

SKRIPSI

**ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN DEPRESI PADA
LANJUT USIA YANG TINGGAL DI PANTI WERDHA PARE DAN
WILAYAH RW 1 DESA PARE**

PENELITIAN *CROSS SECTIONAL*



**OLEH:
ISTIYATI MAYSAROH
010510913 B**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA SURABAYA
2009**

SKRIPSI

**ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN DEPRESI PADA
LANJUT USIA YANG TINGGAL DI PANTI WERDHA PARE DAN
WILAYAH RW 1 PARE**

PENELITIAN CROSS SECTIONAL

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



Oleh :

**ISTIYATI MAYSAROH
NIM. 010510913 B**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2009**

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, 25 Agustus 2009

ISTIYATI MAYSYAROH
010510913B

PERSETUJUAN SKRIPSI

LEMBAR PENGESAHAN

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI
TANGGAL, 11 AGUSTUS 2009

Oleh
Pembimbing I

Kusnanto, S.Kp., M.Kes
NIP. 140 233 650

Pembimbing II

Ni Ketut Alit Armini, S.Kp

NIK. 132 306 152

Mengetahui

a.n. Penjabat Dekan Fakultas Keperawatan

Universitas Airlangga

Penjabat Wakil Dekan I

Yuni Sufyanti Arief S.Kp., M.Kes.

NIP. 132 295 670

LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI

TELAH DIUJI

Pada tanggal: 25 Agustus 2009

PANITIA PENGUJI

Ketua : Purwaningsih, S.Kp., M.Kes (.....)
NIP. 132 255 157

Anggota : 1. **Kusnanto, S.Kp., M.Kes** (.....)
NIP. 140 233 650

2. **Ni Ketut Alit Armini, S.Kp** (.....)
NIK. 132 306 152

Mengetahui

a.n. Penjabat Dekan Fakultas Keperawatan

Universitas Airlangga

Penjabat Wakil Dekan I

Yuni Sufyanti Arief S.Kp., M.Kes.

NIP. 132 295 670

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT, berkat rahmat dan bimbinganNya saya dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Depresi Pada Lanjut Usia Yang Tinggal Di Panti Werdha Pare Dan Di Wilayah Rw 1 Pare”. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) pada program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.

Bersamaan dengan ini perkenankanlah saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Dr. Nursalam, M. Nurs (Hons), selaku Penjabat Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada saya untuk menjadi mahasiswa pada Program Studi Ilmu Keperawatan.
2. Yuni Sufyanti Arief, S.Kp., M.Kes., selaku penjabat dekan I Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada saya untuk menjadi mahasiswa pada Program Studi Ilmu Keperawatan.
3. Kusnanto, S.Kp., M.Kes, selaku pembimbing I. Terima kasih atas kesabaran dalam memberikan bimbingan, masukan, arahan dan saran kepada saya sehingga skripsi ini akhirnya terselesaikan.
4. Ni Ketut Alit Armini, S.Kp., selaku pembimbing II. Terima kasih atas kesabaran dalam memberikan bimbingan, masukan, arahan, dan saran kepada saya sehingga skripsi ini akhirnya terselesaikan.

5. Ahmad Yusuf S.Kp., M. Kes, Purwaningsih S.kp., M. Kes dan Elida Ulfiana S.Kep., Ns yang juga telah memberikan masukan dan arahan kepada saya pada waktu seminar proposal dan ujian skripsi sehingga skripsi ini akhirnya terselesaikan.
6. Seluruh dosen PSIK yang telah membimbing saya selama saya menuntut ilmu di Program Studi Ilmu Keperawatan.
7. Seluruh staf PSIK yang telah membantu kelancaran proses skripsi kami.
8. Dinsos Provinsi Jawa Timur terutama bagian bina lanjut usia terima kasih atas perijinannya untuk melakukan penelitian.
9. Bankesbangpolinmas Kabupaten Kediri terima kasih atas perijinannya untuk melakukan penelitian.
10. Pak Tokharan, pak Hamid, Pak Mulyono dan seluruh staf yang ada di panti werdha Pare yang tidak dapat disebutkan satu persatu serta nenek-nenek yang ada di panti werdha Pare yang telah mengizinkan dan membantu saya dalam melakukan penelitian serta memberi saran kepada saya.
11. Terima kasih pada Kepala Desa Pare dan staf, ketua RW I, ketua RT I, ketua RT 2, Ketua RT 3, Ketua RT 4, Ketua RT 5 dan seluruh warga RW I desa Pare yang telah mendukung terlaksananya penelitian ini.
12. Kedua orang tua saya ibu dan bapak yang selalu memberikan doanya tanpa diminta, selalu mempercayai apapun yang saya lakukan, memberikan apapun yang saya butuhkan di dunia ini. Semoga semua yang telah diberikan bermanfaat di dunia dan akhirat dan semoga anakmu ini bisa membalas semua pengorbanan yang telah diberikan dengan segenap kekuatan dan ketulusan dari hati.

13. Adikku Dony dan seluruh keluarga besar, terima kasih atas dukungannya.
14. Eyang Mamik dan keluarga besar Pak Yanto yang telah memberikan bantuan selama saya di Pare.
15. Sahabat-sahabatku tersayang Lipss, Choy Family (Valentica, Yesvi, Nanik, Zum, Alin, Ria) dan RR Dian, Yayuk, Enthuk, Wika, Anna, Menik, Binbin, Yusi, Wiwid, Betsy, Fitry, Sakti, Resti, Tria, Retty, Tiwi, Endah, Laili, Tacil dan Yayan serta teman-teman les dan yosa terima kasih karena kalian aku bisa terus semangat menyelesaikan skripsi ini, semua doa dan saran kalian membuatku tetap semangat.
16. Ibu kos dan keluarga serta teman-teman kos (guru besar mbak Epik, tante Ata, bundo Ninda, bu Naya, Eka, Leli dan Lia) yang selalu mendukung dan memberikan semangat dalam penyelesaian skripsi.
17. Perpustakaan Henderson dan pak Hendy yang memberikan inspirasi dalam terselesaikannya skripsi.
18. Teman-teman A5 terima kasih atas bantuan, dukungan dan kerja sama yang kompak yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu, terima kasih.

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberikan kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan skripsi ini.

Saya menyadari bahwa skripsi ini jauh dari kesempurnaan, tetapi saya berharap skripsi ini bisa bermanfaat bagi pembaca dan bagi keperawatan

Surabaya, 25 Agustus 2009

Istiyati Maysyaroh

MOTTO

BERANI HIDUP TAK TAKUT MATI
TAKUT MATI JANGAN HIDUP
TAKUT HIDUP MATI SAJA
(from: PMDG)

Burung tak pernah diajari untuk terbang dan ikan tak pernah belajar untuk berenang semuanya alami dan berasal dari naluri alami yang akan hadir pada setiap makhluknya yang percaya akan kebesaran Allah dan hanya Dia yang dapat memberikan kekuatan itu (Irfan Toni Herlambang).

Anggaplah sebagai kebahagiaan ketika kamu jatuh ke dalam berbagai cobaan sebab ujian menghasilkan ketekunan. Dan biarkanlah ketekunan itu memperoleh buah yang matang supaya menjadi sempurna utuh dan tak kekurangan suatu apapun (Irfan Toni Herlambang).

Kegagalan kerap kita jadikan alasan untuk berhenti melangkah, namun jika kita bersikap seperti itu bisa jadi kita keliru. Sebab, kegagalan adalah sebuah cara Allah mengajarkan kepada kita tentang arti kesungguhan (Irfan Toni Herlambang).

Yakinlah apapun cobaan yang kita hadapi adalah bagian dari rangkaian kemuliaan yang sedang di persiapkan-Nya untuk kita. Jangan putus asa, jangan lemah hati. Allah selalu bersama orang-orang yang sabar (Irfan Toni Herlambang).

Layang-layang dimainkan dengan kepala tegak dan bukan dengan menunduk. Layang- layang diterbangkan bukan dengan wajah ke arah bawah, tapi dengan menatap ke angkasa. Begitupun kita di dalam hidup. Layang-layang adalah tanda agar kita selalu percaya bahwa optimisme dimulai dengan membangun harapan, bukan dengan bersedih (Irfan Toni Herlambang).

Waktu adalah kehidupan kita sendiri, kita tidak akan bisa mengembalikan dan menghentikan waktu. Menyia-nyiakan waktu berarti menyia-nyiakan hidup tapi menguasai waktu adalah menguasai hidup (Fatha Aulya Rahma).

ABSTRACT

The Analysis of Factor Related to Depression Degree for Elderly In Elderly Hostels and at home

Correlation study in elderly hostels Pare and Rw I Pare Village

By: Istiyati Maysyaroh

The most health mentally problem in elderly was depression. Depression frequently happen in women. Factors that cause depression are biologic, psychologic and social. The aim of this study is to investigate factor related to Depression Degree for elderly living in the elderly hostels and RW 1 Pare Village.

Design used in this study was correlation design. The population were all elderly living in elderly hostels Pare and Rw1 Pare Village. Sample providable by using purposive sampling and there were 47 at elderly hostels and 36 at Rw 1 Pare Village as a respondent. Data was collected by using structure questionnaire. Data was analyzed using Spearman's rho test and logistic regression test with level of significant $< 0,05$.

Result showed that depression degree for older people living in the elderly hostels had correlation with biologic factors ($p=0,040$), psychologic factors ($p=0,021$), social fators ($p=0,020$) and for older people living at home had correlation with biologic factors ($p=0,033$)and psychologic factors ($p=0,026$) but hadn't correlation with social factors ($p=0,911$)

It can be concluded that the dominant factor in elderly hostels that correlation with depression is psychologic factors and dominant factor elderly living at home is psychologic factors. Further studies should involve larger respondents and better measurement tools to obtain more accurate results.

Keywords: *Elderly, Hostels, Home, Depression degree, Depression factor*

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul	i
Surat pernyataan.....	ii
Lembar Persetujuan.....	ii
Motto.....	iv
Ucapan Terima kasih.....	vii
Abstract.....	viii
Daftar Isi.....	ix
Daftar Tabel	x
Daftar Gambar.....	xi
Daftar Lampiran	
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	6
1.3 Tujuan Penelitian	6
1.3.1 Tujuan Umum	6
1.3.2 Tujuan Khusus	7
1.4 Manfaat Penelitian	7
1.4.1 Teoritis	7
1.4.2 Praktis.....	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep lanjut usia	9
2.1.1 Pengertian Lanjut Usia	9
2.1.2 Teori Penuaan	10
2.1.3 Faktor yang Mempengaruhi Penuaan	15
2.1.4 Batasan Umur Lanjut Usia.....	15
2.1.5 Tugas Perkembangan pada Lanjut Usia.....	16
2.1.6 Perubahan-perubahan yang Terjadi pada lanjut Usia.....	16
2.1.7 Mitos Tentang Lanjut Usia.....	24
2.1.8 Tipe Kepribadian Lanjut Usia.....	33
2.2 Konsep Panti Wedha.....	39
2.2.1 Pengertian Panti Werdha.....	39
2.2.2 Latar Belakang Timbulnya Perhatian pada Lanjut Usia.....	40
2.2.3 Karakteristik Lanjut Usia yang Tinggal di Panti Werdha.....	41
2.3 Konsep Keluarga.....	43
2.3.1 Pengertian Keluarga	43
2.3.2 Fungsi keluarga	43
2.3.3 Tahap-tahap Perkembangan Keluarga.....	44

2.3.4	Karakteristik Lanjut Usia yang Tinggal di Rumah.....	46
2.4	Konsep Depresi	48
2.4.1	Pengertian Depresi	48
2.4.2	Pengertian Depresi pada Lanjut Usia.....	49
2.4.3	Rentang Respon Emosional.....	49
2.4.4	Teori Depresi.....	50
2.4.5	Tipe Gangguan Mood	51
2.4.6	Derajat Depresi.....	52
2.4.7	Faktor Predisposisi dan presipitasi.....	53
2.4.8	Penyebab Depresi.....	55
2.4.9	Gejala Depresi	59
2.4.10	Sindrom-sindrom Klinis Depresi pada Lanjut Usia	59
2.4.11	Geriatric depression scale.....	60
 BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN		
3.1	Kerangka Konseptual	62
3.2	Hipotesis Penelitian.....	64
 BAB 4 METODE PENELITIAN		
4.1	Rancangan Penelitian	65
4.2	Kerangka Kerja	65
4.3	Desain Sampling	66
4.3.1	Populasi	65
4.3.2	Sampel.....	67
4.3.3	Sampling	68
4.4	Identifikasi Variabel.....	68
4.4.1	Variabel Independen	69
4.4.2	Variabel Dependen.....	69
4.5	Definisi Operasional.....	69
4.6	Pengumpulan Data dan Pengolahan Data	72
4.6.1	Instrumen Penelitian.....	72
4.6.2	Lokasi Penelitian.....	73
4.6.2	Prosedur Pengambilan Data	74
4.7	Analisis Data	75
4.8	Etika Penelitian	77
4.7.1	Lembar Persetujuan menjadi Responden (<i>Informed consent</i>)	77
4.7.2	Tanpa Nama (<i>Anonimity</i>)	77
4.7.3	Kerahasiaan	78
4.9	Keterbatasan Peneliti.....	78
 BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN		
5.1	Hasil Penelitian.....	79
5.1.1	Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	79
5.1.2	Karakteristik Demografi responden.....	80
5.2	Pembahasan.....	90
 BAB 6 Kesimpulan dan Saran.....		
		99

DAFTAR PUSTAKA	101
LAMPIRAN	105

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Definisi Operasional Penelitian Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Tingkat Depresi pada Lanjut Usia yang Tinggal di Panti Wedha dan di Rumah	70
Tabel 5.2 Distribusi data depresi pada lanjut usia di panti werdha Pare dan wilayah RW 1 desa Pare.....	83
Tabel 5.3 Distribusi data faktor biologis pada lanjut usia di panti werdha Pare dan wilayah RW 1 desa Pare.....	84
Tabel 5.4 Distribusi data faktor psikologis pada lanjut usia di panti werdha Pare dan wilayah RW 1 desa Pare.....	84
Tabel 5.5 Distribusi data faktor sosial pada lanjut usia di panti werdha Pare dan Wilayah RW 1 desa Pare.....	85
Tabel 5.6 Distribusi hubungan faktor biologis dengan tingkat depresi pada lanjut usia yang tinggal di panti werdha.....	85
Tabel 5.7 Distribusi hubungan faktor biologis dengan tingkat depresi pada lanjut usia yang tinggal di wilayah RW 1 desa Pare	86
Tabel 5.8 Distribusi hubungan faktor psikologis dengan tingkat depresi pada lanjut usia yang tinggal di panti werdha	87
Tabel 5.9 Distribusi hubungan faktor psikologis dengan tingkat depresi pada lanjut usia yang tinggal di wilayah RW 1 desa Par.....	87
Tabel 5.10 Distribusi hubungan faktor sosial dengan tingkat depresi pada lanjut usia yang tinggal di panti werdha	88
Tabel 5.11 Distribusi hubungan faktor sosial dengan tingkat depresi pada lanjut usia yang tinggal di wilayah RW 1 desa Pare	93
Tabel 5.12 Lanjut usia yang tinggal di panti werdha dan di rumah.....	89

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Rentang Emosi	49
Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Tingkat Depresi Lanjut Usia yang Tinggal di Panti Werdha dan di Rumah	62
Gambar 4.1 Kerangka Kerja Analisis Faktor yang berhubungan dengan Tingkat Depresi pada Lanjut Usia.....	66
Gambar 5.1 Distribusi Lanjut Usia berdasarkan umur.....	81
Gambar 5.2 Distribusi Lanjut Usia berdasarkan Pendidikan.....	81
Gambar 5.3 Distribusi Lanjut Usia berdasarkan Pekerjaan dahulu.....	82
Gambar 5.4 Distribusi Lanjut Usia berdasarkan Pekerjaan sekarang.....	82

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Formulir Persetujuan Menjadi Responden Penelitian	110
Lampiran 2 Lembar Permintaan menjadi Responden	111
Lampiran 3 Format Pengumpulan Data Lanjut Usia yang Tinggal di Rumah	112
Lampiran 4 Format Pengumpulan Data Lanjut Usia yang Tinggal di Panti Werdha	114
Lampiran 5 Format Geriatrik Depression Scale (GDS).....	116
Lampiran 7 Kuisisioner	120

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Sejalan dengan bertambahnya umur, setiap manusia akan menjadi tua. Proses menua adalah proses alami yang dihadapi manusia, dalam proses ini tahap yang paling krusial adalah tahap lanjut usia (lansia) dimana pada diri manusia secara alami terjadi penurunan atau perubahan kondisi fisik, psikologis maupun sosial yang saling berinteraksi satu sama lainnya (Imamaffandi, 2008). Pada tahun 2025, jumlah lanjut usia (lansia) di Indonesia diperkirakan akan meningkat empat kali lipat. Meningkatnya jumlah lanjut usia dapat memunculkan berbagai macam masalah kesehatan lanjut usia, diantaranya masalah mental. Masalah mental yang paling banyak ditemui pada lanjut usia adalah depresi (Dharmono, 2008). Depresi dapat diartikan sebagai gangguan emosional yang bersifat tertekan, sedih, tidak bahagia, tidak berharga, tidak berarti, tidak mempunyai semangat dan pesimis terhadap hidup mereka (Yenniyo, 2008).

Penelitian yang dilakukan di Indonesia mengemukakan bahwa faktor risiko yang berperan dalam terjadinya depresi pada pasien lanjut usia yang dirawat di RSCM adalah lama rawat, stressor psikososial dan status perkawinan janda. Faktor yang paling berhubungan dengan meningkatnya kejadian depresi pada lanjut usia yang dirawat di RSCM adalah faktor stressor psikososial (Dewi dkk, 2007). Penelitian di Inggris dan Wales mengemukakan bahwa depresi yang terjadi pada lanjut usia yang tinggal di panti werdha lebih tinggi daripada lanjut usia yang tinggal di rumah (McDougall et al, 2007). Faktor-faktor yang

berhubungan dengan depresi pada lanjut usia yang tinggal di panti werdha antara lain faktor umur, demensia, faktor sosio demografi, faktor kondisi kesehatan, faktor disabilitas fungsi. Faktor yang paling banyak berhubungan dengan tingginya kejadian depresi di panti werdha yang dilakukan di Inggris dan Wales adalah faktor disabilitas fungsi (McDougall et al, 2007). Penelitian lain yang dilakukan di Turki mengemukakan bahwa depresi pada lanjut usia yang tinggal di rumah berhubungan dengan beberapa faktor antara lain umur, jenis kelamin, pendidikan, status pernikahan, penyakit kronis, lingkungan keluarga, rencana hidup. Faktor yang paling berhubungan dengan meningkatnya depresi lanjut usia yang tinggal di rumah adalah faktor yang berhubungan dengan penyakit kronis (Mine et al, 2004). Berdasarkan studi awal yang dilakukan di panti werda Pare dan wilayah Rw I desa Pare didapatkan data lanjut usia yang tidak berpasangan janda berjumlah 47 orang dan 36 orang. Lanjut usia yang di panti werdha mengalami kesepian, kehilangan, kurangnya kunjungan keluarga, merasa bosan, kurang akrab dengan orang di sekitar lingkungan tempat tinggal lanjut usia dan tidak semangat. Dari latar belakang tersebut peneliti berminat untuk melakukan penelitian tentang analisis faktor yang berhubungan dengan tingkat depresi pada lanjut usia yang tinggal di panti werdha maupun lanjut usia yang tinggal di rumah.

Pada tahun 2020 jumlah lanjut usia diperkirakan meningkat sekitar tiga kali lipat dari jumlah lanjut usia pada tahun 1990. Kantor Menteri Kependudukan/BKKBN, menyatakan bahwa pada tahun 1995 beberapa propinsi di Indonesia proporsi lanjut usia jauh berada di atas patokan penduduk berstruktur tua (yakni 7 %), yaitu antara lain : Daerah Istimewa Yogyakarta (12,5%), Jawa

Timur (9,46%), Bali (8,93%), Jawa Tengah (8,8%) dan Sumatera Barat (7,98%). Data statistik menunjukkan bahwa penduduk lanjut usia Indonesia pada awal abad ke 21 ini diperkirakan adalah sekitar 15 juta orang dan pada tahun 2020, jumlah lanjut usia tersebut akan meningkat sekitar 30-40 juta orang (Suseno, 2007). Indonesia sendiri termasuk negara yang memasuki era penduduk berstruktur lanjut usia atau *aging structured population* karena jumlah penduduk yang berusia 60 tahun ke atas sekitar 7,18% (Mujiono, 2008). Menurut Kementerian Koordinator Kesejahteraan Rakyat, Pulau Jawa dan Bali adalah daerah yang mempunyai jumlah penduduk lanjut usia lebih dari 7%. Perkiraan pada tahun 2005 nanti akan terjadi peningkatan lanjut usia di Indonesia, jumlah lanjut usia akan mencapai 16,2 juta jiwa atau 7,4 % dari total penduduk yang berjumlah sekitar 216,6 juta jiwa (Imamaffandi, 2008). Harapan hidup penduduk Indonesia berdasar data bahwa pada 1980 usia harapan hidup masih 52,2 tahun, 1990 (59,8 tahun), 1995 (63,6 tahun), 2000 (64,5 tahun), 2010 (67,4 tahun), dan 2020 (71,1 tahun) (Depsos, 2008). Tahun 2025 jumlah lanjut usia (lansia) di Indonesia diperkirakan akan meningkat empat kali lipat (Dharmono, 2008).

Sepertiga (33%) dari para janda atau duda akan mengalami depresi pada bulan pertama sepeninggal pasangannya dan separo dari mereka mengalami depresi sesudah satu tahun. Janda atau duda memiliki tingkat depresi yang lebih tinggi daripada mereka yang masih berpasangan (Probosuseno, 2007). Prevalensi depresi pada lanjut usia di dunia berkisar 8-15 persen dan hasil meta analisis dari laporan negara-negara di dunia mendapatkan prevalensi rata-rata depresi pada lanjut usia adalah 13,5 persen dengan perbandingan wanita-pria 14,1: 8,6. Adapun prevalensi depresi pada lanjut usia yang menjalani perawatan di RS dan panti

perawatan sebesar 30-45 persen (Dharmono, 2008). Menurut Syamsir bongsoe (2007) pada orang usia lanjut, depresi yang dialami justru seringkali disebabkan karena penyakit fisik, penuaan dan kurangnya perhatian dari pihak keluarga, ada sekitar 1-4 persen populasi usia lanjut yang mengalami depresi mayor (terjadi sekitar satu tahun) dan 4-13 persen mengalami depresi minor (lebih dari dua tahun). Berdasarkan penelitian yang dilakukan di Inggris dan Wales tingkat kejadian depresi yang terjadi pada lanjut usia yang tinggal di panti werdha dan yang tinggal di rumah sebesar 27,1%: 9,3% (McDougall et al, 2007).

Menurut Gibson berdasarkan teori psikodinamik yang dikemukakannya gangguan alam perasaan depresi dapat terjadi karena ketidakseimbangan elektrolit, yaitu perubahan natrium dan kalium di dalam neuron. Perubahan biokimia (noreefinefrin, dopamine dan serotonin) juga mempengaruhi keadaan emosional individu. Rendahnya kadar noreefinefrin dan dopamine mengakibatkan individu berada dalam episode depresi. Depresi yang terjadi pada lanjut usia terjadi antara lain karena normal proses penuaan, kehilangan satu pasangan, kesepian, hilangnya kemerdekaan, merasa terabaikan, takut mati, perasaan tidak memiliki tujuan hidup, penyakit kronis (Margaret, 1996).

Menurut Bongsoe (2007) faktor-faktor penyebab yang berhubungan dengan depresi pada lanjut usia antara lain faktor biologi (genetik, gangguan otak, gangguan neurotransmitter, perubahan endrokin), faktor psikologi (teori perilaku, teori psikodinamis, teori kognitif), dan faktor sosial sedangkan faktor risiko terjadinya depresi pada lanjut usia antara lain adalah karena penyakit fisik yang menimbulkan rasa sakit atau ketidakmampuan, merasa kesepian, ada duka cita saat ini atau peristiwa kehidupan buruk yang lain, gangguan pendengaran, adanya

riwayat keluarga dengan gangguan depresif, demencia dini, ada penggunaan obat-obat tertentu seperti steroid, mayor tranquilizer dan lain-lain.

Perawatan lanjut usia tidak hanya terbatas pada perawatan kesehatan fisik saja namun juga pada faktor psikologis dan sosiologis. Kualitas hidup lanjut usia menurun seiring dengan semakin bertambahnya usia. Lanjut usia juga memerlukan berbagai hal lain untuk dapat mempertahankan kualitas hidupnya seperti latihan-latihan yang dapat melatih kekuatan tubuhnya dan mempertahankan fungsi kognitifnya serta fungsi sosialisasi sehingga menuntut perhatian khusus dari keluarga yang menjaga lanjut usia agar lanjut usia tidak merasa sendirian karena berdampak pada depresi walaupun berada di rumahnya sendiri (Mujiono, 2008).

Depresi yang merupakan masalah mental paling banyak ditemui pada lanjut usia (lansia) membutuhkan penatalaksanaan holistik dan seimbang pada aspek fisik, mental dan sosial (Dharmono, 2008), oleh karena itu mengatasi permasalahan tersebut, terdapat dua pilihan bagi keluarga untuk merawat lanjut usia. Lanjut usia dapat dirawat di rumah sendiri oleh keluarganya atau dirawat di panti werdha. Perawatan lanjut usia yang di rumah keluarga dapat mempekerjakan seorang perawat. Perawatan lanjut usia di rumah mempunyai keuntungan maupun kerugiannya. Lanjut usia yang tinggal di rumah akan mendapatkan rasa nyaman dan aman, tetapi ada banyak hal lain yang juga harus diperhatikan secara seksama agar kehidupan lanjut usia menjadi lebih baik (Mujiono, 2008).

Keadaan dimana keluarga lanjut usia mempunyai keterbatasan waktu, dana, tenaga, dan kemampuan untuk merawat lanjut usia maka panti werdha dapat menjadi pilihan, seperti halnya perawatan di rumah, perawatan di panti werdha

juga mempunyai kerugian dan keuntungan. Kerugian dari perawatan panti werdha adalah lanjut usia dianggap seperti orang yang tidak berguna, tidak diakui keluarga, tidak dihargai atau tidak mempunyai harga diri, sedangkan keuntungan perawatan di panti werdha lanjut usia akan menemukan banyak teman, dimana selain mereka mendapatkan perawatan yang maksimal, mereka juga dapat melakukan berbagai kegiatan dan aktivitas untuk mempertahankan fungsi motorik dan kognitifnya, seperti olahraga, keterampilan, dan hiburan. Makanan juga telah diatur untuk memenuhi kebutuhan nutrisi serta pengukuran tanda-tanda vital. Oleh karena itu perawatan lanjut usia harus dilakukan dengan teliti, sabar, dan penuh cinta, dengan perawatan yang demikian itu diharapkan dapat meningkatkan kualitas hidup lanjut usia sehingga mereka tetap merasa bahagia dan dapat menjalani kehidupan masa tuanya dengan lebih baik (Mujiono, 2008).

1.2 Rumusan Masalah

1. Faktor- faktor apakah yang berhubungan dengan depresi pada lanjut usia yang tinggal di panti werdha dan di rumah?
2. Faktor apakah yang paling dominan dengan depresi pada lanjut usia yang tinggal di panti werdha dan di rumah?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Menganalisis tingkat depresi, dan faktor yang paling berhubungan dengan depresi pada lanjut usia yang tinggal di panti werdha dan di rumah.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi tingkat depresi pada lanjut usia di panti werdha dan di rumah.
2. Mengidentifikasi faktor biologi yang berhubungan dengan depresi pada lanjut usia yang tinggal di panti werdha dan di rumah.
3. Mengidentifikasi faktor psikologi yang berhubungan dengan depresi pada lanjut usia yang tinggal di panti werdha dan di rumah.
4. Mengidentifikasi faktor sosial yang berhubungan dengan depresi pada lanjut usia yang tinggal di panti werdha dan di rumah.
5. Mengidentifikasi faktor yang paling dominan dengan depresi pada lanjut usia yang tinggal di panti werdha dan di rumah.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Dapat digunakan sebagai wacana dalam menambah pengetahuan tentang tingkat dan faktor- faktor yang berhubungan dengan depresi pada lanjut usia yang tinggal di panti werdha dan di rumah.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi panti werdha

Memberi masukan bagi panti agar dapat dijadikan sebagai bahan pertimbangan untuk menurunkan tingkat depresi lanjut usia di panti werdha.

2. Bagi Keluarga

Memberikan masukan pada keluarga sehingga meningkatkan pemahaman dan pengetahuan tentang depresi pada lanjut usia yang tinggal di rumah.

3. Bagi Puskesmas

Memberi masukan pada puskesmas yang selanjutnya dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan dalam merumuskan intervensi perawatan lanjut usia dalam menurunkan tingkat depresi dan peningkatan mutu pelayanan lanjut usia agar kualitas hidup lanjut usia meningkatkan.

4. Bagi perawat atau petugas kesehatan

Memberi masukan pada perawat atau petugas kesehatan tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan depresi pada lanjut usia agar dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan dalam merumuskan intervensi depresi pada lanjut usia.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab ini akan di uraikan beberapa konsep yang mendasari penelitian, pertama mengenai konsep lanjut usia, konsep panti werdha, konsep keluarga dan konsep depresi.

2.1 Konsep Lanjut Usia

2.1.1 Pengertian Lanjut Usia

Menurut UU No. 13 tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia yang dimaksud dengan lanjut usia (lansia) adalah seseorang yang berusia 60 tahun ke atas (Suardian, 2004).

Menurut UU No. 4 tahun 1965 pasal 1 dinyatakan sebagai berikut “Seorang dapat dinyatakan sebagai seorang jompo atau lanjut usia setelah yang bersangkutan mencapai umur 55 tahun, tidak mempunyai atau tidak berdaya mencari nafkah sendiri untuk keperluan hidupnya sehari-hari dan menerima nafkah dari orang lain” (Ismayadi, 2004).

Masa lanjut usia sering dimaknai sebagai masa kemunduran terutama pada fungsi fisik dan fungsi psikologi (Depsos, 2008).

Menurut Kepala Kanwil Departemen Sosial Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) usia lanjut adalah orang-orang yang berusia diatas 56 tahun dan mengandung pengertian bahwa mereka dipandang sudah tidak mampu lagi melaksanakan tugasnya (Imamaffandi, 2008).

2.1.2 Teori Penuaan

Proses menua adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri/mengganti dan mempertahankan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi dan memperbaiki kerusakan yang diderita (Ismayadi, 2004).

Teori-teori yang menjelaskan bagaimana dan mengapa penuaan terjadi biasanya dikelompokkan ke dalam dua kelompok besar yaitu teori biologis dan psikologis (Stanley et al, 2006).

1. Teori Biologis

Teori biologis mencoba untuk menjelaskan proses fisik penuaan, termasuk perubahan fungsi dan struktur, pengembangan, panjang usia dan kematian. Perubahan-perubahan dalam tubuh termasuk perubahan molekular, dan seluler dalam sistem organ utama dan kemampuan tubuh untuk berfungsi secara adekuat dan melawan penyakit (Stanley et al, 2006).

Teori biologis juga mencoba untuk menjelaskan mengapa orang mengalami penuaan dengan cara yang berbeda dari waktu ke waktu dan faktor apa yang mempengaruhi umur panjang, perlawanan terhadap organisme, dan kematian atau perubahan seluler. Di bawah ini beberapa teori biologis :

1) Teori Genetika

Teori ini menyatakan bahwa proses menua terjadi akibat adanya program jam genetik didalam nuklei. Jam ini akan berputar dalam jangka waktu tertentu dan jika jam ini sudah habis putarannya maka, akan menyebabkan berhentinya proses mitosis (Rusari,2009).

Menurut teori ini menua telah terprogram secara genetik untuk spesies-spesies tertentu. Penuaan terutama dipengaruhi oleh pembentukan gen dan dampak lingkungan pada pembentukan kode genetik. Teori genetika terdiri dari teori asam deoksiribonukleat (DNA), teori ketepatan dan kesalahan, mutasi somatik, dan teori glikogen.

Teori-teori ini menyatakan bahwa proses replikasi pada tingkatan seluler menjadi tidak teratur karena adanya informasi tidak sesuai yang diberikan dari inti sel. Molekul DNA menjadi bersilangan (*crosslink*) dengan unsur yang lain sehingga mengubah informasi genetik. Adanya *crosslink* ini mengakibatkan kesalahan pada tingkat seluler yang akhirnya menyebabkan sistem dan organ tubuh gagal untuk berfungsi (Stanley et al, 2006).

2) Teori *Wear and Tear*

Salah satu hipotesis yang berhubungan dengan mutasi sel somatik adalah hipotesis “*Error Castastrophe*” (Rusari 2009). Menurut teori tersebut menua diakibatkan oleh menumpuknya berbagai macam kesalahan sepanjang kehidupan manusia. Akibat kesalahan tersebut akan berakibat kesalahan metabolisme yang dapat mengakibatkan kerusakan sel dan fungsi sel secara perlahan. Teori ini mengusulkan bahwa akumulasi sampah metabolik atau zat nutrisi dapat merusak sintesis DNA, sehingga mendorong malfungsi molekular dan akhirnya multifungsi organ tubuh. Radikal bebas adalah contoh dari produk sampah metabolisme yang menyebabkan kerusakan ketika akumulasi mulai terjadi. Radikal bebas

adalah molekul atau atom dengan suatu elektron yang tidak berpasangan (Stanley et al, 2006).

3) Riwayat Lingkungan

Faktor-faktor di dalam lingkungan (karsinogen dari industri, cahaya matahari, trauma, dan infeksi) dapat membawa perubahan dalam proses penuaan. Faktor-faktor ini diketahui dapat mempercepat penuaan, dampak dari lingkungan lebih merupakan dampak sekunder dan bukan merupakan faktor penuaan (Stanley et al, 2006).

4) Teori Imunitas

Proses menua dapat terjadi akibat perubahan protein pasca tranlasi yang dapat mengakibatkan berkurangnya kemampuan sistem imun tubuh mengenali dirinya sendiri (Rusari, 2009).

Teori ini menggambarkan suatu kemunduran dalam sistem imun yang berhubungan dengan penuaan. Ketika orang bertambah tua, pertahanan terhadap organisme asing mengalami penurunan, sehingga mereka lebih rentan untuk menderita berbagai penyakit seperti kanker dan infeksi. Seiring dengan berkurangnya fungsi sistem imun, terjadilah peningkatan dalam respon autoimun tubuh. Teori ini memusatkan pada peran kelenjar timus. Berat dan ukuran kelenjar timus menurun seiring dengan bertambahnya umur, seperti halnya kemampuan tubuh untuk berdiferensiasi sel T. Karena hilangnya proses diferensiasi sel T, tubuh salah mengenali sel yang tua dan tidak beraturan sebagai benda asing dan menyerangnya (Stanley et al, 2006).

5) Teori Neuroendokrin

Penuaan terjadi oleh karena adanya suatu perlambatan dalam sekresi hormon tertentu yang mempunyai suatu dampak pada reaksi yang diatur oleh sistem saraf. Hal ini lebih jelas ditunjukkan dalam kelenjar hipofisis, tiroid, adrenal, dan reproduksi. Salah satu area neurologi yang mengalami gangguan secara universal akibat penuaan adalah waktu reaksi yang diperlukan untuk menerima, memproses, dan bereaksi terhadap perintah (Stanley et al, 2006).

2. Teori Psikologis

Proses menua tidak hanya diakibatkan perubahan dari dalam tubuh itu sendiri (instrinsik) tetapi juga peran dari lingkungan sosial dimana mereka tinggal. Teori ini memusatkan perhatian pada perubahan sikap dan perilaku yang menyertai peningkatan usia, sebagai lawan dari implikasi biologi pada kerusakan anatomis. Dibawah ini beberapa teori psikologis.

1) Teori Kepribadian

Kepribadian manusia adalah suatu wilayah pertumbuhan yang subur dalam tahun-tahun akhir kehidupannya dan telah merangsang penelitian yang pantas dipertimbangkan. Teori kepribadian menyebutkan aspek-aspek pertumbuhan psikologis tanpa menggambarkan harapan atau tugas spesifik lanjut usia. Menurut Jung dalam teori pengembangan kepribadian memandang kepribadian sebagai ekstrovet dan introvet. Dia berteori bahwa keseimbangan antara kedua hal tersebut adalah penting bagi kesehatan. Sedangkan Neugarten mencatat bahwa interioritas yang

meningkat adalah karakteristik dari lanjut usia dan mengenali delapan pola penyesuaian terhadap penuaan (Stanley et al, 2006).

2) Teori Tugas Perkembangan

Tugas perkembangan adalah aktivitas dan tantangan yang harus dipenuhi oleh seseorang pada tahap-tahap spesifik dalam hidupnya untuk mencapai penuaan yang sukses. Tugas utama lanjut usia adalah mampu melihat kehidupan seseorang sebagai kehidupan yang dijalani dengan integritas. Pada kondisi tidak adanya pencapaian perasaan bahwa dia telah menikmati kehidupan yang baik, maka lanjut usia tersebut beresiko dengan rasa penyesalan atau putus asa (Stanley et al, 2006).

3) Teori Pemutusan Hubungan (*Disengagement*)

Teori ini menggambarkan proses penarikan diri pada lanjut usia dari peran bermasyarakat dan tanggung jawabnya. Putusnya hubungan dengan dunia luar seperti hubungan dengan masyarakat, hubungan dengan individu lain (Rusari, 2009). Menurut ahli teori ini penarikan diri dapat diprediksi, sistematis, tidak dihindari, dan penting untuk fungsi yang tepat dari masyarakat yang sedang tumbuh (Stanley et al, 2006).

4) Teori Aktivitas

Penuaan akan menurunkan jumlah kegiatan secara langsung (Rusari, 2009). Teori ini menyatakan bahwa jalan menuju penuaan yang sukses adalah dengan cara tetap aktif. Havighurst menuliskan pertama kali tentang pentingnya tetap aktif secara sosial sebagai alat untuk penyesuaian diri yang sehat untuk lanjut usia tahun 1952. Sejak saat itu, berbagai penelitian telah memvalidasi hubungan positif antara

mempertahankan interaksi yang penuh arti dengan orang lain dan kesejahteraan fisik dan mental orang tersebut (Stanley et al, 2006).

5) Teori Kontinuitas

Kepribadian berlanjut yang menyebabkan adanya suatu pola perilaku yang meningkatkan stress (Rusari, 2008). Teori ini menjelaskan tentang dampak kepribadian pada kebutuhan untuk tetap aktif atau memisahkan diri agar mencapai kebahagiaan dan terpenuhinya kebutuhan di usia tua. Teori ini menekankan pada kemampuan coping individu sebelumnya dan kepribadian sebagai dasar untuk memprediksi bagaimana seseorang akan dapat menyesuaikan diri terhadap perubahan akibat penuaan (Stanley et al, 2006).

2.1.3 Faktor yang mempengaruhi penuaan

1. Hereditas atau ketunaan genetik.
2. Nutrisi atau makanan.
3. Status kesehatan.
4. Pengalaman hidup.
5. Lingkungan stress (Nining, 2008).

2.1.4 Batasan Umur Lanjut Usia

Batas umur lanjut usia dari waktu ke waktu berbeda. WHO membagi umur lanjut usia sebagai berikut: usia pertengahan (middle age) kelompok usia 45 sampai 59 tahun, umur lanjut (elderly) mulai umur 60-74 tahun, umur tua (old) mulai umur 75-90 tahun, umur sangat tua (very old) mulai umur > 90 tahun (Ismayadi, 2004).

Depkes RI membagi lanjut usia sebagai berikut: kelompok menjelang usia lanjut (masa virilitas) mulai umur 45-54 tahun, usia lanjut usia (masa presenium) mulai umur 55-64 tahun, kelompok usia lanjut (masa senium) mulai umur > 65 tahun (Rusari, 2009).

2.1.5 Tugas Perkembangan pada Lanjut Usia.

Orang tua diharapkan untuk menyesuaikan diri dengan menurunnya kekuatan dan menurunnya kesehatan secara bertahap. Mereka diharapkan untuk mencari kegiatan untuk mengganti tugas-tugas terdahulu yang menghabiskan sebagian besar waktu ketika mereka masih muda. Bagi beberapa orang berusia lanjut, seperti kewajiban untuk menghadiri rapat yang menyangkut kegiatan sosial sangat sulit dilakukan karena kesehatan dan pendapatan mereka menurun setelah pensiun, mereka sering mengundurkan diri dari kegiatan sosial. Disamping itu, sebagian besar orang berusia lanjut perlu mempersiapkan dan menyesuaikan diri dengan peristiwa kehilangan pasangan, perlu membangun ikatan dengan anggota dari kelompok usia mereka untuk menghindari kesepian dan menerima kematian dengan tentram (Ismayadi, 2004).

2.1.6 Perubahan-perubahan yang Terjadi pada Lanjut Usia.

Perubahan-perubahan yang terjadi pada lanjut usia meliputi:

1. Perubahan-perubahan fisik

1) Sel.

- (1) Lebih sedikit jumlahnya.
- (2) Lebih besar ukurannya.
- (3) Berkurangnya jumlah cairan tubuh dan berkurangnya cairan intraseluler.

- (4) Menurunnya proporsi protein di otak, otot, ginjal, darah, dan hati.
- (5) Jumlah sel otak menurun.
- (6) Terganggunya mekanisme perbaikan sel.
- (7) Otak menjadi atrofi beratnya berkurang 5-10% (Ismayadi, 2004).

2) Sistem Persarafan.

- (1) Berat otak menurun 10-20%. (Setiap orang berkurang sel saraf otaknya dalam setiap harinya).
- (2) Cepatnya menurun hubungan persarafan.
- (3) Lambat dalam respon dan waktu untuk bereaksi, khususnya dengan stres.
- (4) Mengecilnya saraf panca indra. Berkurangnya penglihatan, hilangnya pendengaran, mengecilnya saraf pencium dan perasa, lebih sensitif terhadap perubahan suhu dengan rendahnya ketahanan terhadap dingin.
- (5) Kurang sensitif terhadap sentuhan (Ismayadi, 2004).

3) Sistem Pendengaran.

- (1) Presbiakusis (gangguan dalam pendengaran). Hilangnya kemampuan pendengaran pada telinga dalam, terutama terhadap bunyi suara atau nada-nada yang tinggi, suara yang tidak jelas, sulit mengerti kata-kata, 50% terjadi pada usia diatas umur 65 tahun.
- (2) Otoklerosis akibat atrofi membran tympani .
- (3) Terjadinya pengumpulan serumen dapat mengeras karena meningkatnya keratin.

- (4) Pendengaran bertambah menurun pada lanjut usia yang mengalami ketegangan jiwa/stress (Ismayadi, 2004).

4) Sistem Penglihatan.

- (1) Timbul sklerosis dan hilangnya respon terhadap sinar.
- (2) Kornea lebih berbentuk sferis (bola).
- (3) Kekeruhan pada lensa menyebabkan katarak.
- (4) Meningkatnya ambang, pengamatan sinar, daya adaptasi terhadap kegelapan lebih lambat dan susah melihat dalam cahaya gelap.
- (5) Hilangnya daya akomodasi.
- (6) Menurunnya lapangan pandang, berkurang luas pandangannya.
- (7) Menurunnya daya membedakan warna biru atau hijau (Ismayadi, 2004).

5) Sistem Kardiovaskuler.

- (1) Elastisitas dinding aorta menurun.
- (2) Katup jantung menebal dan menjadi kaku.
- (3) Kemampuan jantung memompa darah menurun, hal ini menyebabkan menurunnya kontraksi dan volumenya.
- (4) Kehilangan elastisitas pembuluh darah, kurangnya efektivitas pembuluh darah perifer untuk oksigenisasi. Perubahan posisi dari tidur ke duduk atau dari duduk ke berdiri bisa menyebabkan tekanan darah menurun, mengakibatkan pusing mendadak.
- (5) Tekanan darah meninggi akibat meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer (Ismayadi, 2004).

6) Sistem Pengaturan Temperatur Tubuh.

- (1) Temperatur tubuh menurun (hipotermia) secara fisiologis akibat metabolisme yang menurun.
- (2) Keterbatasan refleks menggigil dan tidak dapat memproduksi panas akibatnya aktivitas otot menurun (Ismayadi, 2004).

7) Sistem Respirasi

- (1) Otot-otot pernafasan kehilangan kekuatan dan menjadi kaku.
- (2) Menurunnya aktivitas dari silia.
- (3) Paru-paru kehilangan elastisitas, menarik nafas lebih berat, kapasitas pernafasan maksimum menurun, dan kedalaman bernafas menurun.
- (4) Alveoli ukurannya melebar dari biasa dan jumlahnya berkurang.
- (5) Kemampuan untuk batuk berkurang.
- (6) Kemampuan kekuatan otot pernafasan akan menurun seiring dengan penambahan usia (Ismayadi, 2004).

8) Sistem Gastrointestinal.

- (1) Kehilangan gigi akibat *Periodontal disease*, kesehatan gigi yang buruk dan gizi yang buruk.
- (2) Indera pengecap menurun, hilangnya sensitivitas saraf pengecap di lidah terhadap rasa manis, asin, asam, dan pahit.
- (3) Eosephagus melebar.
- (4) Rasa lapar menurun, asam lambung menurun.
- (5) Peristaltik lemah dan biasanya timbul konstipasi.
- (6) Daya absorpsi melemah (Ismayadi, 2004).

9) Sistem Reproduksi.

- (1) Menciutnya ovarium dan uterus.
- (2) Atrofi payudara.
- (3) Pada laki-laki testis masih dapat memproduksi spermatozoa meskipun adanya penurunan secara berangsur-angsur.
- (4) Kehidupan seksual dapat diupayakan sampai masa lanjut usia asal kondisi kesehatan baik.
- (5) Selaput lendir vagina menurun (Ismayadi, 2004).

10) Sistem Perkemihan.

- (1) Ginjal
- (2) Merupakan alat untuk mengeluarkan sisa metabolisme tubuh melalui urin, darah yang masuk ke ginjal disaring di glomerulus (nefron). Nefron menjadi atrofi dan aliran darah ke ginjal menurun sampai 50%.
- (3) Otot-otot vesika urinaria menjadi lemah, frekuensi buang air kecil meningkat dan terkadang menyebabkan retensi urin pada pria (Ismayadi, 2004).

11. Sistem Endokrin.

- (1) Produksi semua hormon menurun.
- (2) Menurunnya aktivitas tiroid, menurunnya BMR (*Basal Metabolic Rate*), dan menurunnya daya pertukaran zat.
- (3) Menurunnya produksi aldosteron.
- (4) Menurunnya sekresi hormon kelamin misalnya, progesteron, estrogen, dan testosteron (Ismayadi, 2004).

12. Sistem Kulit (Sistem Integumen)

- (1) Kulit mengerut atau keriput akibat kehilangan jaringan lemak.
- (2) Permukaan kulit kasar dan bersisik karena kehilangan proses keratinisasi, serta perubahan ukuran dan bentuk-bentuk sel epidermis.
- (3) Kulit kepala dan rambut menipis berwarna kelabu.
- (4) Rambut dalam hidung dan telinga menebal.
- (5) Berkurangnya elastisitas akibat dari menurunnya cairan dan vaskularisasi.
- (6) Pertumbuhan kuku lebih lambat.
- (7) Kuku jari menjadi keras dan rapuh, pudar dan kurang bercahaya.
- (8) Kelenjar keringat berkurang jumlah dan fungsinya (Ismayadi, 2004).

13) Sistem Muskuloskeletal

- (1) Tulang kehilangan *density* (cairan) dan makin rapuh.
- (2) Kifosis
- (3) Pergerakan pinggang, lutut, dan jari-jari terbatas.
- (4) Persendiaan membesar dan menjadi kaku.
- (5) Tendon mengerut dan mengalami sklerosis.
- (6) Atrofi serabut otot (otot-otot serabut mengecil). Otot-otot serabut mengecil sehingga seseorang bergerak menjadi lamban, otot-otot kram dan menjadi tremor.
- (7) Otot-otot polos tidak begitu berpengaruh (Ismayadi, 2004).

2. Perubahan-perubahan Mental

Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan mental:

- 1) Perubahan fisik, khususnya organ perasa.
- 2) Kesehatan umum.
- 3) Tingkat pendidikan.
- 4) Keturunan (Hereditas).
- 5) Lingkungan.

Kenangan (Memory).

- 1) Kenangan jangka panjang: Berjam-jam sampai berhari-hari yang lalu mencakup beberapa perubahan.
- 2) Kenangan jangka pendek atau seketika: 0-10 menit, kenangan buruk.

IQ (Intelligentia Quantion).

- 1) Tidak berubah dengan informasi matematika dan perkataan verbal.
- 2) Berkurangnya penampilan, persepsi dan ketrampilan psikomotor, terjadi perubahan pada daya membayangkan karena tekanan-tekanan dari faktor waktu (Ismayadi, 2004).

3. Perubahan-perubahan Psikososial.

- 1) Pensiun: nilai seseorang sering diukur oleh produktivitasnya dan identitas dikaitkan dengan peranan dalam pekerjaan. Bila seseorang pensiun (purna tugas), ia akan mengalami kehilangan-kehilangan, antara lain :

- (1) Kehilangan finansial (*income* berkurang).
- (2) Kehilangan status (dulu mempunyai jabatan posisi yang cukup tinggi, lengkap dengan segala fasilitasnya).
- (3) Kehilangan teman/kenalan atau relasi.

- (4) Kehilangan pekerjaan/kegiatan.
- 2) Merasakan atau sadar akan kematian (*sense of awareness of mortality*)
- 3) Perubahan dalam cara hidup, yaitu memasuki rumah perawatan bergerak lebih sempit.
- 4) Ekonomi akibat pemberhentian dari jabatan (*economic deprivation*).
- 5) Meningkatnya biaya hidup pada penghasilan yang sulit, bertambahnya biaya pengobatan.
- 6) Penyakit kronis dan ketidakmampuan.
- 7) Gangguan saraf pancaindra, timbul kebutaan dan ketulian.
- 8) Gangguan gizi akibat kehilangan jabatan.
- 9) Rangkaian dari kehilangan, yaitu kehilangan hubungan dengan teman-teman dan keluarga.
- 10) Hilangnya kekuatan dan ketegapan fisik: perubahan terhadap gambaran diri, perubahan konsep diri (Ismayadi, 2004).

4. Perkembangan Spritual

- 1) Maslow (1970) mengemukakan agama atau kepercayaan makin terintegrasi dalam kehidupan.
- 2) Menurut Murray dan Zentner (1970) lansia makin matur dalam kehidupan keagamaanya, hal ini terlihat dalam berfikir dan bertindak dalam sehari-hari.
- 3) Perkembangan spiritual pada usia 70 tahun menurut Folwer (1978), Universalizing, perkembangan yang dicapai pada tingkat ini adalah berpikir dan bertindak dengan cara memberikan contoh cara mencintai keadilan (Ismayadi, 2004).

2.1.7 Mitos Tentang lanjut usia

Pengertian dan mitos yang salah kaprah mengenai lanjut usia sering dijumpai dalam masyarakat kita, sehingga banyak merugikan para lanjut usia. Salah kaprah tersebut adalah anggapan dan pandangan yang keliru namun tetap diucapkan dan dipraktekkan secara keliru juga, sehingga sangat merugikan yang dirugikan dalam hal ini adalah para lanjut usia, karena merupakan stigma (cap buruk) dari masyarakat dan dapat mempengaruhi orang-orang yang sesungguhnya memiliki kepedulian untuk membantu para lanjut usia. Salah kaprah yang seringkali kita jumpai dalam masyarakat mencakup beberapa hal sebagai berikut (Kuntjoro, 2002) :

1. Lanjut Usia Berbeda dengan Orang Lain

Orang yang mencapai tahap perjalanan hidup sampai mencapai lanjut usia dapat dikatakan sebagai orang yang beruntung. Mereka telah melewati kehidupan dalam masa yang panjang. Pemerintahan di Indonesia dan lembaga-lembaga pengelola lanjut usia, memberi patokan bahwa mereka yang disebut lanjut usia adalah yang telah mencapai usia 60 tahun yang dinyatakan dengan pemberian KTP seumur hidup, namun di negara maju diberi patokan yang lebih spesifik: 65 - 75 tahun disebut old, 76 - 90 tahun disebut old-old dan 90 tahun ke atas disebut very old (Roan, 1990). Pengelompokan tersebut bersifat teoritik artinya untuk kepentingan ilmiah namun dalam kenyataan untuk pelayanan kesehatan, sosial dan sebagainya tidak dibedakan, meskipun lanjut usia seringkali mendapat prioritas dan fasilitas; misalnya kalau naik pesawat dapat potongan khusus, beberapa tempat wisata memberi karcis gratis bagi pengunjung lanjut usia, di bandara atau stasiun. Kereta Api disediakan loket/jalan khusus bagi lanjut usia,

hal itu bukan dimaksudkan untuk membedakan lanjut usia dengan orang lain tetapi lebih bertujuan untuk membantu kelancaran pelayanan sesuai dengan kondisi dan kebutuhan mereka. Bahwa para lanjut usia tersebut harus dihormati. Sebagai orang timur orang yang lebih tua memang mendapat kehormatan yang lebih dibandingkan dengan orang yang lebih muda, dalam adat Jawa lanjut usia sebagai pinisepuh atau sesepuh yaitu orang yang memiliki kehormatan yang tinggi dan bila ada hajatan ditempatkan di tempat yang istimewa (Kuntjoro, 2002).

2. Lanjut usia tidak dapat mempelajari ketrampilan baru dan tidak memerlukan pendidikan dan latihan

Kenyataan di masyarakat terutama di Perguruan Tinggi banyak lanjut usia yang dapat menyelesaikan studinya sampai jenjang S-2 atau S-3, berkompetisi dengan orang-orang muda secara jujur dan objektif. Proses belajar bersama para lanjut usia tersebut justru sering menjadi teladan yang memberikan motivasi yang tinggi bagi teman-temannya yang lebih muda, hal itu menunjukkan bahwa lanjut usia dapat mempelajari ketrampilan baru sama baiknya dengan orang lain, hanya mungkin karena lama tidak berlatih dan kadang-kadang kurang memiliki keyakinan akan kemampuannya sehingga butuh dorongan dari orang lain. Bagi lanjut usia dorongan dan keinginan mempelajari pengetahuan dan keterampilan baru merupakan suatu hal yang biasa, baik dengan motivasi untuk meningkatkan mutu kehidupannya maupun mengisi waktu luangnya agar lebih produktif dan berguna. Semakin banyak pengetahuan dan keterampilan yang dimiliki lanjut usia makin banyak pula hal-hal yang dapat disumbangkan kepada masyarakat. Hal ini menunjukkan bahwa lanjut usia merupakan sumber ilmu pengetahuan dan keterampilan serta referensi yang sangat baik dan berharga, sehingga perlu

dipelihara. Cara memeliharanya adalah dengan mengajak mereka untuk berdiskusi, berkonsultasi, bertanya serta menempatkan lanjut usia sebagai nara sumber dalam berbagai bidang yang disenangi dan dimiliki.

Berdasarkan kenyataan di atas adalah keliru bila lanjut usia itu dianggap tidak dapat mempelajari pengetahuan dan keterampilan baru. Sebaliknya, mereka justru memiliki sumber energi yang tetap kuat untuk belajar, meski perlu motivator untuk lebih meyakinkan bahwa dirinya mampu. Pandangan yang keliru pula yang mengatakan bahwa lanjut usia itu jompo, rapuh, tidak perlu belajar dan berlatih, dan tidak perlu bekerja, sehingga dianjurkan untuk istirahat, enak-enak, onggang-onggang kaki saja di rumah. Jika pandangan tersebut dipraktekkan maka justru mungkin hal semacam itulah yang akan menimbulkan stress dan distress serta *dispair* (putus harapan) pada lanjut usia. Merupakan suatu tindakan yang bijaksana jika para anggota keluarga tetap memberikan kesempatan pada lanjut usia untuk melakukan kegiatan apa saja yang disukainya sehingga tetap menjaga harga diri, martabatnya serta merasa dirinya berguna untuk yang lain. Agar lanjut usia tetap eksis dalam keluarga dan masyarakat maka perlu pendidikan dan latihan dalam arti menyesuaikan dengan kondisi dan kebutuhan pribadinya serta tuntutan lingkungan (Kuntjoro, 2002).

3. Lanjut Usia Sulit Menerima Informasi Baru

Lanjut usia mempunyai kesempatan untuk memperoleh informasi baru justru terbuka lebar, karena waktu senggangnya relatif banyak. Umumnya pada masa ini tidak dituntut untuk bekerja keras seperti masa-masa sebelumnya. Dalam kehidupan lanjut usia umumnya haus akan berita-berita baru dan informasi-informasi baru, karena mereka tidak mau ketinggalan informasi dibandingkan

orang-orang yang lebih muda. Dalam kenyataan kita menjumpai bahwa mereka banyak menonton televisi, mendengarkan radio, membaca koran, majalah ataupun bertanya kepada sesama lanjut usia atau orang yang lebih muda tentang hal-hal baru yang berkembang dalam masyarakat. Dalam kenyataan lanjut usia lebih tahu berita baru dari orang-orang lain dan sangat senang menyampaikan berita baru tersebut kepada kawan-kawannya, maupun kepada yang lebih muda. Bagi lanjut usia adanya informasi baru berarti menstimulasi fungsi kognitifnya, fungsi afektifnya dan fungsi psikomotoriknya yang membuat syaraf-syaraf otaknya tetap berfungsi secara normal (Kuntjoro, 2002).

4. Lanjut usia tidak Produktif dan menjadi Beban Masyarakat

Umumnya lanjut usia di negara-negara berkembang dan negara-negara yang belum memiliki tunjangan sosial untuk hari tua, akan tetap bekerja untuk memenuhi tuntutan hidup maupun mencukupi kebutuhan keluarga yang menjadi tanggungannya. Jadi tidak sepenuhnya benar jika dikatakan lanjut usia tidak produktif. Dalam kenyataan di dunia ini jutaan orang bekerja mendapat bayaran, namun ada juga jutaan orang bekerja tanpa mendapat bayaran misalnya pemuka masyarakat, ulama, guru-guru mengaji, mereka yang merawat anak-anak, orang sakit, orang cacat, lanjut usia yang sudah sangat tua, guru sukarelawan dan banyak lagi. Baik yang dibayar maupun yang tidak semuanya memiliki andil dan sumbangan yang besar dalam perkembangan masyarakat. Biasanya para lanjut usia memainkan perannya sebagai orang-orang yang bekerja tanpa mendapat bayaran namun memiliki arti yang sangat penting dalam masyarakat karena sumbangan ide-ide dan nasehatnya, dalam proses penuaan sendiri mereka sering menemukan cara-cara yang tepat dan bijaksana dalam mengatasi tantangan yang

dihadapi. Oleh karena itu, tidaklah mengherankan jika dalam banyak kasus, lanjut usia seringkali merupakan penasehat yang jitu untuk mengatasi masalah-masalah sosial dalam kehidupan masyarakat. Satu hal yang perlu diingat adalah bahwa lanjut usia amat memerlukan dukungan atau *support* dari lingkungan keluarga dan masyarakat. Lanjut usia bukan merupakan beban bagi yang muda, sebaliknya mereka sering menjadi teladan bagi orang muda, misalnya dalam sopan santun, disiplin, keteguhan iman, kejujuran, semangat juang, maupun kewibawaan (Kuntjoro, 2002).

5. Lanjut usia tidak Berdaya

Pendapat yang mengatakan bahwa lanjut usia itu tidak berdaya adalah tidak benar, sebab dalam kenyataan para lanjut usia tetap eksis dan terus berjuang mencari kehidupan yang lebih baik. Kalau seorang lanjut usia memerlukan bantuan biasanya ia tahu persis apa yang diperlukan secara wajar. Mereka memiliki banyak pengalaman dalam kehidupannya, sehingga dalam keseharian kita sering menjumpai bahwa lanjut usia tidak mau tinggal diam, ada saja yang ingin dikerjakannya. Terkadang memang ada yang menjadi loyo atau pasrah, mereka ini umumnya lanjut usia yang pada masa mudanya sudah terkuras oleh tugas-tugas berat dan tingkat pendidikan yang relatif rendah, sehingga dalam masa lanjut usia tidak berdaya. Untuk menghadapi lanjut usia model demikian, lingkungan hendaknya selalu memberikan *support* dan rasa peduli, agar mereka tidak merasa tersisih dan tetap memiliki harga diri. Merupakan hal yang salah jika anggota keluarga selalu mendampingi lanjut usia, melarang mereka untuk berkomunikasi dengan sesama lanjut usia, melarang mereka bepergian ke suatu tempat karena takut kecapaian, dan menganjurkan lanjut usia untuk istirahat saja

di rumah. Cara demikian justru akan memperburuk kondisi lanjut usia yang berakibat bahwa mereka akhirnya merasa tak berdaya (Kuntjoro, 2002).

6. Lanjut usia tidak dapat Mengambil Keputusan untuk Kehidupan Dirinya

Setiap orang kadang-kadang sulit mengambil keputusan hal ini berlaku bagi siapa saja, baik bagi orang muda atau lanjut usia, namun demikian tidak berarti bahwa lanjut usia tidak dapat mengambil keputusan untuk kehidupannya sendiri, bahkan lanjut usia sebagai orang yang dihormati, justru sering dijadikan referensi untuk dimintai nasehatnya oleh anak, cucu maupun sanak saudara, dalam mengambil keputusan. Sebagai contoh seorang anak atau cucu bila masih memiliki kakek- nenek, bila akan mengadakan hajatan akan selalu minta doa restu dan nesehat dalam mengambil keputusan penting. Nasehat dari orang tua yang sudah lanjut usia ini akan dipegang teguh dan dilaksanakan oleh anak cucunya, hal yang perlu diperhatikan agar lanjut usia mampu mengambil keputusan untuk kepentingan kehidupan dirinya adalah dengan cara sering mengajaknya berdiskusi tentang hal-hal baru dan sering meminta petunjuk atau petuahnya sehingga ia merasa tetap eksis dan memiliki rasa percaya diri (Kuntjoro, 2002).

7. Lanjut usia tidak Butuh Cinta dan Relasi Seksual

Fungsi psikis setiap orang baik fungsi kognitif, afektif dan konatif (psikomotorik) serta kombinasi-kombinasinya, selama hayat masih dikandung badan masih tetap berfungsi. Proses pikir, perasaan dan kemauannya tetap berfungsi dengan baik, apalagi bila sering mendapat stimulasi secara teratur dalam kehidupannya. Bahkan relasi seksual tetap berjalan bila masih memiliki pasangan. Oleh karena itu, adalah tindakan yang keliru jika lanjut usia dianjurkan untuk mengisolasi diri agar tidak memiliki pikiran yang menyusahkan dirinya ataupun

keinginan-keinginan yang menyusahkan orang lain. Agar gairah hidup tetap berkobar lanjut usia perlu berinteraksi dengan orang-orang muda untuk berdiskusi, berkomunikasi atau bersuka ria. Sayangnya seringkali orang muda tidak tertarik untuk melakukan hal itu. Namun demikian bila orang-orang muda memiliki pemahaman yang benar tentang kebutuhan lanjut usia dan mau membantu kesejahteraan batin mereka; hendaknya yang muda (terutama anggota keluarga) mau beramal untuk kepentingan lanjut usia (Kuntjoro, 2002).

8. Lanjut usia tidak Menikmati Kehidupan sehingga tidak dapat Bergembira

Pada dasarnya tidak ada orang di dunia ini berencana untuk berhenti bersenang-senang, kecuali orang tersebut berada dalam kondisi depresi atau distress. Semua orang ingin hidup senang, bahagia dan sejahtera, termasuk para lanjut usia. Lanjut usia sekarang ini justru mendambakan kenikmatan hidup di hari tua. Itulah sebabnya sejak muda orang sudah bekerja keras, agar di hari tua nanti mendapat pensiun ataupun tabungan yang cukup untuk menikmati masa tuanya. Harapan itu merupakan idaman setiap orang, sehingga termotivasi untuk belajar dari sekolah dasar sampai perguruan tinggi bahkan sekarang semua berlomba untuk belajar sampai S-3. Kiranya usaha keras untuk mencari ilmu pengetahuan bertujuan untuk mendapatkan pekerjaan yang mapan, sehingga nantinya memiliki hari tua yang sejahtera, dapat menikmati hidup hari tua dan bahagia atau menjadi lanjut usia yang dapat bergembira, agar lanjut usia dapat menikmati kehidupan di hari tua sehingga dapat bergembira atau merasa bahagia, diperlukan dukungan dari orang-orang yang dekat dengan mereka. Dukungan tersebut bertujuan agar lanjut usia tetap dapat menjalankan kegiatan sehari-hari secara teratur dan tidak berlebihan. Dukungan dari keluarga terdekat dapat saja

berupa anjuran yang bersifat mengingatkan lanjut usia untuk tidak bekerja secara berlebihan (jika lansia masih bekerja), memberikan kesempatan kepada lanjut usia untuk melakukan aktivitas yang menjadi hobinya, memberi kesempatan kepada lanjut usia untuk menjalankan ibadah dengan baik, dan memberikan waktu istirahat yang cukup kepadanya sehingga lanjut usia tidak mudah stress dan cemas. Perlu dipahami bahwa setelah orang mencapai masa lanjut usia, baik fisik maupun mental sosial secara perlahan mengalami perubahan, namun hal itu dapat ditahan agar perubahan tersebut tidak terlalu dirasakan sebagai penghambat dalam kehidupan. Perubahan-perubahan yang terjadi hendaknya jangan dijadikan sumber stress tetapi perlu diwaspadai dengan melakukan pemeriksaan kesehatan secara periodik. Kalau orang percaya bahwa dirinya sehat, maka ia akan memiliki gairah hidup yang baik dan tidak menunjukkan rasa khawatir yang berlebihan (Kuntjoro, 2002).

9. Lanjut usia Lemah, Jompo, Ringkih, Sakit-sakitan atau Cacat

Tidaklah sepenuhnya benar pendapat yang mengatakan bahwa lanjut usia lemah, jompo, ringkih, sakit-sakitan atau cacat, karena dalam kenyataan banyak lanjut usia yang masih gagah, masih mampu bekerja keras bahkan banyak yang masih memiliki jabatan penting dalam suatu lembaga. Memang kadang-kadang ada lanjut usia yang ringkih (gampang jatuh, gampang sakit) atau sakit ataupun cacat tetapi hal itu berlaku untuk semua orang, baik orang muda juga ada yang memiliki kondisi semacam itu. Kondisi kesehatan orang dalam masyarakat menurut paradigma kesehatan saat ini bergradasi dari : lebih sehat, sehat, sehat sakit (*ill health*), sakit dan cacat (*impairment, disability, handicap*). Kondisi kesehatan itu berlaku baik untuk anak, remaja, dewasa maupun lanjut usia, jadi

sebenarnya bukan lanjut usia saja yang sakit-sakitan atau cacat, yang lain pun bisa demikian (Kuntjoro, 2002).

10. Lanjut usia Menghabiskan Uang untuk Berobat

Memang benar para lanjut usia perlu melakukan pemeriksaan kesehatan secara periodik, namun bukan berarti bahwa mereka adalah orang yang sakit-sakitan. Untuk menjaga kesehatan tentu juga memerlukan obat, namun hal itu bukan berarti menghabiskan uang untuk berobat. Perlu dipahami bahwa orang dalam perjalanan hidup sampai usia 70 ke atas pasti kadar gula, garam, dan lemak dalam tubuh sudah lebih banyak, sehingga mudah menjadi rentan terhadap penyakit kencing manis, stroke, jantung atau yang lainnya. Namun semuanya akan dapat dikontrol bila orang rajin memeriksa kesehatan. Lanjut usia yang paham tentang kondisi dirinya tentu juga akan mengatur hidupnya secara lebih baik, misalnya makan tidak berlebihan, melakukan diet, tidak melakukan kegiatan-kegiatan secara berlebihan, sehingga memperkecil timbulnya penyakit. Lanjut usia umumnya tahu diri dan faham dalam menjaga dan memelihara kesehatan dirinya yang ditunjukkan bentuk rajin olah raga ringan, rajin beribadah dan peduli terhadap kesehatannya (Kuntjoro, 2002).

11. Lanjut Usia Sama dengan Pikun

Pandangan ini keliru karena tidak semua lanjut usia mengalami pikun (*senile*). Pikun ini adalah penyakit (patologis) pada orang tua, yang ditandai dengan dengan menurunnya daya ingat jangka pendek, dalam kehidupan manusia daya ingat akan berubah sesuai dengan usia, sehingga setelah orang menjadi lanjut usia ia tidak cepat dapat mengingat sesuatu, terutama hal yang baru. Namun anggapan bahwa lanjut usia sama dengan pikun merupakan suatu kekeliruan.

Banyak cara menyesuaikan diri dengan perubahan daya ingat dan banyak hal yang mempengaruhi daya ingat manusia, pada usia berapa saja daya ingat tersebut akan berkurang ketajamannya jika orang tersebut dalam keadaan lelah, stress, cemas, khawatir, depresi, sakit atau jiwanya tidak tenang (Kuntjoro, 2002).

Demi menjaga agar daya ingat lanjut usia tidak cepat berubah secara frontal, karena kondisi fisik dan usia, maka perlu dihindarkan atau paling tidak dikurangi dari hal-hal yang dapat menimbulkan kelelahan, kekawatiran, kecemasan, rangsangan emosi, depresi dan sakit. Disinilah kepedulian dari orang yang lebih muda sangat diperlukan sebagai kontrol agar lanjut usia tidak melakukan hal-hal yang merugikan dirinya (Kuntjoro, 2002).

2.1.9 Tipe Lanjut Usia

Kepribadian atau *personality* berasal dari kata *persona* yang berarti masker atau topeng; maksudnya apa yang tampak secara lahir tidak selalu menggambarkan yang sesungguhnya contoh: orang lapar belum tentu mau makan ketika ditawari makanan, padahal perutnya keroncongan. Orang tidak punya uang dapat berpura-pura punya uang atau sebaliknya. Itulah gambaran kepribadian, bahwa yang tampak bukan yang sebenarnya. Kepribadian adalah semua corak perilaku dan kebiasaan individu yang terhimpun dalam dirinya dan digunakan untuk bereaksi serta menyesuaikan diri terhadap segala rangsangan baik dari luar maupun dari dalam. Corak perilaku dan kebiasaan ini merupakan kesatuan fungsional yang khas pada seseorang. Perkembangan kepribadian tersebut bersifat dinamis, artinya selama individu masih bertambah pengetahuannya dan mau belajar serta menambah pengalaman dan keterampilan, mereka akan semakin matang dan mantap kepribadiannya (Depkes, 1992).

Pada lanjut usia yang sehat, kepribadiannya tetap berfungsi dengan baik, kecuali kalau mereka mengalami gangguan kesehatan jiwanya atau tergolong patologik. Sifat kepribadian seseorang sewaktu muda akan lebih nampak jelas setelah memasuki lanjut usia sehingga masa muda diartikan sebagai karikatur kepribadian lanjut usia. Dengan memahami kepribadian lanjut usia tentu akan lebih memudahkan masyarakat secara umum dan anggota keluarga lanjut usia tersebut secara khusus, dalam memperlakukan lanjut usia dan sangat berguna bagi kita dalam mempersiapkan diri jika suatu hari nanti memasuki masa lanjut usia. Adapun beberapa tipe kepribadian lansia adalah sebagai berikut (Kuntjoro, 2002):

1. Tipe Kepribadian Konstruktif

Model kepribadian tipe ini sejak muda umumnya mudah menyesuaikan diri dengan baik terhadap perubahan dan pola kehidupannya. Sejak muda perilakunya positif dan konstruktif serta hampir tidak pernah bermasalah, baik di rumah, di sekolah maupun dalam pergaulan sosial. Perilakunya baik, adaptif, aktif, dinamis, sehingga setelah selesai mengikuti studi ia mendapatkan pekerjaan juga dengan mudah dan dalam bekerjanya tidak bermasalah. Karier dalam pekerjaan juga lancar begitu juga dalam kehidupan berkeluarga, tenang dan damai semua berjalan dengan normatif dan lancar. Dapat dikatakan bahwa tipe kepribadian model ini adalah tipe ideal, seolah-olah orang tidak pernah menghadapi permasalahan yang menggoncangkan dirinya sehingga hidupnya terlihat stabil dan lancar. Jika tipe kepribadian ini terlihat seolah-olah tidak pernah bermasalah hal itu terjadi karena tipe kepribadian model ini mudah menyesuaikan diri, dalam arti juga pandai mengatasi segala permasalahan dalam kehidupannya. Sifatnya pada masa dewasa adalah mempunyai rasa toleransi yang tinggi, sabar, bertanggung jawab dan

fleksibel, sehingga dalam menghadapi tantangan dan gejolak selalu dihadapi dengan kepala dingin dan sikap yang mantap.

Pada masa lanjut usia model kepribadian ini dapat menerima kenyataan, sehingga pada saat memasuki usia pensiun ia dapat menerima dengan sukarela dan tidak menjadikannya sebagai suatu masalah, karena itu *post power syndrome* juga tidak dialami. Pada umumnya karena orang-orang dengan kepribadian semacam ini sangat produktif dan selalu aktif, walaupun mereka sudah pensiun akan banyak yang menawarkan pekerjaan sehingga mereka tetap aktif bekerja di bidang lain ataupun ditempat lain. Itulah gambaran tipe kepribadian konstruktif yang sangat ideal, sehingga mantap sampai lanjut usia dan tetap eksis di hari tua.

2. Tipe Kepribadian Mandiri

Model kepribadian tipe ini sejak masa muda dikenal sebagai orang yang aktif dan dinamis dalam pergaulan sosial, senang menolong orang lain, memiliki penyesuaian diri yang cepat dan baik, banyak memiliki kawan dekat namun sering menolak pertolongan atau bantuan orang lain. Tipe kepribadian ini seolah-olah pada dirinya memiliki prinsip "jangan menyusahkan orang lain" tetapi menolong orang lain itu penting. Jika mungkin segala keperluannya diurus sendiri, baik keperluan sekolah, pakaian sampai mencari pekerjaan dan mencari pasangan adalah urusan sendiri. Begitu juga setelah bekerja, dalam dunia kerja ia sangat mandiri dan sering menjadi pimpinan karena aktif dan dominan. Perilakunya yang aktif dan tidak memiliki pamrih, justru memudahkan gerak langkahnya, biasanya ia mudah memperoleh fasilitas atau kemudahan-kemudahan lainnya sehingga kariernya cukup menanjak, apalagi jika ditunjang pendidikan yang baik, maka

akan mengantarkan model kepribadian yang mandiri menjadi pimpinan atau manajer yang tangguh.

Dalam kehidupan berkeluarga model kepribadian ini umumnya sangat dominan dalam mengurus keluarganya. Semua dipimpin dan diatur dengan cekatan sehingga semua beres. Seolah-olah dalam benaknya anak istri tidak boleh kerepotan dan jangan merepotkan orang lain. Model tipe ini adalah ayah atau ibu yang sangat perhatian pada anak-anak dengan segala kebutuhannya.

Model kepribadian tipe ini memasuki masa pensiun dan masa lanjut usia antara lain mulai timbul gejolak, timbul perasaan khawatir kehilangan anak buah, teman, kelompok, jabatan, status dan kedudukan sehingga cenderung ia menunda untuk pensiun atau takut pensiun atau takut menghadapi kenyataan. Termasuk dalam kelompok kepribadian model ini adalah mereka yang sering mengalami *post power syndrome* setelah menjalani masa pensiun. Sedangkan tipe kepribadian ini yang selamat dari *syndrome* adalah mereka yang biasanya telah menyiapkan diri untuk memiliki pekerjaan baru sebelum pensiun, misalnya wiraswasta atau punya kantor sendiri atau praktek pribadi sesuai dengan profesinya masing-masing dan umumnya tidak tertarik lagi bekerja di suatu lembaga baru kecuali diberi jabatan sebagai pimpinan.

3. Tipe Kepribadian Tergantung

Tipe kepribadian tergantung ditandai dengan perilaku yang pasif dan tidak berambisi sejak anak-anak, remaja dan masa muda. Kegiatan yang dilakukannya cenderung didasari oleh ikut-ikutan karena diajak oleh temannya atau orang lain. Karena pasif dan tergantung, maka jika tidak ada teman yang mengajak, timbul pikiran yang optimistik, namun sukar melaksanakan kehendaknya, karena kurang

memiliki inisiatif dan kreativitas untuk menghadapi hal-hal yang nyata. Pada waktu sekolah mereka biasanya dikenal sebagai siswa yang pasif, tidak menonjol, banyak menyendiri, pergaulannya terbatas sehingga hampir-hampir tidak dikenal kawan sekelasnya. Begitu juga saat menjadi mahasiswa, biasanya serba lambat karena pasif sehingga masa studinya juga lambat. Dalam mencari pekerjaan orang tipe ini biasanya tergantung pada orang lain, sehingga masuk usia kerja juga lambat dan kariernya tidak mencolok. Dalam bekerja lebih senang jika diperintah, dipimpin dan diperhatikan oleh orang lain atau atasan, namun jika tidak ada perintah cenderung pasif seolah-olah tidak tahu apa yang harus dilakukan. Dalam pergaulan sehari-hari mereka cenderung menunggu ajakan teman namun sesudah akrab sulit melupakan jasa baik temannya.

Dalam kehidupan perkawinan, karena orang pasif biasanya menikah terlambat dan memilih istri atau suami yang dominan, maka dalam kehidupan keluarga biasanya akur, akrab, tentram tidak banyak protes, pokoknya mengikuti kehendak suami atau istri. Pada saat pensiun mereka dengan senang hati menerima pensiun dan dapat menikmati hari tuanya. Masalah akan timbul jika pasangan hidupnya meninggal dulu. Kejadian tersebut seringkali mengakibatkan mereka menjadi kesepian dan kadang-kadang juga cepat menyusul, karena kehilangan pasangan merupakan beban yang amat berat sehingga mengalami stress yang berat dan sangat menderitanya.

4. Tipe Kepribadian Bermusuhan

Tipe Kepribadian bermusuhan adalah model kepribadian yang tidak disenangi orang, karena perilakunya cenderung sewenang-wenang, galak, kejam, agresif, semaunya sendiri dan sebagainya. Sejak masa sekolah dan remaja

biasanya mereka sudah banyak masalah, sering pindah-pindah sekolah, tidak disenangi guru, dijauhi kawan-kawan sehingga sebagai siswa reputasinya negatif. Begitu juga setelah jadi mahasiswa, dikampus biasanya mereka dikenal sebagai tukang bikin ribut, prestasi akademik kurang, namun biasanya pandai pacaran, ganti-ganti pacar, berjiwa petualang (*avonturir*) dan mudah terjerumus dalam minum-minuman keras, menggunakan narkotik dan sejenisnya. Dalam dunia kerja umumnya mereka tidak stabil, pekerjaannya tidak menentu. Kalau menjadi pejabat cenderung foya-foya, menghalalkan segala cara dan semua keinginan harus dituruti, demi memberikan kepuasan diri. Tipe ini juga dikenal tidak mau mengakui kesalahannya dan cenderung mengatakan bahwa oranglah yang berbuat salah, banyak mengeluh dan bertindak agresif atau destruktif, padahal dalam kenyataan mereka lebih banyak berbuat kesalahan.

Model kepribadian bermusuhan ini juga takut menghadapi masa tua, sehingga mereka berusaha minum segala jenis jamu atau obat agar terlihat tetap awet muda, mereka juga takut kehilangan *power*, takut pensiun dan paling takut akan kematian. Biasanya pada masa lanjut usia orang-orang dengan tipe ini terlihat menjadi rakus, tamak, emosional dan tidak puas dengan kehidupannya, seolah-olah ingin hidup seribu tahun lagi.

5. Tipe Kepribadian Kritik Diri

Tipe kepribadian kritik diri ditandai adanya sifat-sifat yang sering menyesali diri dan mengkritik dirinya sendiri. Misalnya merasa bodoh, pendek, kurus, terlalu tinggi, terlalu gemuk dan sebagainya, yang menggambarkan bahwa mereka tidak puas dengan keberadaan dirinya. Sejak menjadi siswa mereka tidak memiliki ambisi namun kritik terhadap dirinya banyak dilontarkan. Kalau mendapat nilai

jelek, selalu mengkritik dirinya dengan kata dasar malas belajar. Begitu juga setelah dewasa dalam mencari pekerjaan dan bekerja juga tidak berambisi yang penting bekerja namun karier tidak begitu diperhatikan. Keadaan itu biasanya juga mengakibatkan kondisi sosial ekonominya juga menjadi pas-pasan, karena sulit diajak kerja keras.

Dalam kehidupan berkeluarga juga tidak berambisi, syukur kalau dapat jodoh, namun setelah menikah hubungan suami istri pun tidak mesra karena selalu mengkritik dirinya dengan segala kekurangannya. Karena kurang akrab berkomunikasi dengan suami atau istri, maka mudah terjadi salah paham, salah pengertian dan mudah tersinggung. Kehidupan dalam keluarga kurang hangat dan kurang membahagiakan dirinya. Dalam menghadapi masa pensiun mereka akan menerima dengan rasa berat, karena merasa lebih tidak berharga lagi dan tidak terpakai. Model kepribadian inilah yang sering terlihat pada lanjut usia yang antara suami dan istri menjadi tidak akur, sehingga masing-masing mengurus kebutuhan sendiri-sendiri, tidak saling menegur dan saling mengacuhkan walaupun hidup dalam satu atap.

2.2 Konsep Panti Werdha

2.2.1 Pengertian Panti Werdha

Panti werdha sekarang ini bukan merupakan tempat yang kumuh, reot ataupun jelek tetapi telah banyak panti werdha yang baik dan tertata rapi juga menyediakan perawatan serta fasilitas yang baik dan lengkap untuk merawat lanjut usia (Mujiono, 2006).

2.2.2 Latar Belakang Timbulnya Perhatian pada Lanjut Usia

Masyarakat umumnya memandang tentang usia lanjut relatif negatif dan pejoratif: ompong, keriput, cerewet, menyebalkan, beban keluarga dan masyarakat, orang rentan, tidak mempunyai kapabilitas, harus dituntun, dan anggapan jelek lainnya.

Kondisi lanjut usia di Indonesia memang masih memprihatinkan. Permasalahan utama yang dihadapi lanjut usia adalah penurunan kemampuan fisik dan ekonomi, sementara kebutuhan perawatan kesehatan dan pemenuhan kebutuhan hidup semakin meningkat. Kemiskinan, keterlantaran dan kecacatan pada lanjut usia menyebabkan ketergantungan mereka secara ekonomi. Diperkirakan sejumlah 3,3 juta lanjut usia memerlukan pelayanan sosial, sebagian besar diantaranya terlantar dan memerlukan upaya perlindungan khusus.

Hidup yang diderita oleh sebagian lanjut usia sebenarnya tidak saja disebabkan oleh faktor internal lanjut usia bersangkutan, bahwa dia tidak mempersiapkan masa tuanya sejak dini, baik persiapan di bidang ekonomi, kesehatan, dan kemampuan berkarya di tengah masyarakat. Sebagian disebabkan oleh sikap masyarakat yang memberikan pembatasan dan bahkan isolasi secara sosial terhadap lanjut usia.

Masyarakat juga membatasi ruang gerak dan aktivitas lanjut usia. Pembatasan terhadap lanjut usia adalah sebuah sikap keliru. Sikap tersebut selain menyebabkan lanjut usia kehilangan kepercayaan diri, frustrasi, dan berdiam diri, juga akan berpengaruh terhadap kesehatan fisik dan mentalnya. Ujung-ujungnya akan berakibat pada ketergantungan dan sakit-sakitan.

Dr. R.M. Nugroho Abikusno, M.Sc., Dr.PH mengatakan masyarakat harus menyadari bahwa lanjut usia merupakan bagian integral dari mereka. Lanjut usia tidak hanya mempunyai hak tetapi juga kewajiban kepada masyarakat dan sesama warga Negara. Hak Lanjut usia termasuk untuk hidup mandiri dan dengan harga diri. Kewajiban lanjut usia termasuk tetap aktif di dalam masyarakat, membagi kearifan dan pengalaman serta menyesuaikan diri dengan perubahan yang terjadi pada saat itu (Afr, 2008).

2.2.3 Karakteristik Lanjut Usia yang Tinggal di Panti Werdha

Karakteristik lanjut usia yang tinggal di panti werdha meliputi jenis kelamin, status pernikahan, pendidikan, dan pekerjaan.

1. Jenis kelamin

Umur lanjut usia yang tinggal di panti werdha antara umur 60 tahun sampai umur 90 tahun. Proporsi jumlah lanjut usia perempuan lebih besar daripada lanjut usia laki-laki dengan jumlah lanjut usia laki-laki 22 dan perempuan 59 orang. Beberapa penelitian menyebutkan bahwa wanita lebih rentan mengalami depresi dari pada laki-laki.

2. Status pernikahan

Di negara maju status cerai mati banyak dialami oleh lanjut usia perempuan daripada lanjut usia laki-laki, seperti halnya di negara maju di Indonesia lanjut usia perempuan juga lebih banyak yang mengalami status cerai mati. Hal ini terjadi karena laki-laki cenderung mengharapkan bantuan dari istri sementara perempuan biasanya lebih bisa mengabaikan kerjasama dengan suami. Beberapa penjelasan dapat di kemukakan sebagai berikut: pertama perempuan hidup lebih lama daripada laki-laki, kedua laki-laki biasanya menikah dengan perempuan

yang lebih muda daripada umurnya. Perempuan yang berstatus cerai mati biasanya lebih pada kondisi yang tidak menyenangkan. Hal ini disebabkan karena laki-laki mempunyai kesempatan yang lebih luas untuk melanjutkan studi, sehingga lebih memungkinkan untuk mempunyai status pekerjaan yang tinggi yang menyediakan pensiun. Penelitian yang dilakukan mengatakan lanjut usia yang tidak mempunyai pasangan lebih rentan mengalami depresi dan janda lebih besar mengalami depresi daripada duda. (Erna, 2003). Pengambilan data yang dilakukan di panti werdha Pare didapat lanjut usia janda berjumlah 47 orang.

3. Pendidikan

Banyak penduduk lanjut usia memiliki tingkat pendidikan yang rendah (tidak sekolah dan SD). Rendahnya tingkat pendidikan ini menyebabkan kesulitan-kesulitan dan sikap konservatif yang dapat menyebabkan kesulitan lebih lanjut dalam memahami untuk merawat mereka dan bagi perencanaan pelayanan sosial. Perempuan lanjut usia lebih mengalami diskriminasi untuk sekolah dibandingkan dengan laki-laki. Banyak perempuan yang mengalami putus sekolah dibandingkan laki-laki karena mereka harus membantu orang tua (Erna, 2003). Lanjut usia yang berada di panti werdha Pare umumnya tidak sekolah.

4. Pekerjaan

Pendidikan yang rendah menyebabkan lanjut usia sulit mencari pekerjaan terutama pada lanjut usia perempuan (Erna, 2003). Pengumpulan data yang didapat di panti werdha Pare adalah umumnya lanjut usia adalah ibu rumah tangga dengan keadaan ekonomi yang rendah.

2.3 Konsep Keluarga

2.3.1 Pengertian Keluarga

Di Indonesia dalam UU No 10 Tahun 1992 disebutkan bahwa keluarga adalah unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri dari suami-istri dan anak. Dalam konteks pembangunan Indonesia bertujuan ingin menciptakan keluarga yang bahagia dan sejahtera (Panji, 2001).

Keluarga sejahtera dalam UU No 10 Tahun 1992 disebut sebagai keluarga yang dibentuk berdasarkan perkawinan yang sah dan mampu memenuhi kebutuhan hidup spiritual dan material, bertaqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa. Memiliki hubungan yang serasi, selaras dan seimbang antar anggota dan dengan masyarakat (Panji, 2008).

2.3.2 Fungsi Keluarga

Friedmann (1986) mengidentifikasi lima fungsi dasar keluarga, sebagai berikut:

1. Fungsi afektif

Fungsi afektif berhubungan erat dengan fungsi internal keluarga, yang merupakan basis kekuatan keluarga. Fungsi afektif berguna untuk pemenuhan kebutuhan psikososial. Keberhasilan melaksanakan fungsi afektif tampak pada kebahagiaan dan kegembiraan dari seluruh anggota keluarga (Panji, 2008).

2. Fungsi sosialisasi

Menurut Fiedmann (1986), sosialisasi adalah proses perkembangan dan perubahan yang dilalui individu, yang menghasilkan interaksi sosial dan belajar berperan dalam lingkungan sosial (Panji, 2008).

3. Fungsi reproduksi

Keluarga berfungsi untuk meneruskan keturunan dan menambah sumber daya manusia. Maka dengan ikatan suatu perkawinan yang sah, selain untuk memenuhi kebutuhan biologis pada pasangan tujuan untuk membentuk keluarga adalah untuk meneruskan keturunan (Panji, 2008).

4. Fungsi ekonomi

Fungsi ekonomi merupakan fungsi keluarga untuk memenuhi kebutuhan seluruh anggota keluarga seperti memenuhi kebutuhan akan makanan, pakaian, dan tempat tinggal. Banyak pasangan sekarang kita lihat dengan penghasilan yang tidak seimbang antara suami dan istri hal ini menjadikan permasalahan yang berujung pada perceraian (Panji, 2008).

5. Fungsi perawatan kesehatan

Keluarga juga berperan atau berfungsi untuk melaksanakan praktek asuhan kesehatan, yaitu untuk mencegah terjadinya gangguan kesehatan dan atau merawat anggota keluarga yang sakit. Kemampuan keluarga dalam memberikan asuhan kesehatan mempengaruhi status kesehatan keluarga (Panji, 2008).

2.3.3 Tahap-Tahap Perkembangan Keluarga

Perkembangan keluarga berdasarkan konsep Duvall dan Miller (Friedman, 1998):

Tahap I. Pasangan Baru (Keluarga Baru) Keluarga baru dimulai saat masing-masing individu laki-laki (suami) dan perempuan (istri) membentuk keluarga melalui perkawinan yang sah dan meninggalkan keluarga masing-masing (Panji, 2008).

Tahap II. Keluarga “*Child-bearing*” (Kelahiran Anak Pertama) keluarga yang menantikan kelahiran dimulai dari kehamilan sampai kelahiran anak pertama dan berlanjut sampai anak pertama berusia 30 bulan (Panji, 2008).

Tahap III. Keluarga dengan anak prasekolah, tahap ini dimulai saat kelahiran anak pertama berusia 2,5 tahun dan berakhir saat anak berusia 5 tahun (Panji, 2008).

Tahap IV. Keluarga dengan anak sekolah, tahap ini dimulai saat anak masuk sekolah pada usia enam tahun dan berakhir pada usia 12 tahun. Pada fase ini umumnya keluarga mencapai jumlah anggota keluarga maksimal, sehingga keluarga sangat sibuk (Panji, 2008).

Tahap V. Keluarga dengan anak remaja, tahap ini dimulai pada saat anak pertama berusia 13 tahun dan biasanya berakhir sampai 6-7 tahun kemudian, yaitu pada saat anak meninggalkan rumah orang tuanya. Tujuan keluarga ini adalah melepas anak remaja dan memberi tanggung jawab serta kebebasan yang lebih besar untuk mempersiapkan diri menjadi lebih dewasa (Panji, 2008).

Tahap VI. Keluarga dengan anak dewasa (pelepasan), tahap ini dimulai pada saat anak yang terakhir meninggalkan rumah dan berakhir pada saat terakhir meninggalkan rumah (Panji, 2008).

Tahap VII. Keluarga usia pertengahan, tahap ini dimulai pada saat anak yang terakhir meninggalkan rumah dan berakhir saat pensiun atau salah satu pasangan meninggal (Panji, 2008).

Tahap VIII. Keluarga usia lanjut, tahap terakhir perkembangan keluarga ini dimulai saat salah satu pasangan pensiun, berlanjut saat salah satu pasangan meninggal sampai keduanya meninggal. Proses lanjut usia dan pensiun

merupakan realitas yang tidak dapat dihindari karena berbagai stressor dan kehilangan yang harus dialami keluarga. Stressor tersebut adalah berkurangnya pendapatan, kehilangan berbagai hubungan sosial, kehilangan pekerjaan serta perasaan menurunnya produktivitas dan fungsi kesehatan. Dengan memenuhi tugas-tugas perkembangan pada fase ini diharapkan orang tua mampu beradaptasi menghadapi stressor tersebut. Mempertahankan suasana rumah yang menyenangkan, adaptasi dengan perubahan kehilangan pasangan, teman, kekuatan fisik dan pendapatan, mempertahankan keakraban suami istri dan saling merawat mempertahankan hubungan dengan anak dan sosial masyarakat, melakukan “*Live review*” mempertahankan penataan kehidupan yang memuaskan merupakan tugas utama keluarga pada tahap ini. Lanjut usia umumnya lebih dapat beradaptasi tinggal di rumah sendiri daripada tinggal bersama anaknya (Panji, 2008).

2.3.4 Karakteristik Lanjut Usia yang Tinggal di Rumah

Karakteristik lanjut usia yang tinggal di rumah meliputi jenis kelamin, status pernikahan, pendidikan, dan pekerjaan.

1. Jenis kelamin

Umur lanjut usia yang tinggal di rumah antara umur 60 tahun sampai umur 80 tahun. Proporsi jumlah lanjut usia perempuan lebih besar daripada lanjut usia laki-laki dengan jumlah lanjut usia laki-laki 42 dan perempuan 76 orang. Beberapa penelitian menyebutkan bahwa wanita lebih rentan mengalami depresi dari pada laki-laki.

2. Status pernikahan

Di negara maju status cerai mati banyak dialami oleh lanjut usia perempuan daripada lanjut usia laki-laki, seperti halnya di negara maju di Indonesia lanjut

usia perempuan juga lebih banyak yang mengalami status cerai mati. Hal ini terjadi karena laki-laki cenderung mengharapkan bantuan dari istri sementara perempuan biasanya lebih bisa mengabaikan kerjasama dengan suami. Beberapa penjelasan dapat di kemukakan sebagai berikut: pertama perempuan hidup lebih lama daripada laki-laki, kedua laki-laki biasanya menikah dengan perempuan yang lebih muda daripada umurnya. Perempuan yang berstatus cerai mati biasanya lebih pada kondisi yang tidak menyenangkan. Hal ini disebabkan karena laki-laki mempunyai kesempatan yang lebih luas untuk melanjutkan studi, sehingga lebih memungkinkan untuk mempunyai status pekerjaan yang tinggi yang menyediakan pensiun (Erna, 2003). Penelitian yang dilakukan mengemukakan bahwa lanjut usia yang tidak mempunyai pasangan lebih rentang mengalami depresi dan janda lebih besar mengalami depresi daripada duda. Pengambilan data yang dilakukan di Rw I desa Pare didapat lanjut usia janda berjumlah 36 orang dan lanjut usia duda berjumlah 19 orang dan sisanya berpasangan.

3. Pendidikan

Banyak penduduk lanjut usia memiliki tingkat pendidikan yang rendah (tidak sekolah dan SD). Rendahnya tingkat pendidikan ini menyebabkan kesulitan-kesulitan dan sikap konservatif yang dapat menyebabkan kesulitan lebih lanjut dalam memahami untuk merawat mereka dan bagi perencanaan pelayanan sosial. Perempuan lanjut usia lebih mengalami diskriminasi untuk sekolah dibandingkan dengan laki-laki. Banyak perempuan yang mengalami putus sekolah dibandingkan laki-laki karena mereka harus membantu orang tua (Erna, 2003).

Lanjut usia yang berada di Rw I Pare bervariasi ada yang pendidikannya SD, SMP, SMA dan ada yang melanjutkan perguruan tinggi.

4. Pekerjaan

Pendidikan yang rendah menyebabkan lanjut usia sulit mencari pekerjaan terutama pada lanjut usia perempuan. Pengumpulan data yang didapat di Rw I Pare adalah umumnya lanjut usia yang tinggal masih bekerja dan umumnya pekerjaan mereka adalah pedagang. Beberapa dari mereka ada yang pensiunan, dan ada juga yang sudah tidak bekerja.

2.4 Konsep Depresi

2.4.1 Pengertian Depresi

Netty (1999) menyatakan depresi adalah suatu gangguan alam perasaan yang ditandai dengan perasaan sedih, berduka yang berlebihan dan berkepanjangan.

Depresi adalah suatu gangguan afektif, universal, dapat menyerang siapa saja baik orang muda maupun tua (Anggraeni, 2002).

Depresi diartikan sebagai suatu bentuk gangguan emosi yang menunjukkan perasaan tertekan, sedih dan tidak bahagia, tidak berharga, tidak berarti, serta tidak mempunyai semangat dan pesimis menghadapi masa depan (Siti, 2004).

Menurut Maramis (2005), depresi adalah suatu gangguan perasaan dengan ciri-ciri semangat berkurang, rasa harga diri rendah, menyalahkan diri sendiri, gangguan tidur, dan makan.

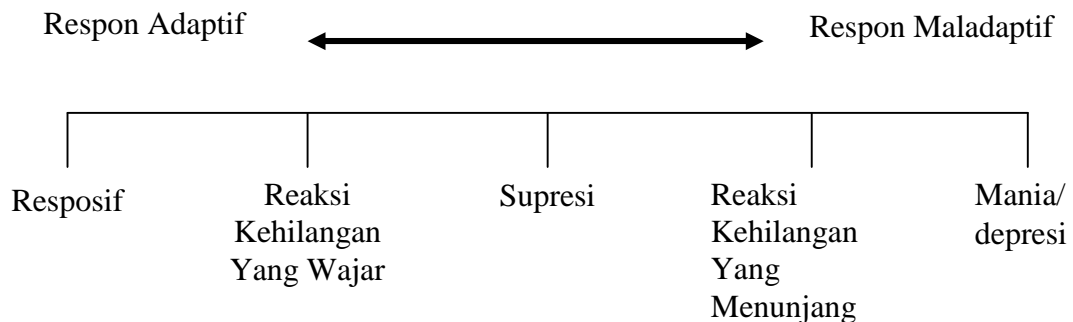
2.4.2 Pengertian Depresi pada Lanjut Usia

Depresi pada lanjut usia biasanya muncul dalam bentuk keluhan fisik seperti kehilangan nafsu makan, insomnia, masalah pencernaan dan sakit kepala (Siti, 2004).

Menurut Kaplan dan Sadock (2003), depresi geriatrik adalah masalah besar yang mempunyai konsekuensi medis, sosial dan ekonomi yang penting. Sedangkan menurut Krishnan (2002), depresi pada geriatrik sering tidak diakui oleh lanjut usia dan tidak dikenali dokter karena gejalanya tumpang tindih, sering komorbiditas dengan penyakit medis lain lebih menonjolkan gejala somatiknya dibandingkan dengan depresinya (Aliyah, 2004).

2.4.3 Rentang Respon Emosional

Rentang respon emosi individu dapat berfluktuasi dari respon emosi adaptif sampai respon maladaptif, seperti pada gambar dibawah:



Gambar 2.1 Rentang Emosi (Herawati, 1999).

Responsif adalah respon emosional yang terbuka dan sadar akan perasaannya. Pada rentang ini individu dapat berpartisipasi dengan dunia eksternal dan internal (Herawati, 1999).

Reaksi kehilangan yang wajar merupakan posisi rentang yang normal dialami oleh individu yang mengalami kehilangan dan mengalami proses kehilangan misalnya bersedih, berfokus pada diri sendiri, berhenti melakukan kegiatan sehari-hari. Reaksi kehilangan tersebut tidak berlangsung lama (Herawati, 1999).

Supresi merupakan tahap awal respon emosional yang maladaptif, individu menyangkal, menekan atau menginternalisasi semua aspek perasaan tentang lingkungan (Herawati, 1999).

Reaksi berduka yang memanjang merupakan penyangkalan yang menetap dan memanjang, tetapi tidak nampak reaksi emosional terhadap kehilangan. Reaksi berduka yang memanjang ini dapat terjadi beberapa tahun (Herawati, 1999).

Mania adalah suatu gangguan alam perasaan yang ditandai dengan adanya alam perasaan yang meningkat, meluas atau keadaan emosional yang mudah tersinggung dan terangsang. Kondisi ini dapat diiringi dengan perilaku berupa peningkatan kegiatan, banyak bicara, ide-ide yang meloncat, senda gurau, tertawa berlebihan, penyimpangan seksual (Herawati, 1999).

Depresi adalah suatu gangguan alam perasaan yang ditandai dengan perasaan sedih dan berduka yang berlebihan dan berkepanjangan. Depresi dapat juga digunakan untuk menunjukkan berbagai fenomena : tanda, gejala, keadaan emosi, reaksi penyakit atau kondisi klinis secara menyeluruh (Herawati, 1999).

2.4.4 Teori Depresi

Menurut Aaron Beck orang yang mudah depresi mengadopsi suatu gaya kebiasaan berfikir negatif yang disebut segitiga kognitif dari depresi antara lain:

1. Pandangan Negatif tentang Diri Sendiri

Memandang diri sendiri tidak berharga, penuh kekurangan, tidak adekuat, tidak dapat dicintai, dan kurang memiliki ketrampilan yang dibutuhkan untuk mencapai kebahagiaan (Jeffrey et al, 2003).

2. Pandangan Negatif tentang Lingkungan

Memandang lingkungan sebagai tuntutan yang berlebihan dan memberikan hambatan yang tidak mungkin diatasi, yang secara terus menerus menyebabkan kegagalan dan kehilangan (Jeffrey et al, 2003).

3. Pandangan Negatif tentang Masa Depan

Memandang masa depan sebagai tidak adanya harapan dan meyakini bahwa dirinya tidak punya kekuatan untuk mengubah hal-hal menjadi lebih baik. Harapan terhadap masa depan hanyalah kegagalan dan kesedihan yang berlanjut serta kesulitan yang tidak pernah usai (Jeffrey et al, 2003).

2.4.5 Tipe-Tipe Gangguan Mood

Beberapa tipe gangguan mood antara lain dua jenis gangguan depresi yaitu gangguan depresi mayor dan gangguan distimik, serta dua jenis gangguan perubahan mood yaitu gangguan bipolar dan gangguan siklotimik:

1. Gangguan Depresi Mayor

Terjadi satu atau lebih periode atau episode depresi (disebut sebagai episode depresi mayor) tanpa ada riwayat terjadinya episode manik atau hipomanik alami. Seseorang dapat mengalami satu episode depresi mayor, yang diikuti dengan kembalinya mereka pada keadaan fungsional yang biasa. Umumnya orang yang pernah mengalami episode depresi mayor dapat kambuh lagi diantara periode

normal atau mungkin mengalami hendaya pada fungsi-fungsi tertentu (Jeffrey et al, 2003).

2. Gangguan Distimik

Pola depresi ringan (tetapi mungkin saja menjadi mood yang menyulitkan pada anak-anak atau remaja) yang terjadi pada suatu rentang waktu pada orang dewasa biasanya dalam beberapa tahun (Jeffrey et al, 2003).

3. Gangguan Bipolar

Gangguan yang disertai satu atau lebih episode manik atau hipomanik (episode mood yang melambung atau hiperaktivitas, di mana penilaian dan tingkah laku mengalami hendaya). Episode manik atau hipomanik sering digantikan dengan episode depresi mayor dengan jeda periode mood yang normal (Jeffrey et al, 2003).

4. Gangguan Siklotimik

Gangguan mood kronis meliputi beberapa episode hipomanik (episode yang disertai dengan ciri-ciri manik pada tingkat keparahan yang lebih rendah daripada episode manik) dan beberapa periode mood tertekan atau hilangnya minat atau kesenangan pada kegiatan-kegiatan, tetapi tingkat keparahannya tidak sampai memenuhi kriteria sebagai episode depresi mayor (Jeffrey et al, 2003).

2.4.6 Derajat Depresi

Depresi dibedakan menjadi tiga tingkatan yaitu:

1. Depresi Ringan (*Mild*)

Terdapat sekurang-kurangnya dua dari tiga gejala utama ditambah sekurang-kurangnya dua dari gejala tambahan yang sudah berlangsung sekurang-kurangnya

selama dua minggu dan tidak boleh ada gejala yang berat diantaranya (Idrus, 2007).

2. Depresi Sedang (*Moderate*)

Terdapat sekurang-kurangnya dua dari tiga gejala utama ditambah sekurang-kurangnya tiga (sebaiknya empat) gejala tambahan (Idrus, 2007).

3. Depresi Berat (*Severe*)

Terdapat tiga gejala utama ditambah sekurang-kurangnya empat gejala tambahan. Beberapa diantaranya harus berintensitas berat (Idrus, 2007).

2.4.7 Faktor Predisposisi dan Presipitasi

1. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi yang menyebabkan depresi antara lain:

1) Faktor Genetik

Mengemukakan transmisi gangguan alam perasaan diteruskan melalui garis keturunan (Herawati, 1999).

2) Teori agresi berbalik pada diri sendiri

Mengemukakan bahwa depresi diakibatkan oleh perasaan marah yang yang dialihkan pada diri sendiri. Freud mengatakan bahwa kehilangan seseorang, *ambivalen* antara perasaan benci dan cinta dapat berbalik menjadi perasaan menyalahkan diri sendiri (Herawati, 1999).

3) Teori Kehilangan

Berhubungan dengan faktor perkembangan misalnya kehilangan orang tua pada masa anak, perpisahan yang bersifat traumatis dengan orang yang sangat dicintai, individu tidak berdaya mengatasi kehilangan (Herawati, 1999).

4) Teori Kepribadian

Mengemukakan bahwa tipe kepribadian tertentu menyebabkan seseorang mengalami depresi atau mania (Herawati, 1999).

5) Teori Kognitif

Mengemukakan bahwa depresi terjadi sebagai akibat gangguan perkembangan terhadap penilaian diri, yaitu penilaian negatif terhadap diri, sehingga terjadi gangguan proses pikir. Individu menjadi pesimis dan memandang dirinya tidak adekuat dan tidak berharga serta hidup sebagai tidak harapan (Herawati, 1999).

6) Model Belajar Ketidakberdayaan

Mengemukakan bahwa depresi terjadi karena individu mempunyai pengalaman kegagalan-kegagalan, lalu menjadi pasif dan tidak mampu menghadapi masalah. Akhirnya timbul keyakinan individu akan ketidakmampuannya mengendalikan kehidupannya sehingga ia tidak berupaya mengembangkan respons yang adaptif (Herawati, 1999).

7) Model Perilaku

Mengemukakan bahwa depresi terjadi karena kurangnya penguatan positif selama bereaksi dengan lingkungan (Herawati, 1999).

8) Model Biologis

Mengemukakan bahwa pada keadaan depresi terjadi perubahan kimiawi, yaitu defisiensi katekolamin, tidak berfungsinya endokrin dan hipersekresi kortisol (Herawati, 1999).

2. Faktor Presipitasi

Sressor yang dapat menyebabkan gangguan alam perasaan meliputi faktor biologis, psikologis dan sosial budaya. Faktor biologis meliputi perubahan fisiologis yang disebabkan oleh obat-obatan atau berbagai penyakit fisik seperti infeksi, neoplasma dan ketidakseimbangan metabolisme. Faktor psikologis meliputi kehilangan kasih sayang, termasuk kehilangan cinta, seseorang dan kehilangan harga diri. Faktor sosial budaya meliputi kehilangan peran, perceraian, kehilangan pekerjaan (Herawati, 1999).

2.4.8 Penyebab Depresi

Depresi disebabkan oleh berbagai penyakit fisik, faktor psikis, faktor sosial dan lingkungan, faktor obat, faktor usia, faktor genetik (Eli et al, 2008).

Terjadinya depresi pada lanjut usia merupakan interaksi faktor-faktor biologi, psikologi, dan sosial. Faktor biologik yaitu berkurangnya sejumlah neuron maupun neurotransmitter di otak, adanya penyakit-penyakit fisik yang menyertai penyakit yang menyebabkan imunitas menurun pada tubuh dan dapat menyebabkan ketidakmampuan fisik beberapa penyakit yang berhubungan dengan depresi antara lain: gangguan endokrin (hipotiroidisme), neoplasma: tumor otak terutama lobus frontalis dan kanker pankreas, gangguan neurologis: penyakit alzheimer, stroke terutama bagian hemisfer kiri, epilepsi, demensia vaskular, defisiensi B12 dan asam folat, SLE, penyakit virus yang bisa menyebabkan depresi dan risiko genetik. Faktor psikologi yaitu status ekonomi yang menyebabkan rasa rendah diri status ekonomi rendah lanjut usia yang tidak bisa lagi mencari pekerjaan karena usia yang sudah tidak produktif lagi sehingga dapat menimbulkan depresi, perasaan kesepian karena ditinggalkan orang-orang yang

dicintai terjadi saat anak-anaknya beranjak dewasa dan sudah mempunyai keluarga sendiri dan juga kehilangan pasangan sehingga menyebabkan kurangnya perhatian dan dapat menyebabkan depresi, kurangnya rasa keakraban karena tidak pernah terlibat dalam suatu kegiatan sehingga dia sering sendiri dan memutuskan segala sesuatu tentang masalahnya sendiri sehingga dapat menyebabkan depresi, kepribadian pramorbid tipe kepribadian tertentu seperti (kepribadian dependen, obsesi kompulsif dan histrionik). Faktor sosial yaitu berkurang interaksi sosial terjadi karena tidak pernah mengikuti kegiatan sosial setelah lanjut usia, kesepian yang terjadi pada lanjut usia lebih banyak terjadi karena berkurangnya kontak sosial, berkurangnya peran sosial baik dengan anggota keluarga, anggota masyarakat maupun dengan teman kerja, sosial ekonomi keadaan di mana lanjut usia sudah tidak bisa mencukupi kebutuhannya lagi karena sudah berusia lanjut karena tekanan-tekanan itu bisa menyebabkan lanjut usia mengalami depresi (Noviasturi, 2002).

Menurut Bongsoe (2007) faktor penyebab timbulnya gangguan depresif pada orang usia lanjut bisa berupa:

1. Faktor Biologis

Hal ini bisa berupa faktor genetik, gangguan pada otak terutama system cerebrovaskular, gangguan neurotransmitter terutama aktivitas serotonin, perubahan endokrin dll.

1) Faktor Genetis

Dari segi aspek faktor genetik, menurut suatu penelitian dinyatakan bahwa gen-gen yang berhubungan dengan risiko yang meningkatkan untuk lesi kardiovaskular dapat meningkatkan kerentanan untuk timbulnya

gangguan depresif. Penelitian lain melaporkan bahwa predisposisi genetik untuk gangguan depresif mayor pada orang usia lanjut dapat dimediasi oleh adanya lesi vaskular.

2) Gangguan pada Otak

Antara lain yang termasuk dalam gangguan pada otak sebagai salah satu penyebab timbulnya gangguan depresif pada orang usia lanjut adalah penyakit cerebrovaskular, yang mana gangguan ini dapat sebagai faktor predisposisi, presipitasi atau mempertahankan gejala-gejala gangguan depresif pada orang usia lanjut.

3) Gangguan Neurotransmitter

Pada suatu penelitian yang dilakukan oleh Robinson dkk, mendapatkan bahwa konsentrasi norepinephrin dan serotonin berkurang sesuai dengan bertambahnya usia, tetapi metabolit 5-HIAA dan enzim monoamineoksidase meningkat sesuai pertambahan usia.

4) Perubahan Endokrin

Dalam hal ini terutama adalah keterlibatan penurunan kadar hormon estrogen pada wanita, testosteron pada pria, dan hormon pertumbuhan pada pria dan wanita. Penurunan kadar hormon tersebut sejalan dengan perubahan fisiologis karena pertambahan usia. Sehingga dengan bertambahnya usia, proses degenerasi sel-sel dari organ tubuh makin meningkat, termasuk di antaranya meningkatnya proses degenerasi sel-sel organ tubuh yang memproduksi hormon tersebut makin berkurang. Dengan penurunan kadar hormon tersebut, hal ini akan mempengaruhi produksi neurotransmitter terutama serotonin dan norepinephrin.

2. Faktor Psikologis

Ini bisa berupa penyimpangan perilaku, psikodinamik, dan kognitif.

1) Teori Perilaku

Dari konsep teori perilaku terjadinya gangguan depresif pada individu usia lanjut oleh karena orang-orang usia lanjut cukup banyak mengalami peristiwa-peristiwa kehidupan yang tidak menyenangkan atau yang cukup berat sehingga terjadinya gangguan depresif tersebut sebagai respon perilaku terhadap stresor-stresor kehidupan yang dialaminya tersebut. Penelitian lain melaporkan bahwa ada kaitan terjadinya gangguan depresif pada orang usia lanjut dengan sejumlah peristiwa kehidupan yang negatif yang dialami individu usia lanjut.

2) Teori Psikodinamis

Berdasarkan teori psikodinamis, terjadinya gangguan depresif pada orang usia lanjut, karena pada orang usia lanjut sering terjadi ketidaksanggupan untuk menyelesaikan pencarian pemulihan sekunder dari peristiwa-peristiwa kehilangan yang tak terelakkan oleh individu tersebut.

3) Teori Kognitif

Salah satu teori psikologis tentang terjadinya gangguan depresif adalah terjadinya distorsi kognitif. Dalam hal ini berkaitan dengan bagaimana interpretasi seseorang terhadap peristiwa-peristiwa kehidupan yang dialaminya. Terjadinya distorsi kognitif pada orang usia lanjut oleh karena pada individu usia lanjut tersebut memiliki harapan-harapan yang tidak realistis dan membuat generalisasi yang berlebih-lebihan terhadap peristiwa kehidupan tertentu yang tidak menyenangkan individu tersebut.

3. Faktor Sosial

Hal ini bisa berupa hilangnya status peranan sosialnya atau hilangnya dukungan sosial yang selama ini dimilikinya.

2.4.9 Gejala Depresi

1. Gambaran Emosi

Mood depresi, sedih atau murung, iritabilitas, ansietas, anhedonia, kehilangan minat, kehilangan semangat, ikatan emosi berkurang, menarik diri dari hubungan interpersonal, preokupasi dengan kematian (Tomb, 2003).

2. Gambaran Kognitif

Mengkritik diri sendiri, perasaan tidak berharga, rasa bersalah, pesimis, tidak ada harapan, putus asa, perhatiannya mudah teralih, konsentrasi buruk, tidak pasti dan ragu-ragu, berbagai obsesi, keluhan somatik terutama pada orang tua, gangguan memori, waham dan halusinasi (Tomb, 2003).

3. Gambaran Vegetatif

Lesu, tidak ada tenaga, imsonia atau hipersomnia, anoreksia atau hipereksia, penurunan berat badan atau penambahan berat badan, retardasi psikomotor, agitasi psikomotor, libido terganggu, variasi diurnal yang sering (Tomb, 2003).

2.4.10 Sindrom-Sindrom Klinis Depresi pada Lanjut Usia

1. Pseudodemensia

Ini ditunjukkan pada pasien depresi yang menunjukkan gangguan memori yang bermakna seperti demensia (Noviastuti, 2002).

2. Depresi dan Ansietas

Gangguan cemas dan phobia dapat menyertai terjadinya depresi. Hubungan penyakit fisik dengan ansietas pada depresi sangat kompleks. Ansietas biasanya

dianggap gejala fisik semata. Penyakit fisik yang mengancam kehidupan merupakan sumber dari ansietas (Noviastuti, 2002).

3. Depresi Terselubung

Gangguan suasana perasaan hati (mood) yang menurun tidak tampak. Sering muncul sebagai gejala-gejala somatik. Perlu dilakukan evaluasi secara teliti adanya tanda-tanda depresi. Depresi terselubung mempunyai gejala-gejala yang hampir mirip dengan somatisasi (Noviastuti, 2002).

2.4.11 Geriatrik Depression Scale (GDS)

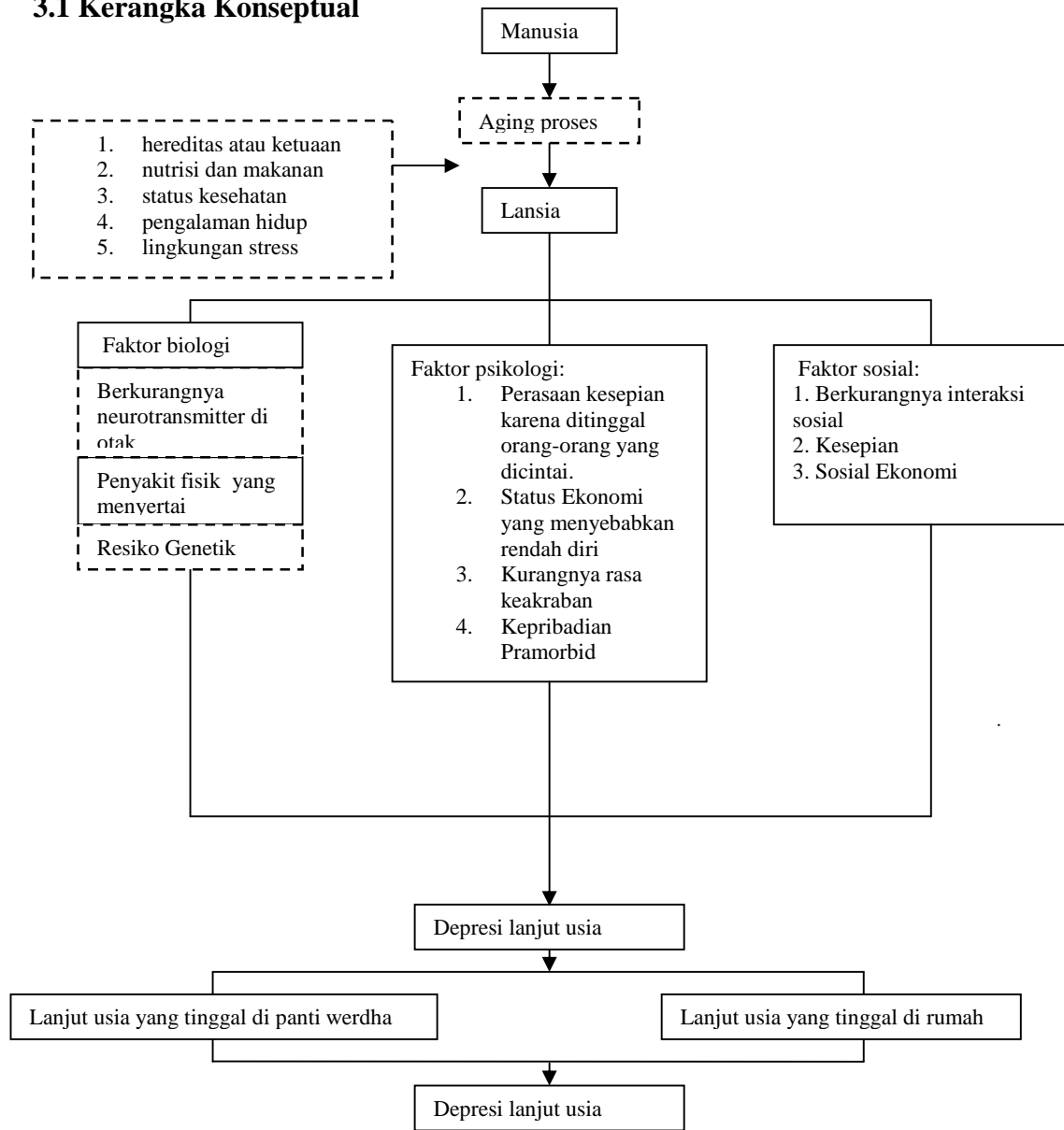
Banyak alat ukur yang digunakan untuk mengukur depresi. GDS adalah salah satu alat ukur yang dibuat oleh Yesavage et al yang telah diuji dan digunakan oleh populasi lanjut usia. GDS bentuk panjang terdiri dari 30 pertanyaan dimana akan diketahui respon lanjut usia tentang perasaannya minggu ini dengan menjawab ya atau tidak, sedangkan GDS bentuk pendek terdiri dari 15 pertanyaan yang berkembang tahun 1986. Depresi dengan pertanyaan panjang mempunyai hubungan dengan gejala depresi lebih besar daripada depresi dengan pertanyaan pendek tetapi GDS dengan pertanyaan pendek bisa digunakan untuk lanjut usia yang menderita penyakit fisik, lanjut usia yang mengalami demensia ringan dan sedang serta lanjut usia yang mengalami sakit karena kelelahan dan hanya membutuhkan waktu 5 sampai 7 menit untuk melengkapinya, dari 15 pertanyaan sepuluh jawaban positif menunjukkan adanya depresi dan lima pertanyaan lainnya antara lain item nomor 1, 5, 7, 11, 13 yang menunjukkan jawaban negatif. Penelitian yang dilakukan di Brazil mengungkapkan bahwa GDS 15 mempunyai 84,8% sensitif dan 67,7% spesifik (Paradela, 2005), sedangkan

GDS 30 mempunyai tingkat 92% sensitif dan 89 spesifik (Boltz, 2007). Nilai 0-4 normal, nilai 5-8 depresi ringan, 9-11 depresi sedang, 12-15 depresi berat.

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual



Keterangan: : Diukur : Tidak diukur

Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Analisis berbagai faktor yang berhubungan dengan tingkat depresi pada lanjut usia yang Tinggal di Panti Werdha dan di Rumah (Noviasturi, 2002)

Manusia akan mengalami aging proses (*proses menua*) adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri/mengganti dan mempertahankan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi dan memperbaiki kerusakan yang diderita. Proses menua ini di pengaruhi oleh hereditas atau ketuaan, nutrisi dan makanan, status kesehatan, pengalaman hidup dan tekanan lingkungan. Faktor proses menua tersebut akan menjadikan manusia melewati tahap perkembangan kehidupan terakhir pada manusia yaitu lanjut usia. Banyak permasalahan yang dihadapi oleh lanjut usia, indikator- indikatornya antara lain yang pertama untuk faktor biologi antara lain; faktor genetik, penyakit fisik, berkurangnya neurotransmitter di otak faktor psikologi adalah status ekonomi yang menyebabkan rasa rendah diri, perasaan kesepian karena ditinggalkan orang-orang yang dicintai, kurangnya rasa keakraban, kepribadian pramorbid, sedangkan indikator faktor sosial adalah interaksi sosial, kesepian, sosial ekonomi. Faktor-faktor di atas dapat menyebabkan terjadinya depresi pada lanjut usia. Depresi dapat dialami oleh lanjut usia baik yang tinggal di panti maupun tinggal di rumah. Berdasarkan keuntungan dan kerugian yang dimiliki tempat tersebut berhubungan dengan tingkat keparahan depresi pada lanjut usia. Untuk menganalisa hubungan tiap faktor tersebut dengan depresi pada lanjut usia akan digunakan beberapa indikator dari masing-masing faktor. Dari indikator-indikator itu akan disusun pertanyaan sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai dalam penelitian. Sehingga akan diketahui bagaimana penyebab depresi berhubungan dengan tingkat depresi pada lanjut usia.

3.2 Hipotesis Penelitian

HI:

1. Ada faktor biologi yang berhubungan dengan depresi pada lanjut usia yang tinggal di panti werdha dan di rumah.
2. Ada faktor psikologi yang berhubungan dengan depresi pada lanjut usia yang tinggal di panti werdha dan di rumah.
3. Ada faktor sosial yang berhubungan dengan depresi pada lanjut usia yang berhubungan dengan depresi pada lanjut usia yang tinggal di panti werdha dan tinggal di rumah.
4. Ada faktor paling dominan yang berhubungan dengan depresi pada lanjut usia.

BAB 4

METODE PENELITIAN

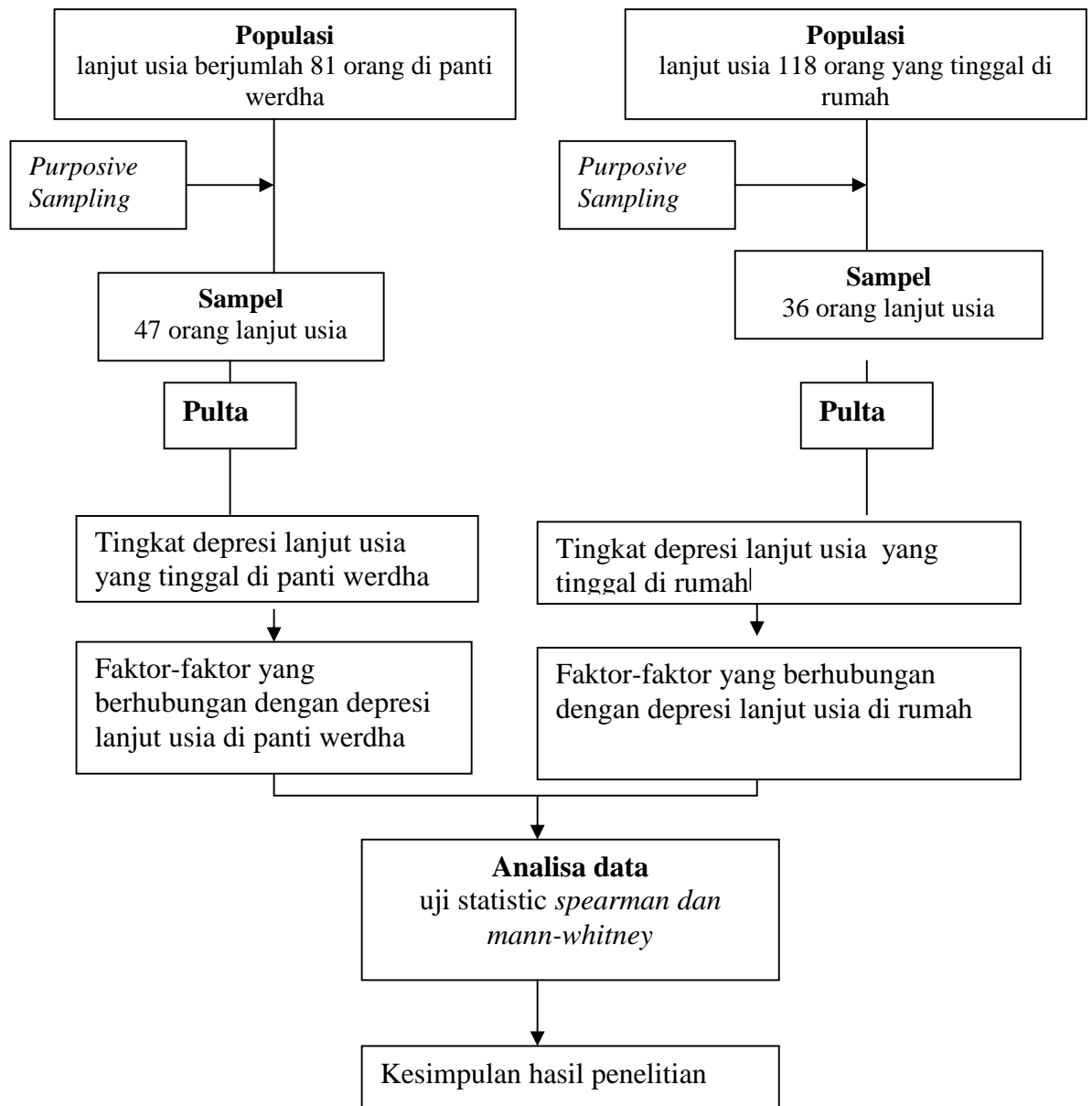
Metode penelitian merupakan cara untuk menjawab suatu permasalahan dengan menggunakan metode ilmiah. Bab ini akan dibahas mengenai desain penelitian, kerangka kerja, desain sampling, identifikasi variabel dan definisi operasional, lokasi dan waktu penelitian, prosedur pengambilan dan pengumpulan data,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

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan *correlational research* dan *comparatif research* yang bertujuan untuk mengkaji hubungan antar variabel (Nursalam, 2008) dan mengkaji perbandingan terhadap pengaruh (*efek*) pada kelompok subjek tanpa adanya suatu perlakuan dari peneliti (Nursalam, 2008). Berdasarkan tujuan tersebut maka rancangan yang digunakan *cross-sectional*. Desain ini bertujuan untuk mengetahui hubungan faktor-faktor depresi dan tingkat depresi pada lanjut usia yang tinggal di panti werdha Pare dan wilayah Rw 1 Desa Pare.

4.2 Kerangka Kerja (*Frame Work*)

Kerangka kerja adalah kerangka hubungan antara konsep yang ingin diteliti atau diamati melalui penelitian yang akan dilakukan (Notoatmodjo, 2003). 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 Analisis Faktor yang berhubungan dengan Tingkat Depresi pada Lanjut Usia yang Tinggal di Panti Werdha dan di Rumah.

4.3 Desain Sampling

4.3.1 Populasi

Populasi adalah subjek (misalnya manusia; klien) yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2008). Pembagian populasi menurut Sastroasmoro & Ismail (1995) meliputi (1) populasi target dan (2) populasi

terjangkau. Populasi target adalah populasi yang memenuhi kriteria *sampling* dan menjadi sasaran akhir penelitian. Menurut Polit dan Hungler (1999) populasi target bersifat umum dan biasanya pada penelitian klinis dibatasi oleh karakteristik demografis (meliputi jenis kelamin atau usia). Populasi terjangkau adalah populasi yang memenuhi kriteria penelitian dan biasanya dapat dijangkau oleh peneliti dari kelompoknya. Populasi target adalah semua lanjut usia yang berada di Panti Werdha Pare dan di wilayah Rw I Pare dengan jumlah lanjut usia 118 orang dan 90 orang. Populasi terjangkau adalah lanjut usia janda yang berada di panti werdha Pare dan wilayah Rw I Pare berjumlah 47 orang dan 36 orang.

4.3.2 Sampel

Sampel adalah sebagian atau wakil dari populasi yang akan diteliti (Arikunto, 2006). Sampel terdiri dari bagian populasi terjangkau yang dapat digunakan sebagai subjek penelitian melalui *sampling*. Untuk membantu mengurangi bias penelitian perlu dilakukan kriteria sampel. Ada 2 syarat yang harus dipenuhi dalam menetapkan sampel yaitu (1) representatif (mewakili) dan (2) sampel harus cukup banyak. Sampel yang digunakan adalah lanjut usia janda yang berjumlah 47 orang yang tinggal di Panti Werdha Pare dan 36 orang di wilayah Rw I Pare.

Dalam pemilihan sampel, peneliti menetapkan kriteria sampel sebagai berikut:

1. Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek peneliti dari suatu populasi target yang terjangkau yang akan diteliti (Nursalam, 2008).

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah:

- 1). lanjut usia yang tinggal di panti werdha Pare:

- 2). lanjut usia yang tidak berpasangan (janda).
 - 3). lanjut usia yang tidak dalam sakit parah atau terminal.
 - 4). lanjut usia yang bersedia menjadi responden.
 - 5). lanjut usia yang kooperatif.
2. Kriteria eksklusi adalah menghilangkan atau mengeluarkan subjek kriteria inklusi dari penelitian ini karena berbagai sebab (Nursalam, 2008).

Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah:

- 1). lanjut usia yang tidak mau diteliti.
- 2.) lanjut usia yang mengalami gangguan jiwa.
- 3). lanjut usia yang tidak mau diteliti, denial, maupun marah.

4.3.3 Sampling

Sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi (Nursalam, 2003). Cara pengambilan sampel dapat digolongkan menjadi 2 : (1) probabilitas sampling dan (2) non probabilitas sampling. Penelitian ini menggunakan purposive sampling didasarkan pada suatu pertimbangan tertentu yang yang dibuat oleh peneliti sendiri berdasarkan ciri atau sifat-sifat populasi yang sudah diketahui sebelumnya (Notoadmodjo, 2005). Pada pengambilan data awal didapatkan jumlah lanjut usia janda yang tinggal dipanti werdha berjumlah 47 orang dan lanjut usia yang tinggal di rumah berjumlah 36 orang.

4.4 Identifikasi Variabel

Dalam setiap penelitian selalu dilakukan pengukuran terhadap variabel. Variabel adalah ukuran atau ciri yang dimiliki oleh anggota-anggota suatu kelompok yang berbeda dengan yang dimiliki oleh kelompok yang lain. Definisi

lain mengatakan variabel adalah sesuatu yang digunakan sebagai ciri, sifat atau ukuran yang dimiliki atau didapatkan oleh satuan penelitian tentang sesuatu konsep pengertian tertentu, misalnya umur, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, pekerjaan, pengetahuan, pendapatan, penyakit dan sebagainya.

4.4.1 Variabel independen

Variabel independen adalah variabel yang nilainya menentukan variabel lain. Variabel independen dalam penelitian ini adalah faktor-faktor yang berhubungan dengan depresi pada lanjut usia yang tinggal di panti werdha dan di rumah.

4.4.2 Variabel dependen

Variabel dependen adalah variabel yang nilainya ditentukan oleh variabel lain. Variabel dependen dalam penelitian ini adalah tingkat depresi lanjut usia yang tinggal di panti werdha dan tinggal di rumah.

4.5 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, 2003).

4.6 Pengumpulan Data dan Pengolahan Data

4.6.1 Instrumen Penelitian

Untuk melakukan pengumpulan data, peneliti membuat instrumen sebagai pedoman pengumpulan data berupa kuesioner dengan GDS dan kuisisioner untuk faktor-faktor biologis, faktor psikologis dan faktor sosial. Instrumen penelitian adalah alat atau fasilitas yang digunakan oleh peneliti dalam mengumpulkan data agar pekerjaan lebih mudah dan hasilnya lebih baik (Arikunto, 2002). Instrumen untuk mengukur variabel independent dan dependen pada penelitian ini adalah dengan metode kuesioner. Penelitian ini menggunakan kuisisioner *Close-ended questions, linkert scaledan multiple choise*. Kuesioner dalam penelitian ini dibuat peneliti yang mengacu pada kepustakaan. Kuesioner dalam penelitian ini terdiri dari:

1. Data demografi lansia yang terdiri dari umur, lama tinggal di panti werdha, status perkawinan, jumlah anak, dan pekerjaan sebelum tinggal di panti werdha.
2. Kuesioner tentang faktor biologis yang berhubungan dengan kesediaan lansia tinggal di panti werdha yang terdiri dari 24 pertanyaan dengan gangguan yang terjadi pada sistem tubuh dengan jawaban ya dan tidak yang terdiri dari 24 pertanyaan negatif (Ismayadi, 2004) dan pada GDS terdiri dari 15 pertanyaan dengan jawaban ya 9 dan jawaban tidak 6 (Brink and Yesavage, 1982)
3. Kuesioner yang diberikan kepada para lanjut usia di panti werdha Pare dan wilayah RW 1 desa Pare yang berisi 19 pertanyaan untuk faktor psikologis dengan *skala Likert* yang mengacu pada parameter yang terdapat pada definisi

operasional dan tinjauan pustaka, kemudian dikembangkan sendiri oleh peneliti (Noviasturi, 2002)

Pada kuesioner faktor psikologis terdiri dari 24 pernyataan *unfavorable*

Untuk pertanyaan *unfavorable*, skor:

[TP] = 0

[KD] = 1

[SR] = 2

[SL] = 3

Keterangan:

[TP] = Tidak Pernah

[KD] = Kadang - Kadang

[SR] = Sering

[SL] = Selalu

4. Pertanyaan multiple choice pada faktor Sosial (interaksi sosial dan ekonomi) yang terdiri dari 19 pertanyaan (Durham, 1988).

4.6.2 Lokasi Penelitian

Penelitian dilaksanakan di panti werdha Pare dan dilaksanakan di wilayah RW 1 Desa Pare.

4.6.3 Prosedur Pengambilan Data

Lanjut usia yang tinggal di panti werdha Pare langkah awal yang dilakukan peneliti akan menyeleksi responden sesuai kriteria inklusi dan kriteria eksklusi yang sudah ditentukan., setelah itu membagi kuisisioner pada lanjut usia dengan cara yang pertama mengucapkan salam, membina hubungan saling percaya kemudian setelah menanyakan apakah responden bersedia dijadikan

objek penelitian, jika bersedia lanjutkan dengan mengisi data demografi, GDS dan mengisi quisioner faktor-faktor yang berhubungan dengan depresi. Sedangkan Untuk di Desa Pare Rw I pengambilan dan pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan langkah awal peneliti akan menyeleksi responden sesuai kriteria inklusi dan kriteria eksklusi yang sudah ditentukan., setelah itu membagi kuisisioner pada lanjut usia dengan cara yang pertama mengucapkan salam, membina hubungan saling percaya kemudian setelah menanyakan apakah responden bersedia menjadi objek penelitian, jika bersedia lanjutkan dengan mengisi data demografi, GDS dan mengisi quisioner faktor-faktor yang berhubungan dengan depresi.

4.7 Analisis Data

Proses pengumpulan data yang dilakukan dalam penelitian ini adalah

Mengecek kelengkapan identitas lansia pada kuesioner yang telah selesai dijawab oleh lansia. Pada data demografi

a. Usia

Kode 1 = umur 60-74 tahun

Kode 2 = umur 75-90 tahun

Kode 3 = umur lebih dari 90 tahun

b. Suku Bangsa

Kode 1 = Jawa

Kode 2 = Batak

Kode 3 = Sunda

Kode 4 = Madura

c. Pendidikan terakhir

Kode 1 = tidak tamat SD/tidak sekolah

Kode 2 = SD/ sederajat

Kode 3 = SMP/ sederajat

Kode 4 = SMA/ sederajat

Kode 5 = Perguruan Tinggi

d. Pekerjaan dahulu

Kode 1 = pedagang

Kode 2 = petani

Kode 3 = karyawan

Kode 4 = lain-lain

e. Pekerjaan sekarang

Kode 1 = tidak bekerja

Kode 2 = pedagang

Kode 3 = petani

Kode 4 = lain-lain.

1. Mengecek kelengkapan data, isi kuesioner GDS 15 dan factor biologis, psikologis, dan social yang telah dikumpulkan responden (lansia).

Menentukan skor GDS dan faktor biologis

1. GDS nilai tertinggi 15 dan terendah 0 dengan rentang nilai kurang dari 5, 5-9, 10 atau lebih.
2. faktor biologis nilai tertinggi 24 dan terendah 0 dengan rentang nilai 0-8 ringan, 9-16 sedang dan 17-24 berat.

Menentukan skor untuk faktor psikologis

Nilai terendah 0 dan nilai tertinggi 52 dengan rentang 0-16 ringan, 17-33 sedang, 34-52 berat.

Menentukan skor/penilaian faktor interaksi sosial dan faktor sosial ekonomi

1. Menentukan skor terbesar dan terkecil

$$\text{Skor terbesar} = 40$$

$$\text{Skor terkecil} = 0$$

2. Menentukan nilai rentangan (R)

$$R = \text{skor terbesar} - \text{skor terkecil}$$

$$R = 40 - 0$$

3. Menentukan banyaknya kelas = 3

4. Menentukan nilai panjang kelas

$$i = \frac{\text{Rentang}}{\text{Banyaknya kelas}}$$

$$i = \frac{40}{3} = 13,33 \text{ dibulatkan } 13$$

Sehingga jumlah skor dikategorikan menjadi baik, cukup, kurang.

Kategori baik 26-40, cukup 13-26, dan kurang 0-13.

Dari data yang sudah dikumpulkan dilakukan analisa data untuk menganalisis faktor yang berhubungan dengan depresi pada lanjut usia yang tinggal di panti werdha Pare dan wilayah RW 1 desa Pare. Skala data yang didapatkan adalah ordinal melalui kuesioner. 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 yang bermakna antara variabel-variabel yang diukur. Untuk mengetahui faktor yang paling dominan digunakan uji statistik dengan melihat tabel penafsiran terhadap koefisien korelasi dan untuk membandingkan antara lanjut usia yang tinggal di panti werdha dan lanjut usia yang tinggal di

wilayah RW 1 Desa Pare menggunakan uji statistik Mann-Whitney (Uyanto, 2009)

Menurut Sugiono (2006) untuk dapat memberi penafsiran terhadap koefisien korelasi yang ditemukan tersebut besar atau kecil, maka dapat berpedoman pada ketentuan sebagai berikut:

Interval koefisien	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

4.8 Etika Penelitian

Peneliti memohon izin kepada pihak panti werdha Pare dan wilayah RW 1 desa Pare sebelum penelitian dilakukan. Penelitian akan dimulai dengan melakukan beberapa prosedur yang berhubungan dengan etika penelitian meliputi:

4.8.1 *Inform Consent*

Lembar persetujuan menjadi responden diedarkan sebelum penelitian kepada seluruh responden yang bersedia diteliti. Jika responden bersedia diteliti maka responden harus mencantumkan tanda tangan pada lembar persetujuan dengan terlebih dahulu diberi kesempatan membaca isi lembar tersebut. Jika responden menolak untuk diteliti maka peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati hak responden.

4.8.2 Tanpa Nama (*anonimity*)

Untuk menjaga karahasiaan responden, maka responden tidak perlu mencantumkan nama pada lembar kuesioner. Peneliti hanya menulis kode nomor pada lembar kuesioner.

4.8.3 Kerahasiaan (*confidentiality*)

Semua informasi yang dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti. Data hanya disajikan dan dilaporkan pada beberapa kelompok yang berhubungan dengan penelitian ini.

4.9 Keterbatasan Penelitian

1. Instrumen pengumpulan data disusun oleh peneliti. Oleh karena itu validitas dan realibilitas tersebut masih perlu diuji coba.
2. Pengumpulan data dengan menggunakan kuesioner memungkinkan terjadinya subyektifitas. Responden dapat dengan sengaja memberikan jawaban yang tidak jujur.
3. Sampel yang digunakan terbatas pada lansia di panti werdha Pare dan wilayah RW 1 desa Pare, sehingga kurang representatif untuk mewakili keseluruhan lansia.

Tabel 4.1 Definisi Operasional Analisis Faktor yang berhubungan dengan Depresi pada Lanjut Usia yang Tinggal di Panti Werdha dan di rumah.

Variabel	Sub variabel	Definisi operasional	Parameter	Alat ukur	Skala data	Skor
Variabel independent: faktor-faktor yang berhubungan dengan depresi pada lanjut usia yang tinggal di panti werdha dan di rumah	Faktor biologis	faktor yang mempunyai hubungan dengan terjadinya depresi pada lanjut usia baik pada lanjut usia yang tinggal di rumah maupun lanjut usia yang tinggal di panti werdha. Adanya perubah biologis yang terjadi pada lanjut usia	1.faktor penyakit fisik	Kuisisioner	Ordinal	Tinggi =76-100% Sedang =56-75% Rendah =<55% (Arikunto, 2006)
	Faktor psikologi	adanya perubahan psikologi depresi pada lanjut usia.	1. kehilangan 2. kesepian 3. kurangnya rasa keakraban 1. interaksi sosial	kuisisioner	ordinal	Tinggi =76-100% Sedang =56-75% Rendah =<55% (Arikunto, 2006)

	Faktor sosial	adanya perubahan sosial pada lanjut usia.	2. sosial ekonomi 3. dukungan sosial	kuisisioner	ordinal	Tinggi =76-100% Sedang =56-75% Rendah =<55% (Arikunto, 2006)
Variabel dependen: tingkat depresi pada lanjut usia yang tinggal di panti werdha dan di rumah.		Gangguan alam perasaan yang menunjukkan perasaan sedih tidak berguna, tidak bahagia, dan tidak mempunyai semangat hidup.	-Kepuasan dalam hidup. -Meninggalkan banyak kegiatan dan minat atau kesenangan. -Merasakan kehidupan yang kosong. -Merasakan kebosanan. -Mempunyai semangat baik. -Perasaan takut -Perasaan bahagia. -Ketidak berdayaan. -Merasa senang tinggal di rumah. -Mempunyai masalah dengan daya ingat. -Kehidupan yang menyenangkan -Merasa tidak berharga. -Merasa semangat. -Merasakan keadaan tidak ada harapan. -Aggapan orang lain hdupnya lebih baik.	kuisisioner	Ordinal	Skor <5 menunjukkan tidak depresi Skor 5-9 depresi sedang Skor 10 atau lebih depresi berat

BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Bab ini akan membahas mengenai hasil penelitian meliputi gambaran umum mengenai lokasi penelitian, gambaran umum responden yang meliputi usia, suku bangsa, pekerjaan dahulu dan pekerjaan sekarang di panti werdha dan di rumah serta pembahasan faktor-faktor yang berhubungan dengan depresi pada lanjut usia baik lanjut usia yang tinggal di panti werdha maupun lanjut usia yang tinggal di rumah meliputi faktor biologis, faktor psikologis maupun faktor sosial. Penelitian dilakukan di Unit Pelaksana Teknis (UPT) Pelayanan Sosial Lanjut Usia Pare dengan jumlah responden 15 orang dan di RW 1 desa Pare, Kecamatan Pare, Kabupaten Kediri yang dilaksanakan mulai tanggal 27 Juli sampai 3 Agustus 2009. Data yang terkumpul kemudian diuji statistik dengan *Spearman Rho* untuk mengetahui apakah faktor-faktor tersebut saling berhubungan, yang kemudian dilanjutkan dengan membandingkan nilai (p) dan (r) untuk mengetahui faktor yang paling dominan.

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Penelitian dilaksanakan di dua tempat penelitian pertama dilaksanakan di Unit Pelaksana Teknis (UPT) Pelayanan Sosial Lanjut Usia Jombang di Kediri terletak di Jalan Ahmad Yani no.46 Pare Kediri. Penelitian dilakukan dengan cara mengunjungi masing-masing wisma. Data yang diperoleh pada bulan juli 2009 menunjukkan bahwa panti werdha dihuni oleh 81 orang lanjut usia, yang terdiri

dari 22 lanjut usia laki-laki dan 59 lanjut usia wanita. Responden yang diteliti adalah responden yang berstatus janda yang berjumlah 47 responden. Kegiatan yang dilakukan di panti werdha Pare antara lain melaksanakan sholat berjamaah di mushola, dan pengajian rutin setiap malam jumat, olahraga senam dilaksanakan 2 kali seminggu yaitu hari rabu dan jumat dan posyandu lanjut usia dilaksanakan setiap bulan Tempat penelitian kedua adalah wilayah RW 1 desa Pare yang terdiri dari 5 RT. Lanjut usia yang tinggal di wilayah RW 1 desa Pare berjumlah 118 orang. Responden yang diteliti adalah responden janda yang berjumlah 47 responden. Kegiatan rutin lanjut usia yang dilakukan di RW 1 Desa Pare adalah arisan dan pengajian untuk pemeriksaan kesehatan mereka langsung pergi ke rumah sakit atau dokter karena tidak ada posyandu lanjut usia. Bagian dari panti werdha yang mengurus untuk program penanganan dalam depresi pada lanjut usia adalah bagian pelayanan lanjut usia bekerjasama dengan psikolog dari dinas sosial provinsi. Sedangkan untuk lanjut usia yang tinggal di wilayah Rw 1 Desa Pare belum ada kegiatan program depresi lanjut usia.

5.1.2 Karakteristik Demografi Responden

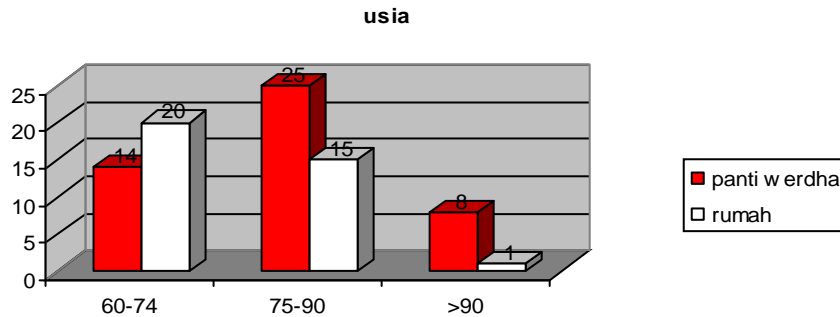
Data karakteristik demografi responden ini menguraikan tentang karakteristik responden yang meliputi 1) Umur, 2) Lama tinggal di panti werdha, 3) Status perkawinan, 4) Jumlah anak, 5) Pekerjaan sebelum menghuni panti werdha.

Data Umum

Data umum menguraikan karakteristik responden yang meliputi : (1) Usia, (2) Suku bangsa, (3) Pendidikan (4) Agama, (5) Pekerjaan Dahulu, dan (6)

Pekerjaan Sekarang untuk lanjut usia yang tinggal di panti werdha dan di rumah.

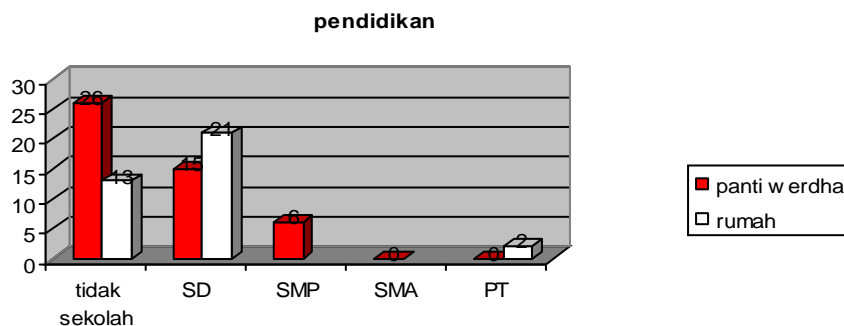
1. Distribusi lanjut usia yang tinggal berdasarkan usia di panti werdha dan rumah.



Gambar 5.1 Distribusi Lansia Berdasarkan Usia di panti werdha Pare dan Wilayah RW 1 Desa Pare pada 27 Juli – 3 Agustus 2009.

Berdasarkan gambar 5.1 didapatkan bahwa dari lanjut usia yang tinggal di panti werdha usia paling banyak adalah lanjut usia yang berusia 75-90 tahun dan untuk lanjut usia yang di rumah usia paling banyak adalah 60-74 tahun Berdasarkan uji mann-whitney di peroleh hasil (p) 0,007.

2. Distribusi lanjut usia yang tinggal di panti werdha dan di rumah berdasarkan pendidikan.

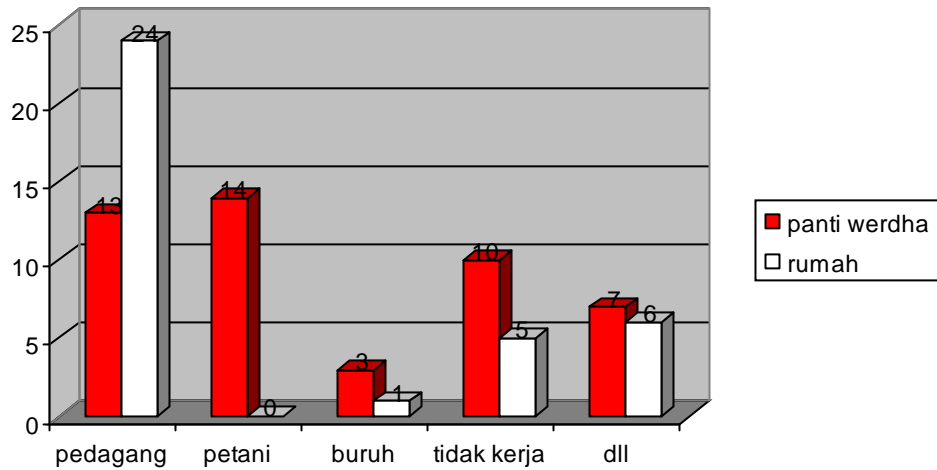


Gambar 5.2 Distribusi Lansia Berdasarkan Pendidikan di Panti Werdha Pare dan Wilayah RW 1 desa Pare pada 27 Juli 2009 – 1 Agustus 2009.

Berdasarkan gambar 5.3 dapat dilihat bahwa lanjut usia yang tinggal di panti werdha rata-rata mereka tidak sekolah dan untuk lanjut usia yang tinggal di

rumah rata-rata bersekolah sampai SD. Berdasarkan uji mann whitney didapatkan hasil p (0,220)

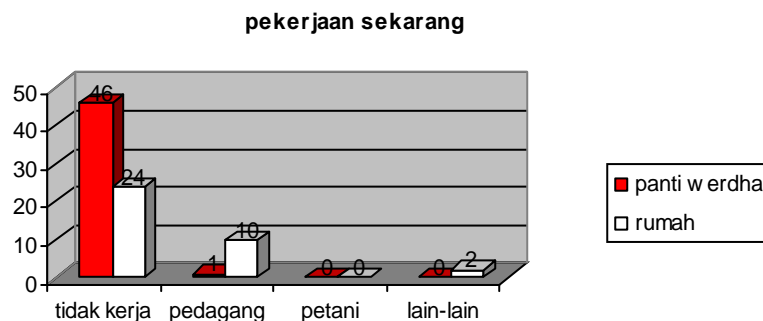
3. Distribusi lanjut usia yang tinggal di panti werdha berdasarkan pekerjaan dahulu.



Gambar 5.3 Distribusi Lansia di Panti Werdha Pare dan Wilayah RW 1 Pare Berdasarkan Pekerjaan dahulu pada 27 Juli 2009 – 1 Agustus 2009.

Berdasarkan gambar 5.4 dapat dilihat bahwa lanjut usia yang tinggal di panti sebagian besar pekerjaan dahulu adalah petani sedangkan lanjut usia yang tinggal di wilayah RW1 sebagian besar adalah pedagang. Berdasarkan uji mann whitney didapatkan hasil p (0,043).

4. Pekerjaan sekarang lanjut usia yang tinggal di rumah



Gambar 5.4 Distribusi lanjut usia di panti werdha Pare dan di wilayah Rw 1 Pare berdasarkan pendidikan pada 27 Juli 2009 – 1 Agustus 2009

Berdasarkan gambar 5.4 lanjut usia yang tinggal di rumah sebagian besar pekerjaan sekarang adalah Ibu rumah tangga. Berdasarkan uji mann-whitney didapatkan hasil $p(0,000)$

Variabel yang di ukur

Pada bagian ini akan disajikan hasil dari kuesioner yang disebarkan pada lanjut usia di panti werdha Pare dan RW 1 desa Pare. Dari hasil kuesioner tersebut di uji dengan uji korelasi *Spearman Rho*.

Hasil dari kuisisioner lanjut usia yang tinggal di panti werdha Pare dan di wilayah RW1 Pare

1. Depresi pada lanjut usia yang tinggal di panti werdha Pare dan Wilayah RW 1 Desa Pare.

Depresi pada lanjut usia yang tinggal di panti werda Pare dan tinggal di wilayah Rw 1 Pare dapat dilihat sebagai berikut :

Tabel 5.2 Distribusi Data Depresi Lanjut Usia 27 Juli sampai 3 Agustus di Panti Werdha Pare dan Wilayah RW 1 Desa Pare.

No	Tingkat depresi	Jumlah			
		Panti werdha	%	Rumah	%
1	Tidak depresi	32	68,1	24	66,7
2	Depresi sedang	14	29,8	7	19,4
3	Depresi berat	1	2,1	5	13,9
Total		47	100	36	100

Berdasarkan tabel 5.2 menunjukkan perbandingan antara lanjut usia yang tidak depresi, depresi sedang maupun depresi berat. Lanjut usia yang tinggal di panti werdha maupun lanjut usia yang tinggal di rumah sebagian besar tidak mengalami depresi dan yang mengalami depresi berat lebih besar pada lanjut usia yang tinggal di wilayah RW 1 Desa Pare. Berdasarkan uji mann-whitney didapatkan hasil $p(0,627)$

2. Faktor Biologis lanjut usia yang tinggal di panti werdha dan di rumah.

Tabel 5.3 Distribusi Data Faktor Biologis lanjut usia 27 Juli sampai 3 Agustus di Panti Werdha Pare dan Wilayah RW 1 Desa Pare.

No	Faktor biologis	Jumlah			
		Panti werdha	%	Rumah	%
1	Ringan	12	25,5	18	50
2	Sedang	30	63,8	18	50
3	Berat	5	10,7	0	0
Total		47	100	36	100

Dari tabel 5.3 dapat diketahui faktor biologis pada lanjut usia yang tinggal di panti werdha sebagian besar mengalami gangguan sedang dan lanjut usia yang tinggal di rumah sebagian besar mengalami gangguan sedang dan ringan. Berdasarkan uji mann-whitney didapatkan hasil p (0,08)

3. Faktor Psikologis lanjut usia yang tinggal di panti werdha dan di rumah

Tabel 5.4 Distribusi data faktor psikologis lanjut usia 27 Juli sampai 3 Agustus di panti werdha Pare dan wilayah RW 1 Desa Pare.

No	Faktor psikologis	Jumlah			
		Panti werdha	%	Rumah	%
1	Ringan	22	38,3	22	63,9
2	Sedang	27	57,4	14	36,1
3	Berat	2	4,3	0	0
Total		47	100	36	100

Dari tabel 5.4 dapat diketahui faktor psikologis pada lanjut usia yang tinggal di panti werdha Pare sebagian besar mengalami gangguan psikologis sedang dan lanjut usia yang tinggal di wilayah RW1 Pare sebagian besar mengalami gangguan psikologis ringan. Berdasarkan uji mann-whitney didapatkan hasil p (0,053)

4. Faktor Sosial lanjut usia yang tinggal di panti werdha dan di rumah

Tabel 5.5 Distribusi data faktor sosial lanjut usia 27 Juli sampai 3 Agustus di panti werdha Pare dan wilayah RW 1 Desa Pare.

No	Faktor sosial	Jumlah			
		Panti werdha	%	Rumah	%
1	Berat	0	0	0	0
2	Sedang	36	76,6	17	47,2
3	Ringan	11	23,4	19	52,8
	Total	47	100	36	100

Dari tabel 5.5 dapat diketahui sosial pada lanjut usia yang tinggal di panti werdha Pare sebagian besar mengalami gangguan sosial sedang dan lanjut usia yang tinggal di rumah juga mengalami gangguan sosial ringan. Berdasarkan uji mann-whitney didapatkan hasil p (0,864)

5. Hubungan antara faktor biologis dengan depresi pada lanjut usia yang tinggal di panti werdha dan di rumah dapat dilihat sebagai berikut.

Tabel 5.6 Distribusi Data Hubungan Faktor Biologis dengan Tingkat Depresi 27 Juli sampai 3 Agustus pada Lanjut Usia yang Tinggal di Panti Werdha Pare.

Faktor biologis	Depresi lanjut usia di panti werdha							
	Tidak depresi		Sedang		Berat		Total	
	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
Ringan	9	19,1	3	6,4	0	0	12	25,5
Sedang	23	48,9	6	12,8	1	2,1	30	63,8
Berat	0	0	5	10,6	0	0	5	10,6
Total	32	68,1	14	29,8	1	2,1	47	100

Spearman rho
Signifikasi (p): 0,040

Tabel 5.7 Distribusi Data Hubungan Faktor Biologis dengan Tingkat Depresi 27 Juli sampai 3 Agustus pada Lanjut Usia yang Tinggal di Wilayah RW 1 Desa Pare.

Faktor biologis	Depresi lanjut usia di rumah							
	Tidak depresi		Sedang		Berat		Total	
	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
Ringan	15	41,7	2	5,6	1	2,8	17	47,2
Sedang	9	25	5	14	4	11,1	19	52,8
Berat	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	24	66,7	7	19,6	5	13,9	36	100

Spearman rho
Signifikasi (p): 0,033

Berdasarkan tabel 5.6 lanjut usia yang tinggal di panti werdha yang tidak mengalami depresi sebagian besar mengalami gangguan biologis tingkat sedang sebanyak 23 responden (48,9%), untuk lanjut usia dengan depresi sedang sebagian besar mengalami gangguan biologis sedang 6 responden (12,8%), dan lanjut usia dengan depresi berat sebagian besar yang mengalami gangguan biologis sedang 1 responden (2,1%) sedangkan untuk tabel 5.7 lanjut usia yang tinggal di rumah yang tidak mengalami depresi sebagian besar mengalami depresi ringan sebanyak 15 responden (41,7%), lanjut usia dengan depresi sedang sebagian besar mengalami gangguan biologis sedang dengan responden 5 orang (14%), untuk lanjut usia dengan depresi berat sebagian besar mengalami gangguan biologis berat dengan jumlah lanjut usia 4 orang (11,1%).

Uji korelasi dengan menggunakan uji *Spearman Rho* pada lanjut yang tinggal di panti werdha didapatkan nilai signifikasi (p) = 0,040 dan di rumah di dapatkan (p) = 0,033 dimana H1 diterima artinya ada hubungan antara faktor biologis dengan depresi pada lanjut usia yang tinggal di panti werdha maupun lanjut usia yang tinggal di rumah.

6. Hubungan antara faktor psikologis dengan depresi pada lanjut usia yang tinggal di panti werdha dapat dilihat sebagai berikut:

Tabel 5.8 Distribusi Data Hubungan Faktor Psikologis dengan Tingkat Depresi 27 Juli sampai 3 Agustus pada Lanjut Usia yang Tinggal di Panti Werdha Pare.

Faktor psikologis	Depresi lanjut usia di panti werdha						Total	
	Tidak depresi		Sedang		Berat		Jumlah	%
	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%		
Ringan	15	31,9	3	6,4	0	0	18	38,3
Sedang	17	36,2	10	21,3	0	0	27	57,4
Berat	0	0	1	2,1	1	2,1	2	4,3
Total	32	68,1	14	29,8	1	2,1	47	100

Spearman Rho
Signifikasi (p): 0,021

Tabel 5.9 Distribusi Data Hubungan Faktor Psikologis dengan Tingkat Depresi 27 Juli sampai 3 Agustus pada Lanjut Usia yang Tinggal di RW 1 Desa Pare.

Faktor psikologis	Depresi lanjut usia di rumah						Total	
	Tidak depresi		Sedang		Berat		Jumlah	%
	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%		
Ringan	18	50	2	5,6	1	2,8	21	58,3
Sedang	6	16,7	5	13,8	4	11,2	15	41,7
Berat	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	24	66,7	7	19,4	5	13,9	36	100

Spearman rho
Signifikasi (p): 0,022

Berdasarkan tabel 5.8 lanjut usia yang tinggal di panti werdha yang tidak mengalami depresi sebagian besar mengalami gangguan psikologis tingkat sedang sebanyak 17 responden (36,2%), lanjut usia dengan depresi sedang sebagian besar mengalami gangguan psikologis sedang dengan jumlah 10 responden (21,3%) dan lanjut usia dengan depresi berat sebagian besar yang mengalami gangguan psikologis berat berjumlah 1 responden (2,1%) sedangkan untuk tabel 5.9 lanjut usia yang tinggal di rumah yang tidak mengalami depresi sebagian besar mengalami depresi ringan sebanyak 18 responden (50%), lanjut usia dengan depresi sedang sebagian besar mengalami gangguan psikologis sedang dengan

jumlah 5 responden (13,8%) dan lanjut usia dengan depresi berat sebagian besar yang mengalami gangguan psikologis berat dengan jumlah 4 responden (11,2%).

Uji korelasi dengan menggunakan uji *Spearman Rho* pada lanjut yang tinggal di panti werdha didapatkan nilai signifikansi (p) = 0,021 dan di rumah di dapatkan (p) = 0,026 dimana H_1 diterima artinya ada hubungan antara faktor biologis dengan depresi pada lanjut usia yang tinggal di panti werdha maupun lanjut usia yang tinggal di rumah.

7. Hubungan faktor sosial dengan depresi pada lanjut usia yang tinggal di panti werdha dan lanjut usia yang tinggal di rumah.

Tabel 5.10 Distribusi Data Hubungan Faktor Sosial dengan Tingkat Depresi 27 Juli sampai 3 Agustus 2009 pada Lanjut Usia yang Tinggal di Panti Werdha Pare

Faktor psikologis	Depresi lanjut usia di panti werdha						Total	
	Tidak depresi		Sedang		Berat			
	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
Ringan	15	31,9	5	10,6	0	0	20	42,6
Sedang	17	36,2	9	19,1	1	2,1	27	57,4
Berat	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	32	68,1	14	29,8	1	2,1	47	100

Spearman rho
Signifikansi (p): 0,030

Tabel 5.11 Distribusi Data Hubungan Faktor Sosial dengan Tingkat Depresi pada Lanjut Usia yang Tinggal di RW 1 Desa Pare.

Faktor sosial	Depresi lanjut usia di rumah						Total	
	Tidak depresi		Sedang		Berat			
	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
Ringan	10	27,8	4	11,1	2	5,5	18	50
Sedang	14	38,9	3	8,3	3	8,3	18	50
Berat	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	24	66,7	7	19,4	5	13,9	36	100

Spearman rho
Signifikansi (p): 0,736

Berdasarkan tabel 5.10 lanjut usia yang tinggal di panti werdha yang tidak mengalami depresi sebagian besar mengalami gangguan sosial tingkat sedang sebanyak 17 responden (36,2%), lanjut usia yang mengalami depresi sedang sebagian besar yang mengalami gangguan sosial sedang berjumlah 9 responden (19,1%), lanjut usia yang mengalami depresi berat sebagian besar yang mengalami gangguan sosial sedang dengan jumlah 1 responden (2,1%) sedangkan untuk tabel 5.11 lanjut usia yang tinggal di rumah yang tidak mengalami depresi sebagian besar mengalami depresi ringan sebanyak 14 responden (38,9%), lanjut usia dengan depresi sedang sebagian besar yang mengalami gangguan gangguan sosial ringan 4 responden (11,1%), lanjut usia dengan depresi berat sebagian besar yang mengalami gangguan sosial sedang 3 responden (8,3%).

Uji korelasi dengan menggunakan uji *Spearman Rho* pada lanjut yang tinggal di panti werdha didapatkan nilai signifikansi (p) = 0,020 dan di rumah di dapatkan (p) = 0,911 dimana H_1 diterima artinya ada hubungan antara faktor sosial dengan depresi pada lanjut usia yang tinggal di panti werdha sedangkan untuk lanjut usia yang tinggal di rumah H_1 ditolak.

5.2.13 Faktor Dominan yang Berhubungan dengan Kesiediaan Lansia Tinggal di Panti Werdha.

Tabel 5.12 Lanjut usia yang tinggal di panti werdha Pare

Tabel hasil	Nilai	
	(p)	(r)
faktor biologis	0,040	0,301
faktor psikologis	0,021	0,335
faktor sosial	0,030	0,317

Tabel 5.13 dan 5.13 Lanjut usia yang tinggal di wilayah RW 1 desa Pare

Tabel hasil	Nilai	
	(p)	(r)
faktor biologis	0,033	0,356
faktor psikologis	0,022	0,382
faktor sosial	0,736	0,058

Dari hasil tabel 5.12 dan 5.13 melalui perbandingan nilai signifikansi uji *Spearman's rho*, pada lanjut usia yang tinggal di panti werdha Pare dan wilayah RW 1 Desa Pare faktor dominan yang berhubungan dengan depresi adalah faktor psikologis.

5.2 Pembahasan

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa jumlah lanjut usia janda yang menghuni panti werdha Pare dilihat berdasarkan umur adalah lanjut usia dengan umur 75-90 tahun dan di rumah lanjut usia dengan umur 60-74 tahun dan berdasarkan uji mann-whitney terdapat perbedaan usia antara lanjut usia yang tinggal di panti werdha Pare dan wilayah RW 1 desa Pare.

Menurut UU No. 13 tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia yang dimaksud dengan lanjut usia (lansia) adalah seseorang yang berusia 60 tahun ke atas (Suardian, 2004). Usia enam puluh tahun biasanya dipandang sebagai garis pemisah antara usia madya dan usia lanjut (Hurlock, 1999). Syarat untuk bisa tinggal di panti werdha Pare adalah apabila orang tersebut telah berusia enam puluh tahun atau lebih. Depresi pada lanjut usia cukup sering ditemukan pada lanjut usia yang berusia di atas 65 tahun diperkirakan depresi pada lanjut usia sering terjadi pada wanita dengan perceraian atau perpisahan, tingkat

sosioekonomi rendah, dukungan sosial yang jelek dan peristiwa-peristiwa kehidupan yang jelek (Syamsulhadi, 2004).

Depresi pada lanjut usia biasanya terjadi pada lanjut usia tahap awal, semakin tinggi tingkat usia penerimaan terhadap keadaan hidupnya semakin baik.

Lanjut usia yang berada di panti werdha sebagian besar tidak sekolah sedangkan lanjut usia di rumah sebagian besar pendidikannya adalah SD. Berdasarkan penelitian yang dilakukan dengan uji mann-whitney tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara lanjut usia yang tinggal di panti werdha Pare dan Wilayah RW 1 desa Pare.

Banyak penduduk lanjut usia memiliki tingkat pendidikan yang rendah (tidak sekolah dan SD). Rendahnya tingkat pendidikan ini menyebabkan kesulitan-kesulitan dan sikap konservatif yang dapat menyebabkan kesulitan lebih lanjut dalam memahami perencanaan pelayanan sosial, disamping itu mereka juga memiliki perasaan rendah diri karena berpendidikan rendah. Perempuan lanjut usia lebih mengalami diskriminasi untuk sekolah dibandingkan dengan laki-laki. Banyak perempuan yang mengalami putus sekolah dibandingkan laki-laki karena mereka harus membantu orang tua (Erna, 2003).

Perasaan tidak percaya diri karena rendahnya tingkat pendidikan dapat menimbulkan terjadinya depresi pada lanjut usia. Tidak signifikan hasil penelitian pada lanjut usia yang tinggal di panti werdha Pare disebabkan karena rentang nilai antara lanjut usia yang tidak sekolah dan SD rentangnya tidak jauh sehingga dalam penghitungannya tidak menemukan perbedaan hasil yang signifikan.

Hasil penelitian untuk pekerjaan dahulu menunjukkan sebagian besar lanjut usia yang tinggal di panti werdha memiliki pekerjaan sebagai petani dan

lanjut usia yang tinggal di rumah sebagian besar bekerja sebagai pedagang selain itu juga ada yang bekerja sebagai pembantu rumah tangga, tukang masak, penjahit dan perawat untuk lanjut usia yang tinggal di panti werdha Pare dan guru, baby sister dan tukang kebun untuk lanjut usia yang tinggal di wilayah RW 1 Desa Pare. Sedangkan hasil penelitian pekerjaan sekarang di dapatkan hasil antara lanjut usia yang tinggal di panti werdha Pare dan lanjut usia yang tinggal di wilayah RW 1 desa Pare sebagian besar dari lansia yang ada tidak bekerja. Berdasarkan uji menggunakan mann-whitney didapatkan hasil terdapat perbedaan pekerjaan dahulu dan sekarang antara lanjut usia yang tinggal di panti werdha Pare dan Wilayah RW 1 desa Pare.

Pekerjaan memiliki peranan yang penting bagi kehidupan seseorang khususnya lansia. Menurut Hurlock (1999), tugas perkembangan yang paling sulit pada masa lansia adalah berkaitan dengan pekerjaan dan kehidupan keluarga. Penyesuaian diri terhadap pekerjaan dan keluarga bagi lansia adalah sulit karena hambatan ekonomis yang dewasa ini sangat memainkan peranan penting. Walaupun ada bantuan keuangan dari pemerintah dalam bentuk jaminan sosial untuk membantu lansia, bantuan kesehatan, para lansia kadang-kadang tidak sanggup mengatasi berbagai problem yang mereka hadapi. Saat seseorang mulai memasuki usia lanjut, kesempatan kerja yang tersedia semakin sedikit. Secara keseluruhan skala pendapatan bagi kebanyakan pekerja lansia berada pada urutan paling bawah dan hanya sedikit sekali yang memperoleh pendapatan tinggi. Karena itu dapat dipastikan mereka akan tetap berusaha bekerja keras untuk memperoleh penghasilan di hari tua mereka, atau mungkin mengharapkan bantuan dari anak, cucu, atau keluarga lainnya untuk menopang kehidupan sehari-hari.

Dapat diartikan bahwa peranan keluarga dianggap sangat penting bagi para lansia terutama bagi lansia perempuan (Hurlock, 1999).

Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar lanjut usia yang tinggal di rumah sebagian besar sekarang sudah tidak bekerja lagi atau sebagai ibu rumah tangga. Beberapa yang lainnya bekerja sebagai pedagang, petani, penjahit, dan lain-lain. Mereka biasanya merasa bosan tinggal di rumah dengan rutinitas sama yang setiap hari mereka lakukan dan tidak boleh melakukan pekerjaan apapun oleh anak-anaknya karena sudah tidak bekerja lagi dan ingin bekerja tetapi tenaga sudah tidak maksimal lagi sehingga biasanya mereka merasa tertekan dan dapat menyebabkan depresi.

Penelitian yang dilakukan di panti werdha Pare dan di wilayah RW 1 Desa Pare ditemukan hasil baik lanjut usia yang tinggal di panti werdha maupun lanjut usia yang tinggal di rumah sebagian dari mereka tidak mengalami depresi dan tingkat depresi berat pada lanjut usia yang tinggal di rumah lebih tinggi daripada lanjut usia yang tinggal di panti werdha. Berdasarkan uji mann-whitney didapatkan hasil lanjut usia tidak ada perbedaan signifikan antara lanjut usia yang tinggal di panti werdha Pare dan wilayah RW 1 desa Pare.

Depresi diartikan sebagai suatu bentuk gangguan emosi yang menunjukkan perasaan tertekan, sedih dan tidak bahagia, tidak berharga, tidak berarti, serta tidak mempunyai semangat dan pesimis menghadapi masa depan (Siti, 2004). Depresi pada lanjut usia biasanya muncul dalam bentuk keluhan fisik seperti kehilangan nafsu makan, insomnia, masalah pencernaan dan sakit kepala (Siti, 2004). Gejala depresi meliputi gambaran emosi (mood depresi, sedih atau murung, iritabilitas, ansietas, anhedonia, kehilangan minat, kehilangan semangat,

ikatan emosi berkurang, menarik diri dari hubungan interpersonal, preokupasi dengan kematian), gambaran kognitif (mengkritik diri sendiri, perasaan tidak berharga, rasa bersalah, pesimis, tidak ada harapan, putus asa, perhatiannya mudah teralih, konsentrasi buruk, tidak pasti dan ragu-ragu, berbagai obsesi, keluhan somatik terutama pada orang tua, gangguan memori, waham dan halusinasi), gambaran vegetatif (lesu, tidak ada tenaga, imsonia atau hipersomnia, anoreksia atau hipereksia, penurunan berat badan atau penambahan berat badan, retardasi psikomotor, agitasi psikomotor, libido terganggu, variasi diurnal yang sering) (Tomb, 2003).

Tingkat depresi berat pada lanjut usia yang tinggal di panti werdha Pare lebih rendah daripada lanjut usia yang tinggal di wilayah RW 1 desa Pare karena pelayanan kesehatan lanjut usia di panti werdha Pare, keadaan lingkungan, serta kegiatan yang dilakukan di panti werdha Pare lebih baik daripada di Wilayah Rw 1 desa Pare. Tidak adanya perbedaan yang signifikan antara lanjut usia yang tinggal di panti werdha Pare dan lanjut usia yang tinggal di wilayah Rw 1 desa Pare karena rentang mean yang tidak terlalu jauh antara lanjut usia yang tinggal di panti werdha dan wilayah RW 1 desa Pare.

Lanjut usia yang mengalami depresi memiliki gangguan dengan beberapa faktor antara lain faktor biologis, faktor psikologis maupun faktor sosial, pada faktor biologis lanjut usia antara lain mengalami kehilangan dan kerusakan sel-sel syaraf maupun zat neurotransmitter, risiko genetik maupun adanya penyakit tertentu (kanker, diabetes melitus, stroke) (Surilena dkk, 2006). Hasil penelitian yang dilakukan di panti werdha Pare sebagian besar mengalami gangguan biologis ringan sedangkan di wilayah RW 1 Desa Pare ada persamaan jumlah responden

antara lanjut usia yang mengalami gangguan biologis ringan maupun gangguan biologis sedang, untuk lanjut usia dengan gangguan pada faktor psikologi meliputi gambaran perasaan manusia yang dialami oleh manusia disepanjang hidupnya dapat berbentuk emosi positif maupun emosi negatif. Faktor psikologis meliputi, berbagai hal tetapi dipengaruhi oleh kepribadian dan kemampuan seseorang untuk belajar dari pengalaman hidupnya (Surelina dkk, 2006).

Hasil penelitian yang diperoleh pada lanjut usia yang tinggal di panti werdha Pare adalah bahwa lanjut usia yang mengalami depresi sedang memiliki hubungan dengan gangguan biologis sedang dua kali lebih besar dibandingkan lanjut usia yang memiliki gangguan biologis ringan sedangkan lanjut usia yang tinggal di wilayah RW 1 desa Pare yang mengalami gangguan biologis sedang memiliki hubungan dengan depresi sedang dua koma empat kali lebih besar daripada lanjut usia dengan gangguan biologis ringan. Hal ini di perkuat dengan bukti lanjut usia banyak yang mengalami penurunan kondisi fisik baik yang tinggal di panti werdha maupun lanjut usia yang tinggal di rumah. Berdasarkan uji statistik dengan mann-whitney yang dilakukan mendapatkan hasil terdapat perbedaan yang signifikan antara lanjut usia yang tinggal dia panti werdha Pare dan wilayah RW 1 desa Pare.

Manusia akan mengalami proses menua proses dimana pada diri manusia secara alami terjadi penurunan atau perubahan kondisi fisik, psikologis maupun sosial yang saling berinteraksi satu sama lainnya (Imamaffandi, 2008). Perubahan kondisi fisik yang terjadi pada usia lanjut dan sebagian besar perubahan itu terjadi ke arah yang memburuk, proses dan kecepatannya berbeda untuk masing-masing individu walaupun kecepatan mereka sama (Hurlock, 1999). Lanjut usia juga

mengalami penurunan kesehatan yang di pengaruhi oleh faktor-faktor antara lain faktor keturunan, faktor riwayat kesehatan di masa lampau, tekanan emosi dalam hidup dan kemauan untuk menyesuaikan diri dengan pola hidup untuk mengubah kondisi jasmani (Hurlock, 1999).

Lanjut usia mengalami perubahan- perubahan pada sistem tubuhnya dan perubahan itu dapat menyebabkan depresi jika tidak bisa menyesuaikan diri dengan keadaannya sekarang.

Lanjut usia yang tinggal di panti werdha Pare yang mengalami depresi sedang berhubungan dengan gangguan psikologis sedang tiga koma tiga kali lebih besar dibandingkan lanjut usia yang mengalami gangguan psikologis ringan sedangkan lanjut usia yang tinggal di wilayah RW 1 desa Pare yang mengalami depresi sedang berhubungan dengan gangguan psikologis sedang dua koma lima kali lebih besar dibandingkan dengan lanjut usia yang mengalami gangguan psikologis ringan dan berdasarakan uji dengan mann-whitney didapatkan hasil terdapat perbedaan aktor psikologis antara lanjut usia yag tinggal di panti werdha Pare dengan lanjut usia yang tinggal wilayah RW 1 desa Pare. Berdasarkan uji yang dilakukan dengan mann-whitney didapatkan hasil perbedaan yang kurang signifikan antara lanjut usia yang tinggal di panti werdha dan wilayah RW 1 desa Pare.

Faktor psikologis yang menyebabkan depresi pada lanjut usia meliputi status ekonomi yang menyebabkan rasa rendah diri status ekonomi rendah lanjut usia yang tidak bisa lagi mencari pekerjaan karena usia yang sudah tidak produktif lagi sehingga dapat menimbulkan depresi. Perasaan kesepian karena ditinggalkan orang-orang yang dicintai terjadi saat anak-anaknya beranjak dewasa

dan sudah mempunyai keluarga sendiri dan juga kehilangan pasangan sehingga menyebabkan kurangnya perhatian dan dapat menyebabkan depresi, kurangnya rasa keakraban karena tidak pernah terlibat dalam suatu kegiatan sehingga dia sering sendiri dan memutuskan segala sesuatu tentang masalahnya sendiri sehingga dapat menyebabkan depresi, kepribadian pramorbid tipe kepribadian tertentu seperti (kepribadian dependen, obsesi kompulsif dan histrionik).

Hal ini diperkuat bahwa lanjut usia yang tinggal di panti werdha merasa tertekan dan ingin tinggal di luar panti, sering menangis dan kesepian sedangkan untuk lanjut usia yang tinggal di rumah mengalami kesepian, tertekan karena kurang akrab hubungannya dengan tetangga.

Lanjut usia yang tinggal di panti werdha Pare dengan depresi sedang yang mengalami gangguan sosial sedang satu koma dua kali lebih besar daripada lanjut usia yang mengalami gangguan sosial ringan. Berdasarkan uji mann-whitney yang dilakukan tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara lanjut usia yang tinggal di panti werdha Pare dan wilayah RW 1 desa Pare.

Faktor sosial yang menyebabkan depresi pada lanjut usia meliputi berkurang interaksi sosial terjadi karena tidak pernah mengikuti kegiatan sosial setelah lanjut usia, kesepian yang terjadi pada lanjut usia lebih banyak terjadi karena berkurangnya kontak sosial, berkurangnya peran sosial baik dengan anggota keluarga, anggota masyarakat maupun dengan teman kerja, sosial ekonomi keadaan di mana lanjut usia sudah tidak bisa mencukupi kebutuhannya lagi karena sudah berusia lanjut karena tekanan-tekanan itu bisa menyebabkan lanjut usia mengalami depresi.

Hal ini di perkuat dengan sedikitnya hubungan dengan teman di sekitar panti, sering terjadi konflik dan keadaan ekonomi yang rendah sedangkan lanjut usia yang tinggal di wilayah RW 1 desa Pare yang mengalami depresi sedang dengan gangguan sosial ringan lebih banyak daripada lanjut usia yang mengalami gangguan sosial sedang maupun berat karena kebanyakan dari lanjut usia yang tinggal di wilayah RW 1 desa Pare tidak mengalami gangguan pada interaksi sosial maupun kondisi ekonomi yang baik.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini akan dibahas kesimpulan dan saran berdasarkan penelitian analisis faktor yang berhubungan dengan depresi pada lanjut usia yang tinggal di panti werdha Pare dan wilayah Rw 1 desa Pare.

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan pembahasan pada bab sebelumnya, maka dapat ditarik simpulan penelitian analisis faktor yang berhubungan dengan depresi pada lanjut usia yang tinggal di panti werdha dan di rumah adalah sebagai berikut:

1. Faktor biologis, faktor psikologis berhubungan dengan depresi lanjut usia yang tinggal di panti werdha Pare dan di wilayah RW 1 desa Pare sedangkan faktor sosial hanya berhubungan dengan depresi pada lanjut usia yang tinggal di panti werdha Pare sedangkan untuk lanjut usia yang tinggal di wilayah RW 1 desa Pare faktor sosial tidak berhubungan dengan depresi.
2. Faktor dominan yang paling berhubungan dengan depresi baik lanjut usia yang tinggal di panti werdha Pare maupun lanjut usia yang tinggal di wilayah RW 1 Desa Pare adalah faktor psikologis.

6.2 Saran

Hal-hal yang bisa disarankan dari penelitian ini antara lain:

Diharapkan lanjut usia yang tinggal panti werdha Pare tidak tinggal di dalam wisma saja tetapi mereka beraktivitas melaksanakan semua kegiatan yang dilakukan oleh panti werdha sehingga kesehatan mereka baik, tidak merasa

keseharian dan interaksi dengan teman atau hubungan dengan teman satu panti menjadi baik, khususnya di panti Werda Pare. Hal itu harus difasilitasi oleh Bagian Pelayanan Lanjut usia Panti Werdha Pare, sehingga kehidupan lanjut usia menjadi lebih baik lagi dan menjadi lanjut usia yang sehat, sedangkan untuk lanjut usia yang tinggal di wilayah RW 1 desa Pare diharapkan pemerintah desa lebih peduli untuk mengadakan kegiatan yang berhubungan lanjut usia seperti posyandu lanjut usia dan home care lanjut usia sehingga kualitas hidup lanjut usia meningkat.

DAFTAR PUSTAKA

- Afr, (2008). *Kepedulian Masyarakat dan Nasib Lansia*. http://www.komnaslansia.or.id/index.php?option=com_content&view=article&id=1:kepedulian-masyarakat-dan-nasib-lansia&catid=1:latest-news&Itemid=50. Tanggal 12 Februari 2009. Jam 17.00 WIB.
- Aikman, G Grace and Oehlert, E Mary, (2000). Geriatric Depression Scale Long Form Versus Short Form. [http:// www.public-health.uiowa.edu/icmha/outreach/documents/Geriatric Depression Scale. pdf](http://www.public-health.uiowa.edu/icmha/outreach/documents/Geriatric%20Depression%20Scale.pdf). Tanggal 4 juli 2009. Jam 15.00 WIB.
- Aliyah, (2004). *Naskah Lengkap Kongres Nasional III dan temu Ilmiah Nasional II perhimpunan Gerontologi Medik. Indonesia* Yogyakarta: Medika fakultas Kedokteran UGM.
- Arikunto, S. (2006) . *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta: PT Rineka Cipta, hal. 150-157, 242, 344.
- Boltz, Marie, (2007). *The Geriatric Depression Scale*. consultgerirn.org/uploads/File/trythis/issue04.pdf. Tanggal 24 juni 2009 jam 14.00 WIB.
- Bongsoe, Syamsir, (2007). *Pengenalan Gangguan Depresif pada Orang Lanjut Usia*. [http: www.usu.ac.id/id/files/pidato/ppgb/2007/ppgb_2007_syamsir bs.pdf](http://www.usu.ac.id/id/files/pidato/ppgb/2007/ppgb_2007_syamsir_bs.pdf). Tanggal 12 Mei 2009. Jam 12.00 WIB.
- Burholt, Vanessa et al, (2007). Reliability and Validity of the Older Americans Resources and Services (OARS) Social Resources Scale in Six European Countries. [http: //www.psychsoc.gerontology.journal.org/cgi/content/full](http://www.psychsoc.gerontology.journal.org/cgi/content/full)
- Depsos. (2008). *Jangan Sia-siakan Lansia*. : [http:// www.depsos.go.id](http://www.depsos.go.id). Tanggal 25 November 2008. Jam 16.00 WIB.
- Dewi, Danardi, Dharmono, Heriawan, Aries, & Ariawan, (2007). *Faktor Risiko yang Berperan terhadap Terjadinya Depresi pada Pasien Geriatri yang Dirawat di RS Dr. Cipto Mangunkusumo*. [http: // www.kalbe.co.id/files/cdk/files/cdk_156_Depresi.pdf](http://www.kalbe.co.id/files/cdk/files/cdk_156_Depresi.pdf). Tanggal 12 April 2009. Jam 13.00 WIB.
- Dharmodjo, Budhi., dkk, (2002). *Naskah Lengkap Temu Ilmiah Nasional I dan Konferensi Kerja III Perhimpunan Gerontology Medik Indonesia*. Semarang: Badan Penerbit Undip.
- Dharmono, Suryo. (2008). *Waspadai Depresi pada Lansia*. <http://pranaindonesia.wordpress.com/artikel/waspadai-depresi-pada-lansia/>. Tanggal 8 Oktober 2008. Jam 14.15 WIB.

- Eli, Neil & Paul, (2008). *Referensi Kesehatan*. <http://www.creasoft.wordpress.com/2008/04/19/depresi>. Tanggal 12 Mei 2009. Jam 9.00 WIB.
- Harianto, Slamet, (2007). *Perda Perlindungan Lansia* <http://slamethariyanto.wordpress.com/2007/04/13/perda-perlindungan-lansia-2>. Tanggal 22 April 2009. Jam 15.00 WIB.
- Herawati, Netty, (1999). *Kumpulan Proses Keperawatan Masalah Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Bagian keperawatan jiwa komunitas FIK UI.
- Idrus, faisal, (2007). Depresi pada penyakit Parkinson. www.kalbe.co.id/...07DepresiParkinson.../156_07DepresiParkinson.html. Diakses tanggal 20 Juni 2009. Jam 14.00 WIB.
- Imamaffandi, (2008). *Ia Pasrah terhadap Penyakit yang dideritanya*. [www/imamaffandi.wordpress.com](http://www.imamaffandi.wordpress.com). Tanggal 9 November 2008. Jam 15.00 WIB.
- Ismayadi, (2004). *Proses Menua (Aging Proses)*. <http://suhankadir.files.wordpress.com/2008/01/perkembangan-lansia.pdf>. Tanggal 10 Juni 2009. Jam 15.00 WIB.
- Jeffrey, Nevid, Ratus & Greene, (2005). *Psikologi Abnormal*. Edisi 5. Jakarta: Erlangga.
- Kuntjoro S.,Z, (2002). *Memahami Mitos & Realita Tentang Lansia*. <http://www.epsikologi.com/epsi/lanjutusia.asp>. Tanggal 22 April 2009. Jam 12.30 WIB.
- Maramis. (2005), *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Edisi 9. Surabaya. Airlangga University Press hal 271-279.
- McDougall, Matthews, Kvaal, Dewey, & Brayne, (2007). *Prevalence and Symptomatology of Depression in Older People Living in Institutions in England and Wales*. [http://ageing.oxfordjournals.org/cgi/content/full/36/5/\(562\)#B21](http://ageing.oxfordjournals.org/cgi/content/full/36/5/(562)#B21). Tanggal 11 Mei 2009. Jam 01.30 WIB.
- Mine Ekinci, Gulbu Tortumluoglu, Ayse Okanli, Serap Sezgin, (2004). *The Prevalence of Depression In Elderly Living at Home In Eastern Turkey Erzurum*. <http://www.insanbilimleri.com/ojs/index.php/uib/article/viewFile/70/69>. Tanggal 9 Mei 2009. Jam 11.30 WIB.

- Mujiono, Tentrem. (2008). *Rawatlah Lansia agar tetap Bahagia*. <http://www.koranjogja.com>. Tanggal 19 November 2008. Jam 15.00 WIB.
- Nining, (2008). *Teori proses menua*. <http://ns-nining.blogspot.com/2008/10/keperawatan-gerontikteori-menua.html>. Tanggal 12 Mei 2009. Jam 15.00 WIB.
- Notoatmodjo, S, (2005). *Metodologi Penelitian Kesehatan. Cet. ke-3*. Jakarta : Rineka Cipta, hal. 118-135.
- Noviastuti, Anggraini, (2002). *Naskah lengkap temu Ilmiah Nasional I dan konferensi kerja III Perhimpunan Gerontologi Medik Indonesia*. Semarang: Badan penerbit Undip.
- Nugroho, W. (2000). *Keperawatan Gerontik*. Jakarta: EGC, hal: 21-26.
- Nursalam, (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Keperawatan : Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen Keperawatan*. Edisi 2. Jakarta : Salemba Medika, hal : 41-155.
- Panji, (2008). *Konsep Keluarga*. <http://konsepkeluarga.blogspot.com/panji>. Tanggal 9 Juni 2009. Jam 14.50 WIB.
- Paradela, dkk, 2005. Validation of Geriatric Depression Scale in Scale in a General Out patient Clinic. http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n6/en_26986.pdf -. Tanggal 20 Juni. 13.00WIB.
- Probosuseno, (2007). *Mengatasi Isolasi Sosial pada Lanjut Usia*. <http://www.medicalzone.org/fuldfk/printview.php?t=3686&start=0&sid=52a86caad6e66f7fe9607ba6a6261d59>. Tanggal 25 November 2008. Jam 15.30 WIB.
- Rochmah, Wasilah, (2004). *Naskah Lengkap Konggress Nasional III & Temu Ilmiah Nasional II Perhimpunan Gerontology Medik Indonesia*. Yogyakarta: Medika Fakultas Kedokteran (52-59).
- Rusari, (2009). *Konsep Dasar Keperawatan Gerontik*. <http://blog.rusari.com/?p=99>. Tanggal 9 Mei 2009. Jam 11.00 WIB.
- Siburian Pirma, (2007). *Empat Belas Masalah Kesehatan pada Lansia*. <http://www.waspada.co.id>. Tanggal 11 September 2008. Jam 10.05 WIB.

- Stanley, Mickey & Gauntlet beare, (2006). *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*. Jakarta: ECG, hal 11-454. www.scielo.br/pdf/rsp/v39n6/en_26986.pdf
- Sugiono, (2006). *Statistik untuk Penelitian*. Bandung: Alfabeta, hal: 216
- Tim Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan UI, (1999). *Kumpulan Proses Keperawatan Masalah Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Bagian Keperawatan Jiwa Komunitas Fakultas Ilmu Keperawatan UI.
- Tomb A, David, (2003). *Buku Saku Psikiatri*. Edisi 6. Jakarta: EGC, hal: 47-319.
- Uyanto, Stanislaus S, (2009). *Pedoman Analisis Data dengan SPSS Ed. 3*. Yogyakarta: Graha Ilmu, hal. 164-189
- Yenniyo. (2008). *Depresi Lansia Ayo Kita Atasi*. <http://www.tanyadokteranda.com>. Tanggal 9 November 2008. Jam 19.00WIB.

Lampiran 1

FORMULIR PERSETUJUAN MENJADI PESERTA PENELITIAN
ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN TINGKAT
DEPRESI PADA LANJUT USIA YANG TINGGAL DI PANTI WERDHA
PARE DAN WILAYAH RW 1 DESA PARE

Oleh:

Istiyati Maysyaroh

010510913B

Saya adalah mahasiswa Program Studi Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya. Penelitian ini dilaksanakan sebagai salah satu kegiatan dalam menyelesaikan tugas akhir Program Pendidikan Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui **Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Tingkat Depresi pada Lanjut Usia yang Tinggal di Panti Werdha dan di Rumah**. Saya sangat mengharapkan partisipasi dan kesediaan saudara untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Saya menjamin pendapat dan identitas saudara. Informasi yang saudara berikan hanya dipergunakan untuk pengembangan ilmu keperawatan dan tidak akan digunakan untuk maksud-maksud lain.

Partisipasi saudara dalam penelitian ini bersifat bebas, artinya saudara bebas untuk ikut ataupun tidak tanpa sangsi apapun. Jika saudara bersedia menjadi peserta dalam penelitian ini, silahkan saudara menandatangani kolom di bawah ini. Atas partisipasi saudara, kami sebagai peneliti mengucapkan banyak terima kasih.

Tanggal	:
No. Responden	:
Tanda tangan	:

Lampiran 2

FORMULIR PERSETUJUAN MENJADI PESERTA PENELITIAN
ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN TINGKAT
DEPRESI PADA LANJUT USIA YANG TINGGAL DI PANTI WERDHA
PARE DAN WILAYAH RW 1 DESA PARE

Oleh:

Istiyati Maysyaroh

010510913B

Saya adalah mahasiswa Program Studi Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya. Penelitian ini dilaksanakan sebagai salah satu kegiatan dalam menyelesaikan tugas akhir Program Pendidikan Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui **Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Tingkat Depresi pada Lanjut Usia yang Tinggal di Panti Werdha dan di Rumah**. Saya sangat mengharapkan partisipasi dan kesediaan saudara untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Saya menjamin pendapat dan identitas saudara. Informasi yang saudara berikan hanya dipergunakan untuk pengembangan ilmu keperawatan dan tidak akan digunakan untuk maksud-maksud lain.

Partisipasi saudara dalam penelitian ini bersifat bebas, artinya saudara bebas untuk ikut ataupun tidak tanpa sangsi apapun. Jika saudara bersedia menjadi peserta dalam penelitian ini, silahkan saudara menandatangani kolom di bawah ini. Atas partisipasi saudara, kami sebagai peneliti mengucapkan banyak terima kasih.

Tanggal : No. Responden : Tanda tangan :
--

Lampiran 3

FORMAT PENGUMPULAN DATA LANJUT USIA YANG TINGGAL DI PANTI WERDHA

Judul : Analisis Tingkat Depresi pada Lanjut Usia yang Tinggal
di Panti Werdha Pare dan wilayah Rw 1 Desa Pare

Tanggal penelitian :

No. Kode Responden :

Peneliti : Istiyati Maysyaroh

1. Saudara tidak perlu menuliskan nama.
2. Berikan jawaban sejujurnya, karena kejujuran anda akan sangat penting dalam penelitian ini.
3. Berilah tanda cek (v) dalam sesuai pilihan anda.
4. Dalam penilaian ini tidak ada yang salah atau benar.
5. Usahakan tidak ada pertanyaan yang terlewatkan
6. Setelah semua di isi mohon diserahkan kembali

A. DATA DEMOGRAFI

1. Kode Responden :

2. Usia lanjut usia :

60-74 tahun

75-90 tahun

>90 tahun

3. Alamat :

RT 01

RT 02

RT 03

RT 04

RT 05

4. Suku Bangsa :

Jawa

Batak

Sunda

Madura

5. pendidikan :

Pendidikan terakhir :

Tidaksekolah

SD/SR

SLTP

SLTA

Pendidikan Tinggi Negeri

7. Pekerjaan dahulu :

Pedagang

Petani

Karyawan

Lain-lain

8. Pekerjaan Sekarang:

Tidak bekerja

Pedagang

Petani

Lain-lain.

Lampiran 4

FORMAT PENGUMPULAN DATA LANJUT USIA YANG TINGGAL DI RUMAH

Judul : Analisis Tingkat Depresi pada Lanjut Usia yang Tinggal
di Panti Werdha Pare dan Wilayah Rw 1 Desa Pare.

Tanggal penelitian :

No. Kode Responden :

Peneliti : Istiyati Maysyaroh

1. Saudara tidak perlu menuliskan nama.
2. Berikan jawaban sejujurnya, karena kejujuran anda akan sangat penting dalam penelitian ini.
3. Berilah tanda cek (v) dalam sesuai pilihan anda.
4. Dalam penilaian ini tidak ada yang salah atau benar.
5. Usahakan tidak ada pertanyaan yang terlewatkan
6. Setelah semua di isi mohon diserahkan kembali

B. DATA DEMOGRAFI

1. Kode Responden :

2. Usia lanjut usia :

. 60-74 tahun

74-90 tahun

>90 tahun

3. Suku Bangsa :

. Jawa

Batak

Sunda

Madura

4. pendidikan :

Pendidikan terakhir :

. Tidaksekolah

- SD/SR
- SLTP
- SLTA
- Pendidikan Tinggi Negeri

6. Pekerjaan dahulu :

- Pedagang
- Petani
- Karyawan
- Lain-lain

8. Pekerjaan Sekarang:

- Tidak bekerja
- Pedagang
- Petani
- Lain-lain.

Lampiran 5**GERIATRIC DEPRESSION SCALE 15 (GDS 15)****Lanjut Usia yang Tinggal di Panti Werdha.**

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

Apakah ibu sebenarnya puas dengan dengan kehidupan ibu?	Tidak	Ya	Tidak
Apakah ibu telah meninggalkan banyak kegiatan dan minat atau kesenangan ibu?	Tidak	Ya	Ya
Apakah ibu merasa kehidupan ibu kosong?	Tidak	Ya	Ya
Apakah ibu sering merasa bosan?	Tidak	Ya	Ya
Apakah ibu mempunyai semangat yang baik setiap saat?	Tidak	Ya	Tidak
Apakah ibu takut bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi pada ibu?	Tidak	Ya	Ya
Apakah ibu merasa bahagia untuk sebagian besar hidup ibu?	Tidak	Ya	Tidak
Apakah ibu sering merasa tidak berdaya?	Tidak	Ya	Ya
Apakah ibu lebih senang tinggal di dalam kamar daripada di keluar dan mengerjakan sesuatu hal baru?	Tidak	Ya	Ya
Apakah ibu merasa mempunyai banyak masalah dengan daya ingat ibu dibanding kebanyakan orang?	Tidak	Ya	Ya
Apakah ibu pikir bahwa hidup ibu sekarang ini menyenangkan?	Tidak	Ya	Tidak
Apakah ibu tidak merasa berharga seperti perasaan ibu saat ini?	Tidak	Ya	Tidak

Apakah ibu merasa penuh semangat?	Tidak	Ya	Tidak
Apakah ibu merasa keadaan ibu tidak ada harapan?	Tidak	Ya	Ya
Apakah ibu pikir bahwa orang lain keadaanya lebih baik daripada ibu?	Tidak	Ya	Ya

Score:

Hitung jumlah jawaban yang tercetak tebal

Skor jawaban bercetak tebal mempunyai nilai 1

Skor <5 menunjukkan tidak depresi

Skor 5-9 menunjukkan depresi sedang

Skor 10 atau lebih menunjukkan depresi berat

Sumber: brink and Yesavage (1982) dikutip dari Grace G Aikman dan Mary E Oehlert.

Lampiran 6**GERIATRIC DEPRESSION SCALE 15 (GDS 15)****Lanjut Usia yang Tinggal di Rumah**

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

Apakah ibu sebenarnya puas dengan dengan kehidupan ibu?	Tidak	Ya	Tidak
Apakah ibu telah meninggalkan banyak kegiatan dan minat atau kesenangan ibu?	Tidak	Ya	Ya
Apakah ibu merasa kehidupan ibu kosong?	Tidak	Ya	Ya
Apakah ibu sering merasa bosan?	Tidak	Ya	Ya
Apakah ibu mempunyai semangat yang baik setiap saat?	Tidak	Ya	Tidak
Apakah ibu takut bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi pada ibu?	Tidak	Ya	Ya
Apakah ibu merasa bahagia untuk sebagian besar hidup ibu?	Tidak	Ya	Tidak
Apakah ibu sering merasa tidak berdaya?	Tidak	Ya	Ya
Apakah ibu lebih senang tinggal di rumah daripada di keluar dan mengerjakan sesuatu hal baru?	Tidak	Ya	Ya
Apakah ibu merasa mempunyai banyak masalah dengan daya ingat dibanding kebanyakan orang?	Tidak	Ya	Ya
Apakah ibu pikir bahwa hidup ibu sekarang ini menyenangkan?	Tidak	Ya	Tidak
Apakah ibu tidak merasa berharga seperti perasaan ibu saat	Tidak	Ya	Tidak

ini?			
Apakah ibu merasa penuh semangat?	Tidak	Ya	Tidak
Apakah ibu merasa keadaan ibu tidak ada harapan?	Tidak	Ya	Ya
Apakah ibu pikir bahwa orang lain keadaanya lebih baik daripada ibu?	Tidak	Ya	Ya

Score:

Hitung jumlah jawaban yang tercetak tebal

Skor jawaban bercetak tebal mempunyai nilai 1

Skor <5 menunjukkan tidak depresi

Skor 5-9 menunjukkan depresi sedang

Skor 10 atau lebih menunjukkan depresi berat

Sumber: brink and Yesavage (1982) dikutip dari Grace G Aikman dan Mary E Oehlert.

Lampiran 7**Faktor biologi lanjut usia yang tinggal di panti werdha Pare dan wilayah Rw****1 desa Pare**

Petunjuk; Pilihlah salah satu pilihan jawaban yang sesuai menurut anda dengan memberi tanda check () pada kolom yang disediakan

No	Pernyataan	ya	tidak	Kode
A	Sistem Pendengaran.			
1.	Apakah anda mengalami penurunan dalam pendengaran?			
2.	Apakah anda sulit mengerti kata-kata yang diucapkan?			
B	Sistem Penglihatan.			
3.	Apakah anda mengalami penurunan dalam respon terhadap sinar?			
4.	Apakah anda mengalami katarak atau pandangan mata kabur?			
5.	Apakah lanjut usia sulit beradaptasi terhadap sinar setelah berada di tempat gelap?			
6.	Apakah lanjut usia memakai kaca mata lensa positif?			
C	Sistem Kardiovaskuler.			
7.	Apakah lanjut usia mengalami pusing jika melakukan perubahan posisi yang tiba-tiba?			
8.	Apakah Lanjut usia mempunyai riwayat sakit darah tinggi?			
E	Sistem Respirasi			

9.	Apakah lanjut usia merasa sesak ketika menarik nafas?			
10.	Apakah kemampuan batuk lanjut usia berkurang?			
F	Sistem Gastrointestinal.			
11.	Apakah gigi anda sudah ada yang tanggal?			
12.	Apakah tanggalnya gigi anda mempengaruhi pola makan anda menjadi sedikit?			
13.	Apakah anda mengalami penurunan dalam sensitifitas indra pengecap?			
14.	Apakah anda mengalami penurunan nafsu makan?			
H	Sistem Reproduksi.			
15.	Apakah payudara anda mengecil?			
16.	Apakah anda sudah tidak menstruasi (menopause)?			
I	Sistem Perkemihan			
17.	Apakah anda sering buang air kecil?.			
18.	Apakah anda tidak dapat mengontrol buang air kecil?			
J	Sistem Kulit (Sistem Integumen)			
19.	Apakah kulit anda sudah mengerut atau keriput?			
20.	Apakah permukaan kulit anda kasar dan bersisik?			
21.	Apakah rambut anda menipis dan berubah warna?			
K	Sistem Muskuloskeletal			
22.	Apakah anda mengalami bungkuk (kifosis)?			

23	Apakah anda lamban dalam bergerak?			
24	Apakah anda mengalami tremor?			

Ya = 1

Tidak= 0

Faktor Psikologi Lanjut usia yang tinggal di panti werdha Pare dan wilayah**Rw 1 desa Pare**

Kesepian karena ditinggal orang-orang yang dicintai (Kehilangan):

No	Pertanyaan	TP	KD	SR	SL	SKORE
1	Apakah ibu merasa sedih ketika ditinggal orang-orang yang dicintai (suami atau anak)?					
2.	Apakah perpisahan itu mempengaruhi perasaan ibu sekarang?					
3.	Apakah ibu pernah merasa sedih ketika tinggal di tempat yang ibu tinggali sekarang?					
4.	Apakah ibu merasa sedih ketika berpisah dengan teman ibu dulu?					

Kurangnya rasa keakraban

No	Pertanyaan	TP	KD	SR	SL	Skore
1	Apakah hubungan lanjut usia dengan orang-orang disekitarnya buruk (keluarga, teman dan tetangga)?					
2	Apakah sikap lanjut usia buruk ketika berinteraksi dengan (keluarga, teman, dan tetangga)?					
3	Apakah pernah terjadi konflik ketika interaksi berlangsung dengan orang-orang disekitar anda (keluarga, teman, tetangga)?					
4	Apakah konflik itu sering terjadi dengan orang-orang sekitar anda (keluarga, teman, anak)?					
5	Apakah konflik yang terjadi sampai terjadi perang mulut, saling sindir dan saling mendiamkan atau tidak menyapa satu dengan yang lain?					

Kepribadian pramorbid

No	Pertanyaan	TP	KD	SR	SL	Skore
1	Apakah anda sering menghabiskan waktu					

	anda untuk menyendiri ?					
2	Apakah anda sering murung, dan sedih?					
3	Apakah anda tidak bisa hidup tanpa orang lain di samping anda (keluarga, teman, tetangga)					
4	Apakah anda tidak mempunyai banyak teman?					
5	Apakah anda tidak aktif mengikuti kegiatan sosial (senam, pengajian)?					

Status ekonomi yang menyebabkan rendah diri

No	Pertanyaan	TP	KD	SR	SL	Skor
1	Apakah anda merasa malu dengan keadaan ekonomi yang anda dapat sekarang?					
2	Apakah anda merasa tidak berdaya dengan keadaan ekonomi yang anda punya sekarang?					
3	Apakah anda menyalahkan diri sendiri dengan keadaan ekonomi yang anda terima saat ini?					
4	Apakah anda sering marah, menangis dan pusing memikirkan keadaan ekonomi yang anda terima sekarang?					
5	Apakah anda sering menarik diri dari pergaulan karena keadaan ekonomi yang anda dapat sekarang?					

TP (tidak pernah) = 0

KD(Kadang –kadang) = 1

SR (sering) = 2

SL (selalu) = 3

Faktor sosial lanjut usia di panti werdha Pare

Instrumen untuk Mengukur Interaksi Sosial Lanjut Usia

Kuisisioner dimodifikasi dari OARS (*Older America Resource Service*)

Social Resource Scale, Durham 1988

- 1). Dengan siapa anda tinggal sebelum anda tinggal di Panti ?
- | | |
|---|---|
| <input type="text" value="4"/> a). Orang lain | <input type="text" value="1"/> d). Suami |
| <input type="text" value="3"/> b). Saudara | <input type="text" value="0"/> e). Tidak ada |
| <input type="text" value="2"/> c). Anak | <input type="text" value="-"/> f). Tidak menjawab |
- 2). Berapa sering anda dikunjungi keluarga selama 1 tahun ?
- | | |
|--|---|
| <input type="text" value="3"/> a). Satu bulan sekali | <input type="text" value="0"/> d). Tidak pernah |
| <input type="text" value="2"/> b). Sati tahun sekali | <input type="text" value="-"/> e). Tidak menjawab |
| <input type="text" value="1"/> c). >1 tahun sekali | |
- 3). Berapa banyak teman di Panti ini yang anda kenal cukup baik dan dekat dengan anda ?
- | | |
|--|---|
| <input type="text" value="3"/> a). 5 orang/lebih | <input type="text" value="0"/> d). Tidak ada |
| <input type="text" value="2"/> b). 3-4 orang | <input type="text" value="-"/> e). Tidak menjawab |
| <input type="text" value="1"/> c). 1-2 orang | |
- 4). Berapa sering anda bercakap-cakap dengan teman sekamar anda atau petugas panti ?
- | | |
|--|---|
| <input type="text" value="3"/> a). Sehari sekali/lebih | <input type="text" value="0"/> d). Tidak pernah |
| <input type="text" value="2"/> b). Dua kali dalam seminggu | <input type="text" value="-"/> e). Tidak menjawab |
| <input type="text" value="1"/> c). Sekali dalam seminggu | |

- 5). Berapa sering anda bercakap-cakap dengan keluarga (bisa juga lewat telfon) ?
- | | | | |
|----------------------------|------------------------|----------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> 3 | a). Satu minggu sekali | <input type="checkbox"/> 0 | d). Tidak pernah |
| <input type="checkbox"/> 2 | b). Satu bulan sekali | <input type="checkbox"/> - | e). Tidak menjawab |
| <input type="checkbox"/> 1 | c). >1 bulan sekali | | |
- 6). Satu bulan ini, berapa sering anda menghabiskan waktu dengan orang yang tidak tinggal dengan anda, misalnya: anda mengunjungi keluarga anda atau berpergian bersama-sama ?
- | | | | |
|----------------------------|-------------------------------|----------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> 3 | a). Setiap minggu | <input type="checkbox"/> 0 | d). Tidak pernah |
| <input type="checkbox"/> 2 | b). 2-4 kali dalam satu bulan | <input type="checkbox"/> - | e). Tidak menjawab |
| <input type="checkbox"/> 1 | c). Sekali dalam satu tahun | | |
- 7). Apakah ada teman, atau orang yang dapat anda percaya ?
- | | | | |
|----------------------------|--------|----------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> 1 | a). Ya | <input type="checkbox"/> 0 | b). Tidak |
|----------------------------|--------|----------------------------|-----------|
- 8). Apakah anda tidak pernah merasa kesepian ?
- | | | | |
|----------------------------|-------------------|----------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> 2 | a). Cukup sering | <input type="checkbox"/> 0 | c). Tidak pernah |
| <input type="checkbox"/> 1 | b). Kadang-kadang | <input type="checkbox"/> - | d). Tidak menjawab |
- 9). Apakah anda senang berbagi cerita/pengalaman dengan teman anda ?
- | | | | |
|----------------------------|--------|----------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> 1 | a). Ya | <input type="checkbox"/> 0 | b). Tidak |
|----------------------------|--------|----------------------------|-----------|
- 10). Apakah ada orang yang akan membantu anda jika sakit/tidak mampu ?
- | | | | |
|----------------------------|--------|----------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> 1 | a). Ya | <input type="checkbox"/> 0 | b). Tidak |
|----------------------------|--------|----------------------------|-----------|

Faktor Sosial Lanjut Usia di wilayah Rw 1 desa Pare

Instrumen untuk Mengukur Interaksi Sosial Lanjut Usia

Kuisisioner dimodifikasi dari OARS (*Older America Resource Service*)

Social Resource Scale, Durham 1988

- 1). Dengan siapa anda tinggal sekarang ?
- | | |
|---|---|
| <input type="text" value="4"/> a). Orang lain | <input type="text" value="1"/> d). Suami |
| <input type="text" value="3"/> b). Saudara | <input type="text" value="0"/> e). Tidak ada |
| <input type="text" value="2"/> c). Anak | <input type="text" value="-"/> f). Tidak menjawab |
- 2). Berapa sering anda dikunjungi keluarga selama ini ?
- | | |
|--|---|
| <input type="text" value="3"/> a). Satu bulan sekali | <input type="text" value="0"/> d). Tidak pernah |
| <input type="text" value="2"/> b). Satu tahun sekali | <input type="text" value="-"/> e). Tidak menjawab |
| <input type="text" value="1"/> c). >2 tahun sekali | |
- 3). Berapa banyak teman di lingkungan rumah yang anda kenal cukup baik dan dekat dengan anda ?
- | | |
|--|---|
| <input type="text" value="3"/> a). 5 orang/lebih | <input type="text" value="0"/> d). Tidak ada |
| <input type="text" value="2"/> b). 3-4 orang | <input type="text" value="-"/> e). Tidak menjawab |
| <input type="text" value="1"/> c). 1-2 orang | |
- 4). Berapa sering anda bercakap-cakap dengan keluarga dan tetangga anda?
- | | |
|--|---|
| <input type="text" value="3"/> a). Sehari sekali/lebih | <input type="text" value="0"/> d). Tidak pernah |
| <input type="text" value="2"/> b). Dua kali dalam seminggu | <input type="text" value="-"/> e). Tidak menjawab |
| <input type="text" value="1"/> c). Sekali dalam seminggu | |

- 5). Berapa sering anda bercakap-cakap dengan keluarga (bisa juga lewat telfon) ?
- a). Satu minggu sekali d). Tidak pernah
 b). Satu bulan sekali e). Tidak menjawab
 c). >1 bulan sekali
- 6). Satu bulan ini, berapa sering anda menghabiskan waktu dengan orang yang tidak tinggal dengan anda, misalnya: anda mengunjungi keluarga anda atau berpergian bersama-sama ?
- a). Setiap minggu d). Tidak pernah
 b). Sekali dalam satu bulan e). Tidak menjawab
 c). Sekali dalam satu tahun
- 7). Apakah ada teman, atau orang yang dapat anda percaya ?
- a). Ya b). Tidak
- 8). Apakah anda tidak pernah merasa kesepian ?
- a). Cukup sering c). Tidak pernah
 b). Kadang-kadang d). Tidak menjawab
- 9). Apakah anda senang berbagi cerita/pengalaman dengan teman anda ?
- a). Ya b). Tidak
- 10). Apakah ada orang yang akan membantu anda jika sakit/tidak mampu ?
- a). Ya b). Tidak

Sosial ekonomi lanjut usia yang tinggal di panti werdha Pare dan wilayah

Rw 1 desa Pare

Saya akan memberi anda beberapa pertanyaan tentang ekonomi

1. Apakah anda saat ini masih bekerja?

- 3 . Bekerja full time
- 2 b. Bekerja partime atau paruh waktu
- 1 c. Pensiun
- 0 d. Tidak bekerja

2. Jenis pekerjaan apa yang telah anda lakukan di sepanjang hidup anda?

(lingkari yang paling mendekati)

- 3 a. pedagang
- 2 b. petani
- 1 c. lain-lain (karyawan, buruh)
- 0 d. Tidak pernah bekerja
- e. tidak dijawab

3. Apakah suami anda dulu pernah bekerja? (pertanyaan hanya diberikan

pada pasangan yang sudah lama menikah)?

- 1 a. ya
- 0 b. tidak

(jika "YA" tanyakan e.)

- e. jenis pekerjaan apa yang pernah atau sedang jalankan?

(tuliskan jenis pekerjaan secara spesifik dan jelas)

4. Darimana sumber pemasukan (uang) berasal?

- 3 a. bekerja sendiri
- 2 b. dari keluarga (anak dan cucu)
- 1 c. dari pemerintah atau ormas
- 0 d. tidak mendapat

5. Apakah anda biasanya punya uang yang cukup untuk membeli barang kebutuhan tersier?

- 1 a. ya
- 0 b. tidak
- - tidak di jawab

6. Apakah anda merasa bahwa anda memiliki cukup uang untuk kebutuhan anda di masa mendatang?

- 1 a. ya
- 0 b. tidak
- - tidak di jawab

7. Seberapa baikkah uang yang anda miliki dapat memenuhi kebutuhan anda?

- 2 a. sangat baik
- 1 b. cukup baik
- 0 c. kurang baik
- - tidak dijawab

8. Menurut anda seberapa baik yang anda pikirkan (dan keluarga anda) sekarang secara finansial dibandingkan dengan orang lain yang seusia anda—lebih baik, kira-kira sama saja, atau lebih buruk?

- 2 a. sangat baik
- 1 b. kira-kira hampir sama
- 0 c. lebih buruk
- d. tidak dijawab

9. Apakah situasi finansial anda yang seperti itu membuat anda merasa bahwa anda membutuhkan bantuan secara finansial di luar apa yang telah anda dapatkan

- 1 a. Ya
- 0 b. Tidak
- - Tidak dijawab

Lampiran 8

Hasil tabulasi lanjut usia yang tinggal di wilayah RW 1 desa Pare

no responden	usia lansia	suku bangsa	pendidikan	pekerjaan dahulu	pekerjaan sekarang	tingkat depresi	faktor biologis	faktor psikologis	faktor sosial	
1	2	1	1	1	2	1	2	1	2	1
2	1	1	2	2	4	1	2	1	2	2
3	2	1	2	2	2	1	2	3	1	2
4	1	1	3	4	4	1	3	2	3	2
5	2	1	1	2	2	1	2	2	2	2
6	2	1	2	4	4	1	2	3	2	2
7	3	1	2	4	4	1	2	2	2	1
8	1	1	2	4	4	1	2	2	2	2
9	1	1	1	2	2	1	2	3	3	1
10	2	1	1	2	2	1	2	3	2	2
11	2	1	1	4	4	2	2	3	2	1
12	2	1	1	4	4	1	2	1	1	2
13	2	1	1	1	1	1	2	2	1	2
14	2	1	2	4	4	1	2	2	2	2
15	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1
16	1	1	3	1	1	1	1	2	1	1
17	1	1	1	2	2	1	1	1	2	1
18	2	1	1	2	2	1	1	2	1	1
19	3	1	1	4	4	1	1	2	2	1
20	2	1	1	2	2	1	1	2	1	1
21	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1
22	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1
23	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1
24	1	1	2	4	4	1	1	2	1	2

25	1	1	3	1	1	1	1	2	2
26	2	1	1	1	1	1	2	1	2
27	1	1	1	4	1	1	2	2	2
28	3	1	1	4	1	1	1	1	2
29	2	1	2	2	1	1	2	2	1
30	1	1	2	4	1	1	2	1	2
31	2	1	1	4	1	1	1	2	2
32	3	1	1	4	1	1	2	1	2
33	1	1	1	1	1	1	2	2	2
34	2	1	1	2	1	1	2	2	2
35	3	1	2	4	1	1	1	1	2
36	1	1	2	4	1	1	2	2	2
37	2	1	1	2	1	1	2	1	2
38	3	1	1	4	1	1	2	2	2
39	2	1	1	4	1	1	1	1	2
40	2	1	1	4	1	1	2	2	2
41	2	1	3	1	1	1	2	1	2
42	2	1	2	1	1	1	2	2	1
43	3	1	3	2	1	1	1	2	1
44	2	1	1	2	1	1	2	1	1
45	1	1	2	1	1	1	2	2	1
46	3	1	3	1	1	1	1	2	1
47	2	1	2	2	1	1	2	1	1

Lampiran 9

Tabulasi lanjut usia yang tinggal di wilayah RW 1 Pare

no responden	usia	suku bangsa	pendidikan	pekerjaan dahulu	pekerjaan sekarang	tingkat depresi	faktor biologis	faktor psikologis	faktor sosial
1	2	1	5	4	1	2	2	2	1
2	1	1	5	4	1	2	1	2	2
3	2	1	1	1	1	3	2	2	1
4	3	1	1	1	1	3	1	1	2
5	1	1	2	1	1	3	2	2	1
6	1	1	2	1	1	2	2	2	1
7	1	1	2	1	1	3	2	2	2
8	1	1	2	1	1	2	2	1	1
9	1	4	1	1	1	2	1	2	1
10	2	1	1	1	1	3	2	2	2
11	1	1	2	4	1	2	2	2	2
12	1	1	2	4	4	2	2	1	2
13	2	1	2	1	1	2	1	1	2
14	2	1	1	4	1	1	2	1	2
15	2	1	1	1	1	1	1	2	2
16	1	1	2	1	1	1	1	1	1
17	2	1	2	1	1	1	2	2	1
18	1	1	2	4	2	1	1	1	1
19	1	1	1	1	1	1	2	2	2
20	2	1	2	1	1	2	1	1	2
21	2	1	2	4	1	1	1	1	2
22	2	1	1	4	4	1	1	1	2
23	1	1	2	4	1	1	2	2	2
24	1	1	2	1	2	1	1	1	1
25	2	1	2	1	1	1	2	1	1
26	2	1	2	1	1	1	2	2	2

27	1	1	2	4	1	1	2	1	1
28	2	1	2	1	1	1	1	1	2
29	1	1	1	4	1	1	1	1	2
30	1	1	1	1	2	1	2	2	2
31	2	1	1	3	1	1	1	1	1
32	1	1	1	4	2	1	1	1	1
33	1	4	1	3	1	1	1	1	1
34	1	4	2	1	1	1	2	1	2
35	2	1	2	1	1	1	1	1	2
36	1	1	2	1	2	1	1	1	1

Lampiran 10

Hasil tabulasi hubungan faktor biologis lanjut usia yang tinggal di panti werdha Pare

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
depresi * fisik	47	100.0%	0	.0%	47	100.0%

depresi * fisik Crosstabulation

Count		fisik			Total
		ringan	sedang	berat	
		depresi	tidak depresi	9	
	depresi sedang	3	6	5	14
	depresi berat	0	1	0	1
Total		12	30	5	47

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	.310	.129	2.185	.034 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.301	.148	2.120	.040 ^c
N of Valid Cases		47			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Correlations

		fisik	depresi
Spearman's rho	fisik	1.000	.301 [*]
	Correlation Coefficient		

	Sig. (2-tailed)	.	.040
	N	47	47
depresi	Correlation Coefficient	.301 [*]	1.000
	Sig. (2-tailed)	.040	.
	N	47	47

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Hasil tabulasi hubungan faktor biologis dengan depresi pada lanjut usia di wilayah RW 1 desa Pare

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
depresi * fisik	36	100.0%	0	.0%	36	100.0%

depresi * fisik Crosstabulation

Count		fisik		
		ringan	sedang	Total
		depresi	tidak depresi	15
	depresi sedang	2	5	7
	depresi berat	1	4	5
Total		18	18	36

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	.344	.145	2.139	.040 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.356	.149	2.223	.033 ^c
N of Valid Cases		36			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	.344	.145	2.139	.040 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.356	.149	2.223	.033 ^c
N of Valid Cases		36			

a. Not assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Correlations

			fisik	depresi
Spearman's rho	fisik	Correlation Coefficient	1.000	.356*
		Sig. (2-tailed)	.	.033
		N	36	36
	depresi	Correlation Coefficient	.356*	1.000
		Sig. (2-tailed)	.033	.
		N	36	36

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Hasil tabulasi hubungan faktor psikologis dengan depresi pada lanjut usia di panti werdha Pare

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
depresi * psikologis	47	100.0%	0	.0%	47	100.0%

depresi * psikologis Crosstabulation

Count					
		psikologis			Total

		ringan	sedang	berat	
depresi	tidak depresi	15	17	0	32
	depresi sedang	3	10	1	14
	depresi berat	0	0	1	1
Total		18	27	2	47

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	.403	.144	2.954	.005 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.335	.135	2.387	.021 ^c
N of Valid Cases		47			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Correlations

			psikologis	depresi
Spearman's rho	psikologis	Correlation Coefficient	1.000	.335*
		Sig. (2-tailed)	.	.021
		N	47	47
	depresi	Correlation Coefficient	.335*	1.000
		Sig. (2-tailed)	.021	.
		N	47	47

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Hasil tabulasi hubungan faktor psikologis dengan depresi pada lanjut usia di wilayah RW 1 desa Pare

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
depresi * psikologis	36	100.0%	0	.0%	36	100.0%

depresi * psikologis Crosstabulation

Count		psikologis		
		ringan	sedang	Total
depresi	tidak depresi	18	6	24
	depresi sedang	2	5	7
	depresi berat	1	4	5
Total		21	15	36

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	.459	.143	3.014	.005 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.478	.146	3.177	.003 ^c
N of Valid Cases		36			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Correlations

			psikologis	depresi
Spearman's rho	psikologis	Correlation Coefficient	1.000	.382 [*]
		Sig. (2-tailed)	.	.022
		N	36	36
	depresi	Correlation Coefficient	.382 [*]	1.000
		Sig. (2-tailed)	.022	.
		N	36	36

N	36	36
---	----	----

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Hasil tabulasi hubungan faktor sosial dengan depresi pada lanjut usia yang tinggal di panti werdha Pare

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
depresi * sosial	47	100.0%	0	.0%	47	100.0%

depresi * sosial Crosstabulation

Count		sosial		
		ringan	sedang	Total
		depresi	tidak depresi	15
	depresi sedang	5	9	14
	depresi berat	0	1	1
Total		20	27	47

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	.151	.133	1.022	.312 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.137	.140	.927	.359 ^c
N of Valid Cases		47			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Correlations

			sosial	depresi
Spearman's rho	sosial	Correlation Coefficient	1.000	.317 [*]
		Sig. (2-tailed)	.	.030
		N	47	47
	depresi	Correlation Coefficient	.317 [*]	1.000
		Sig. (2-tailed)	.030	.
		N	47	47

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Hasil tabulasi hubungan faktor sosial dengan depresi pada lanjut usia di wilayah RW 1 desa Pare

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
depresi * sosial	36	100.0%	0	.0%	36	100.0%

depresi * sosial Crosstabulation

Count		sosial		
		ringan	sedang	Total
		depresi	tidak depresi	10
	depresi sedang	4	3	7
	depresi berat	2	3	5
Total		16	20	36

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.034	.166	-.200	.843 ^c

Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-058	.167	-.340	.736 ^c
N of Valid Cases		36			

Ranks

Kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Tdp pantu werdha	47	41.07	1930.50
rumah	36	43.21	1555.50
Total	83		

- Not assuming the null hypothesis.
- Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- Based on normal approximation.

Correlations

			sosial	depresi
Spearman's rho	sosial	Correlation Coefficient	1.000	.058
		Sig. (2-tailed)	.	.736
		N	36	36
	depresi	Correlation Coefficient	.058	1.000
		Sig. (2-tailed)	.736	.
		N	36	36

Perbedaan Depresi lanjut usia di pantu werdha Pare dan wilayah RW 1 desa Pare

Test Statistics^a

	Tdp
Mann-Whitney U	802.500

Wilcoxon W	1.930E3
Z	-.486
Asymp. Sig. (2-tailed)	.627

a. Grouping Variable: Kelompok

Perbedaan faktor biologis lanjut usia di panti werdha Pare dan wilayah RW 1 desa Pare

kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
fisik panti	47	47.36	2226.00
rumah	36	35.00	1260.00
Total	83		

	fisik
Mann-Whitney U	594.000
Wilcoxon W	1.260E3
Z	-2.657
Asymp. Sig. (2-tailed)	.008

a. Grouping Variable: kelompok

Perbedaan faktor psikologis lanjut usia yang tinggal di panti werdha Pare dan wilayah RW 1 desa Pare

kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
psikologi panti	47	45.93	2158.50
rumah	36	36.88	1327.50
Total	83		

	psikologi
Mann-Whitney U	661.500

Wilcoxon W	1.328E3
Z	-1.936
Asymp. Sig. (2-tailed)	.053

a. Grouping Variable: kelompok

Perbedaan faktor sosial lanjut usia yang tinggal di panti werdha Pare dan Wilayah RW 1 Desa Pare

Ranks

kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
sosial panti	47	42.34	1990.00
rumah	36	41.56	1496.00
Total	83		

Test Statistics^a

	sosial
Mann-Whitney U	830.000
Wilcoxon W	1.496E3
Z	-.171
Asymp. Sig. (2-tailed)	.864

a. Grouping Variable: kelompok

Perbedaan usia lanjut usia yang tinggal di panti werdha Pare dan wilayah RW 1 desa Pare

Ranks

kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
usia panti	47	47.65	2239.50
rumah	36	34.62	1246.50
Total	83		

Test Statistics^a

	usia
Mann-Whitney U	580.500
Wilcoxon W	1.246E3

Z	-2.697
Asymp. Sig. (2-tailed)	.007

a. Grouping Variable: kelompok

Perbedaan pendidikan lanjut usia yang tinggal di panti werdha Pare dan wilayah RW 1 desa Pare

kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
pendidikan panti	47	39.44	1853.50
rumah	36	45.35	1632.50
Total	83		

	Pendidikan
Mann-Whitney U	725.500
Wilcoxon W	1853.500
Z	-1.227
Asymp. Sig. (2-tailed)	.220

a. Grouping Variable: kelompok

Perbedaan pekerjaan dahulu pada lanjut usia yang tinggal di panti wedha Pare dan wilayah RW 1 desa Pare

kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
pekerjaan_dahulu panti	47	46.36	2179.00
rumah	36	36.31	1307.00
Total	83		

	pekerjaan_dahulu
Mann-Whitney U	641.000
Wilcoxon W	1307.000

Z	-2.028
Asymp. Sig. (2-tailed)	.043

a. Grouping Variable: kelompok

Perbedaan pekerjaan sekarang lanjut usia yang tinggal di panti werdha Pare dan wilayah RW 1 desa Pare

Ranks

	kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
pekerjaan_sekarang	panti	47	36.36	1709.00
	rumah	36	49.36	1777.00
	Total	83		

Test Statistics^a

	pekerjaan_sekarang
Mann-Whitney U	581.000
Wilcoxon W	1709.000
Z	-3.860
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000

a. Grouping Variable: kelompok