (*external locus control*) yang mengarahkan individu pada penilaian ketidakberdayaan (*helplessness*) yang akan menurunkan kemampuan strategi koping tipe *problem solving focused coping*.

2.4.3 Mekanisme koping

Mekanisme koping merupakan cara yang dilakukan individu dalam menyelesaikan masalah, menyesuaikan diri dengan perubahan serta respon terhadap dalam situasi yang mengancam (Keliat, 1999 dalam Nasir & Muhith, 2011). Mekanisme koping berdasarkan penggolongan dibagi menjadi 2 (Stuart & Sudden, 1995 dalam Nasir & Muhith, 2011):

1. Mekanisme koping adaptif

Mekanisme koping yang mendukung fungsi integrasi, pertumbuhan, belajar, dan mencapai tujuan. Kategorinya adalah berbicara dengan orang lain, memecahkan masalah secara efektif dan aktifitas konstruktif.

2. Mekanisme koping maladaptif

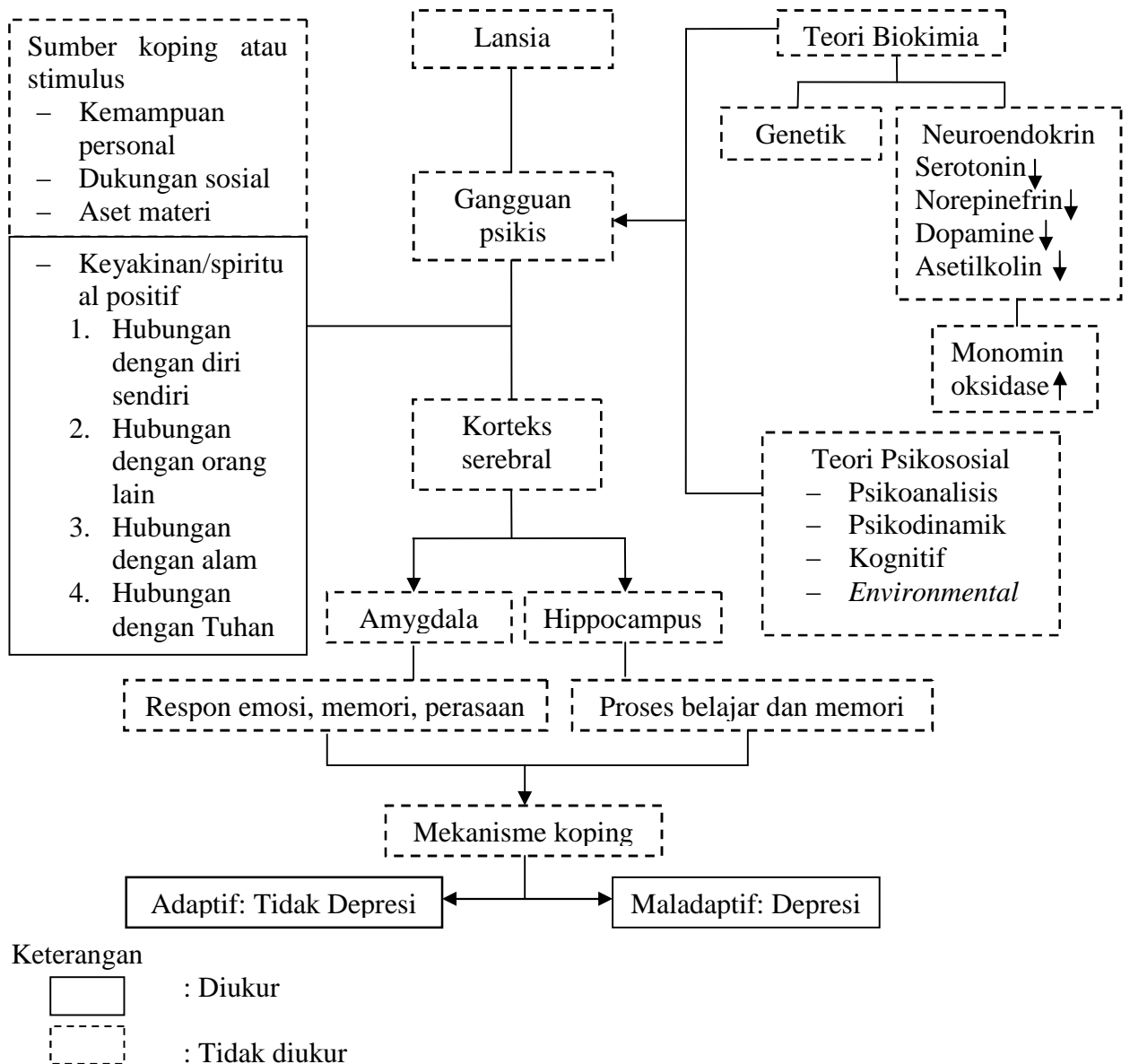
Mekanisme koping yang menghambat fungsi integrasi, menghambat pertumbuhan dan menurunkan otonomi.

Menurut Putra (2005), amygdala dan hippocampus sangat berperan terhadap mekanisme koping seseorang. Amygdala dan hippocampus merupakan bagian dari sistem limbik berfungsi sebagai penghubung fungsi kognitif dan respon emosi. Amygdala berhubungan dengan respon emosi sedangkan hippocampus berhubungan dengan proses belajar dan memori. Ketika stimulus diterima dan masuk ke dalam otak kemudian pesan tersebut dihantarkan ke amygdala dan hippocampus melalui korteks cerebri terjadi proses berpikir dan emosi. Selanjutnya otak akan mengintegrasikan informasi dan mengatur tingkah laku dan menetapkan mekanisme koping adaptif dan maladaptif.

BAB 3

KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep



Gambar 3.1 Kerangka konseptual hubungan spiritualitas dengan depresi pada lansia di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia Magetan

Masa lanjut usia dimulai ketika seseorang mulai memasuki usia 60 tahun (Saputri & Indrawati, 2011). Pada periode ini individu dihadapkan pada berbagai kendala baik karena kemunduran fisiknya maupun oleh kehilangan peran sosialnya. Kondisi ini menyebabkan lansia cenderung lebih rentan terhadap berbagai problem kejiwaan seperti depresi. Menurut teori Hogstel (1995 dalam Anggraini, 2011) penyebab depresi dibagi menjadi 2 teori yaitu teori psikososial yang meliputi psikoanalisis, psikodinamik, kognitif dan *environmental*. Kedua adalah teori biokimia yang meliputi genetik dan endokrinologi. Dari sini dapat dijelaskan bahwa lansia mengalami penurunan serotonin, norepineprin, dopamine dan astilkolin sehingga dapat meningkatkan monomin oksidase. Hal ini mengakibatkan munculnya gangguan psikis seperti stres, mudah tersinggung, cemas, dan depresi. Untuk mengendalikan gangguan psikis tersebut lansia memerlukan sumber koping atau stimulus diantaranya kemampuan personal, dukungan sosial, aset materi dan keyakinan atau spiritual positif yang terdiri dari hubungan dengan diri sendiri, orang lain, alam dan dengan Tuhan. Menurut Putra (2005), respon lansia terhadap stimulus spiritual diterima oleh koteles serebral dan dihantarkan ke amygdala serta hippocampus untuk menjalani proses berpikir dan respon emosi. Setelah melaluinya maka secara bersamaan amygdala dan hippocampus menghasilkan suatu mekanisme koping yaitu mekanisme koping adaptif (tidak terjadi depresi) dan maladaptif (terjadi depresi).

3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis yang ditetapkan pada penelitian ini adalah:

H1: Ada hubungan antara spiritualitas dengan depresi pada lansia di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia Magetan.

BAB 4

METODE PENELITIAN

Metode penelitian merupakan cara untuk menjawab suatu permasalahan dengan menggunakan metode ilmiah. Pada bab ini akan dibahas mengenai: desain penelitian, desain sampling, identifikasi variabel dan definisi operasional, lokasi dan waktu penelitian, prosedur pengambilan dan pengumpulan data, analisa data, kerangka kerja, etik penelitian, keterbatasan.

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian ini adalah *Cross Sectional*, yaitu jenis penelitian yang menekankan pada waktu pengukuran/observasi data variabel independen dan dependen hanya satu kali, pada satu saat. Pada jenis ini variabel independen dan dependen dinilai secara simultan pada suatu saat, jadi tidak ada tindak lanjut. Dengan studi ini akan diperoleh prevalensi atau efek suatu fenomena (variabel dependen) dihubungkan dengan penyebab (variabel independen) (Nursalam, 2008).

4.2 Desain Sampling

4.2.1 Populasi

Populasi adalah subjek (misalnya manusia; klien) yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2008). Populasi dalam penelitian ini adalah lansia di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia Magetan sebanyak 87 lansia.

4.2.2 Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi yang dapat dipergunakan sebagai subjek penelitian melalui sampling (Nursalam, 2008). Sampel yang diambil pada penelitian ini adalah lansia di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia Magetan sebanyak 30 lansia.

Untuk mengurangi bias hasil penelitian, ditentukan kriteria inklusi dan eksklusi dari sampel. Sampel yang diambil dalam penelitian ini adalah sampel yang memenuhi kriteria inklusi, kriteria ini akan ditentukan kemudian. Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subyek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau dan diteliti. Sedangkan kriteria eksklusi adalah menghilangkan/mengeluarkan subjek yang memenuhi kriteria (Nursalam, 2008).

Kriteria inklusi:

1. Lansia berusia 60-74 tahun (WHO)
2. Lansia dapat membaca atau menulis

Kriteria eksklusi:

1. Lansia sakit (diketahui dan tidak diijinkan oleh pihak panti)
2. Lansia menderita gangguan kognitif

4.2.3 Sampling

Penelitian ini menggunakan teknik *quota sampling* yaitu pengambilan sampel secara kuota dilakukan dengan cara menetapkan sejumlah anggota sampel secara *quotum* atau jatah (Notoatmodjo, 2005). Besar sampel pada penelitian adalah 30 orang lansia.

4.3 Variabel Penelitian

Variabel adalah perilaku atau karakteristik yang memberikan nilai beda terhadap sesuatu (benda, manusia, dan lain-lain) (Soeparto dkk, 2000 dalam Nursalam, 2008). Penelitian ini menggunakan 2 variabel yaitu variabel independen (spiritualitas) dan variabel dependen (depresi).

4.3.1 Definisi operasional

Definisi operasional adalah definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari sesuatu yang didefinisikan tersebut sehingga memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena (Nursalam, 2008).

Tabel 4.1 Definisi operasional hubungan spiritualitas dengan depresi pada lansia di UPT Pelayanan Sosial lanjut Usia Magetan

Variabel	Definisi operasional	Parameter	Alat ukur	Skala	Skor
Variabel independen: Spiritualitas	Esensi keberadaan individu dan keyakinannya tentang makna dan tujuan hidup serta semangat yang dimiliki seseorang untuk melakukan hal yang mulia.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hubungan dengan diri sendiri 2. Hubungan dengan orang lain 3. Hubungan dengan alam 4. Hubungan dengan Tuhan (Hamid, 2008) 	Kuesioner Dimodifikasi dari Izzati (2011)	Ordinal	<p><i>Favourable:</i> SS : 4 S : 3 TS : 2 STS : 1</p> <p><i>Unfavourable:</i> SS : 1 S : 2 TS : 3 STS : 4</p> <p>Skor spiritualitas: 95 : Sangat rendah 96-131 : Rendah 132-167 : Sedang 168-203 : Tinggi 204 : Sangat tinggi</p>

Variabel dependen: Depresi	Salah satu bentuk gangguan jiwa yang ditandai kemurungan, kesedihan, perasaan bersalah dan putus asa.	Pernyataan yang mewakili tingkat emosional lansia: 1. Kehilangan minat 2. Aktivitas menurun 3. Kehilangan semangat dan gairah dalam hidup (Nursalam, 2008)	Kuesioner Diadopsi dari Nursalam (2008)	Ordinal	Skor depresi: 1-5 : Depresi ringan 6-9 : Depresi sedang 10: Depresi berat
-------------------------------	---	--	--	---------	--

4.4 Instrumen Penelitian

Instrumen adalah alat atau fasilitas yang digunakan untuk mengumpulkan data agar pekerjaannya lebih mudah dan hasilnya lebih baik dalam arti lebih cermat, lengkap, dan sistematis, sehingga mudah diolah (Arikunto, 2006). Instrumen yang dipakai untuk mengukur spiritualitas dalam penelitian ini adalah kuesioner modifikasi dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Izzati (2011). Berjumlah 60 pertanyaan. Dimana setiap jawaban pertanyaan positif atau *favourable* yang terdapat pada nomor (1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19, 20, 22, 26, 28, 29, 32, 34, 37, 38, 40, 42, 44, 46, 47, 49, 51, 53, 56, 57, 60) diberi skor 4 untuk jawaban sangat setuju (SS), skor 3 untuk jawaban setuju (S), skor 2 untuk jawaban tidak setuju (TS) dan skor 1 untuk jawaban sangat tidak setuju (STS). Sedangkan pertanyaan negatif atau *unfavourable* yang terdapat pada nomor (2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 21, 23, 24, 25, 27, 30, 31, 33, 35, 36, 39, 41, 43, 45, 48, 50, 52, 54, 55, 58, 59) diberi skor 1 untuk jawaban sangat setuju (SS), skor 2 untuk jawaban setuju (S), skor 3 untuk jawaban tidak setuju (TS) dan skor 4 untuk jawaban sangat tidak setuju (STS).

Untuk mengukur depresi pada lansia sendiri menggunakan instrumen yaitu kuesioner depresi geriatrik yang diadopsi dari Nursalam (2008). Dimana untuk pertanyaan nomor 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 dan 15, untuk jawaban “Ya” diberi skor 1, untuk jawaban “Tidak” diberi skor 0. Pada pertanyaan nomor 1, 5, 7, 11 dan 13, untuk jawaban “Tidak” diberi skor 1, untuk jawaban “Ya” diberi skor 0.

4.5 Lokasi dan Waktu Pengambilan Data

Penelitian ini akan dilaksanakan di UPT Pelayanan Sosial lanjut Usia Magetan pada tanggal 6 Juni 2012.

4.6 Prosedur Pengambilan dan Pengumpulan Data

Pelaksanaan penelitian ini diawali dengan mengajukan surat permohonan pengantar penelitian dari Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga untuk melakukan pengumpulan data penelitian. Surat pengantar ditujukan kepada Dinas Sosial Provinsi Jawa Timur dan UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia Magetan.

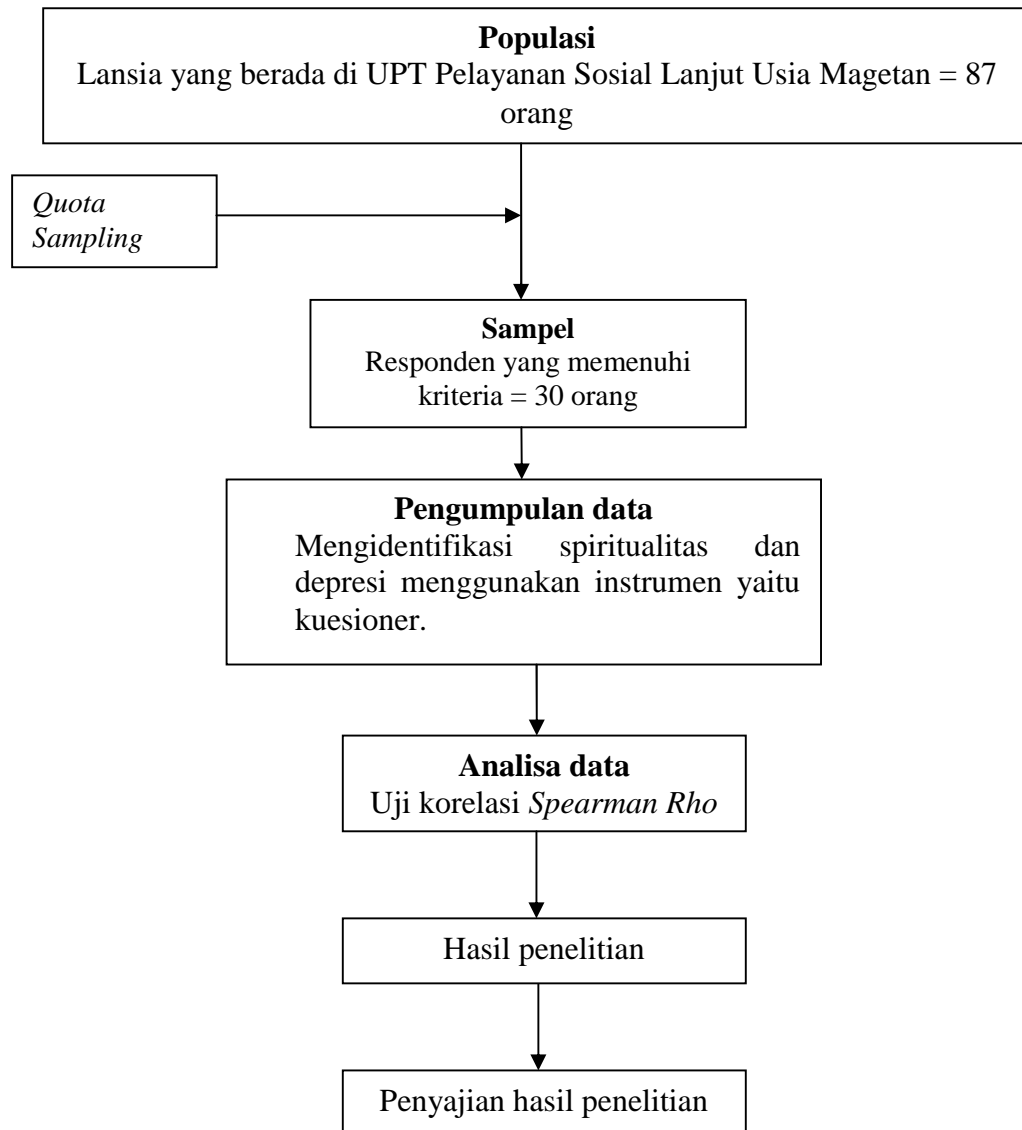
Sehari sebelum penelitian, peneliti meminta izin kepada pihak UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia Magetan dengan menyerahkan surat permohonan pengantar penelitian dari Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dan Dinas Sosial Provinsi Jawa Timur, kemudian peneliti menjelaskan tujuan serta prosedur penelitian. Setelah mendapatkan izin, peneliti melakukan sampling berkonsultasi dengan petugas UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia Magetan untuk mendapatkan sampel sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan. Selesei mendapatkan sampel, peneliti memberikan arahan kepada 2 rekan peneliti yang akan membantu dalam proses penelitian. Pengarahan berupa tujuan penelitian, cara melakukan penelitian, dan menjelaskan tentang kuesioner spiritualitas lansia dan depresi geriatri.

Keesokan harinya, tanggal 6 Juni 2012 penelitian dilaksanakan di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia Magetan. Dalam pengisian kuesioner peneliti dibantu 2 rekan peneliti dan tidak melibatkan petugas panti. peneliti menjelaskan maksud dan tujuan penelitian dan meminta persetujuan pada responden dengan memberikan surat persetujuan menjadi responden (*informed consent*). Bagi

responden yang bersedia diteliti, kemudian dipersilahkan mengisi kuesioner. Saat proses pengisian kuesioner, peneliti berada di dekat responden dengan membacakan pertanyaan kuesioner agar diberi jawaban oleh responden. Pengisian kuesioner dilakukan hanya satu kali dalam satu hari.

4.7 Kerangka Kerja (*Frame Work*)

Kerangka kerja merupakan suatu alur penelitian sehingga dapat diketahui secara jelas gambaran tentang proses dan jalannya penelitian. Kerangka kerja dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :



Gambar 4.1 Kerangka kerja penelitian hubungan spiritualitas dengan depresi pada lansia di UPT Pelayanan Sosial lanjut Usia Magetan

4.8 Analisis Data

Menurut Arikunto (2006), tahap-tahap analisis data dijabarkan sebagai berikut:

1. Tahapan persiapan, yaitu mempersiapkan kelengkapan data responden. Dalam penelitian ini, kelengkapan tersebut meliputi kelengkapan data persetujuan (*informed consent*), kelengkapan lembar kuisisioner (menjaga kemungkinan lembar hilang atau sobek), serta kelengkapan isian/item oleh responden termasuk isian responden yang tidak diharapkan muncul.
2. *Coding* adalah pengkodean terhadap item-item yang tidak memerlukan skor. Kode dalam penelitian ini dimaksudkan untuk mengidentifikasi data demografi responden, antara lain: hubungan kekeluargaan, umur, pekerjaan, jumlah penghasilan keluarga, agama/kepercayaan, dan pendidikan. Juga variabel yang diteliti meliputi faktor biologis, psikologi dan sosial budaya.
3. Dari data yang dikumpulkan dilakukan analisis data untuk menganalisis hubungan tingkat spiritualitas dengan depresi pada lansia di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia Magetan. Skala data yang didapatkan adalah ordinal melalui kuisisioner. Data yang didapatkan akan dikumpulkan dan dianalisa dengan uji statistik menggunakan program windows SPSS dan disajikan dalam bentuk tabel. Untuk mengetahui tingkat signifikansi dan mengukur hubungan yang lebih bermakna digunakan uji statistik *Spearman`s rho* (r) dengan derajat kemaknaan $< 0,05$, artinya apabila $p < 0,05$ maka H_0 ditolak dan H_1 diterima yang berarti ada hubungan antara variabel-variabel yang diukur. Untuk membuktikan kuat atau lemahnya suatu hubungan, maka

digunakan angka hasil statistik yang disebut koefisien korelasi dengan menggunakan tabel 4.2

Tabel 4.2 Pedoman interpretasi Koefisien Korelasi

Interval Koefisiensi	Tingkat Hubungan
0,00 – 0,199	Sangat rendah
0,20 – 0,399	Rendah
0,40 – 0,599	Sedang
0,60 – 0,799	Kuat
0,80 – 1,000	Sangat kuat

Sumber: (Sugiyono, 2006)

4.9 Etik Penelitian (*Ethical Clearence*)

Setelah mendapatkan persetujuan, maka kuesioner diajukan kepada responden dengan tetap menekankan pada masalah etik penelitian yang meliputi :

1. Lembar persetujuan menjadi responden (*informed consent*)

Responden harus mencantumkan tandatangan persetujuan, sebelumnya responden dibacakan isi lembar permohonan persetujuan, jika subjek menolak untuk menjadi responden, maka peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati hak subyek.

2. *Anonimity*

Kerahasiaan responden dijamin oleh peneliti, peneliti tidak mencantumkan nama responden, tetapi peneliti menggunakan kode tertentu untuk masing-masing responden.

3. *Confidentiality*

Kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkan dari responden dijamin oleh peneliti dimana data tersebut hanya disajikan dan dilaporkan pada pihak yang terkait dengan penelitian.

4.10 Keterbatasan

1. Dalam melakukan penelitian adanya pertimbangan mengenai keterbatasan waktu, dana, dan keahlian.
2. Peneliti tidak dapat memantau tingkat emosional lansia selama 24 jam sehingga kurang dapat mengetahui tingkat depresi responden secara akurat.

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN

Bab ini akan menguraikan hasil dan pembahasan dari pengumpulan data kuesioner tentang “Hubungan Spiritualitas dengan Depresi pada Lansia di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia Magetan”. Penyajian hasil akan dibagi dalam tiga bagian yaitu gambaran umum lokasi penelitian, data umum meliputi karakteristik responden meliputi jenis kelamin, usia, agama, pendidikan terakhir, dan data khusus meliputi identifikasi spiritualitas lansia, identifikasi depresi lansia dan hubungan spiritualitas dengan depresi pada lansia.

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian

Penelitian ini dilakukan di Unit Pelaksana Teknis Pelayanan Sosial Lanjut Usia (UPT PSLU) Magetan. UPT PSLU Magetan adalah unit pelaksana teknis daerah yang melaksanakan tugas pelayanan dan bimbingan sosial bagi lanjut usia terlantar. UPT PSLU Magetan memiliki kapasitas 120 orang, terdiri dari 8 wisma dan 1 perawatan khusus, setiap wisma terdapat 5 sampai 8 kamar, dan setiap kamar dihuni oleh dua orang lansia sehingga tiap wisma dihuni 10 hingga 16 orang lansia ditambah seorang petugas UPT PSLU sebagai penanggung jawab wisma, selain itu UPT PSLU ini memiliki fasilitas masjid, aula, ruang bimbingan, poliklinik, ruang perawatan khusus, dan makam.

Lansia yang berada di UPT PSLU Magetan ini diberikan berbagai macam bimbingan meliputi: bimbingan fisik, mental, sosial, ketrampilan, dan rekreatif. Bimbingan fisik seperti senam lansia yang meliputi senam otak, senam SKJ lansia

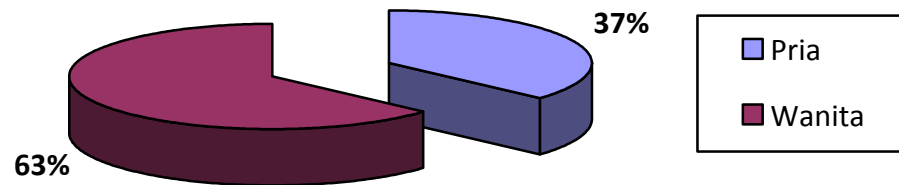
dan senam rematik, selain itu ada kerja bakti membersihkan lingkungan wisma dan panti. Bimbingan mental dilakukan setiap hari baik di wisma maupun di mushola, selain itu juga dilakukan pengajian rutin setiap minggu yang berpusat di mushola. Bimbingan sosial dilakukan penyuluhan dengan pemberian materi sosial oleh petugas panti. Bimbingan ketrampilan dilakukan dengan tujuan untuk mengisi waktu luang klien dan diberikan sesuai kemampuan, bakat dan minat lansia seperti ketrampilan pembuatan keset, jahe instan, dan ketrampilan pemeliharaan ikan lele, peternakan kelinci serta berkebun (TOGA). Bimbingan yang terakhir adalah bimbingan rekreatif seperti karaoke dan gebyar seni seperti pementasan opera atau drama. Seminggu sekali dilaksanakan pemeriksaan kesehatan oleh petugas panti serta setiap sebulan sekali diberikan pelayanan kesehatan oleh petugas puskesmas setempat.

Berdasarkan hasil observasi peneliti, lansia di UPT PSLU Magetan merupakan lansia terlantar dengan latar belakang yang beragam. Mayoritas alasan lansia bertempat tinggal di UPT PSLU Magetan adalah karena tidak memiliki anggota keluarga yang dapat merawat, kehilangan anggota keluarga karena kematian atau penyebab lain, serta keadaan sosial ekonomi keluarga yang kurang mencukupi untuk merawat lansia. Keadaan ini memicu banyak masalah sosial bagi lansia itu sendiri diantaranya adalah depresi. Penyebab depresi terbanyak yang ditemukan peneliti di UPT PSLU Magetan adalah karena ditelantarkan oleh anggota keluarga.

5.1.2 Data umum

Dari data demografi diperoleh karakteristik responden sebagai berikut:

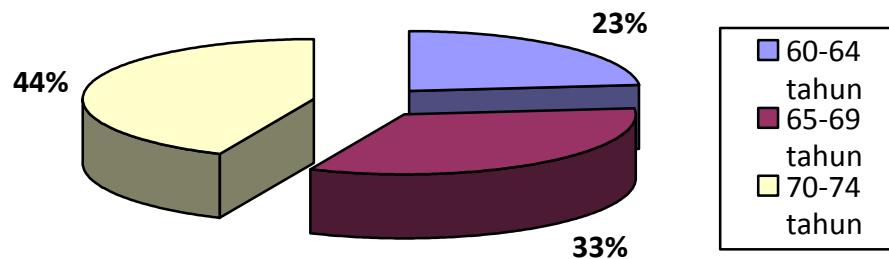
1. Berdasarkan jenis kelamin



Gambar 5.1 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia Magetan Pada Tanggal 6 Juni 2012

Gambar 5.1 menunjukkan bahwa sebagian besar responden berjenis kelamin wanita yaitu sebesar 63% (19 orang).

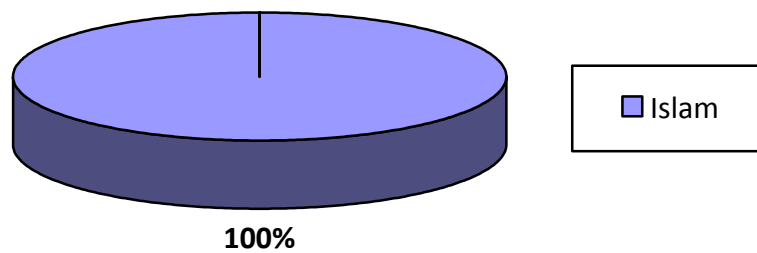
2. Berdasarkan usia



Gambar 5.2 Distribusi Responden Berdasarkan Usia Di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia Magetan Pada Tanggal 6 Juni 2012

Gambar 5.2 menunjukkan bahwa hampir sebagian responden yaitu 44% (13 orang) telah berusia 70-74 tahun.

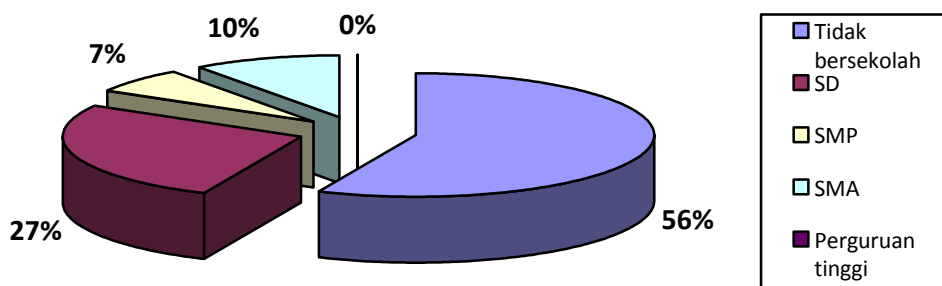
3. Berdasarkan agama



Gambar 5.3 Distribusi Responden Berdasarkan Agama Di UPT Pelayan Sosial Lanjut Usia Magetan Pada Tanggal 6 Juni 2012

Berdasarkan gambar 5.3 dapat diketahui bahwa seluruh responden (100%) beragama Islam.

4. Berdasarkan pendidikan terakhir



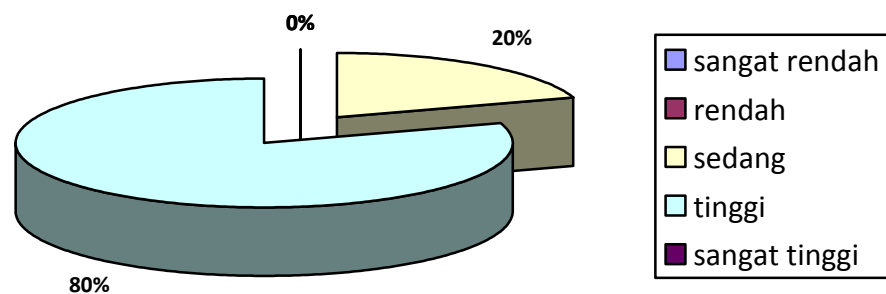
Gambar 5.4 Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir Di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia Magetan Pada Tanggal 6 Juni 2012

Gambar 5.4 menunjukkan bahwa sebagian besar responden yaitu 56% (17 orang) tidak bersekolah.

5.1.3 Data khusus

Data khusus menampilkan data tentang identifikasi spiritualitas lansia yang meliputi aspek hubungan dengan diri sendiri, dengan orang lain, dengan lingkungan, dan dengan Tuhan, identifikasi depresi lansia serta mengidentifikasi hubungan antara spiritualitas dengan depresi pada lansia di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia Magetan.

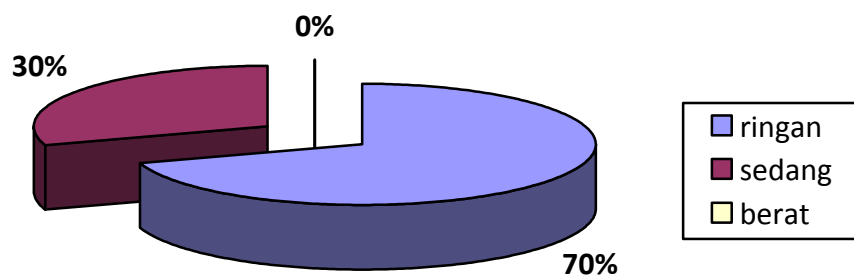
1. Identifikasi spiritualitas lansia



Gambar 5.5 Spiritualitas Lansia Di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia Magetan Pada Tanggal 6 Juni 2012

Pada gambar 5.5 menunjukkan bahwa sebagian besar responden (80%) atau sebanyak 24 orang memiliki spiritualitas tinggi.

2. Identifikasi depresi lansia



Gambar 5.6 Depresi Pada Lansia Di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia Magetan Pada Tanggal 6 Juni 2012

Gambar 5.6 menunjukkan bahwa sebagian besar responden yakni sebanyak 21 responden (70%) mengalami depresi ringan.

3. Hubungan spiritualitas dengan depresi pada lansia di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia Magetan

Tabel 5.1 Hubungan spiritualitas dengan depresi pada lansia di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia Magetan

Depresi	Spiritualitas		
	Sedang	tinggi	total
Ringan	0	21	21
Sedang	6	3	9
berat	0	0	0

Analisis korelasi *spearman rho* $p=0,000$ $r=-0,872$

Keterangan:

r : koefisien korelasi

p: tingkat signifikansi

Tabel 5.1 menunjukkan bahwa titik pertemuan spiritualitas dengan tingkat depresi paling banyak menempati kriteria spiritualitas tinggi dan depresi ringan sebanyak 21 responden. Hal ini berarti sebagian besar lansia dengan spiritualitas tinggi cenderung mengalami depresi dengan tingkat ringan. Jadi, semakin tinggi spiritualitas yang dimiliki lansia maka semakin rendah tingkat depresi yang dialaminya.

Berdasarkan uji statistik korelasi *spearman's rho* didapatkan hasil nilai signifikan ($p=0,000$) yang artinya H_1 diterima yaitu ada hubungan spiritualitas dengan depresi pada lansia di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia Magetan dengan tingkat hubungan yang sangat kuat dengan koefisien korelasi ($r=-0,872$).

5.2 Pembahasan

5.2.1 Spiritualitas lansia di UPT Pelayanan Sosial lanjut Usia Magetan

Berdasarkan hasil penelitian pada gambar 5.5 menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki spiritualitas tinggi. Hal ini dikarenakan dari pihak panti memberikan banyak kegiatan pembinaan mental maupun fisik yang pada akhirnya dapat mempengaruhi dan meningkatkan spiritualitas lansia. Responden yang memiliki spiritualitas tinggi ditandai dengan perilaku diantaranya suka membantu orang lain, peduli dengan lingkungan, dan yang terpenting adalah mempunyai hasrat untuk selalu meningkatkan spiritualitas yang dimiliki. Hal ini tercermin dalam ketaatan dalam melaksanakan ibadah. Sedangkan bagi responden yang memiliki spiritualitas sedang memiliki ciri yang hampir sama dengan responden yang spiritualitasnya tinggi, namun yang membedakan adalah perilakunya terhadap orang lain bahwasannya responden tidak begitu memikirkan nasib orang lain yang tidak ada hubungannya dengan responden dan menganggap spiritual adalah masalah pribadi yang sangat sensitif, jadi responden tidak berusaha mengajak orang lain untuk beribadah bersama-sama.

Spiritualitas seseorang dapat dipengaruhi oleh pengalaman hidupnya artinya pengalaman hidup baik yang positif maupun negatif dapat mempengaruhi spiritual seseorang dan sebaliknya juga dipengaruhi oleh bagaimana seseorang mengartikan secara spiritual pengalaman tersebut (Hamid, 2008). Menurut Rahmah (2010), apabila seseorang semakin tumbuh dan semakin dewasa maka pengalaman dan pengetahuan spiritual tersebut semakin berkembang karena spiritual berkaitan erat dengan kehidupan sehari-hari seorang individu. Hal ini sama halnya dengan perkembangan spiritual yang terjadi pada lansia. Spiritual

seseorang yang berada pada rentan usia lansia mengalami spiritual yang semakin mendalam atau dapat dikatakan seorang lansia umumnya memiliki spiritualitas yang tinggi karena apabila seseorang telah memasuki usia yang lanjut, ia cenderung lebih ingin mendekatkan diri pada Yang Maha Kuasa dan juga bisa mulai menerima adanya perubahan dalam kehidupan dan aktivitas sehari-hari serta adanya takdir berupa kematian yang melanda diri sendiri, saudara atau sahabat dari lansia. Secara ringkas, seseorang dapat dinyatakan bahwa seseorang terpenuhi kebutuhan spiritualnya jika mampu: (1) Merumuskan arti personal yang positif tentang tujuan keberadaannya di dunia/kehidupan. (2) Mengembangkan arti penderitaan dan meyakini hikmah dari suatu kejadian atau penderitaan. (3) Menjalinkan hubungan positif dan dinamis melalui keyakinan, rasa percaya, dan cinta. (4) Membina integritas personal dan merasa diri berharga. (5) Merasakan kehidupan yang terarah terlihat melalui harapan. (6) Mengembangkan hubungan antar-manusia yang positif.

Data demografi menunjukkan bahwa semua responden beragama Islam dan di panti sendiri untuk kegiatan rohani agama Islam termasuk dalam bimbingan mental yang di dalamnya banyak dilaksanakan kegiatan keagamaan dan dilaksanakan setiap hari serta yang utama berpusat di mushola. Selain itu ada juga bimbingan lain seperti bimbingan fisik seperti kerja bakti yang tidak lain mengajarkan pentingnya menjaga lingkungan sehingga dari sini dapat disimpulkan secara langsung maupun tidak dari bimbingan mental maupun fisik dapat memberikan pelajaran dan pengalaman hidup yang akhirnya dapat mempengaruhi spiritualitas responden, jadi sangat mungkin sekali bila sebagian besar responden memiliki spiritualitas tinggi.

5.2.2 Depresi pada lansia di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia Magetan

Berdasarkan hasil penelitian pada gambar 5.6 menunjukkan bahwa sebagian besar responden mengalami depresi ringan. Hal ini disebabkan sebagian besar lansia sudah memiliki spiritualitas yang tinggi yang membuat lansia mempunyai koping yang baik dalam memecahkan masalah sehingga mengakibatkan lansia hanya mengalami depresi dengan tingkat yang ringan. Responden yang mengalami depresi ringan sebagian besar merasa puas berada di panti, tapi kebanyakan dari responden mempunyai pemikiran bahwasannya saat ini keadaan orang lain lebih baik daripada keadaan responden. Sedangkan responden yang mengalami depresi sedang merasa telah meninggalkan banyak kegiatan dan minat atau kesenangan, sering merasa bosan, takut bahwa sesuatu akan terjadi pada dirinya, dan merasa kehidupannya tidak menyenangkan.

Lanjut usia merupakan masa dimana semua orang berharap akan menjalani hidup yang tenang, serta menikmati masa pensiun bersama anak dan cucu tercinta dengan penuh kasih sayang. Akan tetapi, berbagai persoalan hidup yang mendera lanjut usia sepanjang hayatnya seperti kemiskinan, kegagalan yang beruntun, stress berkepanjangan, ataupun konflik dengan keluarga dan anak, atau kondisi lain seperti tidak memiliki keturunan yang bisa merawatnya dan lain sebagainya. Kondisi tersebut bisa memicu terjadinya depresi pada lansia (Syamsuddin, 2006). Depresi sangat sering terjadi pada lansia, dan mereka mungkin tidak menyadari bahwa mereka sedang depresi (Hibbert *et all*, 2004). Banyak ditemukan lansia yang dikirim ke panti karena tidak terurus oleh keluarga atau ditelantarkan yang pada akhirnya dapat mengakibatkan depresi (Wijaya, 2010). Menurut Dianingtyas & Sarah (2008), individu yang lama tinggal di panti telah menyatu dengan

kegiatan di panti akan merasakan dirinya masih berarti dan masih memiliki peran sehingga kemungkinan depresi akan lebih sedikit. Itu artinya jikalau terjadi depresi kemungkinan besar lansia hanya akan mengalami depresi ringan. Namun jika keluarga masih ada sedangkan lansia ditempatkan di panti maka perasaan terisolasi akan lebih cepat mencetuskan depresi. Perasaan terisolasi terjadi karena lansia hidup sendiri, tersingkir dari lingkungan keluarga. Dalam hal ini sangat dimungkinkan lansia rentan sekali untuk mengalami depresi terutama depresi dengan tingkat sedang atau bahkan bisa jatuh ke dalam depresi berat.

Hasil penelitian memang menunjukkan sebagian besar lansia mengalami depresi, tetapi hanya sebatas depresi ringan sehingga tidak mengganggu aktifitas sehari-hari lansia itu sendiri. Disini faktor spiritualitas sangat berperan dalam mengatasi masalah yang dihadapi, melihat sebagian lansia memiliki spiritualitas yang tinggi maka sangat mungkin lansia hanya mengalami depresi dengan tingkat ringan karena sudah memiliki pertahanan berupa mekanisme koping yang positif untuk menghadapi masalah yang datang. Terkait tingkat depresi yang dialami lansia selain pengaruh dari spiritualitas yang dimiliki hal ini mungkin juga dipengaruhi oleh lama lansia tinggal di panti dan dukungan dari keluarga. Maksudnya disini jika memang lansia sendiri belum lama berada di panti ditambah tidak ada keluarga yang menjenguk, hal ini akan terus membebani perasaan dan pikiran dari lansia yang akhirnya dapat menyebabkan terjadinya depresi pada lansia ke tingkat yang lebih lanjut. Sebaliknya jika lansia sudah lama berada di panti mungkin sekitar 2 tahun atau lebih maka lansia merasa sudah memiliki keluarga yang baru dan mulai melupakan kejadian yang terjadi pada masa lalu sehingga membuat lansia bisa menerima kenyataan hidup yang pada

akhirnya lansia tersebut terhindar dari depresi dan jikapun terjadi depresi maka kemungkinan besar hanya akan mengalami depresi dengan tingkat ringan.

5.2.3 Hubungan spiritualitas dengan depresi pada lansia di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia Magetan

Berdasarkan hasil penelitian pada tabel 5.1 dapat diketahui bahwa spiritualitas akan berpengaruh terhadap tingkat depresi yang dialami oleh lansia di mana jika spiritualitas meningkat maka tingkat depresi yang dialami akan semakin rendah. Hasil tersebut dibuktikan oleh uji statistik korelasi *spearman rho* yang menunjukkan adanya hubungan antara spiritualitas dengan depresi dengan nilai signifikansi ($=0,000$). Selain itu nilai koefisien korelasi ($r=-0,872$) menggambarkan tingkat hubungan yang sangat kuat dengan makna semakin tinggi spiritualitas yang dimiliki maka semakin rendah tingkat depresi yang dialami.

Beberapa studi menunjukkan bahwa agama dan spiritualitas dapat bermanfaat bagi seseorang maupun keluarga yang anggotanya menderita gangguan psikis seperti depresi, agama terbukti berperan penting dalam memberi dukungan kepada seseorang maupun pemberi perawatan dan merupakan sumber utama hiburan (Videbeck, 2001). Menurut Nelson dalam Videbeck (2001) menemukan bahwa orientasi keagamaan bermanfaat sebagai mekanisme koping dan sumber dukungan sosial untuk lansia yang mengalami depresi. Penelitian Gallup dalam Tangdilintin (2008) menemukan seseorang yang *committed* secara spiritual ternyata dua kali lebih bahagia daripada seseorang yang kurang *committed*. Seseorang yang spiritualitasnya tinggi juga memiliki risiko lebih rendah untuk terkena depresi dan lebih puas akan keberadaan dirinya. Menurut Astuti (2010), depresi dengan tingkat sedang ditandai gambaran melankolis,

merasa rendah diri, merasa tidak berdaya bisa terjadi pada lansia meskipun dengan lansia yang memiliki spiritual tinggi, hal ini terjadi karena lansia tidak mendapat dukungan dari keluarga. Menurut beberapa ahli lainnya menyatakan bahwa selain peningkatan spiritual, dukungan keluarga sangat membantu dalam mencegah dan mengatasi depresi pada lansia.

Depresi pada lansia berawal dari rasa kesepian dan keterasingan karena ditelantarkan oleh keluarga, seiring waktu berjalan dengan adanya pembinaan mental dan fisik membuat spiritualitas lansia meningkat, lansia mulai percaya bahwa keadaannya saat ini memang sudah ditakdirkan oleh Yang Maha Kuasa dan mulai melupakan kejadian yang terjadi pada masa lalu sehingga bisa menurunkan masalah depresi pada lansia itu sendiri. Dengan ini dapat disimpulkan bahwa spiritualitas yang tinggi membuat lansia mempunyai coping yang baik dalam memecahkan masalah sehingga mengakibatkan lansia hanya mengalami depresi dengan tingkat yang ringan. Terkait lansia yang memiliki spiritualitas tinggi, tapi masih mengalami depresi sedang hal ini erat hubungannya dengan lama lansia tinggal di panti dan dukungan keluarga. Jadi, lansia tersebut masih memiliki perasaan dan pikiran akan anggota keluarganya yang berada di luar dan belum bisa menerima dengan sepenuh hati bahwa lansia yang berada di panti itu merupakan keluarga barunya.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini akan disampaikan kesimpulan dan saran dari hasil penelitian tentang hubungan spiritualitas dengan depresi pada lansia di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia Magetan.

6.1 Kesimpulan

1. Sebagian besar lansia di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia Magetan memiliki spiritualitas yang tinggi. Hal ini dikarenakan dari pihak panti memberikan banyak kegiatan pembinaan mental maupun fisik yang pada akhirnya dapat mempengaruhi dan meningkatkan spiritualitas pada lansia.
2. Sebagian besar lansia di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia Magetan mengalami depresi ringan. Hal ini dikarenakan sebagian besar lansia sudah memiliki spiritualitas tinggi yang membuat lansia mempunyai coping yang baik dalam memecahkan masalah sehingga mengakibatkan lansia hanya mengalami depresi dengan tingkat yang ringan.
3. Ada hubungan sangat kuat antara spiritualitas dengan depresi pada lansia di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia Magetan sehingga dapat diartikan semakin tinggi spiritualitas yang dimiliki lansia maka semakin rendah tingkat depresi yang dialami.

6.2 Saran

1. Bagi UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia Magetan diharapkan meningkatkan intensitas pembinaan mental maupun fisik yang telah ada

dengan tujuan dapat meningkatkan spiritualitas pada lansia karena dengan spiritualitas yang tinggi memberikan coping yang baik dalam memecahkan masalah sehingga dapat mencegah terjadinya depresi pada lansia.

2. Bagi penelitian selanjutnya dapat melakukan penelitian lanjutan mengenai analisis faktor yang berhubungan dengan kejadian depresi di panti dengan sampel yang lebih banyak atau dengan metode penelitian yang berbeda.

DAFTAR PUSTAKA

- Anggraini, F. 2011. *Hubungan dukungan suami dengan tingkat depresi wanita menopause*. Skripsi tidak dipublikasikan. Surabaya: Fakultas keperawatan Universitas Airlangga.
- Amir, N. 2005. *Depresi; aspek neurobiologi diagnosis dan tatalaksana*. Jakarta: Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Arikunto, S. 2006. *Prosedur penelitian suatu pendekatan praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Astuti, V.W. 2010. Hubungan dukungan keluarga dengan tingkat depresi pada lansia di posyandu sejahtera GBI setia bakti Kediri. *Jurnal Stikes RS Baktis Kediri*. vol. 3.no. 2
- Brink, P.J & Wood, M.J. 1995. *Langkah dasar dalam perencanaan riset keperawatan*. Jakarta: EGC
- Candra, M. 2009. *Depresi dan bunuh diri pada lansia*. <<http://stikeskabmalang.wordpress.com/2009/10/03/depresi-dan-bunuh-diri-pada-lansia-2/>>. Diakses 12 April 2012.
- Christensen, P.J & Kenney, J.W. 1996. *Proses keperawatan: aplikasi model konseptual*. Jakarta: EGC.
- Data Statistik Indonesia. 2005. *Jumlah penduduk menurut kelompok umur, jenis kelamin, provinsi, dan kabupaten/kota*. <http://demografi.bps.go.id/versi1/index.php?option=com_tabel&task=&Itemid=1>. Diakses 8 April 2012.
- Dewi, Y. 2007. Faktor risiko yang berperan terhadap terjadinya depresi pada pasien geriatri yang dirawat di RS dr. Cipto Mangunkusumo. *Cermin Dunia Kedokteran*, vol. 34. no. 156
- Dianingtyas, A & Sarah, U. 2008. Perbedaan tingkat depresi pada lansia sebelum dan sesudah dilakukan senam bugar lansia di panti wredha wening wardoyo ungaran. *Media Ners*, vol. 2. no. 1
- Dinas Komunikasi dan Informatika Provinsi Jatim. 2011. *Tahun ini, gus ipul target komda lansia se-jatim terbentuk*. <http://www.jatimprov.go.id/index.php?option=com_content&task=view&id=10050&Itemid=1>. Diakses 7 April 2012.
- Effendi, F & Makhfudli. 2009. *Keperawatan kesehatan komunitas teori dan praktik dalam keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- El-Ma'rufie, S. 2010. *Dahsyatnya shalat dhuha*. Bandung: Mizania.

- Hamid, A.Y. 2000. *Buku ajar aspek spiritualitas dalam keperawatan*. Jakarta: Widya Medika.
- Hamid, A.Y. 2008. *Asuhan keperawatan kesehatan jiwa*. Jakarta: EGC.
- Hibbert, A *et all*. 2004. *Rujukan cepat psikiatri*. Jakarta: EGC.
- Izzati, I. 2011. *Hubungan kecerdasan spiritual (spiritual quotient) dengan tingkat stress kerja perawat icu di rsud ibnu sina gresik*. Skripsi tidak dipublikasikan. Surabaya: Fakultas keperawatan Universitas Airlangga
- Kementrian Kesehatan RI. 2012. *Menuju tua: sehat, mandiri dan produktif 'kesehatan yang baik memperpanjang usia dan kehidupan'*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI Pusat Intelejensia Kesehatan Pusat Promosi Kesehatan. .
- Maryam, S *et all*. 2008. *Mengenal usia lanjut dan perawatannya*. Jakarta: Salemba Medika.
- Maslim, R. 2001. *Buku saku diagnosis gangguan jiwa rujukan ringkas dari PPDGJ-III*. Jakarta: Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa FK Unika Atmajaya.
- Nasir, A & Muhith, A. 2011. *Dasar-dasar keperawatan jiwa: pengantar dan teori*. Jakarta: Salemba Medika.
- Notoatmodjo, S. 2005. *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam. 2008. *Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Pindha, A. 2010. *Pilihan hidup*. <<http://old.nabble.com/Re%3A-FWD%3A-vEGETARIAN-...Yuuuuuk---%3E-Pilihan-hidup-p30241895.html>> Diakses 25 April 2012.
- Prijosaksono, A & Erningpraja, I. 2003. *Enrich your life everyday; renungan dan kebiasaan menuju kecerdasan spiritual*. Jakarta: Elex Media Komputindo.
- Pudjiastuti, S.S. & Utomo,B. 2002. *Fisioterapi pada lansia*. Jakarta: EGC.
- Putra, S.T. 2005. *Psikoneuroimunologi kedokteran*. Surabaya: Gramik Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga.
- Rani, D.E. 2011. *Hubungan antara spiritualitas dengan kestabilan emosi pada siswa kelas 3 sma muhammadiyah 2 tanjung sari medan*. Skripsi Dipublikasikan. Medan: Fakultas Ekonomi Universitas Sumatera Utara.
- Rahmah, A.A. 2010. *Pentingnya kebutuhan spiritual bagi lansia*. <<http://ml.scribd.com/doc/82561601/Esay-Spiritual>>. Diakses 17 Juli 2012.

- Rasmun. 2001. *Keperawatan kesehatan mental psikiatri terintegrasi dengan keluarga untuk perawat dan mahasiswa keperawatan*. Jakarta: Fajar Interpratama.
- Saputri, W & Indrawati, E. 2011. Hubungan antara dukungan sosial dengan depresi pada lanjut usia yang tinggal di panti wreda wening wardoyo jawa tengah. *Jurnal Psikologi Undip*, vol. 9. no. 1
- Soejono, H.C. & Setiadji, S. 2000. *Pedoman pengelolaan kesehatan pasien geriatri untuk dokter dan perawat*. Jakarta: Bag. IPD FKUI.
- Songo, E. 2007. *Buku genius senior*. Jakarta: Wahyu Media.
- Stuart, G.W. 2007. *Buku saku keperawatan jiwa edisi 5*. Jakarta: EGC.
- Sugiyono. 2006. *Statistika untuk penelitian*. Jakarta: IKAPI.
- Sumirta, I. 2009. Hubungan antara aktivitas fisik dengan depresi pada lansia di panti pelayanan lanjut usia “wana seraya” denpasar. *Jurnal Ilmiah Keperawatan*, vol. 2. no. 1
- Swartz, M. 1995. *Buku ajar diagnostik fisik*. Jakarta: EGC.
- Syamsuddin. 2006. *Depresi pada lansia*. <
<http://www.depsos.go.id/modules.php?name=News&file=article&sid=208>>
. Diakses 12 April 2012.
- Tangdilintin, 2008. *Pembinaan generasi muda*. Yogyakarta: Kanisius.
- Videbeck, S. *Buku ajar keperawatan jiwa*. Jakarta: EGC.
- Wijaya, A.A. 2010. *Hubungan antara konsep diri dengan tingkat depresi pada lansia yang menderita penyakit kronik di panti wreda panganyoman semarang*. Skripsi Dipublikasikan. Semarang: Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah.
- Wijayanti, R. 2007. Hubungan antara dukungan keluarga melalui interaksi sosial, upaya penyediaan transportasi, finansial dan dukungan dalam menyiapkan makanan dengan respon kehilangan pada lansia di desa pekaja, kalibagor, kabupaten banyumas. *Jurnal keperawatan Soedirman*, vol. 2. no. 1
- Whelan-Gales, M. 2009. Spiritual well-being, spiritual practice, and depressive symptoms among elderly patients hospitalized with acute heart failure. *Geriatric Nursing*, vol. 30. no. 5
- Wong, D.L. 2001. *Buku ajar keperawatan pediatrik*. Jakarta: EGC.

Lampiran 12

Tabulasi Data Depresi

No	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1
2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0
3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1
5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
7	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1
8	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0
10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1
12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
15	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Jumlah	1	1	2	1	1	6	2	2	2	1	1	2	2	2	2	6	2	3	3	1	2	4	3	6	6	6	6	6	2	6
kode	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2

lampiran 11

Tabulasi Data Spiritualitas

No	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
1	4	3	4	4	3	3	3	4	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	
2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	3	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	
3	3	4	4	3	4	3	3	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	
4	3	4	3	3	4	3	4	3	4	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	
5	3	4	4	3	4	3	3	3	4	3	4	4	3	3	3	3	3	4	4	4	4	2	3	3	3	3	3	3	3	3	
6	3	3	2	2	3	2	3	3	2	4	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	1	3	3	3	3	3	
7	4	2	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
8	4	4	3	1	4	2	4	4	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	2	2	2	3	2
9	2	3	3	4	2	3	2	3	4	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	
10	2	2	3	3	3	1	3	3	3	4	3	2	2	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	
11	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
12	4	3	3	2	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	2	3	2	1	2	3	1	
13	3	3	4	4	3	3	3	3	2	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
14	1	2	2	2	1	2	1	3	2	2	1	2	3	2	2	3	2	2	2	2	2	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3
15	4	4	3	3	4	3	4	4	4	3	4	3	4	3	3	3	3	3	3	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	
16	4	3	3	4	4	3	4	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	
17	4	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
18	2	3	3	3	3	2	3	3	4	4	4	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	
19	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	4	2	3	3	2	2	2	3	2	
20	3	3	4	4	3	3	3	3	3	4	3	4	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	3	3	3	4	3	3	3	4	3
21	2	3	3	3	2	2	3	3	2	3	4	3	3	3	2	3	2	2	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	

22	3	3	3	3	3	4	3	2	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	
23	4	3	4	4	3	4	3	3	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	
24	4	3	3	3	3	2	4	4	3	4	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	
25	3	3	1	4	3	1	3	4	3	3	4	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	2	3	3	2	2	2	3	2
26	3	3	3	4	4	4	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	
27	3	3	3	1	2	2	3	2	2	3	2	2	2	2	3	1	3	3	3	3	3	1	2	3	3	1	1	1	2	1
28	4	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	
29	4	3	3	3	4	4	3	2	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
30	3	2	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
31	4	3	3	3	3	1	3	4	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	
32	4	2	2	2	4	3	4	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	
33	3	4	4	4	3	3	3	3	3	4	4	3	3	4	4	2	4	3	4	4	4	2	2	3	3	2	2	2	4	2
34	4	3	4	3	4	4	4	3	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
35	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
36	3	3	3	4	3	2	3	4	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	
37	4	4	4	4	4	4	3	3	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	
38	4	3	3	4	4	4	3	3	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	
39	4	3	3	3	4	3	4	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
40	3	3	3	3	3	2	3	3	4	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
41	3	4	3	4	3	2	3	3	3	4	2	4	3	4	4	2	3	4	4	4	4	2	2	3	3	2	2	2	4	2
42	3	4	3	4	4	4	3	3	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
43	3	3	4	4	3	2	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	
44	2	2	1	1	2	3	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	
45	3	3	3	4	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
46	4	3	3	4	4	4	3	3	4	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	

Lampiran 5

LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN

Saya Andik Nur Cahyono, mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya angkatan 2008, akan melakukan penelitian dengan judul **“Hubungan Spiritualitas dengan Depresi pada Lansia di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia Magetan”**. Manfaat dari penelitian ini dapat menjelaskan hubungan antara spiritualitas dengan depresi pada lansia sehingga dapat digunakan sebagai kerangka dalam pengembangan ilmu keperawatan jiwa yang berhubungan dengan spiritualitas dan depresi pada lansia..

Saya sangat mengharapkan partisipasi dan kesediaan Saudara untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Saya menjamin kerahasiaan dan identitas dari semua data yang dikumpulkan. Informasi yang Saudara berikan akan dipergunakan sesuai dengan manfaat dari penelitian ini yaitu keperluan perkembangan ilmu pengetahuan keperawatan jiwa.

Apabila Saudara bersedia menjadi responden dalam penelitian ini. Saya mohon untuk menandatangani lembar persetujuan (halaman berikutnya). Atas partisipasi Saudara dalam penelitian ini saya ucapkan terima kasih.

Magetan,.../.../.....

Hormat saya,

Andik Nur Cahyono

Lampiran 6

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN

Saya yang bertandatangan di bawah ini menyatakan bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian dengan judul “**Hubungan Spiritualitas dengan Depresi pada Lansia di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia Magetan**” yang dilakukan oleh Andik Nur Cahyono, mahasiswa Program Studi Sarjana Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya Angkatan Tahun 2008.

Tanda tangan di bawah ini menunjukkan bahwa saya telah diberi informasi dan memutuskan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini dengan bersedia menjadi responden. Demikian pernyataan ini saya buat secara sadar, sukarela dan tanpa ada paksaan dari siapapun.

Tanggal :

No. responden :

Nama :

Tanda tangan :

Lampiran 7

**LEMBAR PENGISIAN DATA DEMOGRAFI
RESPONDEN PENELITIAN**

Berilah tanda checklist (✓) pada kotak yang anda anggap benar.

Tanggal penelitian :

Kode Responden :

Identitas responden

1. Jenis kelamin:

Pria

Wanita

2. Usia tahun

3. Agama:

Islam Kristen

Hindu Budha

4. Pendidikan terakhir:

Tidak bersekolah SMP Perguruan tinggi

SD SMA

Lampiran 8

Kuesioner Spiritualitas

Dimodifikasi dari Izzati (2011)

Mohon berikan jawaban atas pertanyaan di bawah ini dengan memberi tanda () pada jawaban yang anda pilih

Keterangan:

SS = Sangat setuju

S = Setuju

TS = Tidak setuju

STS = Sangat tidak setuju

No	Pertanyaan	SS	S	TS	STS
1.	Saya memiliki hasrat yang tinggi untuk membangun hubungan yang lebih mendalam dengan Tuhan				
2.	Masa depan saya tergantung sepenuhnya pada perencanaan dan tindakan yang saya lakukan				
3.	Saya termasuk orang yang peduli terhadap lingkungan				
4.	Saya tidak mencoba untuk membersihkan lingkungan meskipun lingkungan yang saya tempati kotor				
5.	Saya selalu menjaga kebersihan				
6.	Saya selalu membuang sampah di sembarang tempat				
7.	Saya berusaha menjadi teladan dalam menjalani hidup yang sebisa mungkin menghindari dosa				
8.	Bagi saya melantunkan puji-pujian kepada Tuhan hanya membuang waktu saja				
9.	Saya membutuhkan pengembangan spiritualitas untuk mengatasi depresi				
10.	Saya tidak berusaha untuk mendakwahkan ajaran agama saya atau menasehati orang lain untuk lebih taat beragama				
11.	Saya secara sukarela bersedia membantu orang lain untuk meningkatkan kualitas hidupnya				
12.	Saya jarang memikirkan nasib orang lain yang tidak ada hubungannya dengan saya				
13.	Saya selalu berusaha untuk menjadi orang yang lebih peduli dan mengasahi orang lain				

14.	Hidup saya terlalu ruwet, dan saya ingin mengubah menjadi sederhana				
15.	Saya adalah hamba Tuhan yang dengan setia dan taat dalam pengabdian kepadaNya				
16.	Menurut saya menyirami tanaman yang layu adalah kegiatan yang sia-sia				
17.	Saya senang mengajak orang lain untuk berdoa dan beribadah bersama				
18.	Saya tidak mendapatkan pengalaman spiritual yang menguntungkan ketika melantunkan puji-pujian kepada Tuhan				
19.	Saya dapat menyeimbangkan waktu antara ibadah dan melaksanakan aktivitas sehari-hari				
20.	Saya sangat intens dalam kegiatan keagamaan				
21.	Saya rasa tingkat spiritualitas saya sudah cukup tinggi dan tidak perlu dikembangkan lagi				
22.	Saya selalu siap untuk menerima ketetapan Tuhan dalam perjalanan hidup saya				
23.	Saya percaya kebersihan adalah sebagian dari iman, maka dari itu saya senantiasa menjaga kebersihan				
24.	Ada seseorang yang menyakiti saya dan dia tidak akan pernah saya maafkan				
25.	Saya sangat sibuk dan tidak punya waktu untuk membantu orang lain				
26.	Saya selalu melantunkan puji-pujian untuk mengingat Tuhan dan mengharapkan pertolonganNya				
27.	Bagi saya kehidupan spiritual saya adalah masalah pribadi yang sangat sensitif, karena itu saya tidak berusaha mengajak orang lain mengikuti keyakinan saya				
28.	Kekuatan do'a telah terbukti mengubah hidup saya menjadi lebih baik				
29.	Saya menjalani hidup yang relatif sederhana, karena itu saya memiliki waktu untuk beribadah & memiliki kedamaian batin				
30.	Saya tidak suka berjalan kaki untuk menikmati keindahan alam ciptaan Tuhan				
31.	Saya rasa Tuhan tidak peduli pada saya, karena itu saya tidak mendapatkan pertolonganNya				
32.	Saya memiliki tujuan dan makna hidup yang jelas				
33.	Saya sering memendam rasa dendam dan benci pada seseorang				
34.	Alam merupakan ciptaan Tuhan, untuk itu saya senantiasa akan merawatnya				
35.	Saya merasa bahwa saya sedang menjalani rencana Tuhan atas hidup saya				

36.	Saya kurang percaya bahwa Tuhan selalu membimbing saya				
37.	Berdoa adalah salah satu pengalaman yang paling banyak memberikan kepuasan religius bagi saya, karena dengan berdoa saya merasa dekat dengan Tuhan				
38.	Saya mencintai Tuhan dengan seluruh jiwa raga saya, kadang rasa cinta kepada Tuhan ini sampai membuat saya meneteskan air mata				
39.	Menurut saya bertanam hanya akan merusak lingkungan				
40.	Meskipun saya marah pada seseorang yang menyakiti saya, akhirnya saya akan memaafkannya				
41.	Saya sering mengotori lingkungan				
42.	Saya sungguh yakin kepada ketetapan Tuhan dan pertolonganNya, karena itu saya tidak lagi merasa takut atau khawatir				
43.	Saya merasa sering mengabaikan perintah agama				
44.	Saya percaya bahwa saya sering mengabaikan perintah agama				
45.	Saya merasa Tuhan jarang mengabulkan doa saya				
46.	Dengan melantunkan puji-pujian kepada Tuhan, saya mendapatkan ketretram batin				
47.	Orang lain menganggap saya orang yang baik dan pemaaf				
48.	Saya sering merasa sedih atau khawatir				
49.	Saya merasakan keharmonisan hidup antara hidup yang saya jalani dengan rencana Tuhan atas hidup saya				
50.	Saya jarang merasakan pertolongan Tuhan				
51.	Saya percaya bahwa Tuhan sedang memberikan pelajaran kepada saya ketika saya mengalami kesusahan dan mempunyai masalah				
52.	Saya jarang menyumbangkan uang atau tenaga untuk orang lain karena tiap orang harus dapat mengurus dirinya sendiri				
53.	Menurut saya lingkungan yang bersih akan membuat kenyamanan dan ketenangan				
54.	Saya tidak percaya bahwa Tuhan akan menciptakan keajaiban dalam hidup saya				
55.	Saya selalu membuang sampah tidak pada tempatnya				
56.	Saya selalu menjalankan kewajiban agama, walaupun harus berkorban karenanya				
57.	Saya merasa terus berterima kasih atas bimbingan dan pertolongan Tuhan				
58.	Bagi saya hidup ini pahit dan penuh kesusahan				

59.	Saya jarang merasakan kenikmatan dalam ibadah saya				
60.	Spiritualitas saya telah membimbing hidup saya lebih bahagia				

Lampiran 9

Kuesioner Depresi Geriatri

Diadopsi dari Nursalam (2008)

Mohon berikan jawaban atas pertanyaan di bawah ini dengan memberi tanda () pada jawaban yang anda pilih

No	Pernyataan	Ya	Tidak
1.	Apakah Anda sebenarnya puas dengan kehidupan Anda?		
2.	Apakah Anda telah meninggalkan banyak kegiatan dan minat atau kesenangan Anda?		
3.	Apakah Anda merasa hidup Anda kosong?		
4.	Apakah Anda sering merasa bosan?		
5.	Apakah Anda mempunyai semangat yang setiap saat?		
6.	Apakah Anda merasa takut bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi pada diri Anda?		
7.	Apakah Anda merasa bahagia untuk sebagian besar hidup Anda?		
8.	Apakah Anda sering merasa tidak berdaya?		
9.	Apakah Anda lebih senang tinggal di rumah daripada keluar dan mengerjakan sesuatu hal yang baru?		
10.	Apakah Anda merasa mempunyai banyak masalah dengan daya ingat Anda dibandingkan kebanyakan orang?		
11.	Apakah Anda pikir bahwa hidup Anda sekarang ini menyenangkan?		
12.	Apakah Anda tidak merasa berharga seperti perasaan Anda saat ini?		
13.	Apakah Anda merasa penuh semangat?		
14.	Apakah Anda merasa keadaan Anda tidak ada harapan?		
15.	Apakah Anda pikir bahwa orang lain keadaannya lebih baik dari Anda?		

Lampiran 10

TABULASI DATA UMUM DAN KHUSUS

No Responden	Data Umum				Data Khusus	
	Jenis Kelamin	Usia	Agama	Pendidikan Terakhir	Spiritual Lansia	Depresi Lansia
1	2	3	1	1	4	1
2	2	3	1	2	4	1
3	2	3	1	1	4	1
4	1	3	1	3	4	1
5	2	2	1	1	4	1
6	2	3	1	1	3	2
7	2	2	1	1	4	1
8	2	3	1	1	4	1
9	1	1	1	4	4	1
10	1	3	1	2	4	1
11	1	3	1	2	4	1
12	1	1	1	4	4	1
13	1	2	1	3	4	1
14	1	2	1	4	4	1
15	1	1	1	2	4	1
16	2	2	1	2	4	1
17	2	3	1	2	4	1
18	2	2	1	1	4	1
19	2	3	1	1	4	1
20	2	1	1	1	4	1
21	2	1	1	1	4	1
22	1	1	1	2	4	1
23	1	3	1	2	4	2
24	2	3	1	1	4	2
25	1	1	1	1	4	2
26	2	2	1	1	3	2
27	2	2	1	1	3	2
28	2	2	1	1	3	2
29	2	2	1	1	3	2
30	2	3	1	1	3	2

Keterangan:

1. Data Umum

1) Jenis kelamin

(1) Pria

(2) Wanita

2) Usia

(1) 60-64 tahun

(3) 70-74 tahun

(2) 65-69 tahun

3) Agama

(1) Islam

(3) Hindu

(2) Kristen

(4) Budha

4) Pendidikan terakhir

(1) Tidak bersekolah

(2) SD

(3) SMP

(4) SMA

(5) Perguruan tinggi

2. Data Khusus

1) Spiritual lansia

(1) Sangat rendah (< 95)

(4) Tinggi (168-203)

(2) Rendah (96-131)

(5) Sangat Tinggi (> 204)

(3) Sedang (132-167)

2) Depresi lansia

(1) Depresi ringan (1-4)

(3) Depresi berat (> 10)

(2) Depresi sedang (5-9)

Lampiran 13

HASIL ANALISIS UJI STATISTIK**1. Frekuensi Data Umum****Frequencies****Statistics**

		Jenis Kelamin	Umur	Agama	Pendidikan Terakhir
N	Valid	30	30	30	30
	Missing	0	0	0	0

Frequency Table**Jenis Kelamin**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pria	11	36.7	36.7	36.7
	wanita	19	63.3	63.3	100.0
Total		30	100.0	100.0	

Umur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	60 - 64 tahun	7	23.3	23.3	23.3
	65 - 69 tahun	10	33.3	33.3	56.7
	70 - 74 tahun	13	43.3	43.3	100.0
Total		30	100.0	100.0	

Agama

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Islam	30	100.0	100.0	100.0

Pendidikan Terakhir

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak bersekolah	17	56.7	56.7	56.7
	SD	8	26.7	26.7	83.3
	SMP	2	6.7	6.7	90.0
	SMA	3	10.0	10.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Lampiran 14

2. Frekuensi Data Khusus**Frequencies**

		Statistics	
		Spiritualitas	Depresi
N	Valid	30	30
	Missing	0	0

Frequency Table

		Spiritualitas			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sedang	6	20.0	20.0	20.0
	Tinggi	24	80.0	80.0	100.0
Total		30	100.0	100.0	

		Depresi			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ringan	21	70.0	70.0	70.0
	sedang	9	30.0	30.0	100.0
Total		30	100.0	100.0	

Lampiran 15

TABULASI SILANG**Crosstabs****Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Spiritualitas * Depresi	30	100.0%	0	.0%	30	100.0%

Spiritualitas * Depresi Crosstabulation

			Depresi		Total
			ringan	sedang	
Spiritualitas	sedang	Count	0	6	6
		Expected Count	4.2	1.8	6.0
		% within Spiritualitas	.0%	100.0%	100.0%
		% within Depresi	.0%	66.7%	20.0%
		% of Total	.0%	20.0%	20.0%
tinggi		Count	21	3	24
		Expected Count	16.8	7.2	24.0
		% within Spiritualitas	87.5%	12.5%	100.0%
		% within Depresi	100.0%	33.3%	80.0%
		% of Total	70.0%	10.0%	80.0%
Total		Count	21	9	30
		Expected Count	21.0	9.0	30.0
		% within Spiritualitas	70.0%	30.0%	100.0%
		% within Depresi	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	70.0%	30.0%	100.0%

Lampiran 16

HASIL ANALISIS UJI STATISTIK KORELASI *SPEARMAN'S RHO*
SPIRITUALITAS DAN DEPRESI PADA LANSIA

Correlations			VAR00031	VAR00032
Spearman's rho	VAR00031	Correlation Coefficient	1.000	-.872**
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	30	30
	VAR00032	Correlation Coefficient	-.872**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	30	30

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

