

# SKRIPSI

## HUBUNGAN DUKUNGAN SOSIAL KELUARGA (KUNJUNGAN KELUARGA) DENGAN DEPRESI PADA LANSIA YANG TINGGAL DI PANTI WERDHA HARGO DEDALI SURABAYA

*PENELITIAN CROSS SECTIONAL*

Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)  
Pada Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga



Oleh :

**BUYA GAUTAMA**

**NIM : 010730449 B**

**FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA**

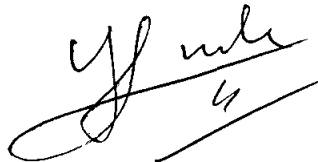
**2009**

## 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, 5 Februari 2009

Yang menyatakan,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Buya Gautama', with a horizontal line underneath it.

Buya Gautama  
NIM: 010730449 B

**LEMBAR PENGESAHAN**

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI

TANGGAL : 5 FEBRUARI 2009

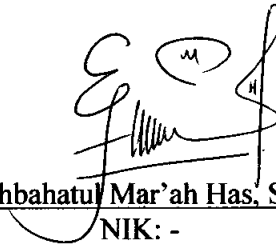
Oleh

**Pembimbing Ketua**



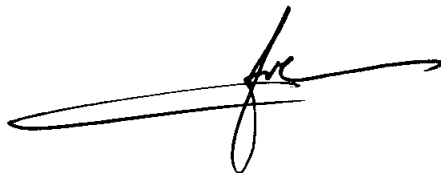
Ahmad Yusuf, S.Kp., M.Kes  
NIP: 132 255 152

**Pembimbing**



Eka Mishbahatul Mar'ah Has, S.Kep.Ns  
NIK: -

**Mengetahui**  
**Pj. Dekan Fakultas Keperawatan**  
**Universitas Airlangga**



Dr Nursalam, M.Nurs (Hons)  
NIP: 140 238 226

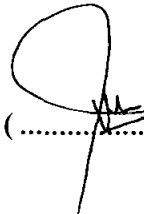
**LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI**

Telah Diuji

Pada Tanggal, 13 Februari 2009

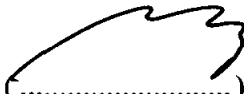
**PANITIA PENGUJI**

Ketua : Purwaningsih, S.Kp.,MARS



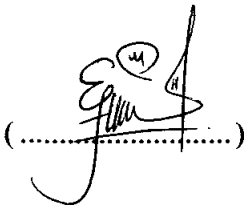
(.....)

Anggota : 1. Ahmad Yusuf, S.kp.,M.Kes



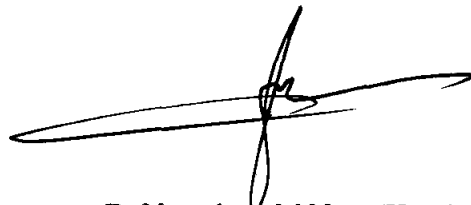
(.....)

2. Eka Mishbahatul Mar'ah Has, S.Kep.Ns



(.....)

Mengetahui  
Pj. Dekan Fakultas Keperawatan  
Universitas Airlangga



Dr Nursalam, M.Nurs (Hons)  
NIP: 140 238 226

**MOTTO**

*bertakwalah kepada Allah*

*dan hendaklah setiap diri memperhatikan apa yang telah*

*diperbuatnya untuk hari esok*

*Ahamdullilah*

## UCAPAN TERIMAKASIH

Puji syukur kehadiran Allah SWT telah terselesaikan proposal penelitian dengan judul “Hubungan Dukungan Sosial Keluarga (Kunjungan Keluarga) dengan Depresi Pada Lansia yang Tinggal di Panti Werdha Hargo Dedali Surabaya” Pembuatan karya tulis ini dimaksudkan sebagai persyaratan dalam menyelesaikan pendidikan Sarjana Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya. Atas rahmat yang diberikan kepada peneliti sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ini merupakan suatu anugerah yang tidak ternilai dengan suatu pujian ataupun penghargaan kecuali hanya sebuah manfaat dari penelitian ini yang setidaknya dapat berguna bagi seluruh umat manusia.

Dalam menyusun karya tulis ilmiah ini penulis banyak mendapatkan hambatan dan kesulitan, tetapi karena bantuan, bimbingan dan saran dari berbagai pihak, penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini, maka dalam kesempatan ini penulis menyampaikan rasa hormat dan terima kasih kepada:

1. Bapak Dr Nursalam, M.Nurs (Honours) selaku PJ Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.
2. Bapak Ahmad Yusuf, S.Kp, M.Kes selaku dosen pengajar serta pembimbing dalam pembuatan karya tulis ini.
3. Ibu Eka Mishbahatul Mar`ah Has, S.Kep.Ns selaku dosen pengajar serta pembimbing dalam pembuatan karya tulis ini.
4. Ketua dan staf Panti Werdha Hargo Dedali Surabaya yang telah membantu dalam mempermudah pengambilan data untuk pembuatan karya tulis ini.

5. Seluruh dosen yang telah memberikan bimbingan serta dukungan kepada kami selama perkuliahan.
6. Staf perpustakaan dan tata usaha Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah membantu dalam kelancaran pembuatan karya tulis ini.
7. Semua Eyang di Panti Werdha Hargo Dedali yang telah bersedia membagi waktu dalam pengumpulan data untuk pembuatan karya tulis ini.
8. Bapak'ku dan Ibu'ku yang selalu memberikan kasih sayang, do'a, dan materi, yang tidak akan bisa aku gantikan.
9. Saudara-saudaraku yang telah memberiku semangat, dan menjadi penye mangatku.
10. Guru, Shobat, Teman, Bro, yang memberi ilmu, dukungan dan doa selama penyusunan penelitian ini.

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

Saya menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna, untuk itu saya sangat mengharapkan kritik dan saran demi perbaikan dimasa yag akan datang. Semoga skripsi ini bermanfaat bagi pembaca dan bagi pengembangan ilmu keperawatan.

Surabaya, 5 Februari 2009

Penulis

**ABSTRAK**  
**THE CORRELATION BETWEEN FAMILY SOCIAL SUPPORT**  
**(FAMILY VISIT) AND ELDERLY DEPRESSION STATUS**  
**AT PANTI HARGO DEDALI**  
**SURABAYA**

*CROSS SECTIONAL RESEARCH*

By: Buya Gautama

Depression at elderly who live in asylum not only as an impact of aging process but also can influenced by any factor, such as family social support, like family visit.

The purpose of this research is to analyze family social support (family visit) with elderly depression status who live at Panti Hargo Dedali Surabaya. This research using cross sectional method with point time approach. Amount reached population is 26 respondents. Samples were selected based on inclusion criteria and gotten 24 respondents. Independent variable in this research is family social support (family visit) and dependent variable is elderly depression status.

Data was collected by questionnaire and direct observation. the obtained data analyzed by *Spearman's Rho* with purpose value  $\alpha \leq 0,05$

In this research, gotten result with the statistical test  $\rho = 0,094$ . ( $\rho = > 0,05$ ) that means is nothing significant relation among family social support (family visit) and elderly depression status. According to the data, it can be concluded that family social support (family visit) is not a dominant factor which lead to depression in elderly, because depression is a disease that influence by many factor. According to this result, furthermore research is required to know which is the most dominant factor which caused depression in elderly

Key words: family social support (family visit), elderly depression status.



## DAFTAR ISI

	Halaman	
Halaman Sampul .....		i
Lembar Pernyataan .....		ii
Lembar Pengesahan .....		iii
Lembar Penetapan Panitia Penguji .....		iv
Motto .....		v
Ucapan Terimakasih .....		vi
Abstrak .....		viii
Daftar Isi .....		ix
Daftar Tabel .....		xi
Daftar Gambar .....		xii
Daftar Lampiran .....		xiii
<b>BAB 1 PENDAHULUAN .....</b>		<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....		1
1.2 Rumusan Masalah .....		4
1.3 Tujuan .....		4
1.3.1 Tujuan umum .....		4
1.3.2 Tujuan khusus .....		4
1.4 Manfaat .....		4
1.4.1 Teoritis .....		4
1.4.2 Praktis .....		4
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA .....</b>		<b>6</b>
2.1 Konsep Dasar Dukungan Sosial .....		6
2.2 Konsep Dasar Keluarga .....		10
2.3 Konsep Dasar Depresi .....		17
2.4 Konsep Dasar Lansia .....		26
<b>BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS .....</b>		<b>35</b>
3.1 Kerangka Konseptual .....		35
3.2 Hipotesis .....		36
<b>BAB 4 METODE PENELITIAN .....</b>		<b>37</b>
4.1 Desain Penelitian .....		37
4.2 Kerangka Kerja .....		38
4.3 Populasi, Sampel Dan Sampling .....		39
4.3.1 Populasi .....		39
4.3.2 Sampel .....		39
4.3.3 Sampling .....		40
4.4 Identifikasi Variabel .....		40
4.4.1 Variabel independen .....		40
4.4.2 Variabel dependen .....		41
4.5 Definisi Operasional .....		41

4.6 Pengumpulan dan Analisa Data .....	42
4.6.1 Instrumen .....	42
4.6.2 Lokasi dan waktu.....	42
4.6.3 Prosedur .....	42
4.6.4 Cara analisis data.....	43
4.7 Masalah Etika.....	44
4.7.1 Lembar persetujuan menjadi responden .....	44
4.7.2 <i>Anonimity</i> .....	44
4.7.3 <i>Confidentiaity</i> .....	44
4.8 Keterbatasan.....	44
<b>BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN</b>	
5.1 Hasil Penelitian .....	46
5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian.....	46
5.1.2 Karakteristik demografi responden .....	47
5.1.3 Variabel yang diukur .....	49
5.2 Pembahasan .....	51
5.2.1 Dukungan sosial keluarga (kunjungan keluarga) .....	51
5.2.2 Tingkat depresi lansia.....	52
5.2.3 Hubungan dukungan sosial keluarga (kunjungan keluarga) dengan depresi pada lansia .....	53
<b>BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN</b>	
6.1 Kesimpulan .....	55
6.2 Saran .....	56
Daftar Pustaka .....	57
Lampiran 1 .....	59
Lampiran 2 .....	60
Lampiran 3 .....	61
Lampiran 4 .....	62
Lampiran 5 .....	63
Lampiran 6 .....	64
Lampiran 7 .....	65
Lampiran 8 .....	66
Lampiran 9 .....	67

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Alat ukur tingkat depresi (Geriatric Depression Scale).....	25
Tabel 4.1	Definisi operasional hubungan dukungan sosial keluarga (kunjungan keluarga) dengan depresi pada lansia di panti .....	41
Tabel 5.1	Distribusi responden berdasarkan jumlah kunjungan keluarga dalam satu bulan dengan status depresi pada lansia yang tinggal di Panti Werdha Hargo Dedali Surabaya, 14-15 Januari 2009.....	50

**DAFTAR GAMBAR**

Gambar 3.1	Kerangka Konseptual Penelitian Hubungan dukungan sosial keluarga (kunjungan keluarga) dengan depresi pada lansia di panti .....	35
Gambar 4.2	Kerangka Kerja Penelitian Hubungan dukungan sosial keluarga (kunjungan keluarga) dengan depresi pada lansia di panti .....	38
Gambar 5.1	Distribusi responden berdasarkan riwayat pekerjaan di Panti Werdha Hargo Dedali Surabaya, 14-15 Januari 2009 .....	47
Gambar 5.2	Distribusi responden berdasarkan alasan tinggal di Panti Werdha Hargo Dedali Surabaya, 14-15 Januari 2009 .....	47
Gambar 5.3	Distribusi responden berdasarkan pernah atau tidak komunikasi melalui telepon di Panti Werdha Hargo Dedali Surabaya, 14-15 Januari 2009 .....	48
Gambar 5.4	Distribusi responden berdasarkan jumlah kunjungan keluarga dalam satu bulan di Panti Werdha Hargo Dedali Surabaya, 14-15 Januari 2009 .....	49
Gambar 5.5	Distribusi responden berdasarkan tingkat depresi di Panti Werdha Hargo Dedali Surabaya, 14-15 Januari 2009 .....	49

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Surat Permohonan Bantuan Fasilitas .....	60
Lampiran 2	Surat Keterangan.....	61
Lampiran 3	Permintaan Menjadi Responden.....	62
Lampiran 4	Lembar Persetujuan Menjadi Responden.....	63
Lampiran 5	Instrumen Data demografi.....	64
Lampiran 6	Instrumen Tingkat Depresi (Geriatric Depression Scale) .....	65
Lampiran 7	Kunci Jawaban Kuesioner Tingkat Depresi .....	66
Lampiran 8	Tabulasi Data.....	67
Lampiran 9	Analisis Statistik .....	68

**BAB 1**

**PENDAHULUAN**

## BAB 1

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang

Dalam siklus kehidupan, manusia akan mengalami tahap-tahap perkembangan. Pada akhir perkembangan ini manusia akan memasuki masa dewasa akhir yang dikenal sebagai usia tua, fase dari kehidupan ini dimulai pada usia 65 tahun (Hermana, 2006). Pada fase ini seseorang akan mengalami kemunduran berbagai aspek sehingga menimbulkan berbagai masalah, diantaranya masalah yang paling sering dialami oleh lansia adalah depresi. Depresi pada lansia tidak hanya disebabkan oleh kemunduran dari berbagai aspek tetapi ada faktor-faktor lain yang mendukung terjadinya depresi, salah satunya adalah dukungan sosial keluarga, terutama bagi lansia yang tinggal di panti (Hermana, 2006). Namun bagaimana hubungan antara dukungan sosial keluarga (kunjungan keluarga) dengan keadaan depresi pada lansia masih belum dapat dijelaskan.

Menurut Syamsir (2007), Sekitar 1-4 persen populasi lansia mengalami depresi mayor (terjadi sekitar satu tahun) dan 4-13 persen mengalami depresi minor (lebih dari dua tahun). Gangguan pada otak (penyakit cerebrovaskular) merupakan salah satu penyebab timbulnya gangguan depresi. Selain itu, bisa juga karena faktor psikologis, seperti lansia yang mengalami peristiwa kehidupan yang tidak menyenangkan atau cukup berat, hal ini juga dapat meningkatkan kejadian depresi. Menurut Dharmono (2008), saat ini prevalensi depresi pada lansia di dunia berkisar 8-15 persen dan hasil analisis dari laporan negara-negara di dunia

mendapatkan prevalensi rata-rata depresi pada lansia adalah 13,5 persen dengan perbandingan wanita-pria 14,1: 8,6. Adapun prevalensi depresi pada lansia yang menjalani perawatan di RS dan panti perawatan sebesar 30-45 persen. Dalam konteks budaya Indonesia, pada umumnya lanjut usia mempersepsikan penempatan mereka di panti sebagai bentuk pengasingan dan pemisahan dari perasaan kehangatan yang terdapat dalam keluarga, apalagi lansia yang masih punya anak dengan kondisi hidup berkecukupan (Hermana, 2006). Tinggal di panti yang bukan atas kehendak lansia sendiri akan menjadi beban bagi lansia itu sendiri. Pada studi awal yang dilakukan bulan November 2008 di Panti Werdha Hargo Dedali Surabaya mengenai status depresi lansia dengan *geriatric depression scale* yang dilakukan pada 8 orang lansia yang memiliki frekuensi kunjungan keluarga yang berbeda didapatkan hasil 4 orang lansia yang dikunjungi 2 kali, 3kali, dan 4 kali dalam satu bulan tidak mengalami depresi atau normal, 3 orang mengalami predepresi yang memiliki frekuensi kunjungan keluarga 1 kali/bulan, dan tidak pernah sama sekali, dan 1 orang lansia tidak mengalami pre depresi meskipun hanya mendapatkan kunjungan 1 kali dalam satu bulan. Menurut Martina (2003), penanganan depresi lebih dini akan lebih baik serta menghasilkan gejala perbaikan yang lebih cepat. Depresi yang lambat ditangani akan menjadi lebih parah, menetap serta menimbulkan resiko kekambuhan. Depresi yang dapat ditangani dengan baik juga dapat menghilangkan keinginan pasien untuk melukai dirinya sendiri termasuk upaya bunuh diri.

Menurut Armansyah (2004), depresi secara garis besar disebabkan oleh beberapa faktor, diantaranya tipe kepribadian, pengaruh lingkungan, fungsi biokimia, dan genetik. Depresi pada lansia sering muncul sebagai reaksi terhadap



peristiwa yang menekan, seperti ditinggalkan oleh semua anaknya karena masing-masing sudah membentuk keluarga dan tinggal di rumah atau kota yang terpisah, berhenti dari pekerjaan (pensiun sehingga kontak dengan teman sekerja terputus atau berkurang), mundurnya dari berbagai kegiatan (akibatnya jarang bertemu dengan banyak orang, kurang dilibatkannya lanjut usia dalam berbagai kegiatan, dan ditinggalkan oleh orang yang dicintai: pasangan hidup, anak, saudara, sahabat, dll. Menurut Hermana (2006), kejadian depresi pada lansia yang tinggal di panti werdha, salah satunya mungkin dipengaruhi oleh faktor di atas yaitu kurangnya perhatian dari keluarga, keadaan ini didukung oleh data kunjungan keluarga yang terdapat di panti, bahwa masih ada lansia yang tidak pernah dikunjungi oleh keluarganya. Banyak anggota masyarakat yang mengalami depresi karena kurangnya penguat positif (dukungan keluarga, perhatian, pengakuan) dalam hidupnya, kurangnya ketrampilan bersosialisasi yang selanjutnya orang-orang tersebut menjadi menarik diri dari lingkungan, semakin menarik diri maka semakin berkurang dukungan positif yang mungkin diperoleh, selanjutnya akan semakin memperkuat depresinya dan beresiko melakukan tindakan bunuh diri (Martina & Nasrun, 2008).

Pemberdayaan keluarga untuk memberikan perhatian terhadap lansia yang tinggal di panti diharapkan mampu menurunkan tingkat depresi pada lansia. Perhatian dalam hal ini bukan hanya meliputi kualitas tetapi juga kuantitas yang diberikan dalam upaya pencegahan depresi yang lebih lanjut. Selain itu diharapkan dengan intensitas kunjungan keluarga yang lebih sering akan terbangun persepsi pada lansia bahwa dirinya masih diharapkan keberadaannya, yang selanjutnya akan berdampak positif pada lansia sendiri.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Apakah ada hubungan antara dukungan sosial keluarga (kunjungan keluarga) dengan depresi pada lansia yang tinggal di Panti Werdha Hargo Dedali Surabaya ?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Menganalisis hubungan antara dukungan sosial keluarga (kunjungan keluarga) dengan depresi pada lansia yang tinggal di Panti Werdha Hargo Dedali.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mengidentifikasi dukungan sosial keluarga (kunjungan keluarga) di Panti Werdha Hargo Dedali Surabaya.
2. Mengidentifikasi tingkat depresi pada lanjut usia yang tinggal di Panti Werdha Hargo Dedali Surabaya.
3. Menganalisis hubungan antara dukungan sosial keluarga (kunjungan keluarga) dengan depresi pada lansia di Panti Werdha Hargo Dedali Surabaya.

## **1.4 Manfaat Penelitian**

### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

Dapat digunakan sebagai kerangka dalam membangun ilmu keperawatan gerontik yang berhubungan dengan upaya mengatasi depresi pada lansia yang disebabkan oleh kurangnya dukungan sosial keluarga (kunjungan keluarga).

### **1.4.2 Manfaat Praktis**

1. Bagi perawat hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan dalam memberikan asuhan keperawatan.

2. Bagi panti, hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan dalam memberikan pelayanan terhadap lansia yang mengalami depresi.
3. Bagi keluarga hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan dalam memberikan perhatian kepada lansia yang tinggal di Panti.
4. Bagi masyarakat hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai tambahan pengetahuan dalam memberikan perawatan pada lansia

**BAB 2**  
**TINJAUAN PUSTAKA**

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Dukungan Sosial**

##### **2.1.1 Definisi Dukungan Sosial**

Dukungan sosial adalah terdiri atas informasi atau nasehat verbal dan atau non verbal, bantuan nyata, atau tindakan yang diberikan oleh keakraban sosial atau didapatkan karena kehadiran mereka dan mempunyai manfaat emosional atau perilaku bagi pihak penerima (Gothieb,1994).

Menurut Siegel dan Taylor (1999), menyatakan bahwa dukungan sosial adalah informasi dari orang lain bahwa ia dicintai dan diperhatikan, memiliki harga diri dan dihargai, serta merupakan bagian dari jaringan komunikasi dan kewajiban bersama.

Menurut Sarason (1983), mengatakan bahwa dukungan sosial adalah keberadaan, kesediaan, kepedulian dari orang-orang yang dapat diandalkan, menghargai dan menyayangi kita. Sarason juga berpendapat bahwa dukungan sosial itu selalu mencakup dua hal yaitu:

1. Jumlah sumber dukungan sosial yang tersedia; merupakan persepsi individu terhadap sejumlah orang yang dapat diandalkan saat individu membutuhkan bantuan (pendekatan berdasarkan kuantitas).
2. Tingkatan kepuasan akan dukungan sosial yang diterima; berkaitan dengan persepsi individu bahwa kebutuhannya akan terpenuhi (pendekatan berdasarkan kualitas).

### 2.1.2 Sumber-Sumber Dukungan Sosial

Sumber-sumber dukungan sosial banyak diperoleh individu dari lingkungan sekitarnya. Namun perlu diketahui seberapa banyak sumber dukungan sosial ini efektif bagi individu yang memerlukan. Sumber dukungan sosial merupakan aspek paling penting untuk diketahui dan dipahami. Dengan pengetahuan dan pemahaman tersebut, seseorang akan tahu kepada siapa ia akan mendapatkan dukungan sosial sesuai dengan situasi dan keinginannya yang spesifik, sehingga dukungan sosial memiliki makna yang berarti bagi kedua belah pihak.

Menurut Rook dan Dooley (1985), ada dua sumber dukungan sosial yaitu sumber *artifisial* dan sumber *natural*. Dukungan sosial yang natural diterima seseorang melalui interaksi sosial dalam kehidupannya secara spontan dengan orang-orang yang berada di sekitarnya, misalnya anggota keluarga (anak, istri, suami dan kerabat), teman dekat atau relasi. Dukungan sosial ini bersifat non-formal. Sedangkan yang dimaksud dengan dukungan sosial artifisial adalah dukungan sosial yang dirancang ke dalam kebutuhan primer seseorang, misalnya dukungan sosial akibat bencana alam melalui berbagai sumbangan sosial. Sumber dukungan sosial yang bersifat natural berbeda dengan sumber dukungan sosial yang bersifat artifisial dalam sejumlah hal. Perbedaan tersebut terletak dalam hal sebagai berikut:

- a. Keberadaan sumber dukungan sosial natural bersifat apa adanya tanpa dibuat-buat sehingga lebih mudah diperoleh dan bersifat spontan
- b. Sumber dukungan sosial yang natural memiliki kesesuaian dengan norma yang berlaku tentang kapan sesuatu harus diberikan



- c. Sumber dukungan sosial yang natural berasal dari hubungan yang telah ada dan menjadi tradisi sebelumnya.
- d. Sumber dukungan sosial yang natural memiliki keragaman dalam penyampaian dukungan sosial, mulai dari pemberian barang-barang nyata hingga sekedar menemui seseorang dengan menyampaikan salam
- e. Sumber dukungan sosial yang natural terbebas dari beban dan label psikologis

### **2.1.3 Jenis Dukungan Sosial**

Menurut Safarino (1990), dalam Smet (1994), dukungan sosial dibedakan menjadi empat jenis atau dimensi, yaitu:

#### **1. Dukungan Emosional**

Dukungan emosional adalah dukungan sosial yang mencakup ungkapan empati, kepedulian dan perhatian terhadap orang yang bersangkutan. Menurut Cutrona (1994), jenis dukungan sosial seperti ini memungkinkan seseorang memperoleh kerekatan (kedekatan) emosional sehingga menimbulkan rasa aman bagi yang menerima. Orang yang menerima dukungan sosial semacam ini merasa tenteram, aman dan damai yang ditunjukkan dengan sikap tenang dan bahagia. Sumber dukungan sosial semacam ini yang paling sering dan umum adalah diperoleh dari pasangan hidup, atau anggota keluarga/teman dekat/sanak keluarga yang akrab dan memiliki hubungan yang harmonis. Bagi lansia adanya orang kedua yang cocok, terutama yang tidak memiliki pasangan hidup, menjadi sangat penting untuk dapat memberi dukungan sosial atau dukungan moral (*moral support*).

## 2. Dukungan Penghargaan

Dukungan penghargaan adalah dukungan sosial yang dimanifestasikan melalui ungkapan hormat, penghargaan positif untuk orang itu, dorongan maju atau persetujuan dengan gagasan atau perasaan individu, dan perbandingan positif orang itu dengan orang-orang lain, seperti misalnya orang-orang yang kurang atau lebih buruk keadaannya.

## 3. Dukungan Instrumen

Dukungan instrument adalah dukungan sosial yang mencakup bantuan langsung, seperti memberi pinjaman uang kepada orang itu atau menolong dengan pekerjaan pada waktu mengalami stres.

## 4. Dukungan Informatif

Dukungan informatif adalah dukungan sosial yang mencakup memberi nasehat, petunjuk-petunjuk, saran-saran atau umpan balik.

### 2.1.4 Hubungan Dukungan Sosial Dengan Kesehatan

Menurut Ganster dan Victor (dalam *Meiss dan Lonnguisl*) terdapat tiga mekanisme spesifik yang berpusat pada berpengaruh dukungan sosial terhadap kesehatan, baik secara langsung maupun tidak langsung (dikutip dari Abraham Charles, 1997) yaitu:

1. Aspek perilaku (*behavior mediators*), di mana dukungan sosial dapat mempengaruhi perilaku seorang untuk berubah.
2. Aspek Psikologis (*psicological mediators*), di mana dukungan sosial dapat membangun atau meningkatkan harga diri seseorang dan menjadikan hubungan interaksi yang saling memuaskan.



3. Aspek fisiologis (*physiological mediators*), di mana dukungan sosial membantu mengatasi respon *fight or flight* dan memperkuat sistem imun.

## **2.2 Konsep Dasar Keluarga**

### **2.2.1 Pengertian Keluarga**

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu atap dalam keadaan saling ketergantungan. (Effendy, 1998)

### **2.2.2 Peranan Keluarga**

Menurut Effendy (1998), berbagai peranan yang terdapat di dalam keluarga adalah sebagai berikut :

#### **1. Peranan Ayah**

Ayah sebagai suami dari istri dan ayah bagi anak-anak, berperan sebagai pencari nafkah, pendidik, pelindung dan pemberi rasa aman, sebagai kepala keluarga, sebagai anggota dari kelompok sosial serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya.

#### **2. Peranan Ibu**

Ibu sebagai istri dari suami dan ibu bagi anak-anaknya. Ibu mempunyai peranan untuk mengurus rumah tangga, sebagai pengasuh dan pendidik anak-anaknya, pelindung dan sebagai salah satu kelompok dari peranan sosialnya sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya. Di samping itu juga dapat berperan sebagai pencari nafkah tambahan dalam keluarganya.

#### **3. Peranan Anak**

Anak-anak melaksanakan peran psikososial sesuai dengan tingkat perkembangan baik fisik, mental, sosial, dan spiritual.

### **2.2.3 Tugas Keluarga Dalam Bidang Kesehatan**

Untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan kesehatan keluarga, keluarga mempunyai tugas pemeliharaan terhadap para anggotanya dan saling memelihara. Menurut Friedman (1998), ada lima tugas kesehatan yang harus dilakukan oleh keluarga itu, yaitu :

1. Mengetahui masalah kesehatan setiap anggota keluarganya.
2. Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan kesehatan yang tepat.
3. Memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit dan tidak dapat membantu dirinya sendiri karena cacat atau usianya terlalu muda.
4. Menciptakan suasana rumah dan lingkungan sekitar yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga.
5. Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan lembaga-lembaga kesehatan, yang menunjukkan kemanfaatan dengan baik menggunakan fasilitas yang tersedia.

### **2.2.4 Teori Keluarga (Friedman, 1998)**

#### **1. Teori sistem keluarga**

Menurut Wong (1995), teori ini dikembangkan berdasarkan pada teori sistem secara umum, yang dicirikan dengan adanya interaksi antar komponen dan antar sistem dengan lingkungannya melalui suatu mekanisme umpan balik. Satu komponen bergantung pada komponen lain dan mempengaruhi komponen yang lainnya. Dengan demikian, apabila terjadi perubahan pada salah satu komponen, hal ini akan mempengaruhi komponen yang lain.

Keadaan sakit pada salah satu anggota keluarga akan berdampak pada anggota keluarga yang lain, baik secara fisik, psikososial, maupun ekonomi.

Berdasarkan teori ini, keadaan sakit pada salah satu anggota keluarga bukan semata-mata disebabkan oleh individu itu sendiri, tetapi akibat interaksi antar anggota keluarga.

## 2. Teori stres keluarga

Teori ini didasari oleh asumsi bahwa keluarga selalu berhadapan dengan stresor atau kejadian yang menyebabkan stres dalam kehidupan, baik yang tidak dapat diduga maupun yang dapat diduga. Apapun bentuknya penyebab stres tersebut apabila terjadi terus-menerus, menumpuk, dan melibatkan berbagai komponen dalam keluarga, pada akhirnya akan membuat keluarga tidak mampu menghadapinya dengan konstruktif dan menempatkan keluarga dalam keadaan berisiko untuk terjadi perpecahan dan/atau dihadapkan pada masalah kesehatan fisik ataupun psikologis.

## 3. Teori perkembangan keluarga

Teori ini dikembangkan oleh Duvall (1977), yang mengemukakan delapan tahapan perkembangan keluarga sepanjang rentang kehidupan. Perkembangan keluarga membawa keluarga pada perubahan siklus kehidupannya. Anak pertama menjadi ukuran untuk tahapan perkembangan keluarga. Jadi, kedatangan anak pertama dan perkembangannya menandai tahapan perkembangan tersebut. Apabila sebuah keluarga belum mempunyai anak dan baru saja menikah, tahapan perkembangan keluarga tersebut adalah sebagai keluarga dengan pasangan baru. Adanya anak pertama usia bayi menempatkan keluarga tersebut pada tahapan perkembangan keluarga dengan usia bayi. Selanjutnya demikian, anak pertama berusia prasekolah, usia sekolah, usia remaja, usia dewasa muda, dan dewasa. Setiap tahapan keluarga mempunyai tugas perkembangan masing-masing.

Menurut Wong (1995), dengan memahami kondisi keluarga memfasilitasi untuk mengoptimalkan peran tersebut sekalipun selama anak berada dalam perawatan di rumah sakit. Kelebihan teori ini adalah menguraikan keluarga secara dinamis, perubahan-perubahan pada keluarga, dan sistem sosialnya serta mengantisipasi potensi terjadinya stress dalam tiap tahap perkembangannya, sedangkan kelemahannya adalah hanya menjelaskan keluarga inti dan batasan menggunakan anak pertama sebagai tahapan keluarga dapat menimbulkan masalah bagi orang tua tanpa pasangan atau dengan keluarga yang mempunyai ayah tiri atau ibu tiri.

#### 4. Teori struktur dan fungsi keluarga

Teori ini lebih berfokus pada hubungan, ketergantungan, dan kesatuan antar anggota keluarga dan semua aspek yang berhubungan melalui struktur dan fungsi keluarga yang dijelaskan secara sistematis. Friedman (1998), membagi empat struktur keluarga menjadi struktur komunikasi, struktur nilai dan norma, struktur kekuatan, dan struktur peran. Berikut ini akan dijelaskan satu per satu.

##### a) Struktur komunikasi

Struktur komunikasi menunjukkan bagaimana pola anggota keluarga dalam berkomunikasi satu dengan yang lain. Beberapa keluarga menunjukkan komunikasi yang berfungsi dan beberapa keluarga menunjukkan komunikasi yang tidak berfungsi. Komunikasi yang berfungsi ditunjukkan dengan keterbukaan, kejujuran, melibatkan perasaan, dapat menyelesaikan konflik dan ada hirarki kekuatan. Komunikasi yang tidak berfungsi sebaliknya, yaitu tertutup, tidak berfokus pada satu masalah, cenderung menunjukkan pemikiran yang negatif, dan selalu mengulang masalah dan pendapat sendiri.

#### b) Struktur nilai dan norma keluarga

Nilai keluarga adalah sistem ide, sikap, dan keyakinan yang mengikat anggota keluarga dan dijalankan keluarga dalam budaya tertentu, sedangkan norma adalah pola perilaku yang diterima pada lingkungan sosial tertentu sesuai dengan nilai yang diyakininya.

Beberapa nilai yang dapat dimiliki, yaitu nilai sosial, nilai teoritik, nilai religi, dan nilai ekonomis. Setiap individu mempunyai nilai-nilai tersebut, tetapi hanya ada satu atau beberapa nilai yang lebih menonjol dibandingkan nilai yang lainnya. Misalnya, apabila nilai sosial yang lebih menonjol, perilaku yang tampak pada orang tersebut adalah lebih toleransi dan perhatian terhadap kesuksesan orang lain, selalu ingin menolong orang lain. Apabila nilai ekonomi yang lebih menonjol, ia akan selalu mempunyai perhitungan yang matang dalam efisiensi bekerja, dan bagaimana dengan upaya yang minimal dapat mendatangkan hasil yang maksimal. Apabila nilai teoritik yang menonjol, biasanya segala perilaku dan pengambilan keputusan dikaitkan dengan konsep dan teori yang matang, sedangkan jika nilai religi yang menonjol, segala perilaku dan pengambilan keputusan selalu didasarkan pada kaidah agama.

#### c) Struktur peran

Peran adalah serangkaian perilaku yang diharapkan pada seseorang sesuai dengan posisi sosial yang diberikan baik secara formal maupun informal, sedangkan posisi adalah keberadaan seseorang dalam sistem sosial. Peran juga diartikan sebagai kemampuan individu untuk mengontrol atau mempengaruhi atau mengubah perilaku orang lain.

Peran anggota keluarga dijalankan untuk menjaga keseimbangan dalam keluarga, yang dijalankan melalui peran formal maupun informal. Peran formal yang dijalankan keluarga menentukan tercapainya keseimbangan dalam keluarga, diantaranya Nye dan Gecas (1976), mengemukakan bahwa beberapa peran dasar dari laki-laki sebagai ayah dan wanita sebagai ibu yang mempunyai posisi sosial sebagai pemberi layanan, yaitu peran penjaga rumah, pemelihara anak, peran sosialisasi anak, peran rekreasi, mempertahankan hubungan dengan keluarga wanita atau laki-laki, pemenuhan kebutuhan pasangan, dan seksual. Sedangkan peran informal dari keluarga bisa menentukan keseimbangan keluarga dan bisa juga tidak, tetapi lebih bersifat adaptif dan mempertahankan kesejahteraan keluarga. Peran informal adalah peran sebagai pemberi dorongan, peran mempertahankan keharmonisan, peran untuk kompromi, peran untuk memulai atau berkontribusi dalam menghadapi masalah, peran untuk pelopor, koordinator, dan peran informal lainnya.

#### d) Struktur kekuatan keluarga

Kekuatan keluarga menunjukkan kemampuan system keluarga untuk mengubah perilaku anggota keluarga. Pengaruh tersebut dipersepsikan sebagai kekuatan yang dimiliki dan ditunjukkan dengan kemampuan dalam mengambil keputusan. Untuk dapat mempunyai kemampuan tersebut, anggota keluarga meyakini adanya otoritas sebagai satu kekuatan keluarga. Misalnya, otoritas orang tua dalam mengambil keputusan untuk keluarga. Walaupun demikian, antara kekuatan dan otoritas tidak selalu selaras karena otoritas memberi kesan sebagai suatu kekuatan yang dominan dan tanpa kompromi. Kekuatan keluarga dapat dinilai dari bagaimana keluarga tersebut berproses dalam mengambil keputusan,

memecahkan masalah, dan menyelesaikan konflik. Untuk memiliki kekuatan tersebut, keluarga membutuhkan sumber-sumber seperti informasi dan keterampilan berfikir.

Menurut Friedman (1998), ada sepuluh jenis kekuatan keluarga, yaitu *legitimate power*, *helpless power*, *referent power*, *resource power*, *expert power*, *reward power*, *coercive power*, *informational power*, *affective power*, dan *tension management power*. *Legitimate power* berhubungan dengan kekuatan dari anggota keluarga lain (misalnya, adanya otoritas orang tua dalam mengontrol anaknya). *Helpless power* adalah suatu bentuk dari *legitimate power* yang diperlukan saat anggota keluarga merasa tidak berdaya. *Referent power* adalah kekuatan yang dimiliki individu karena identifikasi yang positif (misalnya, anak meniru perilaku orang tua yang positif). *Expert power* berkaitan dengan kekuatan seseorang karena kemampuan atau keahliannya. Orang lain menghargai dan mengikuti perilaku individu karena ia dinilai ahli dalam bidang tertentu. *Reward power* dimiliki individu karena berperilaku sesuai dengan harapan orang lain, mengerjakan sesuatu yang positif sebagai respons terhadap keinginan orang lain. *Coercive power* adalah kekuatan yang digunakan didasarkan pada adanya pemaksaan atau ancaman pada orang lain. *Informational power* sedikit mirip dengan *expert power*, tetapi lebih sederhana dan terbatas pada pemberian informasi baik langsung maupun tidak langsung. *Affective power* adalah kekuatan yang dimiliki didasarkan pada kasih sayang dan perhatian pada orang lain, misalnya kekuatan ibu terhadap anaknya. *Tension management power* berkaitan dengan kekuatan yang dimiliki keluarga dalam mengelola tekanan dan konflik dalam keluarga.

Fungsi keluarga menurut teori ini adalah memenuhi kebutuhan psikologis anggota keluarga (fungsi afektif), sosialisasi di antara anggota keluarga, meneruskan keturunan, menyediakan kebutuhan ekonomi bagi anggota keluarga dan menjaga kesehatan anggota keluarga dengan memenuhi kebutuhan makanan, pakaian, dan kebutuhan lainnya untuk kesejahteraan keluarga.

## **2.3 Konsep Depresi**

### **2.3.1 Definisi Depresi**

Menurut Rice (1992), depresi adalah gangguan mood, kondisi emosional berkepanjangan yang mewarnai seluruh proses mental yang meliputi berpikir, berperasaan dan berperilaku seseorang. Pada umumnya mood yang secara dominan muncul adalah perasaan tidak berdaya dan kehilangan harapan (Hermana, 2001).

### **2.3.2 Penyebab Depresi**

Menurut Armansyah (2004), faktor penyebab depresi antara lain:

#### **1. Tipe kepribadian**

Individu yang tergantung hidupnya, tertutup (*introvert*), pasif, rendah harga dirinya, kritik berlebihan pada dirinya dan punya pola pikir cenderung negatif.

#### **2. Pengaruh lingkungan**

Rendahnya dukungan dari keluarga, sekolah dan lingkungan sosial, pekerjaan yang tidak kondusif, konflik, kehilangan orang yang dicintai dan peristiwa kehidupan menekan atau trauma.

#### **3. Fungsi biokimia**

Gangguan depresi dipengaruhi oleh ketidakseimbangan zat kimia di otak.



#### 4. Genetik

Depresi tidak bersifat bawaan, tetapi ada kecenderungan pada beberapa penderita, tipe depresi berkaitan dengan faktor biokimia yang bersifat bawaan.

Depresi juga bisa terjadi karena atau bersamaan dengan sejumlah penyakit atau kelainan fisik. Kelainan fisik bisa menyebabkan depresi baik secara langsung maupun tidak langsung.

1. Langsung, misalnya ketika penyakit tiroid menyebabkan berubahnya kadar hormon, yang bisa menyebabkan terjadinya depresi.
2. Tidak langsung, misalnya ketika penyakit rematoid arthritis menyebabkan nyeri dan cacat, yang bisa menyebabkan depresi.

Kelainan fisik yang dapat menyebabkan depresi:

1. Efek samping obat-obatan
2. Infeksi
3. Kelainan hormonal
4. Penyakit jaringan ikat
5. Kelainan neurologis
6. Kelainan gizi
7. Kanker

#### **2.3.3 Gejala Depresi**

Menurut Hermana (2001), gejala depresi dibedakan menjadi berikut:

##### 1. Gejala Fisik

Menurut beberapa ahli gejala yang terlihat ini menunjukkan seberapa besar dan luas depresi yang dialami oleh seseorang, diantaranya:

a) Gangguan pola tidur

Sulit, terlalu banyak, ataupun kurang tidur adalah tanda bahwa orang tertekan. Bangun di tengah malam atau dini hari kemudian tidak bisa tidur lagi adalah tanda yang sering terjadi.

b) Menurunnya tingkat aktivitas

Biasanya ditandai dengan kesenangan melakukan suatu hal yang pasif dan tidak terlalu melibatkan orang lain seperti nonton TV atau tidur.

c) Menurunnya efisiensi kerja

Menurunnya efisiensi kerja biasanya ditandai dengan hilangnya fokus terhadap pekerjaan atau pekerjaan sering tidak terselesaikan. Tanda yang umum adalah sering keluar kantor untuk merokok, minum kopi ataupun mengobrol terlalu lama lewat telpon.

d) Mudah merasa letih

Depresi adalah perasaan negatif yang tentu membebani pikiran dan tubuh seseorang, yang akan dipikirkan suka ataupun tidak, di mana saja dan kapan saja.

## 2. Gejala Psikis

Tanda-tanda gejala psikis meliputi:

- a) Kehilangan rasa percaya diri
- b) Sensitif
- c) Merasa diri tidak berguna
- d) Perasaan bersalah
- e) Perasaan terbebani

### 3. Gejala Sosial

Sifat orang yang mengalami depresi cenderung sensitif, sehingga akan mempengaruhi hubungannya dengan teman, rekan kerja ataupun atasan. Masalah ini bukan hanya berbentuk konflik tapi juga perasaan seperti minder, malu bila berada di komunitas tertentu dan merasa tidak nyaman berkomunikasi secara normal. Mereka merasa tidak mampu menjalin hubungan dengan komunitas meskipun ada kesempatan (Hermana, 2001).

#### 2.3.4 Tipe Depresi

Menurut Wahjudi (2007), tipe depresi dibedakan menjadi:

##### 1. Depresi ringan

Merupakan tipe depresi yang paling umum. Tipe ini berlangsung singkat dan tidak mempengaruhi aktivitas secara serius. Biasanya dicetuskan oleh berbagai peristiwa tidak menyenangkan yang menimbulkan frustrasi dan stres. Tindakan medis umumnya tidak diperlukan karena penderita biasanya hanya membutuhkan suasana baru.

##### 2. Depresi sedang

Depresi sedang ditandai dengan perasaan putus asa. Gejala yang timbul serupa dengan depresi ringan namun intensitasnya lebih kuat dan berlangsung lebih lama. Pencetusnya adalah peristiwa yang menekan seperti kehilangan orang yang dicintai, kehilangan pekerjaan, atau penurunan karir. Penderita masih sadar akan suasana hatinya yang tidak enak, namun tidak mampu mengatasinya. Aktivitas sehari-hari masih bisa dilakukan.

### 3. Depresi berat

Depresi berat ditandai dengan kehilangan minat dengan dunia luar dan perubahan perilaku yang serius dalam jangka lama, diikuti dengan penarikan diri dari kehidupan nyata dan muncul ide atau upaya bunuh diri. Di samping itu juga muncul delusi dan halusinasi. Penyebabnya adalah adanya ketidakseimbangan zat kimia di otak.

#### **2.3.5 Akibat Depresi**

Sudah banyak penelitian yang menyatakan bahwa depresi biasanya akan disertai dengan penyakit fisik, seperti asma, jantung koroner, sakit kepala dan gastritis. Menurut seorang ahli yang juga penulis buku, Phillip (1992), menurut Smet (1994), depresi akan meningkatkan resiko seseorang terserang penyakit karena kondisi depresi cenderung meningkatkan sirkulasi adrenalin dan kortisol sehingga menurunkan tingkat kekebalan tubuhnya. Selain itu, mudah terserang penyakit, karena orang yang terkena depresi sering kehilangan nafsu makan, pola makannya menjadi berubah, yaitu terlalu banyak makan atau sulit makan, kurang berolah raga, mudah lelah dan sulit tidur.

Ada pula kasus lain, dimana depresi tidak menyebabkan penyakit, tetapi justru penyakit berkepanjangan yang tidak kunjung sembuh justru akhirnya menyebabkan penderitanya merasa depresi. Contoh kasus adalah depresi yang dialami penderita kanker, asma, sakit punggung yang biasanya berlangsung bertahun-tahun.

Selain penurunan daya tahan tubuh, depresi dipandang cukup berbahaya bagi kesehatan psikis dan fisik karena bisa menyebabkan penurunan fungsi kognitif, emosi dan produktivitas pada individu yang mengalami depresi. Dampak

dari depresi yang dialami oleh satu orang akan mempengaruhi keseimbangan dari lingkungannya.

### **2.3.6 Pengobatan Depresi**

Menurut Armansyah (2004), pada saat ini pengobatan depresi tidak memerlukan perawatan di rumah sakit. Penderita yang harus dirawat di rumah sakit adalah penderita yang memiliki kecenderungan bunuh diri atau merencanakan tindakan bunuh diri, terlalu lemah karena berat badannya turun, dan memiliki resiko terjadinya kelainan jantung karena penderita sangat gelisah.

Pemberian obat-obatan merupakan langkah utama dalam mengobati depresi sekarang ini. Pengobatan lainnya adalah psikoterapi dan terapi elektrokonvulsif. Kadang digunakan kombinasi dari ketiga terapi tersebut.

#### **1. Obat-obatan**

Tersedia beberapa jenis obat-obatan yang harus diminum secara teratur minimal selama beberapa minggu sebelum obat mulai bekerja.

##### **a) Anti-depresi trisiklik.**

Anti-depresi trisiklik sering menimbulkan efek samping berupa mengantuk dan penambahan berat badan. Obat ini juga menyebabkan peningkatan denyut jantung, penurunan tekanan darah ketika penderita berdiri, pandangan kabur, mulut kering, linglung, sembelit, kesulitan untuk memulai berkemih dan orgasme yang tertunda. Efek ini disebut efek antikolinergik, yang lebih sering terjadi pada usia lanjut.

##### **b) *Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs)***

Efek sampingnya lebih sedikit dan biasanya lebih aman digunakan pada penderita depresi yang disertai kelainan jiwa. Efek samping yang terjadi berupa

mual, diare dan sakit kepala; yang sifatnya ringan dan akan segera menghilang jika pemakaian obat dilanjutkan. Kerugian utama dari SSRI adalah sering menyebabkan kelainan fungsi seksual.

c) *Monoamine oxidase inhibitors (MAOIs)*

Penderita yang meminum obat golongan MAOIs harus menjalani sejumlah pengaturan diet dan larangan tertentu. Mereka sebaiknya tidak mengonsumsi makanan atau minuman yang mengandung tiramin, misalnya bir, anggur merah termasuk sherry, kopi manis, makanan yang terlalu matang, salami, keju tua, ekstrak jamur dan kecap. Mereka harus menghindari obat-obatan seperti fenilpropanolamin dan dekstrometorfan, yang menyebabkan pelepasan adrenalin dan menyebabkan peningkatan tekanan darah yang hebat secara tiba-tiba. Obat lainnya yang juga harus dihindari adalah anti-depresi trisiklik, SSRI dan meperidin atau pereda nyeri.

Penderita yang meminum MAOIs biasanya diharuskan membawa obat penawar (misalnya klorpromazin atau nifedipin) setiap saat. Jika timbul nyeri kepala berdenyut dan hebat, maka obat penawar ini harus diminum dan segera pergi ke rumah sakit terdekat. MAOIs jarang digunakan karena menimbulkan kesulitan dalam pembatasan diet dan larangan tertentu, sehingga hanya diberikan kepada penderita yang tidak menunjukkan perbaikan dengan anti-depresi lainnya.

d) *Psikostimulan*

Contoh dari Psikostimulan adalah metilfenidat, yang biasanya diberikan kepada penderita yang menarik diri, tenang dan mengalami kelelahan atau penderita yang tidak menunjukkan perbaikan pada pemberian obat anti-depresi lainnya. Psikostimulan cenderung bekerja dengan cepat (dalam 1 hari), sehingga

kadang diberikan kepada penderita depresi usia lanjut yang baru menjalani pembedahan atau menderita penyakit yang berkepanjangan.

## 2. Psikoterapi

Psikoterapi yang dijalankan bersamaan dengan pemberian anti-depresi memberikan hasil yang lebih baik. Psikoterapi individual maupun kelompok bisa membantu penderita secara bertahap untuk memulai kembali tanggung jawabnya yang dahulu dan menyesuaikan diri dengan tekanan kehidupan yang normal. Pada psikoterapi interpersonal, penderita menerima dukungan sosial untuk menyesuaikan diri dengan perubahan dalam hidupnya.

Terapi kognitif bisa membantu merubah pikiran negatif dan rasa putus asa. Untuk depresi yang lebih ringan, psikoterapi saja bisa sama efektifnya dengan terapi obat-obatan.

## 3. Terapi Elektrokonvulsif

Terapi elektrokonvulsif (ECT) digunakan untuk mengatasi depresi berat, terutama pada:

- a) Penderita psikotik
- b) Penderita yang mengancam akan melakukan bunuh diri
- c) Penderita yang tidak mau makan.

Terapi ini biasanya sangat efektif dan bisa segera meringankan depresi. Elektroda dipasang di kepala dan aliran listrik diberikan untuk merangsang kejang di dalam otak. Untuk alasan yang tidak dimengerti, kejang ini menyebabkan berkurangnya depresi. Pengobatan dilakukan sebanyak 5-7 kali. Aliran listrik bisa menyebabkan kontraksi otot dan nyeri, sehingga penderita dibius total selama pengobatan. ECT bisa menyebabkan hilangnya ingatan untuk sementara waktu.

### 2.3.7 Prognosis

Pada kasus yang tidak mendapat terapi, depresi bisa berlangsung sampai 6 bulan atau lebih. Gejala yang ringan bisa menetap, tetapi fungsi penderita cenderung kembali normal. Sebagian besar penderita mengalami episode depresi berulang, sekitar 4-5 kali sepanjang hidupnya (Armansyah, 2004).

### 2.3.8 Alat Ukur Tingkat Depresi

Alat ukur untuk mengkaji tingkat depresi yaitu *geriatric depression scale short form* berupa kuisisioner yang berisi 15 pertanyaan tertutup yang mengungkapkan ciri-ciri depresi, klien hanya akan mendapat nilai satu pada masing-masing pertanyaan apabila klien menjawab sesuai dengan kunci jawaban.

GDS memiliki sensitivitas 92% dan kekhususan 89% ketika dievaluasi terhadap kriteria diagnostik. validitas dan reliabilitas dari alat ini telah didukung baik melalui praktek klinis dan penelitian. (Syaikh & Yesavage, 1986).

Dari total jumlah nilai yang diperoleh dapat digolongkan tingkat depresi sebagai berikut:

1. Nilai 0-5 : Normal
2. Nilai 6-10 : Pre Depresi
3. Nilai >10 : Depresi

**Tabel 2.1 Kuesioner *Geriatric depression scale (short form)***

No	Pertanyaan	jawaban
1	Apakah anda puas dengan kehidupan anda?	Tdk
2	Apakah saat ini anda sudah kehilangan banyak aktivitas dan minat-minat anda?	Ya
3	Apakah anda merasa hidup anda kosong?	Ya
4	Apakah anda sering merasa bosan?	Ya
5	Apakah anda masih selalu bersemangat?	Tdk
6	Apakah anda takut bahwa suatu hal yang buruk akan menimpa anda?	Ya
7	Apakah anda merasa gembira dalam sebagian besar waktu anda?	Tdk
8	Apakah anda sering merasa tidak ada yang bisa membantu?	Ya



No	Pertanyaan	Jawaban
9	Apakah anda lebih suka tinggal di rumah, daripada keluar dan mengerjakan sesuatu hal yang baru?	Ya
10	Apakah anda berpikir bahwa anda mengalami gangguan ingatan lebih parah daripada orang lain?	Ya
11	Apakah anda berpikir bahwa tetap hidup saat ini merupakan hal yang sangat menyenangkan?	Tdk
12	Apakah anda berpikir bahwa saat ini anda benar-benar tidak berharga?	Ya
13	Apakah anda merasa diri anda penuh energi?	Tdk
14	Apakah anda merasa bahwa keadaan anda saat ini sudah tidak ada harapan?	Ya
15	Apakah anda berpikir bahwa sebagian besar orang lebih baik daripada diri anda sendiri?	Ya

Sumber: *Yesavage*. (1986)

## 2.4 Konsep Lansia

### 2.4.1 Definisi Menua

Menua (=menjadi tua = *aging*) adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan-perlahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri/mengganti diri dan mempertahankan struktur dan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap jejas (termasuk infeksi) dan memperbaiki kerusakan yang diderita (Abraham, 1997).

Dengan begitu manusia secara progresif akan kehilangan daya tahan terhadap infeksi dan akan menumpuk makin banyak distorsi metabolik dan struktural yang disebut sebagai penyakit degeneratif (seperti hipertensi, arterosklerosis, diabetes militus dan kanker) yang akan menyebabkan kita menghadapi akhir hidup dengan episode terminal yang dramatik seperti stroke, infark miokard, koma asidotik, metastasis kanker (Abraham, 1997).

Proses menua merupakan proses yang terus-menerus (berlanjut) secara alamiah. Dimulai sejak lahir dan umumnya dialami oleh semua makhluk hidup. Proses menua setiap individu pada organ tubuh mempunyai kecepatan yang tidak

sama. Lanjut usia bukan merupakan suatu penyakit, melainkan suatu tahap hidupan hidup manusia. Bagi sebagian orang peristiwa ini dapat menjadi periode yang begitu menekan. Reaksi antara kaum pria dan wanita sangat berbeda. Perempuan mengalami lebih banyak pemenuhan dan kebahagiaan. ia lebih jarang mengalami kebosanan dan kesepian. Perempuan justru lebih positif mengenai diri dan masa depannya (Goliszek, 2005).

#### **2.4.2 Kategori Lansia**

Menurut WHO pembagian kategori lansia berdasarkan usia meliputi:

1. 45 – 59 thn : Usia pertengahan (*middle age*)
2. 60 – 74 thn : Lanjut usia awal (*elderly*)
3. 75 – 90 thn : Lanjut usia tua (*old*)
4. > 90 thn : Usia sangat tua (*very old*)

Menurut Undang-Undang Kesehatan RI nomor 13 tahun 1998, Lansia adalah seseorang yang mencapai usia 60 tahun ke atas.

#### **2.4.3 Pengertian Lansia**

Lansia adalah orang yang berusia diatas 60 tahun yang mengalami proses menua. Proses menua (*aging*) adalah proses alami yang disertai adanya penurunan kondisi fisik, psikologis maupun sosial yang saling berinteraksi satu sama lain. Keadaan itu cenderung berpotensi menimbulkan masalah kesehatan secara umum maupun kesehatan jiwa secara khusus pada lansia (Depkes.RI, 1992)

#### **2.4.4 Masalah Kesehatan Lansia**

Menurut Zainuddin (2002), ada beberapa faktor yang sangat berpengaruh terhadap kesehatan jiwa lansia. Faktor-faktor yang dihadapi para lansia dan sangat mempengaruhi kesehatan jiwa mereka, diantaranya adalah:

## 1. Penurunan kondisi fisik lansia

Setelah seseorang memasuki masa lansia umumnya mulai dirasakan adanya kondisi fisik yang bersifat patologis berganda (*multiple pathology*), misalnya tenaga berkurang, energi menurun, kulit makin keriput, gigi makin rontok, tulang makin rapuh, dan sebagainya. Secara umum kondisi fisik seseorang yang sudah memasuki masa lansia mengalami penurunan secara berlipat ganda. Hal ini semua dapat menimbulkan gangguan atau kelainan fungsi fisik, psikologik maupun sosial, yang selanjutnya dapat menyebabkan suatu keadaan ketergantungan kepada orang lain. Dalam kehidupan lansia agar dapat tetap menjaga kondisi fisik yang sehat, maka perlu menyelaraskan kebutuhan-kebutuhan fisik dengan kondisi psikologik maupun sosial, sehingga diupayakan harus ada usaha untuk mengurangi kegiatan yang bersifat memberatkan terhadap keadaan fisiknya. Seorang lansia harus mampu mengatur cara hidupnya dengan baik, misalnya makan, tidur, istirahat dan bekerja secara seimbang (Zainuddin, 2002).

## 2. Penurunan fungsi dan potensi seksual

Penurunan fungsi dan potensi seksual pada lanjut usia sering kali berhubungan dengan berbagai gangguan fisik seperti:

- 1) Gangguan jantung
- 2) Gangguan metabolisme, misalnya Diabetes Millitus
- 3) Vaginitis
- 4) Kondisi setelah operasi : misalnya Prostatektomi
- 5) Kekurangan gizi, karena pencernaan kurang sempurna atau nafsu makan kurang

- 6) Penggunaan obat-obat tertentu, seperti antihipertensi, golongan steroid, tranquilizer
- 7) Faktor psikologis yang menyertai lansia
- 8) Rasa tabu atau malu bila mempertahankan kehidupan seksual pada lansia
- 9) Sikap keluarga dan masyarakat yang kurang menunjang serta diperkuat oleh tradisi dan budaya
- 10) Kelelahan atau kebosanan karena kurang variasi dalam kehidupannya
- 11) Pasangan hidup telah meninggal
- 12) Disfungsi seksual karena perubahan hormonal atau cemas, depresi dan pikun

### 3. Perubahan aspek psikososial

Pada umumnya setelah orang memasuki lansia maka ia mengalami penurunan fungsi kognitif dan psikomotor. Fungsi kognitif meliputi proses belajar, persepsi, pemahaman, pengertian, perhatian dan lain-lain sehingga menyebabkan reaksi dan perilaku lansia menjadi makin lambat. Sementara fungsi psikomotorik (*konatif*) meliputi hal-hal yang berhubungan dengan dorongan kehendak seperti gerakan, tindakan, koordinasi, yang berakibat bahwa lansia menjadi kurang cekatan. Dengan adanya penurunan kedua fungsi tersebut, lansia juga mengalami perubahan aspek psikososial yang berkaitan dengan keadaan kepribadian lansia. Beberapa perubahan tersebut dapat dibedakan berdasarkan 5 tipe kepribadian lansia sebagai berikut: (Zainuddin, 2002).

- 1) Tipe Kepribadian Konstruktif (*Construction personality*), biasanya tipe ini tidak banyak mengalami gejala, tenang dan mantap sampai sangat tua.



**BAB 3**

**KERANGKA KONSEPTUAL  
DAN HIPOTESIS**



Dari gambar di atas terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya depresi, diantaranya adalah faktor lingkungan, yang dimaksud faktor lingkungan disini adalah beberapa hal yang dapat menimbulkan stresor bagi lansia, sehingga diupayakan bagaimana menurunkan stresor yang terjadi pada lansia yang tinggal di panti. Untuk mengetahui hal tersebut maka diperlukan pengetahuan tentang bagaimana dukungan dari teman, petugas, dan tentunya keluarga. Dukungan keluarga terhadap lansia yang tinggal di panti dapat berupa dukungan emosional, penghargaan, instrumen, dan informatif. Dukungan keluarga yang dimaksud dalam penelitian ini adalah dukungan emosional yang berupa perhatian keluarga terhadap lansia yang tinggal di Panti Werdha yang berupa kuantitas kunjungan keluarga ke panti, di mana kunjungan keluarga merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi kejadian depresi. Dari uraian di atas, peneliti ingin menganalisis bagaimana keadaan depresi pada lansia yang sering dikunjungi keluarga dan yang jarang dikunjungi keluarganya dengan intensitas tertentu.

### **3.2 Hipotesis Penelitian**

H1: Terdapat hubungan antara dukungan sosial keluarga (kunjungan keluarga) dengan depresi pada lansia yang tinggal di Panti Werdha Hargo Dedali Surabaya.



**BAB 4**  
**METODE PENELITIAN**



## BAB 4

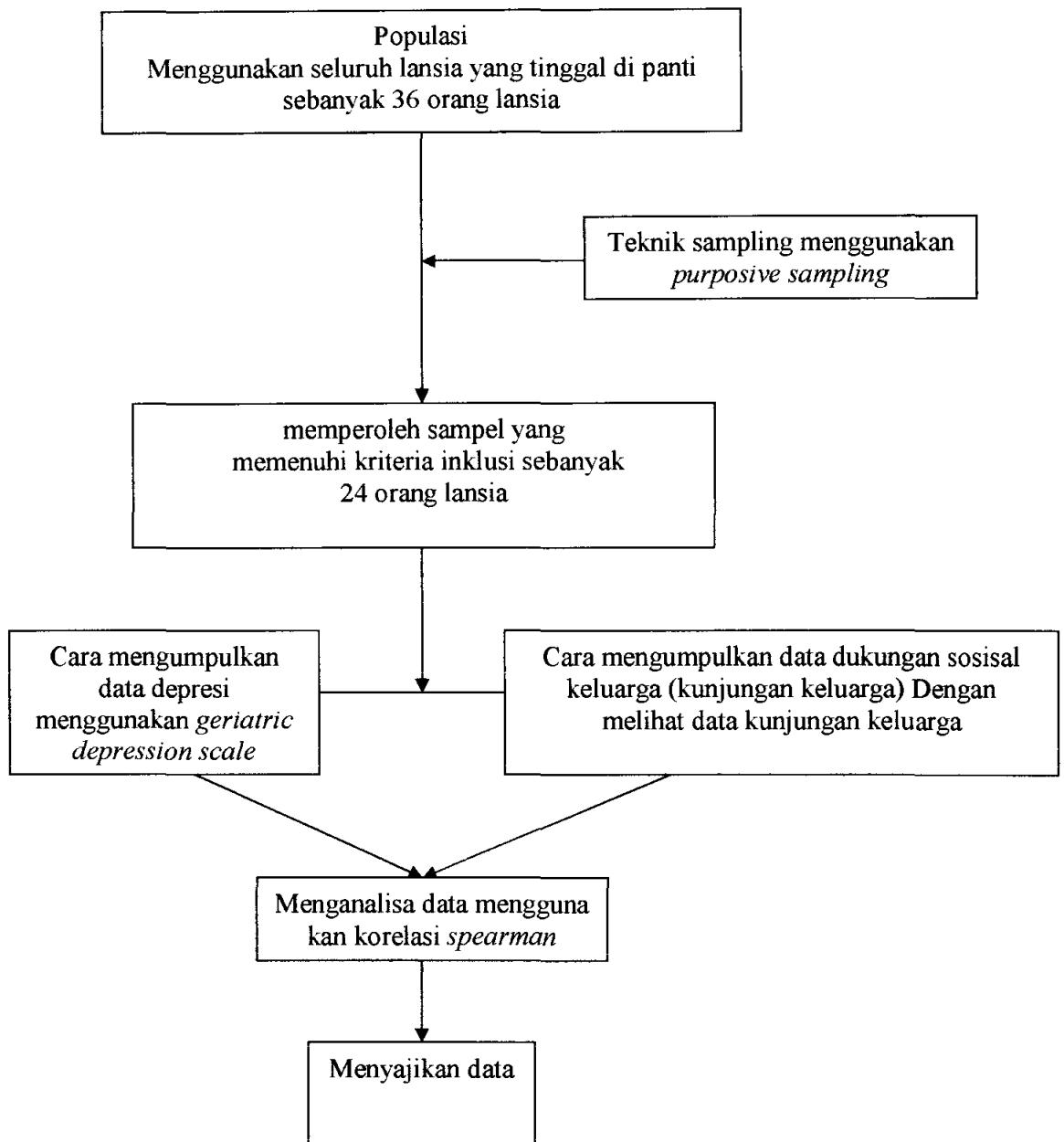
### METODE PENELITIAN

Dalam bab ini akan dijabarkan lebih jelas tentang metode penelitian yang akan dilakukan, yang meliputi: desain penelitian, kerangka kerja, populasi, sampel, sampling, identifikasi variabel, definisi operasional, pengolahan data, dan masalah etik dan keterbatasan.

#### 4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian adalah seluruh dari perencanaan untuk menjawab pertanyaan penelitian dan mengantisipasi beberapa kesulitan yang mungkin timbul selama proses penelitian. Berdasar tujuan penelitian jenis desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah *cross sectional* untuk mempelajari dinamika korelasi antara dukungan sosial keluarga (kunjungan keluarga) dan depresi pada lansia, dengan cara pendekatan, observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat (*point time approach*). Hal ini berarti bahwa setiap subyek penelitian hanya diobservasi sekali saja dan pengukuran dilakukan terhadap status karakter atau variabel subyek pada saat pemeriksaan. Hal ini tidak berarti bahwa semua subyek penelitian diamati pada waktu yang sama (Notoatmodjo, 2002).

## 4.2 Kerangka Kerja



Gambar 4.1 Kerangka kerja penelitian hubungan dukungan sosial keluarga (kunjungan keluarga ke panti) dengan depresi pada lansia.

### 4.3 Populasi, Sampel, Besar Sampel, dan Sampling

#### 4.3.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan dari suatu variabel yang menyangkut masalah yang diteliti. Variabel tersebut bisa berupa orang, kejadian, perilaku atau sesuatu lain yang akan dilakukan penelitian (Pariani dan Nursalam, 2001). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh lanjut usia yang tinggal di Panti Werdha Hargo Dedali Surabaya sebanyak 36 orang lansia, dan setelah dimasukkan kriteria inklusi dan eksklusi diperoleh populasi terjangkau sebanyak 26 orang lansia.

#### 4.3.2 Sampel

Yang dimaksud dengan sampel adalah bagian dari populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subjek penelitian melalui sampling. Dalam penelitian umumnya tidak menggunakan seluruh obyek sebagai penelitian (Nursalam, 2001). Besar sampel dalam penelitian ini diperoleh dengan memasukkan jumlah populasi terjangkau kedalam rumus:  $n = \frac{N}{1 + N(a^2)}$  dan didapatkan sampel sebanyak 24 orang lansia.

##### 1. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik yang dapat dimasukkan atau layak diteliti dalam penelitian ini, yaitu:

- 1) Lansia yang memiliki keluarga
- 2) Lansia yang bersedia untuk diteliti.
- 3) Lansia yang dapat diajak berkomunikasi.

## 2. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah karakteristik sampel yang tidak dapat dimasukkan atau tidak layak untuk diteliti, yaitu:

- 1) Lansia yang tidak berada di tempat penelitian pada waktu penelitian.
- 2) Lansia yang telah menderita depresi sebelum masuk panti.

### 4.3.3 Sampling

Pada penelitian ini cara pengambilan sampel dilakukan dengan *nonprobability sampling* yaitu dengan *purposive sampling* yang berarti memilih sampel diantara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti (tujuan/masalah dalam penelitian) sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang telah dikenal sebelumnya (Nursalam, 2003).

## 4.4 Identifikasi Variabel

Variabel adalah ukuran atau ciri yang dimiliki oleh anggota-anggota suatu kelompok yang berbeda dengan yang dimiliki oleh kelompok yang lain (Notoatmodjo, 2002). Dalam penelitian ini terdapat dua variabel, variabel bebas dan terikat.

### 4.4.1 Variabel bebas (*independent variable*)

Variabel bebas adalah variabel yang dimanipulasi, diamati, dan diukur untuk diketahui hubungannya (pengaruhnya) dengan variabel lain (Pariani dan Nursalam, 2001). Dalam penelitian ini variabel yang dimaksud adalah dukungan sosial keluarga (kunjungan keluarga).

#### 4.4.2 Variabel terikat (*dependent variable*)

Variabel terikat adalah variabel respons atau *output* yang muncul akibat dari manipulasi suatu variabel (Pariani dan Nursalam, 2001). Yang dimaksud variable terikat dalam penelitian ini adalah tingkat depresi lansia.

#### 4.5 Definisi Operasional Variabel

**Table 4.1** Definisi operasional penelitian hubungan dukungan sosial keluarga (kunjungan keluarga ke panti) dan tingkat depresi pada lanjut usia di panti werdha.

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
Bebas: Dukungan sosial keluarga (kunjungan keluarga)	Jumlah kunjungan keluarga merupakan bagian dari dukungan emosional yang mempengaruhi kejadian depresi.	Jumlah kunjungan keluarga dalam satu bulan	Data kunjungan keluarga	Ordinal	Kunjungan • Tidak pernah  • 1 kali/ bln  • 2 kali/ bln  • 3 kali/ bln  • 4 kali/ bln
Tergantung Tingkat depresi lansia	Pernyataan secara verbal mengenai perasaan tidak berdaya dan kehilangan harapan.	Tingkat Depresi meliputi: 1. Kekuatiran somatis 2. Penurunan afek 3. Gangguan kognitif 4. Kurang orientasi masa datang 5. Kurang harga diri	<i>Geriatric Depression scale (short form)</i>	Ordinal	Katagori: 0-5: Normal  6-10: Pra Depresi  >10:Depresi

## **4.6 Pengumpulan dan Analisa Data**

### **4.6.1 Instrumen**

Pengumpulan data dilakukan dengan cara observasi dan wawancara terstruktur. Instrumen yang digunakan adalah:

1. Data jumlah kunjungan keluarga diperoleh melalui observasi pada data kunjungan keluarga yang terdapat di panti, dan menanyakan langsung pada responden.
2. Kuesioner untuk menilai status depresi lansia diperoleh dengan wawancara menggunakan *geriatric depression scale (short form)* yang berisi 15 pertanyaan tertutup (*closed ended dichotomy question*) dengan jawaban “ya” atau “tidak”.

### **4.6.2 Lokasi dan Waktu penelitian**

Penelitian ini dilakukan di Panti Werdha Hargo Dedali Surabaya pada tanggal 14-15 Januari 2009.

### **4.6.3 Prosedur**

Langkah awal dari proses penelitian ini adalah, pertama peneliti mencatat identitas dari masing-masing lansia yang memenuhi kriteria inklusi untuk dijadikan sebagai responden, selanjutnya lansia yang memenuhi kriteria sebagai responden dikelompokkan berdasarkan jumlah kunjungan keluarga dari masing-masing lansia kedalam kriteria yang telah ditentukan yaitu tidak pernah, 1 kali/bulan, 2 kali/ bulan, 3kali/ bulan, dan 4 kali/ bulan dengan cara, setelah itu peneliti melakukan pendekatan satu-persatu kepada responden untuk mendapatkan persetujuan dari responden sebagai sampel penelitian, yang terlebih dahulu peneliti menjelaskan maksud dan tujuan dari penelitian yang akan dilakukan.

Setelah responden bersedia, peneliti mengajukan pertanyaan kepada responden sesuai dengan isi dari kuisioner, setelah didapatkan data mengenai setatus depresi pada masing-masing sampel, kemudian data kunjungan dan data setatus depresi dianalisis menggunakan korelasi *Spearman*.

#### 4.6.4 Cara Analisis Data

Klien di kelompokkan berdasarkan jumlah kunjungan keluarga dalam satu bulan, melalui observasi daftar kunjungan keluarga, dari data yang diperoleh kemudian diklasifikasikan menjadi: tidak pernah, 1 kali, 2 kali, 3 kali, dan 4 kali dalam sebulan

Untuk variabel tingkat depresi, nilai ditentukan oleh jawaban pilihan klien. Nilai akhir dari tingkat depresi diperoleh dengan cara menjumlahkan perolehan nilai. Kemudian dikelompokkan sebagai berikut:

Nilai 0-5 : Normal

Nilai 6-10: Pra Depresi

Nilai >10 : Depresi

Setelah data terkumpul sesuai tujuan penelitian maka dilanjutkan dengan menganalisis hubungan dukunagan sosial keluarga (kunjungan keluarga) dan tingkat depresi pada lansia, maka untuk mendapatkan korelasi antara variabel yang dipakai adalah rumus dari analisa korelasi spearman.

$$\text{Rumus: } r_s = \frac{\frac{(n^3-n)}{6} - \sum \frac{(t^3-t)}{12} - \sum \frac{(y^3-y)}{12} - \sum d_i^2}{2 \cdot \sqrt{[\frac{(n^3-n)}{12} - \sum \frac{(t^3-t)}{12}][\frac{(n^3-n)}{12} - \sum \frac{(y^3-y)}{12}]}}$$

Keterangan:

- $r_s$  = koefisien korelasi dari Spearman
- $t_i$  = 'ties' dari variabel 1

- $t_j$  = 'ties' dari variabel 2
- $d_i$  = 'difference' atau selisih 'rank' antara 2 variabel
- $n$  = Besar sampel

Apabila dari perhitungan ternyata harga  $r_s$  hitung lebih besar dari  $r_s$  tabel maka dinyatakan  $H_0$  di tolak.

## **4.7 Masalah Etika**

### **4.7.1 Lembar Persetujuan Menjadi Responden**

Sebelum memberikan *informed consent* peneliti menjelaskan terlebih dahulu tentang kegiatan, tujuan, dan dampak terhadap responden. Sebagai persetujuan responden yang bersedia untuk diteliti dengan memberi tanda tangan, jika subyek menolak maka peneliti tidak akan memaksa.

### **4.7.2 Anonimity (tanpa nama)**

Untuk menjaga kerahasiaan identitas subyek, maka peneliti tidak akan mencantumkan nama subyek tetapi memberi kode nomor pada lembar kuisioner

### **4.7.3 Confidentiality (kerahasiaan)**

Kerahasiaan identitas dan informasi yang diberikan oleh subyek dijamin oleh peneliti.

## **4.8 Keterbatasan**

1. Penelitian ini hanya menilai aspek kuantitas dari dukungan sosial yang berupa kunjungan keluarga, tanpa mengkaji aspek kualitas dari dukungan sosial yang diterima oleh masing-masing responden.
2. Peneliti mengkriterikan sendiri data kunjungan berdasarkan jumlah kunjungan maksimal dan minimal yang berada di panti, dikarenakan peneliti belum menemukan teori yang mendasari tentang hal ini.



3. Kurangnya pengalaman peneliti dalam melakukan penelitian dan kemampuan pengumpulan data yaitu dalam wawancara dengan lansia yang dapat mempengaruhi hasil penelitian.

**BAB 5**

**HASIL DAN PEMBAHASAN**

## **BAB 5**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

Pada bab ini akan ditampilkan hasil dan pembahasan penelitian tentang Hubungan dukungan sosial keluarga (kunjungan keluarga) dengan depresi lansia yang tinggal di Panti Werdha Hargo Dedali Surabaya.

#### **5.1 Hasil Penelitian**

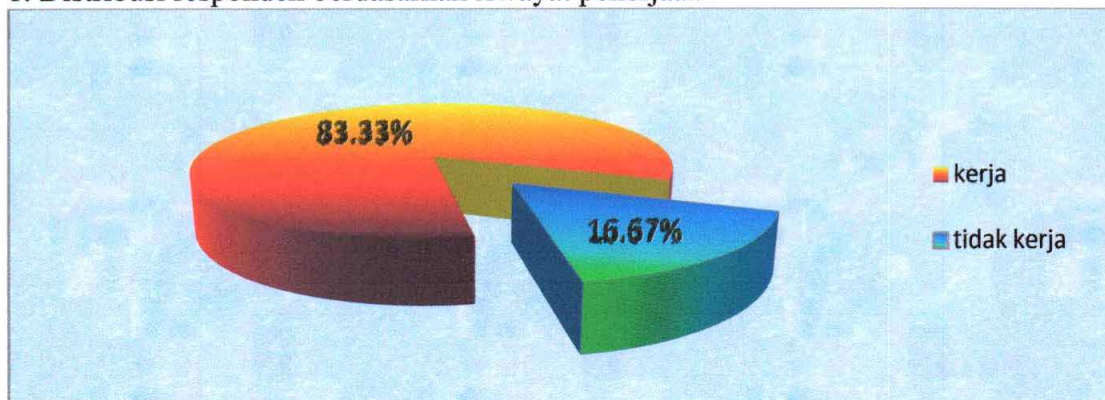
##### **5.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian**

Panti Werdha Hargo Dedali merupakan Panti Werdha swasta milik Yayasan Horgo Dedali (Wanita Pejuang Angkatan 45). Saat ini Panti Werdha Hargo Dedali ditempati 36 orang lansia yang seluruhnya adalah wanita. Sekitar 85% lebih lansia yang tinggal di sana masih memiliki keluarga. Setiap dua bulan ada petugas Puskesmas Semolo yang berkunjung ke panti untuk melakukan pemeriksaan kesehatan lansia, namun pemeriksaan kesehatan yang dilakukan hanya berkaitan dengan aspek fisik saja belum mencakup aspek psikologi. Selama ini kegiatan rutin yang diberikan oleh pengelola panti untuk mengisi waktu luang lansia adalah dengan memberikan siraman rohani dan senam lansia, selebihnya digunakan lansia untuk melakukan kegiatan pribadinya seperti belanja ke pasar, pergi kerumah saudara, dan bagi lansia yang tidak memiliki uang atau tidak kuat untuk berjalan jauh waktunya dihabiskan didalam panti dengan duduk-duduk di teras kadang sambil mengobrol dengan lansia yang lain.



## 5.1.2 Karakteristik demografi responden

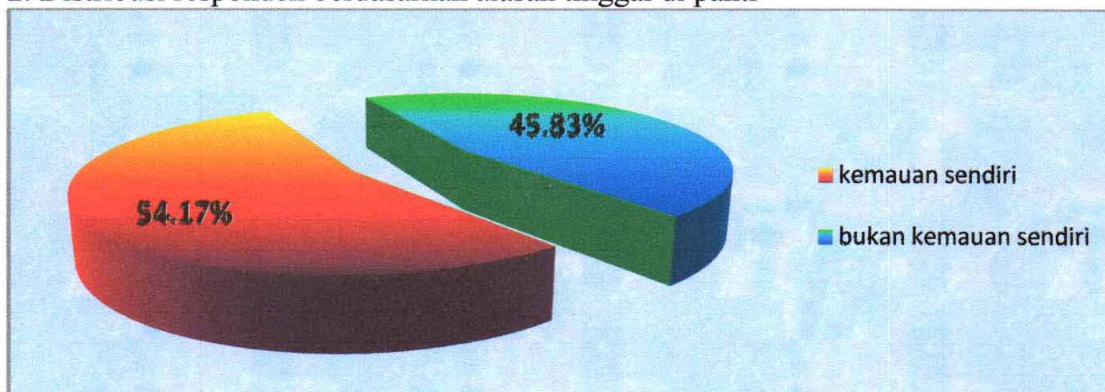
### 1. Distribusi responden berdasarkan riwayat pekerjaan



Gambar 5.1 Distribusi responden berdasarkan riwayat pekerjaan di Panti Werdha Hargo Dedali Surabaya, 14-15 Januari 2009

Dari gambar 5.1 di atas menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki riwayat pernah bekerja yaitu sebanyak 83,33% (20 orang) dan yang lain sebanyak 16,67% (4 orang) memiliki riwayat tidak bekerja. Berhenti dari pekerjaan merupakan salah satu bentuk stressor yang digolongkan kedalam pengaruh lingkungan, yang juga dapat mempengaruhi kejadian depresi (Armansyah, 2004).

### 2. Distribusi responden berdasarkan alasan tinggal di panti

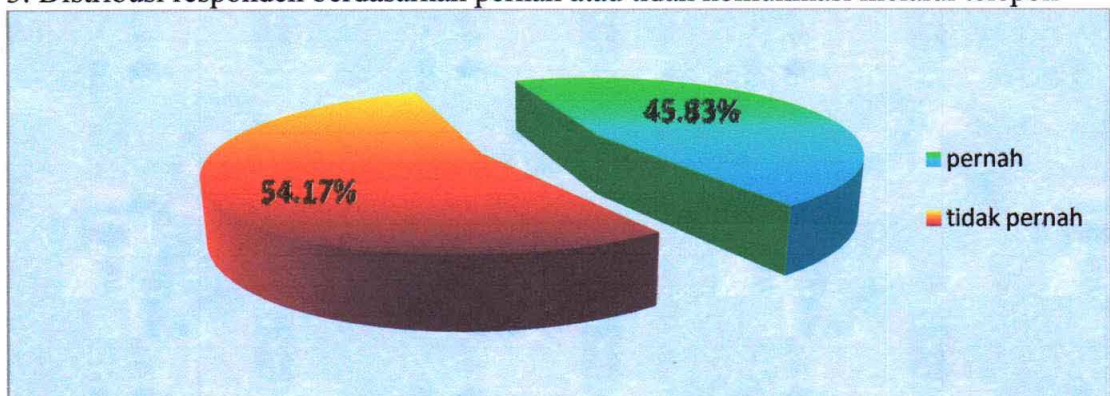


Gambar 5.2 Distribusi responden berdasarkan alasan tinggal di Panti Werdha Hargo Dedali Surabaya, 14-15 Januari 2009

Dari gambar 5.2 di atas menunjukkan bahwa lebih dari 50% responden memiliki riwayat tinggal di panti atas kemauan sendiri yaitu sebanyak 54,17% (13

orang) dan yang lain sebanyak 45,83% (11 orang) mengatakan tinggal di panti bukan atas kemauan sendiri. pada umumnya lanjut usia mempersepsikan penempatan mereka di panti sebagai bentuk pengasingan dan pemisahan dari perasaan kehangatan yang terdapat dalam keluarga, apalagi lansia yang masih punya anak dengan kondisi hidup berkecukupan (Hermana, 2006).

### 3. Distribusi responden berdasarkan pernah atau tidak komunikasi melalui telepon



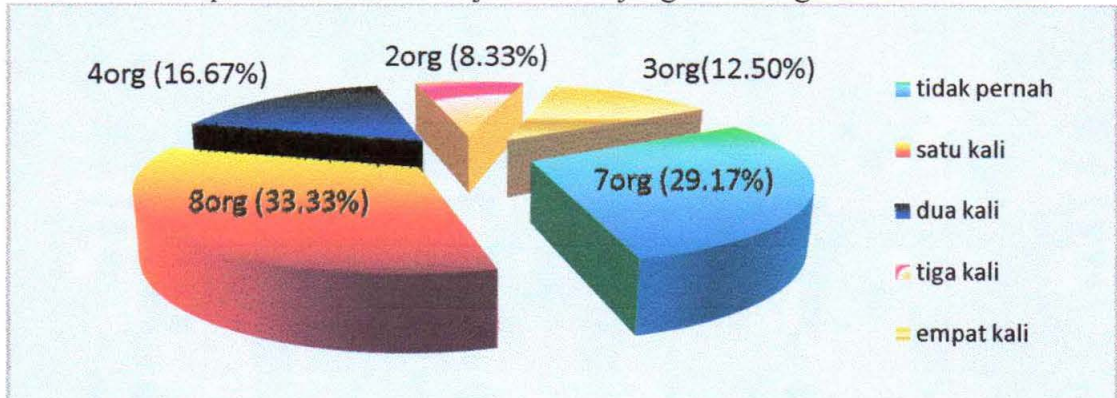
Gambar 5.3 Distribusi responden berdasarkan pernah atau tidak komunikasi melalui telepon di Panti Werdha Hargo Dedali Surabaya, 14-15 Januari 2009

Dari gambar 5.3 di atas menunjukkan bahwa lebih dari 50% responden tidak pernah berkomunikasi melalui telepon yaitu sebanyak 54,17% (13 orang) dan yang lain sebanyak 45,83% (11 orang) mengatakan pernah berkomunikasi melalui telepon. Dukungan sosial adalah informasi dari orang lain bahwa ia dicintai dan diperhatikan, memiliki harga diri dan dihargai, serta merupakan bagian dari jaringan komunikasi dan kewajiban bersama (Siegel dan Taylor, 1999).



### 5.1.3 Variabel yang diukur

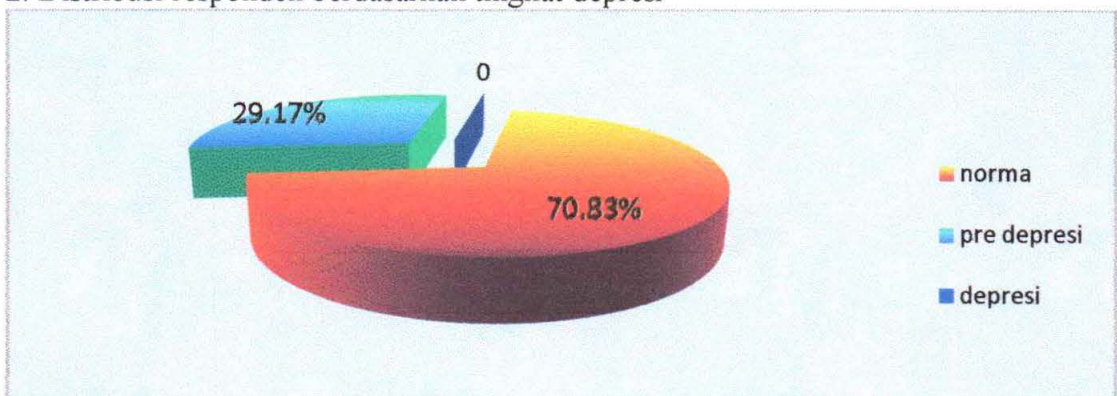
#### 1. Distribusi responden berdasarkan jumlah kunjungan keluarga dalam satu bulan



Gambar 5.4 Distribusi responden berdasarkan jumlah kunjungan keluarga dalam satu bulan di Panti Werdha Hargo Dedali Surabaya, 14-15 Januari 2009

Dari gambar 5.4 di atas menunjukkan lebih dari 30% responden dikunjungi keluarga sebanyak satu kali dalam satu bulan yaitu sebesar 33,33% (8 orang), 29,17% (7 orang) tidak mendapatkan kunjungan, 16,67% (4 orang) mendapatkan kunjungan sebanyak dua kali dalam satu bulan, 12,50% (3orang) mendapatkan kunjungan sebanyak empat kali dalam satu bulan, dan 8,33% (2 orang) mendapatkan kunjungan sebanyak tiga kali dalam satu bulan.

#### 2. Distribusi responden berdasarkan tingkat depresi



Gambar 5.5 Distribusi responden berdasarkan tingkat depresi di Panti Werdha Hargo Dedali Surabaya, 14-15 Januari 2009

Dari gambar 5.4 di atas menunjukkan bahwa sebagian besar responden berada dalam status normal yaitu sebanyak 70,83% (17 orang) dan lainnya sebanyak 29,17% (7 orang) mengalami pre depresi.

### 3. Hubungan jumlah kunjungan keluarga dalam satu bulan dengan status depresi lansia

Tabel 5.1 Distribusi responden berdasarkan jumlah kunjungan keluarga dalam satu bulan dengan status depresi pada lansia yang tinggal di Panti Werdha Hargo Dedali Surabaya, 14-15 Januari 2009

Kunjungan keluarga dalam satu bulan	Status depresi lansia			Total
	Normal	Pre depresi	Depresi	
Tidak pernah	3 12.5%	4 16.7%	0	7 29.2%
Satu kali	6 25%	2 8.3%	0	8 33.3%
Dua kali	4 16.7%	0	0	4 16.7%
Tiga kali	2 8.3%	0	0	2 8.3%
Empat kali	2 8.3%	1 4.2%	0	3 12.5%
Total	17 70.8%	7 29.2%	0	24 100%
Hasil uji statistic <i>Spearman's Rho</i> $\rho = 0.094$ n = 24				r=-0.350

Berdasarkan tabel 5.1 di atas menunjukkan bahwa pada responden yang tidak pernah dikunjungi dalam waktu satu bulan, 4 orang responden (16,7%) mengalami pre depresi. Responden dengan kunjungan satu kali dalam satu bulan, 6 orang responden (25%) tidak mengalami depresi atau normal. Responden dengan kunjungan dua kali dalam sebulan, 4 orang responden (16,7%) tidak mengalami depresi atau normal. Responden dengan kunjungan tiga kali dalam sebulan, 2 orang

responden (8.3%) tidak mengalami depresi atau normal. Responden dengan kunjungan empat kali dalam sebulan, 2 orang responden (8,3%) tidak mengalami depresi atau normal. Analisis menggunakan uji statistik *Spearman's Rho* diperoleh nilai  $\rho=0,094$  yang artinya  $H_1$  ditolak. Hal ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara jumlah kunjungan keluarga dengan status depresi pada lansia yang tinggal di Panti Werdha.

## **5.2 Pembahasan**

### **5.2.1 Dukungan sosial keluarga (kunjungan keluarga)**

Identifikasi kunjungan keluarga sebagai salah satu bentuk dukungan sosial keluarga, dari hasil penelitian didapatkan bahwa lebih dari 30% responden dikunjungi hanya 1 kali dalam satu bulan. Akan tetapi lebih dari 50% responden menyatakan pernah berkomunikasi dengan keluarga melalui telepon.

Dukungan sosial adalah informasi dari orang lain bahwa ia dicintai dan diperhatikan, memiliki harga diri dan dihargai, serta merupakan bagian dari jaringan komunikasi dan kewajiban bersama (Siegel dan Taylor, 1999). Sarafino (1990), membedakan dukungan sosial menjadi empat jenis atau dimensi, yaitu: dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan informatif, dan dukungan instrument, sedangkan kunjungan keluarga ke panti merupakan bagian dari dukungan emosional yang berupa perhatian dari keluarga.

Dukungan sosial keluarga (kunjungan keluarga) yang diberikan oleh masing-masing keluarga tentunya berbeda antara keluarga satu dengan keluarga yang lain, keadaan ini sedikit atau banyak akan berpengaruh pada persepsi lansia. Pada lansia yang mendapatkan kunjungan lebih sering tentunya akan terbangun persepsi bahwa



dirinya masih diakui keberadaannya dan terpenuhi pula kebutuhan dukungan emosionalnya, sebaliknya pada lansia yang lebih jarang dikunjungi oleh keluarganya, akan terbangun persepsi bahwa dirinya sudah tidak dibutuhkan. Keadaan ini yang mendasari pendapat bahwa kunjungan keluarga merupakan suatu bentuk dukungan yang bersifat perlu bagi penerimanya, tetapi pada hasil penelitian ada sebagian kecil dari responden yang tidak dikunjungi namun tiap bulannya selalu berkomunikasi melalui telepon dengan keluarganya, keadaan ini sebenarnya mempengaruhi dari hasil penelitian, sehingga keadaan tersebut perlu dikaji dan dicantumkan dalam penelitian ini.

### **5.2.2 Tingkat depresi lansia**

Berdasarkan gambar 5.4 di atas menunjukkan bahwa sebagian besar responden berada dalam status normal, hanya sebagian kecil saja lansia yang mengalami pre depresi, dan tidak ditemukan lansia yang mengalami depresi.

Menurut Nolen-Hoeksema (2001), menyatakan bahwa hanya sedikit lansia yang mengalami depresi. Ataupun jika mengalami, hanya dalam tingkat yang rendah, Sedikitnya jumlah lansia yang terdeteksi mengalami depresi dapat terjadi karena beberapa hal. Pertama, masyarakat umumnya memandang depresi sebagai suatu hal yang negatif. Hal ini membuat lansia cenderung tidak melaporkan keadaan depresi yang mereka alami (Cohen-Cole & Stoudemire, dikutip oleh Nolen-Hoeksema, 2001). Kedua, diagnosis depresi pada lansia sulit dilakukan karena gejala depresi seringkali bercampur dengan penyakit medis yang serius. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Klerman dan Weissman dalam (Nolen-Hoeksema, 2001) yang menyatakan bahwa gangguan depresi sering disertai dengan kesehatan fisik yang menurun. Pada

akhirnya banyak penderita depresi yang meninggal dunia sebelum mencapai usia tua. Faktor ketiga adalah hambatan kognitif yang dialami lansia seiring bertambahnya usia. Mengutip Robins & Regier, Nolen-Hoeksema (2001) menyatakan bahwa gejala-gejala hambatan kognitif pada tahap awal sulit dibedakan dengan gangguan depresi. Selanjutnya faktor keempat menampilkan pendapat yang lebih positif mengenai lansia, yakni seiring bertambahnya usia biasanya seseorang mengembangkan kemampuan mengatasi masalah, (*coping*) yang semakin sehat dan adaptif. Hal ini memungkinkan lansia justru semakin sehat mental.

Dari hasil penelitian dan teori yang mengemukakan tentang rendahnya angka kejadian depresi, dapat ditarik kesimpulan bahwa kejadian depresi pada lansia cukup jarang terjadi, keadaan ini sama seperti hasil penelitian yang dilakukan di Panti Werdha Hargo Dedali yang menyatakan bahwa tidak ada yang mengalami depresi, sebagian kecil berada pada tingkat pre depresi, dan sebagian besar dalam keadaan normal. Keadaan ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa banyak faktor yang mempengaruhi kejadian depresi, dan banyak faktor bias dalam menentukan diagnosa penyakit depresi.

### **5.2.3 Hubungan dukungan sosial keluarga (kunjungan keluarga) dengan depresi pada lansia**

Berdasarkan tabel 5.1 di atas menunjukkan bahwa pada tiap-tiap kriteria jumlah kunjungan yang diberikan oleh keluarga kepada lansia terhadap status depresi yang dialami oleh lansia tidak menunjukkan adanya hubungan yang kuat, keadaan ini dibuktikan dengan uji statistik *Spearman's Rho* yang di peroleh nilai  $\rho=0.094$  yang artinya  $H_1$  ditolak. Hal ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan

antara jumlah kunjungan keluarga dengan status depresi pada lansia yang tinggal di Panti Werdha,

Faktor penyebab depresi antara lain: Tipe kepribadian, pengaruh lingkungan, genetik, dan fungsi biokimia. Dukungan keluarga merupakan salah satu bagian dari pengaruh lingkungan yang juga mempengaruhi terhadap kejadian depresi (Armansyah, 2004). Dukungan sosial adalah informasi atau nasehat verbal dan atau non verbal, bantuan nyata, atau tindakan yang diberikan oleh keakraban sosial atau didapatkan karena kehadiran mereka dan mempunyai manfaat emosional atau perilaku bagi pihak penerima (Gothieb, 1994). Dukungan sosial dibedakan menjadi empat jenis atau dimensi, yaitu: dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan informatif, dan dukungan instrument. Kunjungan keluarga ke panti merupakan bagian dari dukungan emosional yang berupa perhatian dari keluarga (Sarafino, 1990)

Kunjungan keluarga merupakan bagian dari dukungan emosional dimana dukungan emosional merupakan salah satu bentuk dari dukungan sosial yang di jelaskan secara teori dapat mempengaruhi kejadian depresi, terutama pada orang-orang yang rentan terhadap serangan depresi. Seperti kita ketahui bahwa depresi merupakan gangguan *mood* yang disebabkan oleh banyak faktor yang mempengaruhi persepsi individu terhadap stresor, sehingga dalam penelitian ini hasil yang diperoleh bertolak belakang dengan teori yang ada. Pada kelompok lansia yang tidak mendapatkan kunjungan keluarga ditemukan hampir sebagian dari responden tidak mengalami depresi (normal), keadaan lansia yang tidak mengalami depresi atau normal meskipun tidak pernah mendapatkan kunjungan dari keluarganya dapat terjadi

mungkin dikarenakan ada faktor lain yang dapat meminimalkan kejadian depresi, misalnya: 1) keluarga yang jarang atau tidak pernah berkunjung ke panti namun selalu berkomunikasi dengan lansia melalui telepon, 2) Pilihan tinggal di panti yang merupakan keinginan lansia sendiri atau bukan dikarenakan paksaan dari keluarga, hal ini berarti bahwa secara tidak langsung lansia sudah siap dengan konsekuensi yang akan diterima yaitu berpisah dari keluarganya, 3) Responden atau lansia sudah merasa cukup mendapat perhatian dari orang-orang di sekelilingnya baik dari petugas panti maupun teman-teman lansia yang lain. Sedangkan pada kelompok lansia yang mendapatkan kunjungan 4 kali dalam satu bulan, di dapatkan 1 orang mengalami pre depresi, keadaan ini terjadi mungkin juga dikarenakan adanya faktor lain yang mempengaruhi, misalkan: 1) keadaan yang dialami lansia sekarang sangat berbeda dengan keadaan yang dahulu dijalannya, dari seorang yang aktif bekerja dan mempunyai penghasilan sendiri menjadi seorang yang menganggur dan tidak mempunyai pendapatan, 2) disebabkan karena riwayat tinggal dipanti bukan atas kemauan sendiri, sehingga lansia memiliki persepsi yang menganggap bahwa penempatan dirinya di panti merupakan suatu bentuk pengasingan dari keluarganya, atau faktor lain yang dalam penelitian ini belum sempat dikaji yaitu tentang kualitas dari kunjungan, misalkan kunjungan yang diberikan oleh keluarganya hanya sebatas kehadiran saja tanpa adanya kedekatan emosi, dukungan moral dan lain-lain yang merupakan aspek penting dalam dukungan sosial, sehingga kehadiran keluarga saja tanpa muatan aspek-aspek dukungan emosional, penghargaan, instrument, dan informatif akan dirasakan kurang berarti.



**BAB 6**

**SIMPULAN DAN SARAN**

## BAB 6

### KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini akan disajikan kesimpulan dan saran dari hasil penelitian tentang hubungan dukungan sosial keluarga (kunjungan keluarga) dengan depresi pada lansia yang tinggal di Panti Werdha Hargo Dedali Surabaya.

#### 6.1 Kesimpulan

Dari hasil penelitian dapat disimpulkan:

1. Dukungan sosial keluarga (kunjungan keluarga) ke Panti Werdha Hargo Dedali Surabaya sebagian besar dilakukan satu kali dalam satu bulan. Hal ini mungkin dipengaruhi oleh persepsi keluarga yang menganggap bahwa komunikasi melalui telepon sudah dapat menggantikan kunjungan ke panti.
2. Setelah dikaji menggunakan *geriatric depression scale* bentuk *short form* Sebagian besar penghuni Panti Werdha Hargo Dedali Surabaya dalam status normal, hanya sebagian kecil yang mengalami pre depresi, dan tidak ditemukan lansia yang mempunyai status depresi.
3. Berdasarkan hasil uji statistik antara dukungan sosial keluarga (kunjungan keluarga) dengan status depresi pada lansia diketahui bahwa dukungan sosial keluarga (kunjungan keluarga) tidak mempunyai hubungan yang signifikan dengan status depresi pada lansia, disebabkan banyak faktor lain yang mempengaruhi kejadian depresi pada lansia.

## 6.2 Saran

1. Kepala Panti Werdha Hargo Dedali perlu berkolaborasi dengan pihak dokter dan perawat dari Puskesmas Semolo untuk merencanakan pemeriksaan tanda dan gejala depresi pada lansia yang tinggal di Panti Werdha Hargo Dedali untuk mengetahui bagaimana status depresi lansia yang tinggal di Panti Werdha Hargo Dedali, dan memberikan penanganan dini pada lasia yang mengalami depresi agar tidak jatuh dalam status depresi yang lebih lanjut misalnya dengan maningkatkan intensitas dari pengajian, olahraga yang sebelumnya telah ada, terapi kenangan, senam otak dan lain-lain.



## DAFTAR PUSTAKA



**DAFTAR PUSTAKA**

- Abraham Charles (1997). *Psikologi Sosial Untuk Perawat*. Jakarta: EGC
- Alimul,H,Azis (2003). *Riset Keperawatan Dan Teknik Penulisan Ilmiah*. Jakarta: Salemba Medika.
- Arikunto Suharsini (1998).*Prosedur penelitian suatu pendekatan Praktik*. Jakarta:PT Rineka Cipta.
- Armansyah (2004). *Depresi*. [www/http:medicastore.com](http://www/http:medicastore.com). 9 Nopember 2008
- Azizah, Umi. (2006). *Studi faktor kejadian alienasi pada lansia yang tinggal dip anti werdha mojopahit mojokerto*. Surabaya: PSIK FK Unair.
- Darmojo, Boedi. (2000). *Buku Ajar Geriatric (Ilmu Kesehatan Lansia)*. Jakarta: Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Effendi,N (1998).*Dasar-Dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: EGC
- Friedman, M. Marilyn (1998). *Keperawatan Keluarga Teori Dan Praktek. Edisi 3*. Jakarta: EGC.
- Goliszek, Andrew. (2005). *60 second manajemen stress*. Jakarta: Bhuana Ilmu Populer.
- Hardywinoto. (1999). *Panduan Gerontologi, Tinjauan Dari Berbagai Aspek*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Hawari Dadang (2001). *Managemen Stress. Cemas Dan Depresi*. Jakarta: FKUI.
- Herman (2001). *Depresi*. [www/http:e-psikologi.com](http://www/http:e-psikologi.com). 11 Nopember 2008
- Hermana (2006). *Depresi Pada Lansia*. [www/http:Depsos RI.com](http://www/http:Depsos RI.com). 9 Nopember 2008
- Idawanti (2007). *Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Ketergantungan Lansia Dalam Memenuhi Kebutuhan Aktivitas Sehari-Hari Dip Anti Werdha Hargo Dedali Surabaya*. Surabaya: PSIK FK Unair.
- Kuntjoro,Zainuddin S (2002). *Masalah Kesehatan Jiwa Lansiah*. [http://www.e-psikologi.com/epsi/lanjutusia\\_detail.asp?id=182](http://www.e-psikologi.com/epsi/lanjutusia_detail.asp?id=182)Kategori Lanjut Usia.
- Lueckenotte, Annette Giesler. (1998). *Pengkajian Gerontologi*. Jakarta: EGC.

- Nugroho, Abikusno (1998). *Definisi Panti Werdha Dalam Hubungannya Untuk Membantu Lansia..* [http//www. Pusat Informasi Panti Werdha.com](http://www.PusatInformasiPantiWerdha.com) 24 November 2007.
- Nursalam (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam, Siti Pariani (2001). *Pendekatan Praktis Metode Riset Keperawatan*. Jakarta: CV Sagung Seto.
- Prakoso, Bondan. (2005). *Ranah Penelitian Gerontik*. Tanggal 27 Oktober 2008.
- PSIK FK Universitas Airlangga. (2007). *Buku Pedoman Penyusunan Proposal dan Skripsi*. PSIK FK Uiversitas Airlangga. Surabaya
- Smet,B (1994). *Psikologi Kesehatan*. Jakarta: Grasindo.
- Soekidjo, Notoadmojo (2002). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Asdi Mahestya.
- Syamsir (2007). <http://www.kompas.co.id/ver1/Kesehatan/0707/23/102746.htm>. 13 Nopember 2008
- Wahjudi (2007). *Episode Depresi*. [www//http: pikirdong.org](http://www.pikirdong.org). 2 Nopember 2008

**LAMPIRAN**





# UNIVERSITAS AIRLANGGA

## FAKULTAS KEPERAWATAN

Surabaya, 8 Januari 2009

Nomor : 055 /H3.1.12/PPd/2009  
 Lampiran : 1 (satu) berkas  
 Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian**  
**Mahasiswa PSIK – FK Unair**

Kepada Yth.  
 Kepala Panti Werdha Hargo Dedali Surabaya  
 di –  
 Surabaya

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.

Nama : Buya Gautama  
 NIM : 010730449B  
 Judul Penelitian : Hubungan Dukungan Sosial Keluarga (Kunjungan Keluarga) dengan Depresi pada Lansia yang Tinggal di Panti Werdha Hargo Dedali Surabaya  
 Tempat : Panti Werdha Hargo Dedali Surabaya

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Penjabat Dekan



Dr. Nufuslam, M.Nurs (Hons)

NIP : 140238226

Lampiran 2



# YAYASAN HARGO DEDALI

( WANITA PEJUANG ANGKATAN 45 )  
PERWAKILAN JAWA TIMUR

Jalan Manyar Kartika IX No. 22 - 24 Telp. (031) 5943219 Surabaya

## SURAT KETERANGAN

Nomor : 060/PW/1/09

Yang bertanda tangan di bawah ini ;

N a m a : Wiwik Trisiani, dra  
Alamat : Kedung Tarukan Baru 3C/30 Surabaya  
Jabatan : Administrasi Panti Werdha Hargo Dedali

menerangkan bahwa ;

N a m a : Buya Gautama  
NIM : 010730449.B  
Institusi : Fakultas Keperawatan  
Universitas Airlangga Surabaya

benar-benar telah mengadakan penelitian / pengambilan data di Panti Werdha Hargo Dedali Surabaya, tanggal 14 s/d 15 Januari 2009 dengan judul ;

"HUBUNGAN DUKUNGAN SOSIAL KELUARGA (KUNJUNGAN KELUARGA) DENGAN DEPRESI PADA LANSIA YANG TINGGAL DI PANTI WERDHA HARGO DEDALI SURABAYA"

Demikian surat keterangan ini kami buat guna dipergunakan untuk kepentingan di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.

Surabaya, 19 Januari 2009

**Panti Werdha Hargo Dedali**  
**S u r a b a y a**



Wiwik Trisiani, dra  
Administrasi

## Lampiran 3

**PERMINTAAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN**

Dengan Hormat

Saya Buya Gautama, mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya. Saya akan melakukan penelitian dengan judul: “Hubungan Dukungan Sosial Keluarga (Kunjungan Keluarga) Dengan Depresi Pada Lansia Di Panti Werdha Hargo Dedali Surabaya”.

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mempelajari adanya hubungan antara dukungan sosial keluarga (kunjungan keluarga) dengan depresi pada lansia yang tinggal di Panti Werdha Hargo Dedali. Untuk itu saya mengharapkan kesediaan Ibu untuk mengisi kuesioner atau daftar pertanyaan yang telah kami siapkan dengan sejujurnya atau apa adanya sesuai yang ibu rasakan. Saya menjamin kerahasiaan pendapat dan identitas ibu. Informasi yang ibu berikan digunakan sebagai wahana untuk mengembangkan mutu pelayanan, tidak akan dipergunakan untuk maksud lain.

Partisipasi ibu dalam mengisi kuesioner ini sangat saya hargai dan sebelumnya saya ucapkan terima kasih.

Surabaya,....., .....2008

Hormat Saya

Buya Gautama  
NIM : 010730449B

## Lampiran 4

**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama/Inisial :

Umur :

Dengan ini saya menyatakan sesungguhnya telah secara sukarela tanpa paksaan untuk ikut berpartisipasi menjadi responden atau subyek penelitian dengan judul ” Hubungan Dukungan Sosial Keluarga (Kunjungan Keluarga) Dengan Depresi Pada Lansia Di Panti Werdha Hargo Dedali Surabaya” yang dilakukan oleh Buya Gautama mahasiswa Program S1 Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga. Tanda tangan di bawah ini menunjukkan bahwa saya telah diberi penjelasan sehubungan dengan hal-hal yang berkaitan dengan penelitian tersebut dan saya menyatakan bersedia secara sukarela menjadi responden.

## Lampiran 5

**DATA DEMOGRAFI**

**Jawablah pertanyaan di bawah ini dengan memberikan tanda (√) pada kolom jawaban yang telah disediakan !**

1. Inisial responden: .....

2. Jumlah kunjungan keluarga dalam satu bulan :

Tidak Pernah

Satu Kali

Dua Kali

Tiga Kali

Empat Kali

3. Riwayat Pekerjaan:

Kerja

Tidak Kerja

4. Alasan Tinggal Di Panti:

Kemauan Sendiri

Bukan Kemauan Sendiri

5. Apakah anda pernah berbicara melalui telpon dengan keluarga anda:

Pernah

Tidak pernah



## Lampiran 6

**KUESIONER TINGKAT DEPRESI**

**Jawablah pertanyaan dibawah ini dengan memberikan tanda (√) pada jawaban ya/tidak, sesuai dengan apa yang anda rasakan!**

No	Pertanyaan	jawaban	
		Ya	Tdk
1	Apakah anda puas dengan kehidupan anda?		
2	Apakah saat ini anda sudah kehilangan banyak aktivitas dan minat-minat anda?		
3	Apakah anda merasa hidup anda kosong?		
4	Apakah anda sering merasa bosan?		
5	Apakah anda masih selalu bersemangat?		
6	Apakah anda takut bahwa suatu hal yang buruk akan menimpa anda?		
7	Apakah anda merasa gembira dalam sebagian besar waktu anda?		
8	Apakah anda sering merasa tidak ada yang bisa membantu?		
9	Apakah anda lebih suka tinggal di rumah, daripada keluar dan mengerjakan sesuatu hal yang baru?		
10	Apakah anda berpikir bahwa anda mengalami gangguan ingatan lebih parah daripada orang lain?		
11	Apakah anda berpikir bahwa tetap hidup saat ini merupakan hal yang sangat menyenangkan?		
12	Apakah anda berpikir bahwa saat ini anda benar-benar tidak berharga?		
13	Apakah anda merasa diri anda penuh energi?		
14	Apakah anda merasa bahwa keadaan anda saat ini sudah tidak ada harapan?		
15	Apakah anda berpikir bahwa sebagian besar orang lebih baik daripada diri anda sendiri?		

Sumber: *Yesavage*. (1986)

## Lampiran 7

**KUNCI JAWABAN KUESIONER TINGKAT DEPRESI**

No	Jawaban
1	Tdk
2	Ya
3	Ya
4	Ya
5	Tdk
6	Ya
7	Tdk
8	Ya
9	Ya
10	Ya
11	Tdk
12	Ya
13	Tdk
14	Ya
15	Ya

## Lampiran 8

## DATA TABULASI

N o	jumlah kunjungan/bln	riwayat kerja	alasan tinggal di panti	bicara lewat telepon	setatus depresi	jwbn sesuai
1	1	2	2	2	1	3
2	1	1	2	2	2	6
3	1	1	2	1	1	2
4	1	2	2	2	2	6
5	1	1	1	2	2	6
6	1	1	1	2	1	2
7	1	2	2	2	2	8
8	2	1	2	1	2	7
9	2	1	2	2	1	3
10	2	1	2	2	1	4
11	2	1	1	2	1	6
12	2	1	1	1	1	0
13	2	1	1	2	1	4
14	2	1	1	1	1	1
15	2	1	1	2	2	5
16	3	1	1	1	1	3
17	3	1	2	2	1	1
18	3	1	1	1	1	3
19	3	2	1	1	1	2
20	4	1	1	1	1	1
21	4	1	2	1	1	2
22	5	1	2	1	1	0
23	5	1	1	1	1	0
24	5	1	1	2	2	7
	<b>jml t=7, s=8, d=4, tg=2, e=3</b>	<b>jml kerja=20</b>	<b>jml kemauan sendiri=13</b>	<b>jml pernah=11</b>	<b>jml normal=17</b>	

## Keterangan:

Jumlah kunjungan per bulan: Riwayat kerja: Alasan tinggal di panti      Bicara  
melalui telepon

1= tidak pernah

1= kerja

1= kemauan sendiri

1= pernah

2= satu kali

2= tidak kerja

2= bukan kemauan sendiri

2= tidak

pernah

3= dua kali

4= tiga kali

5= empat kali

Setatus depresi:

1= normal

3= depresi

2= pre depresi



## Lampiran 9

**Frequencies****Statistics**

	Jumlah kunjungan perbulan	Riwayat kerja	Alasan tinggal di panti	Bicara lewat telepon	Status depresi
N Valid	24	24	24	24	24
Missing	0	0	0	0	0

**Frequency Table****Jumlah kunjungan perbulan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak pernah	7	29.2	29.2	29.2
satu kali	8	33.3	33.3	62.5
dua kali	4	16.7	16.7	79.2
tiga kali	2	8.3	8.3	87.5
empat kali	3	12.5	12.5	100.0
Total	24	100.0	100.0	

**Riwayat kerja**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid kerja	20	83.3	83.3	83.3
tidak kerja	4	16.7	16.7	100.0
Total	24	100.0	100.0	

**Alasan tinggal di panti**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid kemauan sendiri	13	54.2	54.2	54.2
bukan kemauan sendiri	11	45.8	45.8	100.0
Total	24	100.0	100.0	

**Bicara lewat telepon**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid pernah	11	45.8	45.8	45.8
tidak pernah	13	54.2	54.2	100.0
Total	24	100.0	100.0	

**Status depresi**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid normal	17	70.8	70.8	70.8
predepresi	7	29.2	29.2	100.0
Total	24	100.0	100.0	

**Crosstabs****Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Jumlah kunjungan perbulan * Status depresi	24	100.0%	0	.0%	24	100.0%

**Jumlah kunjungan perbulan \* Status depresi Crosstabulation**

Count

		Status depresi		Total
		normal	predepresi	
Jumlah kunjungan perbulan	tidak pernah	3	4	7
	satu kali	6	2	8
	dua kali	4	0	4
	tiga kali	2	0	2
	empat kali	2	1	3
Total		17	7	24

**Nonparametric Correlations****Correlations**

		Jumlah kunjungan perbulan	Status depresi
Spearman's rho	Jumlah kunjungan perbulan	Correlation Coefficient	1.000
		Sig. (2-tailed)	.094
		N	24
	Status depresi	Correlation Coefficient	-.350
		Sig. (2-tailed)	.094
		N	24