

# SKRIPSI

## HUBUNGAN KESEPIAN LANSIA DENGAN TINGKAT DEPRESI PADA LANSIA DI DESA DURIKULON KECAMATAN LAREN KABUPATEN LAMONGAN

PENELITIAN *CROSS SECTIONAL*

**Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)  
Pada Program Studi Ilmu Keperawatan  
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga**



Oleh:

**ELIFA IHDA RAHMAYANTI**

NIM. 130915190

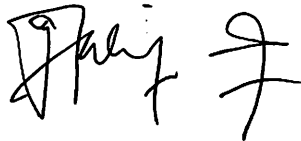
**PROGRAM STUDI SI ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA**

**2011**

**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, Februari 2011**



**ELIFA IHDA RAHMAYANTI**

**130915190**

**PERSETUJUAN SKRIPSI**

**LEMBAR PENGESAHAN**

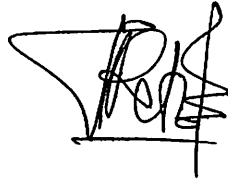
**SKRIPSI DENGAN JUDUL**

**“HUBUNGAN KESEPIAN LANSIA DENGAN TINGKAT DEPRESI PADA  
LANSIA DI DESA DURIKULON KECAMATAN LAREN  
KABUPATEN LAMONGAN”**

**TELAH DISETUJUI**

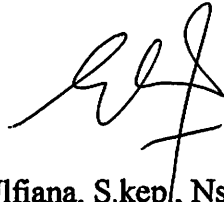
**TANGGAL, Februari 2011**

Oleh  
Pembimbing I



Retno Indarwati, S.kep., Ns. M.Kep  
NIP. 197803162008122002

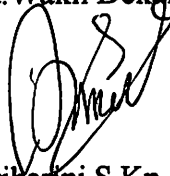
Pembimbing II



Elida Ulfiana, S.kep., Ns. M.Kep  
NIK. 139060786

Mengetahui:

a.n Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga  
Plt. Wakil Dekan I



Mira Triharini S.Kp. M.Kep  
NIP. 19790424242006042002


**HALAMAN PENETAPAN PANITIA PENGUJI SKRIPSI**

**Telah diuji**

**Pada tanggal, Februari 2011**


**PANITIA PENGUJI**

**Ketua : Penguji**



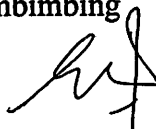
**Ah. Yusuf, S.Kep., M.Kes**  
**NIP. 196701012000031002**

**Anggota : 1. Pembimbing Ketua**



**Retno Indarwati, S.kep., Ns. M.Kep**  
**NIP. 197803162008122002**


**2. Pembimbing**



**Elida Ulfiana, S.kep., Ns. M.Kep**  
**NIK. 139060786**

**Mengetahui:**

**a.n Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga  
Plt. Wakil Dekan I**



**Mira Triharini, S.Kp., M.Kep**  
**NIP. 19790424242006042002**

## MOTTO

“Sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan, maka apabila kamu telah selesai dari suatu urusan maka kerjakanlah dengan sungguh-sungguh urusan yang lain”  
(Q.S. Al-Insyiroh : 6-7)

Skripsi ini kupersembahkan untuk :

- \* Aba dan Ibu, terimakasih segalanya
- \* Rahma of Twins (salsabila)
- \* All my family, sukron atas segala do'a dan dukungannya
- \* Condro purnomo yang memberikan semangat, inspirasi dan mengisi kehampaan hatiku "It's b'coz of U"
- \* Imiyut the\_gank (Dee, Faa, Ayiq, Manek, Alm. itaa) be friends 4ever N best sobatQ (Wi2n, Rudi, Dian, Eko, Desy) thanks to kebersamaan yang indah
- \* Teman-teman seperjuangan, LANJUTKAN!

## UCAPAN TERIMA KASIH

Alhamdulillah segala puji bagi Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga skripsi Penelitian ini dapat selesai tepat pada waktunya. Shalawat serta Salam semoga senantiasa tercurahkan kepada penutup nabi Rasulullah Muhammad SAW, keluarga, sahabat dan para pengikut yang istiqomah di jalan-Nya hingga Yaumul akhir.

Skripsi Penelitian ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga. Dalam penyusunan skripsi Penelitian ini, peneliti banyak mendapat bimbingan dan dorongan dari berbagai pihak, untuk itu peneliti menyampaikan banyak terima kasih kepada :

1. Purwaningsih, S.Kp.,MARS., selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.
2. Retno Indarwati, S.kep., Ns. M.kep, selaku pembimbing I yang telah memberikan motivasi dan bimbingannya untuk menyelesaikan skripsi ini.
3. Elida Ulfiana, S.Kep., Ns, selaku pembimbing II yang telah memberikan motivasi dan bimbingannya untuk menyelesaikan skripsi ini.
4. H. Mundhirin, selaku Kepala Kelurahan Durikulon Laren Lamongan beserta staf yang telah memberi izin kepada peneliti untuk melakukan penelitian di desa Durikulon Laren Lamongan.
5. Seluruh dosen dan karyawan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, yang telah memberikan bantuan kepada peneliti selama penyusunan Skripsi Penelitian ini.

6. Kedua orang tua atas cinta kasih, cucuran keringat dan do'a yang tulus selama peneliti menjalani pendidikan di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.
7. Lansia janda di Desa Durikulon Kecamatan Laren Kabupaten Lamongan yang telah bersedia menjadi responden dan berpartisipasi dalam penelitian ini.
8. Rekan – rekan Mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga khususnya B12 yang telah banyak membantu terselesaikannya skripsi Penelitian ini.

Peneliti menyadari bahwa penyusunan Skripsi Penelitian ini masih terdapat kekurangan, untuk itu peneliti sangat mengharapkan kritik dan saran untuk perbaikan penelitian selanjutnya.

Surabaya, Februari 2011

Peneliti

## **ABSTRACT**

### **CORRELATION BETWEEN LONELINESS AND DEPRESSION LEVELS AMONG ELDERLY IN DURIKULON VILLAGE SUBDISTRICT LAREN LAMONGAN**

#### **A Cross Sectional Study**

**Elifa Ihda Rahmayanti**

Loneliness in the elderly is loneliness experienced by individuals in advanced age at death of their spouse or close friends, in retirement, especially when such individuals are also suffering from various reductions in health status. Loneliness experienced by an individual in a long term can result in behavior that leads toward depression. The purpose of this study was to find correlation between loneliness and depression level in elderly living at the village of Durikulon, Subdistrict Laren, Lamongan.

This research method was descriptive correlational with cross-sectional approach. Samples in this study were the elderly widows who lived at the village Durikulon, Subdistrict Laren, Lamongan, totaling 22 respondents. The sampling technique was purposive sampling. The variables measured were the independent variable of levels of depression and the dependent variable was loneliness. Research instrument was GDS for the level of depression and the UCLA Loneliness Scale for loneliness. Data analysis of the variables relationship used Spearman's rho statistical test with a significance level  $\alpha < 0.05$ .

The results of study to 22 respondents showed that majority of the respondents experienced loneliness and moderate depression. From the analysis using Spearman rho, it was found that the p value was = 0.033 with a significance level  $< 0.05$ , indicating relationship between loneliness in elderly and depression levels of elderly in the village of Durikulon, Subdistrict Laren, Lamongan, with correlation coefficient 0.456, indicating a moderate correlation.

In conclusion, there is relationship between loneliness with depression levels in elderly. It is suggested that health center for elderly be established so that the elderly can check their health on a regular basis in order to improve their quality of life. Further studies should involve larger respondents and better measurement tools to obtain more accurate results.

**Keywords:** loneliness, depression elderly



## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>ii</b>
<b>SURAT PERNYATAAN .....</b>	<b>iii</b>
<b>LEMBAR PERSETUJUAN .....</b>	<b>iv</b>
<b>LEMBAR PENETAPAN PENGUJI .....</b>	<b>v</b>
<b>MOTTO .....</b>	<b>vi</b>
<b>KATA PENGANTAR .....</b>	<b>vii</b>
<b>ABSTRAK .....</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR ISI .....</b>	<b>xii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR .....</b>	<b>xiii</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>xiv</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xv</b>
<b>BAB 1 PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	4
1.3 Tujuan Penelitian .....	4
1.3.1 Tujuan umum .....	4
1.3.2 Tujuan khusus .....	4
1.4 Manfaat Penelitian .....	6
1.4.1 Teoritis .....	6
1.4.1 Praktis .....	6
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>8</b>
2.1 Konsep Lanjut Usia .....	8
2.2.1 Pengertian lanjut usia .....	8
2.2.2 Batasan umur lanjut usia .....	8
2.2.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi penuaan .....	9
2.2.4 Tugas perkembangan pada lanjut usia .....	9
2.2.5 Perubahan-perubahan yang terjadi pada lanjut usia .....	10
2.2.6 Masalah-masalah pada lansia .....	16
2.2.7 Dampak dari kemunduran pada lansia .....	18
2.2.8 Ketakutan-ketakutan yang dialami oleh lansia .....	19
2.2.9 Kepribadian lansia .....	19
2.3 Konsep Depresi .....	22
2.3.1 Pengertian depresi .....	22
2.3.2 Pengertian depresi pada lansia .....	23
2.3.3 Rentang respon emosional .....	23
2.3.4 Teori depresi .....	25
2.3.5 Jenis-jenis depresi .....	26
2.3.6 Faktor predisposisi dan presipitasi .....	27
2.3.7 Penyebab depresi .....	29
2.3.8 Tanda dan gejala depresi .....	33
2.3.9 Skala depresi .....	34
2.4 Konsep Kesepian .....	35
2.4.1 Pengertian kesepian .....	35

2.4.2	Penyebab kesepian .....	36
2.4.3	Ciri kesepian .....	36
2.4.4	Pengertian kesepian pada lansia .....	37
2.4.5	Perilaku yang berhubungan dengan lansia .....	39
2.4.6	Faktor-faktor yang menyebabkan terjadinya kesepian pada lansia .....	40
2.4.7	Dampak kesepian .....	41
2.4.8	Skala kesepian .....	42
<b>BAB 3</b>	<b>KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN</b> .....	<b>44</b>
3.1	Kerangka Konseptual .....	44
3.2	Hipotesis Penelitian .....	46
<b>BAB 4</b>	<b>METODE PENELITIAN</b> .....	<b>47</b>
4.1	Desain Penelitian .....	47
4.2	Kerangka Kerja .....	47
4.3	Populasi, Sampel, dan Sampling .....	48
4.3.1	Populasi .....	48
4.3.2	Sampel .....	49
4.3.3	Sampling .....	50
4.4	Variabel Penelitian .....	50
4.4.1	Variabel bebas .....	50
4.4.2	Variabel terikat .....	50
4.5	Definisi Operasional .....	51
4.6	Tempat dan Waktu Penelitian .....	52
4.7	Prosedur Pengumpulan dan Pengolahan Data .....	52
4.7.1	Instrumen penelitian .....	52
4.7.2	Pengambilan data .....	52
4.7.3	Pengolahan data .....	53
4.8	Analisis Data .....	54
4.9	Etika Penelitian .....	55
4.9.1	<i>Informed consent</i> .....	55
4.9.2	<i>Anonymity</i> .....	55
4.9.3	<i>Confidentially</i> .....	56
4.10	Keterbatasan Penelitian .....	56
<b>BAB 5</b>	<b>HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN</b> .....	<b>57</b>
5.1	Hasil Penelitian .....	57
5.1.1	Gambaran umum lokasi penelitian .....	57
5.1.2	Data umum .....	58
5.1.3	Data khusus .....	60
5.2	Pembahasan .....	62
5.2.1	Kesepian lansia di Desa Durikulon Kecamatan Laren Kabupaten Lamongan .....	62
5.2.2	Tingkat depresi di Desa Durikulon Kecamatan Laren Kabupaten Lamongan .....	62
5.2.3	Hubungan kesepian lansia Dengan Tingkat Depresi pada Lansia di Desa Durikulon Kecamatan Laren Kabupaten Lamongan .....	65

<b>BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>69</b>
6.1 Kesimpulan .....	69
6.2 Saran .....	70
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>71</b>
<b>LAMPIRAN</b>	

**DAFTAR GAMBAR**

Gambar 2.1	Rentang Emosi .....	24
Gambar 3.1	Kerangka Konseptual .....	44
Gambar 4.1	Kerangka Kerja .....	48
Gambar 5.1	Distribusi Lansia Berdasarkan Umur di Desa Durikulon Kecamatan Laren Kabupaten Lamongan pada tanggal 10-21 Januari 2011 .....	58
Gambar 5.2	Distribusi Lansia Berdasarkan Pendidikan Terakhir di Desa Durikulon Kecamatan Laren Kabupaten Lamongan pada tanggal 10-21 Januari 2011 .....	58
Gambar 5.3	Distribusi Lansia Berdasarkan Riwayat Pekerjaan di Desa Durikulon Kecamatan Laren Kabupaten Lamongan pada tanggal 10-21 Januari 2011 .....	59
Gambar 5.4	Distribusi Lansia Berdasarkan Pekerjaan Sekarang di Desa Durikulon Kecamatan Laren Kabupaten Lamongan pada tanggal 10-21 Januari 2011 .....	59

**DAFTAR TABEL**

Tabel 4.1	Definisi Operasional Kesenjangan Lansia dengan Tingkat Depresi pada Lansia di Desa Durikulon Kecamatan Laren Kabupaten Lamongan pada tanggal 3-10 Januari 2011 .....	51
Tabel 4.2	Koefisien dan Tingkat Hubungan .....	55
Tabel 5.1	Distribusi Data Kesenjangan Lansia di Desa Durikulon Kecamatan Laren Kabupaten Lamongan pada tanggal 3-10 Januari 2011 .....	60
Tabel 5.2	Distribusi Data Depresi Lansia di Desa Durikulon Kecamatan Laren Kabupaten Lamongan pada tanggal 3-10 Januari 2011 .....	60
Tabel 5.3	Distribusi Data Hubungan Kesenjangan Lansia dengan Tingkat Depresi Pada Lansia di Desa Durikulon Kecamatan Laren Kabupaten Lamongan pada tanggal 3-10 Januari 2011 .....	61

## BAB 1

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang

Depresi dan lanjut usia sebagai tahap akhir siklus perkembangan manusia. Masa dimana semua orang berharap akan menjalani hidup dengan tenang, damai, serta menikmati masa pensiun bersama anak dan cucu tercinta dengan penuh kasih sayang. Pada kenyataannya tidak semua lanjut usia mendapatkan kesempatan yang sama untuk mengecap kondisi hidup idaman ini. Berbagai persoalan hidup yang mendera lanjut usia sepanjang hayatnya, seperti: kemiskinan, kegagalan yang beruntun, stress yang berkepanjangan, ataupun konflik dengan keluarga atau anak, atau kondisi lain seperti tidak memiliki keturunan yang bisa merawatnya dan lain sebagainya. Kondisi-kondisi hidup seperti ini dapat memicu terjadinya depresi. Tidak adanya media bagi lanjut usia untuk mencurahkan segala perasaan dan kegundahannya merupakan kondisi yang akan mempertahankan depresinya, karena dia akan terus menekan segala bentuk perasaan negatifnya kealam bawah sadar (Depsos, 2008).

Depresi merupakan masalah mental yang paling banyak ditemui pada lansia. Kaplan dkk dalam Damping dan Dianti (2003) menyebutkan prevalensi terbesar gangguan psikiatrik pada lanjut usia adalah depresi. Pada lanjut usia, di dapatkan gangguan depresi sekitar 15 % baik di populasi maupun *home nursing*. Karenanya pengenalan masalah mental sejak dini merupakan hal yang penting, sehingga beberapa gangguan masalah mental pada lansia dapat dicegah, dihilangkan atau dipulihkan (Evy, 2008). Machira, dkk (2007) menambahkan,

depresi dapat sebagai gejala, sindrom, dan diagnosis dan sejauh mana stresor-stresor psikososial dapat mencetuskan gangguan jiwa tergantung pada potensi stresor, maturitas, pendidikan, kondisi fisik, tipe kepribadian, sosio-budaya lingkungan, dan situasi. Gejala depresi ini mengakibatkan dapat memperpendek harapan hidup dengan mencetuskan atau memperburuk kemunduran fisik (Noviastuti, 2002).

Dampak terbesarnya sering terjadi penurunan kualitas hidup dan menghambat pemenuhan tugas-tugas perkembangan lansia (Stanley dan Beare, 2007). Berdasarkan studi awal yang dilakukan di Desa Durikulon Kecamatan Laren Kabupaten Lamongan, arsip desa tahun 2009 menyebutkan bahwa di Desa Durikulon Kecamatan Laren Kabupaten Lamongan, jumlah lansia sebesar 107 jiwa. Sebanyak 32% lansia mengalami depresi yang ditandai dengan gangguan tidur, sakit kepala, kehilangan nafsu makan, perasaan sedih dan konflik yang tidak terselesaikan. Hasil wawancara dengan 15 lansia, terdapat 8 lansia yang tinggal sendiri karena kehilangan pasangan dan jauh dari anak-anaknya, 4 lansia tinggal bersama dengan anak terakhirnya, dan 3 lansia hanya tinggal dengan cucunya. Dengan kondisi yang demikian, lansia merasa kesepian, kurang mendapat perhatian, dan merasa tidak dibutuhkan lagi oleh keluarganya, sehingga mengakibatkan lansia menjadi depresi.

Penelitian yang dilakukan di Turki pada tahun 2000 mengemukakan bahwa depresi pada lanjut usia yang tinggal di rumah berhubungan dengan beberapa faktor antara lain: umur, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, penyakit kronis, lingkungan keluarga, rencana hidup (Mine et al, 2004). Sepertiga (33%) dari 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 mendapatkan rata-rata depresi pada lanjut usia adalah 13,5% dengan perbandingan wanita-pria 14,1:8,6. Menurut Syamsir bongsoe (2007) pada orang lanjut usia, depresi yang dialami justru seringkali disebabkan karena penyakit fisik, penuaan dan kurangnya perhatian dari pihak keluarga, ada sekitar 1-4% populasi lanjut usia yang mengalami depresi mayor (terjadi sekitar satu tahun) dan 4-13% mengalami depresi minor (lebih dari dua tahun). 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 Nugroho (2000), lanjut usia yang mengalami depresi dengan gejala umum yaitu kurang atau hilangnya perhatian diri, keluarga atau lingkungan. Oleh karenanya, dalam menghadapi permasalahan di atas beruntunglah lansia yang masih memiliki keluarga. Keberadaan anggota keluarga seperti anak, cucu, cicit maupun sanak saudara yang lain yang masih memperhatikan, mambantu dan peduli dengan permasalahan yang dihadapi lansia. Namun bagi lansia yang hidup sendiri, telah kehilangan pasangan, memiliki pasangan tapi tidak punya anak, berada jauh dari anak (rantauan) akan membuat lansia merasa kesepian, sendiri, tidak ada perhatian dari lingkungan. Kehilangan perhatian dan dukungan dari lingkungan sosialnya yang biasanya berkaitan dengan hilangnya otoritas atau kedudukan, dapat menimbulkan konflik. Aspek psikologi merupakan faktor



terpenting dalam kehidupan seseorang dan menjadi semakin penting dalam kehidupan seorang lansia (Suardiman, 2001).

Masalah psikologis yang paling banyak terjadi pada lansia adalah kesepian. Kesepian merupakan perasaan terasing adalah perasaan tersisihkan, terencil dari orang lain, karena merasa berbeda dengan orang lain (Probosuseno, 2007). Kesepian termasuk hal yang bersifat pribadi dan akan ditanggapi berbeda oleh setiap orang, bagi sebagian orang kesepian merupakan yang bisa diterima secara normal namun bagi sebagian orang kesepian bisa menjadi sebuah kesedihan yang mendalam. Mereka yang dihantui kesepian lebih rentan terhadap depresi (Satiadarma, 2004).

Berdasarkan uraian diatas kebanyakan lansia yang mengalami kesepian akan menyebabkan kemunduran fungsi fisik dan psikologis yang akan mengakibatkan tingginya depresi pada lansia, sehingga dukungan sosial keluarga dan masyarakat sangat membantu untuk mengurangi tingkat depresi pada lansia namun 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, makanan juga 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**

Apakah ada hubungan kesepian lansia dengan tingkat depresi pada lansia di Desa Durikulon Kecamatan Laren Kabupaten Lamongan?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan umum**

Menjelaskan hubungan kesepian lansia dengan tingkat depresi pada lansia di Desa Durikulon Kecamatan Laren Kabupaten Lamongan.

### **1.3.2 Tujuan khusus**

1. Mengidentifikasi kesepian lansia di Desa Durikulon Kecamatan Laren Kabupaten Lamongan.
2. Mengidentifikasi tingkat depresi pada lansia di Desa Durikulon Kecamatan Laren Kabupaten Lamongan.
3. Menganalisis hubungan kesepian lansia dengan tingkat depresi pada lansia di Desa Durikulon Kecamatan Laren Kabupaten Lamongan.

## 1.4 Manfaat Penelitian

### 1.4.1 Manfaat teoritis

Dapat digunakan sebagai teori dalam mengembangkan ilmu keperawatan gerontik khususnya tentang hubungan kesepian lansia dengan tingkat depresi pada lansia.

### 1.4.2 Manfaat praktis

#### 1. Bagi keluarga

Memberikan masukan pada keluarga sehingga meningkatkan pemahaman dan pengetahuan tentang depresi pada lanjut usia yang disebabkan karena kesepian sehingga keluarga lebih siap dan mampu menjalankan perannya dalam keluarga.

#### 2. Bagi peneliti

Sebagai pengembangan wawasan dalam penulisan penelitian khususnya dalam bidang keperawatan *geriatric* dan keluarga dan memberi gambaran mengenai hubungan kesepian lansia dengan tingkat depresi pada lansia.

#### 3. Bagi masyarakat

Dapat menjadi suatu masukan khususnya dalam menghadapi anggota keluarga yang sudah tergolong lansia agar mereka dapat menerima proses menua tanpa merasa kesepian dalam masa tuanya yang dapat mempengaruhi lansia menjadi depresi.

#### 4. Bagi instansi pendidikan

Dapat menambah pengetahuan tentang ilmu keperawatan gerontologi dan sebagai acuan penelitian lanjutan yang berkaitan dengan kesepian lansia dengan tingkat depresi pada lansia.

**5. Bagi peneliti lain**

**Dapat memberikan informasi atau gambaran bagi peneliti lainnya mengenai kesepian lansia dengan tingkat depresi pada lansia.**

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Lanjut Usia (lansia)

##### 2.1.1 Pengertian lanjut usia

Menurut UU No. 13 tahun 1998 tentang kesejahteraan lanjut usia pasal 1 ayat 2 disebutkan bahwa lansia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas (Suardian, 2004). Masa lanjut usia sering dimaknai sebagai masa kemunduran terutama pada fungsi fisik dan fungsi psikologi (Depsos, 2008).

Lansia adalah periode penutup dalam rentang hidup seseorang atau suatu periode dimana seseorang telah beranjak jauh dari periode terdahulu yang menyenangkan dalam waktu yang penuh dengan manfaat (Hurlock, 1999). Pengertian lansia menurut Depkes RI (2001) adalah seseorang laki-laki atau perempuan yang berusia 60 tahun atau lebih baik, baik yang secara fisik masih berkemampuan atau berpotensi maupun karena sesuatu hal tidak lagi mampu berperan secara aktif dalam pembangunan atau tidak berpotensi.

##### 2.1.2 Batasan umur lanjut usia

Batas umur lanjut usia dari waktu ke waktu berbeda. Batasan lansia menurut organisasi kesehatan dunia (WHO) meliputi usia pertengahan (*middle age*), yaitu kelompok usia 45 sampai 59 tahun, lanjut usia (*elderly*) antara 60 sampai 74 tahun, lanjut usia tua (*old*) antara 75 sampai 90 tahun, usia sangat tua (*very old*) diatas 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)

### 2.1.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi penuaan

Faktor-faktor yang mempengaruhi penuaan meliputi (Nining, 2008) :

1. Herediter/keturunan
2. Nutrisi & makanan
3. Status kesehatan
4. Pengalaman hidup
5. Lingkungan stress

### 2.1.4 Tugas perkembangan pada lanjut usia

Orang tua diharapkan untuk menyesuaikan diri dengan menurunnya kekuatan dan menurunnya kesehatan secara bertahap. Menurut Hurlock (1999), tugas perkembangan yang paling sulit pada lanjut usia adalah berkaitan dengan pekerjaan dan kehidupan keluarga. Mereka diharapkan untuk mencari kegiatan untuk mengganti tugas-tugas terdahulu yang menghabiskan sebagian besar waktu kala mereka masih muda. Bagi beberapa orang berusia lanjut, 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)

### 2.1.5 Perubahan-perubahan yang terjadi pada lanjut usia

Perubahan-perubahan yang terjadi pada lanjut usia antara lain (Ismayadi, 2004) :

#### 1. Perubahan-perubahan fisik

##### 1) 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 penciuman dan perasa, lebih sensitif terhadap perubahan suhu dengan rendahnya ketahanan terhadap dingin
- (5) Kurang sensitif terhadap sentuhan

##### 2) 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)

### 3) 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

### 4) 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

### 5) Sistem pengaturan temperatur tubuh

- (1) Temperatur tubuh menurun (hipotermia) secara fisiologis akibat metabolisme yang menurun



(2) Keterbatasan refleks menggigit dan tidak dapat memproduksi panas akibatnya aktivitas otot menurun (Ismayadi, 2004)

6) System 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

7) Sistem gastrointestinal

(1) Kehilangan gigi akibat Periodontal disease, kesehatan gigi yang buruk dan gizi yang buruk

(2) Indera pengecap menurun, hilangnya sensitivitas saraf pengecapm 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

8) 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

#### 9) 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

#### 10) Sistem endokrin

(1) Produksi semua hormon menurun

(2) Menurunnya aktivitas tyroid, menurunnya BMR (Basal Metabolic Rate), dan menurunnya daya pertukaran zat

(3) Menurunnya produksi aldosteron

(4) Menurunnya sekresi hormon kelamin misalnya, progesteron, estrogen, dan testostosterone

#### 11) 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

## 12) 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

## 2. Perubahan-perubahan mental

### 1) Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan mental :

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

- 2) 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
- 3) IQ (*intellectual quotient*)
  - (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.
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
4. Perkembangan spiritual
- 1) Maslow (1970) mengemukakan agama atau kepercayaan makin terintegrasi dalam kehidupan
  - 2) 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

#### 2.1.6 Masalah-masalah pada lansia

Setiap manusia yang mencapai lansia akan mengalami berbagai masalah dalam menghadapi kehidupannya. Masalah tersebut pada tiap lansia mempunyai respons yang berbeda dalam menanggapi. Masalah tersebut adalah (Andrew, 1996) :

##### 1. Pekerjaan

Lansia cenderung lebih lamban dalam pemahaman mental dan kurang mampu melakukan tugas-tugas yang menuntutnya mempelajari hal-hal baru. Pada saat pensiun lansia diharapkan menyesuaikan diri karena perubahan mendadak dalam rutinitasnya yang membuat mereka merasa kurang melakukan kegiatan yang berguna. 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).

## 2. Minat

Pada lansia minat seseorang umumnya berubah. Sebagai ganti dari aktifitasnya yang sudah menurun lansia lebih senang melakukan pekerjaan sambil rumah, membaca, menonton atau aktifitasnya yang tidak begitu aktif. Sehingga lansia cenderung kembali pada reaksi minat yang lebih menyendiri.

## 3. Isolasi dan kesepian

Penurunan kemampuan fisik pada lansia membuatnya merasa terputus hubungan dengan orang lain. Oleh karena itu mereka lebih cenderung berpaling ke masa lalu dan bahkan bosan pada dirinya sendiri. Faktor yang lain adalah perubahan sosial yang dialami lansia, ikatan keluarga yang mulai mengendor karena sikap sanak keluarga yang jarang menghormati dan menyayangi.

## 4) Disinhibisi

Lansia mengalami pengurangan kemampuan untuk mengendalikan perasaan dan kecenderungan kurang dapat mengekang diri. Peristiwa yang menurut kita sepele akan berbeda dengan reaksi lansia yang bereaksi dengan emosi meluap atau amarah yang meledak-ledak dan sangat tersinggung dengan peristiwa tersebut.

### 5) Perubahan suasana hati

Perubahan fisiologis dalam otak dan sistem saraf yang terjadi pada lansia menjadi penyebab dari aspek perilaku manula. Aspek kesenangan, reaksi kemarahan, keluhan kesedihan dan tekanan merupakan hal-hal yang membedakan lansia dalam bersikap. Lansia yang cacat, tuna rungu dan tuna netra akan sangat curiga dan tidak senang pada orang lain. Reaksi emosi yang terakhir akibat pembatasan yang dipaksakan adalah menarik diri.

### 6) Peranan iman

Kesadaran akan kematian sendiri mempengaruhi kehidupan secara tidak langsung tetapi implikasi sepenuhnya mungkin tidak akan dirasakan sampai masa hidup yang menjelang akhir. Iman adalah senjata ampuh untuk melawan rasa takut terhadap kematian sehingga banyak lansia yang memperbanyak ibadahnya di usia tua.

#### 2.1.7 Dampak dari kemunduran pada lansia

Kemunduran – kemunduran pada lansia itu mempunyai dampak terhadap tingkah laku dan terhadap perasaannya. Jelas jika berbicara tentang menjadi tua, kemunduran yang akan paling banyak dikemukakan tetapi disamping berbagai macam kemunduran, ada sesuatu yang dapat dikatakan justru meningkat dalam proses menua antara lain (Nugroho, 2000):

1. Peningkatan sensitivitas emosional yang merupakan sumber masalah pada lansia
2. Lebih risau dan cenderung tertekan karena terjadi perubahan fisik yang sebelumnya tampil cantik dan tampan

3. Meningkatnya kecemasan karena merasa kurang menarik dan cenderung rendah diri
4. Menurunnya dorongan seks
5. Kurang percaya diri

#### 2.1.8 Ketakutan-ketakutan yang dialami oleh lansia

Proses menua di dalam perjalanan hidup manusia merupakan suatu hal yang wajar dan akan dialami oleh semua orang yang dikaruniai umur panjang. Adapun permasalahan yang sering ditakutkan oleh lansia (Nugroho, 2000) :

1. Ketergantungan fisik dan ekonomi
2. Sakit yang kronis
3. Kebosanan yang disebabkan rasa tidak diperlukan
4. Kesepian.

#### 2.1.9 Kepribadian lansia

Kepribadian pada lansia yang sehat akan tetap berfungsi dengan baik. Fungsi ini didasarkan pada saat seseorang lansia melampaui perkembangan dimasa lalu. Tetapi kepribadian tidak cukup diuraikan melalui teori perkembangan dan dinamika sendiri. Berikut adalah uraian mengenai individu yang mempunyai kepribadian sehat menurut Stuart dan Sundeen dalam Kelliat (1992). Kepribadian yang sehat dapat dilihat dari :

1. Gambaran diri positif dan akurat

Yaitu individu yang memiliki kesadaran akan dirinya berdasarkan persepsi saat ini dan yang lalu akan diri sendiri, perasaan tentang fungsi, penampilan dan potensi tubuh.



## 2. Ideal diri realistik

Yaitu individu yang mempunyai ideal diri yang realistik akan mempunyai tujuan hidup yang dapat dicapai.

## 3. Konsep diri positif

Konsep diri positif menunjukkan bahwa individu akan sukses di dalam hidupnya.

## 4. Harga diri tinggi

Individu yang memiliki harga diri tinggi akan memandang dirinya sebagai seorang yang berarti dan bermanfaat.

## 5. Kepuasan penampilan peran

Individu yang mempunyai kepribadian yang sehat akan dapat berhubungan dengan orang lain secara intim dan mendapat kepuasan. Individu tersebut dapat terbuka dan percaya pada orang lain dan membina hubungan interdependen.

## 6. Identitas jelas

Individu merasakan keunikan dirinya, yang memberi arah kehidupan dalam mencapai tujuan.

Sedangkan beberapa tipe kepribadian lansia menurut Kuntjoro (2002) dibedakan menjadi :

### 1. Tipe konstruktif (*constuctive personality*)

Seseorang dengan tipe kepribadian ini ditunjukkan dengan kehidupannya yang mudah menyesuaikan diri dengan baik terhadap perubahan dan pola kehidupannya karena perilakunya positif dan konstruktif dan dalam menghadapi masalah terlihat stabil. Pada masa lanjut usia

kepribadian ini dapat menerima kenyataan sehingga mantap sampai lansia dan tetap eksis di hari tua.

2. Tipe mandiri (*independent personality*)

Model kepribadian ini dikenal sebagai orang yang aktif dan dinamis dalam pergaulan sosial. Seseorang dengan tipe ini seolah-olah mempunyai prinsip jangan menyusahkan orang lain, tetapi menolong orang lain itu penting. Dalam kehidupan berkeluarga model ini umumnya sangat dominan dalam mengurus keluarganya. Apabila memasuki masa lansia mulai timbul gejala, perasaan khawatir, status dan kedudukan.

3. Tipe tergantung (*dependent personality*)

Tipe ini ditandai dengan perilaku yang pasif dan tidak berambisi sejak anak-anak, remaja dan masa muda. Dalam pergaulan sehari-hari lansia tersebut semasa lalu cenderung menunggu ajakan teman untuk melakukan aktifitasnya. Jadi tipe ini terjadi kecenderungan untuk bergantung pada orang lain.

4. Tipe bermusuhan (*hostility personality*)

Model ini merupakan tipe kepribadian yang tidak disenangi orang karena perilaku yang cenderung sewenang-wenang dan semaunya sendiri, sehingga dikenal juga tidak mau mengakui kesalahannya dan menyalahkan orang lain. Biasanya masa lansia tipe ini terlihat tamak, emosional dan tidak puas dengan kehidupannya.

5. Tipe kritik diri (*self hate personality*)

Tipe kepribadian ini ditandai dengan sifat-sifat yang sering menyesali diri dan mengkritik dirinya sendiri. Akibatnya terjadi komunikasi yang

kurang akrab dengan orang lain, sehingga sering terjadi salah faham atau salah pengertian yang menyebabkan mudah tersinggung. Pada masa lansia tipe ini sering terlihat ketika masing-masing individu mengurus kebutuhan sendiri, tidak saling menegur dan saling mengacuhkan walau hidup dalam satu rumah.

## 2.2 Konsep Depresi

### 2.2.1 Pengertian depresi

Depresi adalah suatu gangguan afektif, universal, dapat menyerang siapa saja baik orang muda maupun tua (Anggraeni, 2002). Depresi adalah gangguan alam perasaan (*mood*) yang ditandai dengan kemurungan, kesedihan yang mendalam dan berkelanjutan sehingga hilangnya kegairahan hidup (Hawari, 2008).

Depresi diartikan sebagai 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 cirri-ciri semangat berkurang, rasa harga diri rendah, menyalahkan diri sendiri, gangguan tidur, dan makan. Ibrahim (2007) membagi depresi dalam 3 trias depresi yang merupakan gejala dasar dari gangguan depresi. Masing-masing terdiri dari:

1. Tertekannya perasaan (bisa dilihat dari raut wajah yang sedih, mudah menangis, sulit tidur dan hilang nafsu makan)

2. Sulit berfikir (Bisa dilihat dari acuh tak acuh dan sulit memusatkan perhatian).
3. Kelambatan psikomotor (gerakan lamban dan tak bergairah)

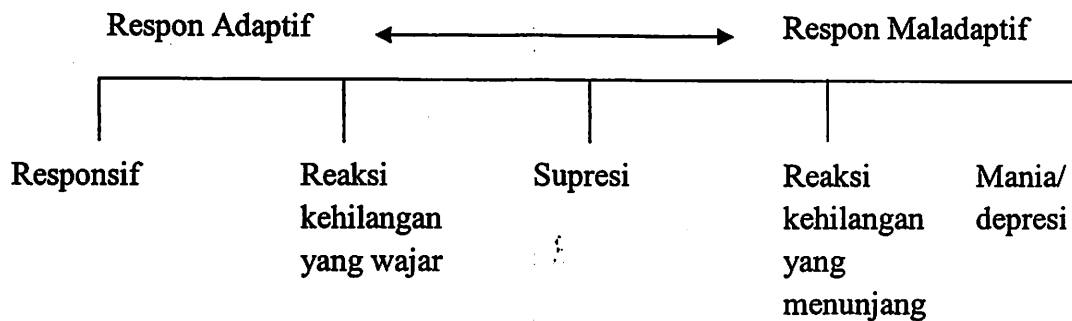
#### 2.2.2 Pengertian depresi pada lanjut usia

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 geriatric adalah masalah besar yang mempunyai konsekuensi medis, sosial, dan ekonomi yang penting. Sedangkan menurut Krishnan (2002), depresi pada geriatric sering 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). Depresi pada lanjut usia cukup sering ditemukan pada lanjut usia yang berusia di atas 60 tahun diperkirakan depresi pada usia lanjut sering terjadi pada wanita dengan perceraian atau perpisahan, tingkat sosioekonomi rendah, dukungan sosial yang jelek dan peristiwa-peristiwa kehidupan yang jelek (Syamsulhadi, 2004)

#### 2.2.3 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.

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.

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

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.

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, ide-ide yang meloncat, senda gurau, tertawa berlebihan, penyimpangan seksual.

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.

#### 2.2.4 Teori depresi

Teori depresi (menurut Freud dalam Lubis, 2009) terbagi dalam beberapa hal :

##### 1. Teori psikoanalisa

Depresi yang disebabkan oleh kebutuhan oral pada masa anak-anak yang kurang terpuaskan atau, sebaliknya terpuaskan secara berlebihan.

##### 2. Teori prilaku atau behavioral

Pendekatan behavioral mengatakan prilaku manusia adalah hasil dari lingkungannya kerana manusia merespon rangsangan dari luar. Teori ini menerangkan bahwa depresi muncul akibat seseorang kurang menerima penghargaan (*rewards*) dan menerima banyak hukuman (*punishment*).

##### 3. Teori biologi

Menurut teori biologi kecendrungan berkembangnya gangguan afektif, terutama gangguan manik-depresive (*bipolar*) merupakan bawaan sejak lahir.

##### 4. Teori stres

Teori stres awalnya digunakan untuk menjelaskan depresi berdasarkan asumsi bahwa gangguan *mood* adalah respon dari stres.

## 5. Teori kognitif.

Teori ini mengatakan bahwa adanya gangguan depresi adalah akibat dari cara berfikir seseorang terhadap dirinya.

### 2.2.5 Jenis-jenis depresi

Jenis depresi berdasarkan tingkat penyakit. Menurut Klasifikasi kesehatan dunia WHO (Lubis, 2009). Depresi dibagi menjadi:

#### 1. Berdasarkan tingkat penyakit

1) *Mild depression/minor depression dan dysthymic disorder.*

Pada depresi ringan, *Mood* yang rendah datang dan pergi dan penyakit datang setelah kejadian *stressfull* yang spesifik.

2) *Moderate depression*

Pada depresi mood sedang, *Mood* yang rendah berlangsung terus.

3) *Severe depression/major depression.*

Pada depresi berat. Penyakit yang tingkat depresinya parah.

#### 2. Berdasarkan klasifikasi nosologi

1) *Depresi psikogenik*, terjadi akibat adanya kejadian yang dapat membuat stres berat atau sedih. Dengan tanda dan gejala: *Depresi reaktif, exhaustion depression dan depresi neurotic*

2) *Depresi endogenik*, depresi ini diturunkan biasanya timbul tanpa didahului oleh masalah psikologis atau fisik.

3) *Depresi somatogenik (depresi organik dan depresi simtomatik)*

#### 3. Depresi menurut penyebab, tanda dan gejala. Menurut Wilkinson yaitu *depresi reaktif, endogenus, primer dan skunder.*

4. Depresi menurut gejalanya, yaitu *depresi neurotik, psikotik* dan *depresi manik* atau disebut juga *depresi bipolar*

5. Menurut arah penyakitnya, *Depresi unipolar* dan *bipolar* (Lubis, 2009)

#### 2.2.6 Faktor predisposisi dan presipitasi

##### 1. Faktor predisposisi

Faktor predisposisi yang menyebabkan depresi antara lain (Herawati, 1999) :

###### 1) Faktor genetik

Mengemukakan transmisi gangguan alam perasaan diteruskan melalui garis keturunan

###### 2) Teori agresi berbalik pada diri sendiri

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

###### 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.

###### 4) Teori kepribadian

Mengemukakan bahwa tipe kepribadian tertentu menyebabkan seseorang mengalami depresi atau mania.

###### 5) Teori kognitif

Mengemukakan bahwa depresi terjadi sebagai akibat gangguan perkembangan terhadap penilaian diri, yaitu penilaian negative terhadap



diri, sehingga terjadi gangguan proses pikir. Individu menjadi pesimis dan memandang dirinya tidak adekuat dan tidak berharga serta hidup sebagai tidak harapan.

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.

7) Model perilaku

Mengemukakan bahwa depresi terjadi karena kurangnya penguatan positif selama bereaksi dengan lingkungan.

8) Model biologis

Mengemukakan bahwa pada keadaan depresi terjadi perubahan kimiawi, yaitu defisiensi katekolamin, tidak berfungsinya endokrin dan hipersekreksi kortisol.

2. Faktor presipitasi

Stressor 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)

### 2.2.7 Penyebab depresi

Depresi disebabkan oleh berbagai penyakit fisik, faktor psikis, faktor sosial dan lingkungan, faktor obat, faktor usia, faktor genetic (Eli et al, 2008). Terjadinya depresi pada lanjut usia merupakan interaksi faktor-faktor biologi, psikologi, dan sosial. Faktor biologi 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 pancreas, gangguan neurologis: penyakit Alzheimer, stroke terutama bagian hemisfer kiri, epilepsy, demensia vascular, defisiensi B12 dan asam folat, SLE, penyakit virus yang bisa menyebabkan depresi dan risiko genetic. Faktor psikologi yaitu status ekonomi yang menyebabkan rasa rendah diri status 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. 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 dimana lanjut usia sudah tidak bisa mencukupi kebutuhannya lagi karena sudah berusia lanjut, kepribadian pramorbid tipe kepribadian tertentu seperti (kepribadian dependen, obsesi kompulsif dan histrionik), karena tekanan-tekanan itu bisa menyebabkan lanjut usia mengalami depresi (Noviastusti, 2002).

Menurut Lubis (2009) factor penyebab timbulnya depresi pada orang usia lanjut bisa berupa :

1. Faktor fisik / biologis :

- 1) Faktor genetik, gen (kode biologis yang diwariskan dari orang tua) berpengaruh dalam terjadinya depresi, tetapi ada banyak gen di dalam tubuh kita dan tidak ada seorang pun peneliti mengetahui secara pasti bagaimana gen bekerja
- 2) Susunan kimia otak. Beberapa bahan kimia didalam otak dan tubuh memegang peranan yang besar dalam mengendalikan emosi. Pada orang depresi ditemukan adanya perubahan dalam jumlah bahan kimia. Hormon noradrenalin yang memegang peranan utama dalam mengendalikan otak dan aktivitas tubuh, tampak berkurang pada orang yang mengalami depresi. Pada wanita, perubahan hormon dihubungkan dengan kelahiran anak dan menopause juga dapat meningkatkan resiko terjadinya depresi (Kompas, 2008). Riset menunjukkan bahwa ada kekurangan dari neurotransmitter serotonin norepineprin dan dopamine yang menyebabkan terjadinya depresi. Masalah emosional akan merangsang hipotalamus dalam otak. Lalu hipotalamus akan merangsang kelenjar *pituitary* (kelenjar lendir) kemudian *pituitary* ini akan

merangsang kelenjar adrenal. Dan adrenal mengeluarkan semacam hormon, yang dinamakan glukokortikoid, dalam jumlah besar. Kelebihan glukokortikoid inilah yang menyebabkan terjadinya kerusakan

- 3)Usia. Berbagai penelitian mengungkapkan bahwa golongan usia muda yaitu remaja dan orang dewasa lebih banyak terkena depresi. Survei masyarakat terakhir melaporkan adanya prevalensi yang tinggi dari gejala depresi pada golongan dewasa muda yaitu usia 18-44 tahun
- 4)Gender. Wanita dua kali lebih sering terdiagnosa menderita depresi daripada pria. Data yang dihimpun oleh Bank menyebutkan prevalensi terjadinya depresi sekitar 30% terjadi pada wanita dan dialami oleh pria 12,6%. Peranan keluarga dianggap sangat penting bagi para lansia terutama bagi lansia perempuan (Hurlock, 1999).
- 5)Gaya hidup. Banyak kebiasaan dan gaya hidup tidak sehat berdampak pada penyakit misalnya penyakit jantung juga dapat memicu kecemasan dan depresi. Gaya hidup tidak sehat misalnya tidur tidak teratur, makan tidak teratur, mengkonsumsi jenis makanan *fast food* atau makanan yang mengandung bahan perasa, pengawet, kurang olah raga, merokok dan minuman keras (Hendrana, 2004)
- 6)Penyakit fisik. Penyakit fisik dapat menyebabkan penyakit. Perasaan terkejut karena mengetahui kita memiliki penyakit serius dapat mengarahkan pada hilangnya kepercayaan diri dan penghargaan diri (*self car* ), juga depresi. Pada individu lanjut usia adalah penyebab paling umum terjadinya depresi.
- 7)Obat-obatan

## 2. Faktor psikologis :

- 1) Keperibadian. Individu yang lebih rentan terhadap depresi, yaitu mempunyai konsep diri serta pola pikir negatif, pesimis, juga tipe kepribadian *introvert*.
- 2) Pola pikir. Tidak mengakui kesuksesan dan berfokus pada kegagalan-kegagalan, Mc William dan bloom field (2008) mengatakan seseorang dengan pikiran negatif dapat mengembangkan kebiasaan buruk dan perilaku yang merusak diri sendiri. Pengaruh negatif dapat menyebabkan dan memperparah depresi seperti makan terlalu banyak, penyalahgunaan obat-obatan, alkoholisme dan merokok. Pecandu, gangguan seksual dan workaholisme ( Mc William, 2008)
- 3) Harga diri (*self esteem*) . Pandangan individu terhadap nilai dirinya atau bagaimana seorang menilai, mengakui dan menghargai dirinya. Harga diri merupakan salah satu faktor yang sangat menentukan perilaku individu. Setiap orang menginginkan penghargaan yang positif terhadap dirinya, sehingga seseorang akan merasakan dirinya berguna atau berarti bagi orang lain meskipun memiliki kelemahan baik secara fisik maupun mental
- 4) Stres
- 5) Lingkungan keluarga
- 6) Penyakit jangka panjang
- 7) Perubahan hormon.

## 3. Faktor Lingkungan :

- 1) Penyalahgunaan Obat dan alkohol

2) Terbiasa berfikir negatif lewat hubungan dengan orang tua, guru atau rekan

3) Pengalaman hidup traumatis (Young, 2010)

#### 2.2.8 Tanda dan gejala depresi

Menurut Hawari (2008) tanda dan gejala depresi adalah :

1. Perubahan suasana hati yang spesifik (*Afek disforik*), misalnya kesedihan, kesepian dan apatis.
2. Konsep diri yang negatif disertai dengan kecenderungan untuk mencela dan menyalahkan diri sendiri (perasaan bersalah atau berdosa)
3. Keinginan regresif dan menghukum diri sendiri, misalnya keinginan untuk menyembunyikan diri sendiri, keinginan untuk mati.
4. Perubahan-perubahan vegetatif, misalnya *insomnia*, *anorexia* dan kehilangan *libido*.
5. Perubahan tingkat efektivitas sesuatu, misalnya retardasi atau agitasi.
6. Hilangnya rasa senang, semangat dan minat menurun, kreativitas menurun, pikiran tentang kematian, bunuh diri.

Menurut Lubis (2009) gejala depresi terdiri dari:

- 1) Gejala fisik: gangguan pola tidur, menurun tingkat aktivitas, menurunnya efisiensi kerja, menurunnya produktivitas kerja, mudah lelah dan sakit
- 2) Gejala psikis: Kehilangan rasa percaya diri, sensitif, merasa tidak berguna, perasaan bersalah dan terbebani.

Berdasarkan uraian di atas dapat disimpulkan bahwa depresi merupakan suatu gangguan mental yang patologis, ditandai dengan adanya suasana perasaan (*mood*) yang depresif atau kemuraman hati yang mempengaruhi fungsi-fungsi

fisiologis, psikologis dan hampir semua aspek kehidupannya mengalami penurunan termasuk minat dalam kegiatan serta kerja fisik atau sosial dan bervariasi dalam berat ringannya.

### 2.2.9 Skala depresi

Banyak alat ukur yang digunakan untuk mengukur depresi. *Geriatric Depression Scale* (GDS) adalah salah satu 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 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 negative. Dari 15 pertanyaan tersebut berdasarkan aspek kepuasan dalam hidup, meninggalkan banyak kegiatan dan minat kesenangan, merasakan kebosanan, mempunyai semangat baik, perasaan takut, perasaan bahagia, ketidak berdayaan, merasa senang tinggal dirumah, mempunyai masalah dengan daya ingat kehidupan yang menyenangkan, merasa tidak berharga, merasa semangat, merasakan keadaan yang tidak ada harapan, dan anggapan orang lain hidupnya lebih pendek. Penelitian yang dilakukan di Brazil mengungkapkan bahwa GDS 15 mempunyai 84,8% sensitive dan 67,7% spesifik

(Paradela, 2005). Skor <5 = tidak depresi, skor 5-9 = depresi sedang, skor 10 atau lebih = depresi berat (Aikman, 2000).

## 2.3 Konsep Kesepian

### 2.3.1 Pengertian kesepian

Setiap orang pasti pernah mengalami suatu kesepian baik muda atau sudah lanjut usia. Kesepian adalah kesadaran pedih bahwa seseorang kurang memiliki hubungan yang dekat dan berarti dengan orang lain. Kekurangan tadi menimbulkan kekosongan, sedih, pengasingan diri bahkan keputusasaan. Perasaan ditolak dan citra diri yang rendah mengembang, karena kita tidak dapat bergaul, atau kita merasa tersisih dan tidak disukai, betapapun kerasnya kita berusaha untuk dimiliki (Henny, 2003). Menurut Peplau (1997) bahwa kesepian kurang umum terjadi diantara orang-orang yang masih menikah, orang yang *single* dan telah kehilangan pasangan adalah orang yang paling merasa kesepian.

Kesepian adalah keadaan alami yang terjadi rasa sepi setelah kehilangan salah satu orang yang dicintai atau ketika menyesuaikan situasi kehilangan dengan situasi yang nyata dalam kehidupan. Kesepian tidak disebabkan oleh karena sendiri tetapi disebabkan karena berkurangnya hubungan atau interaksi dengan orang lain (Roach, 1998). Menurut Sullivan, (1953) dalam Peplau (1997) kesepian atau *loneliness* merupakan perasaan yang menyakitkan atau tidak menyenangkan secara berlebihan, hal ini disebabkan karena tidak adekuatnya kebutuhan manusia untuk *interpersonal intimacy*. Sedangkan menurut Hasan F., (1999) kesepian bukanlah sekedar tidak adanya orang lain disekitar kita, karena seseorang dalam melakukan interaksi sosial juga membutuhkan suatu hubungan yang akrab, tidak



hanya sekedar hubungan yang resmi, bersifat dangkal dan basa-basi melainkan hubungan yang bersifat mendalam. Pada kenyataan, orang yang kesepian bukan tergantung dari kuantitas dari interaksi sosialnya, tetapi tergantung dari kualitas dari hubungan tersebut.

### 2.3.2 Penyebab kesepian

Ada beberapa penyebab dari pengalaman kurangnya hubungan sosial yang dialami oleh orang kesepian:

#### 1. Kurangnya keintiman

Sebuah hubungan harus memuaskan, hal ini merupakan satu kesatuan kebutuhan sosial atau individu akan mengalami kesepian.

#### 2. Proses berfikir

Mempengaruhi persepsi dan penilaian hubungan sosial mereka. Kesepian merupakan akibat dari ketidakpuasan seseorang dalam hubungan sosialnya.

#### 3. Kurangnya penghargaan sosial

Dari kuantitas dan tipe dari hubungan seseorang ditemukan adanya kepuasan yang merupakan hasil dari penghargaan (Peplau, 1997).

### 2.3.3 Ciri kesepian

#### 1. Manifestasi perasaan

Seseorang yang mengalami kesepian biasanya kurang bahagia, kurang puas dan lebih pesimis. Orang yang kesepian sering merasa cemas dan menggambarkan dirinya sebagai orang yang kaku, gelisah dan membosankan. Ada beberapa bukti yang menunjukkan bahwa orang yang kesepian merasa

bermusuhan dengan orang lain. Lansia yang mengalami kesepian boleh jadi cepat merasa panik, marah, tertutup, kosong dan kaku (Peplau, 1997).

## 2. Manifestasi berfikir

Banyak ditemukan bahwa orang yang merasa kesepian secara umum kurang mampu untuk berkonsentrasi atau memfokuskan perhatian secara aktif serta lebih sering berfokus pada dirinya sendiri. Hal ini bisa dilihat pada perilaku interpersonalnya seperti lebih sedikit bertanya pada orang lain. Orang yang kesepian lebih sering mempunyai perasaan sensitif yang berlebihan dan adanya rasa membedakan persepsi atau rasa membedakan persepsi atau rasa bermusuhan yang berlebihan (Weiss, 1994).

### 2.3.4 Pengertian kesepian pada lansia

Kesepian pada lansia adalah rasa kesepian yang dialami oleh seorang lanjut usia pada saat meninggalnya pasangan hidup atau teman dekat, masa pensiun, terutama bila dirinya saat itu juga mengalami berbagai penurunan status kesehatan seperti kerusakan pendengaran atau menderita kelumpuhan yang mengakibatkan sulit berinteraksi dengan orang lain (Utama, 1999). Lansia yang mengalami kesepian akibat penurunan proses berfikir mereka sehingga mempengaruhi persepsi dan penilaian hubungan sosial mereka (Peplau, 1997).

Menurut Roach, (1998) seorang lansia yang merasa kesepian sering kali mempunyai suatu pendapat yang negatif tentang dirinya sendiri. Perasaan seperti inilah yang akan menimbulkan kesukaran dalam membina suatu hubungan, sehingga terdengar ungkapan bahwa keberadaannya tidak diinginkan, tidak berarti lagi yang akan menimbulkan sikap mengasingkan diri dengan cara menjauhi orang lain atau perilaku menarik diri. Perilaku kesepian lebih sering terjadi pada

lansia yang sudah mengalami penurunan kualitas output intelektual, sehingga membuat lansia sulit menyesuaikan diri dengan cara berfikir dan gaya baru dari generasi yang lebih muda. Semakin menurun kemampuan untuk memperhatikan dan berkonsentrasi ditambah dengan daya ingat yang makin melemah, cenderung membuat pikiran lansia menjadi kaku dan repetitif. Apabila lansia sudah merasa bosan terhadap dirinya sendiri, ia mungkin akan lebih membosankan lagi bagi orang yang lebih muda disekitarnya yang menjadi lelah dan kurang sabar akan cerita tentang kejayaannya dimasa lalu yang kunjung henti untuk diulang-ulang.

Kesepian yang terjadi pada lansia pada dasarnya akibat suatu peristiwa hilangnya sesuatu atau seseorang yang sangat bernilai bagi lansia. Saat kehilangan ini terjadi lansia akan beradaptasi terhadap situasi kehilangan dengan situasi yang nyata dalam kehidupan. Hal ini dapat ditunjukkan dengan gejala-gejala umum dalam tiga tahap diantaranya :

1. Tahap I

Merasa shock atau terpukul dan tidak percaya. Hampir semua tingkah laku yang tidak bersifat merusak merupakan sikap penyesuaian pada tahap ini

2. Tahap II

Pada tahap ini munculnya kesadaran akan peristiwa kehilangan tersebut kemungkinan klien lanjut usia akan mengajukan pertanyaan-pertanyaan tentang peristiwa kehilangan tersebut. Tingkah laku penyesuaian diri, yaitu mulai mengakui peristiwa kehilangan tersebut serta pengaruhnya terhadap seseorang.

### 3. Tahap III

Pada tahap ini terjadi pemulihan kembali, tingkah laku yang tampak, misalnya kemampuan untuk memahami dan menghayati kehilangan tersebut. Setelah itu, melanjutkan kegiatan hidupnya sehari-hari dengan cara : merencanakan masa depannya, seraya mengingat kembali kejadian baik yang menyenangkan maupun yang menyedihkan yang diakibatkan oleh peristiwa tersebut secara realistik (Nugroho, 2000).

Setelah lansia melewati tahap – tahap tersebut saat itulah lansia akan mengalami konflik mental apakah lansia tersebut menerima kehilangan tersebut atau malah sebaliknya, jika seorang lansia tidak bisa menerima kehilangan tersebut akibat kurangnya dukungan sosial atau kebutuhan manusia untuk *interpersonal intimacy* maka perasaan yang menyakitkan dan kekosongan akan muncul yang akhirnya menyebabkan lansia merasa kesepian (Sullivan, 1953 dalam Peplau 1997)

#### 2.3.5 Perilaku yang berhubungan dengan kesepian

Seorang lansia yang mengalami kesepian lebih cenderung pada kemunduran dan perubahan yang dialaminya. Lansia yang mengalami kesepian dapat diidentifikasi dari perilaku dibawah ini:

1. Berperilaku berfokus pada dirinya sendiri dibandingkan dengan lansia yang tidak kesepian.
2. Cenderung pemalu dan tidak berani mengambil resiko sosial, menarik diri serta kurang *assertive* dalam interaksi sosial .
3. Sering memperlihatkan pola keterbukaan yang berbeda dengan lansia yang tidak kesepian (Peplau, 1997).

### 2.3.6 Faktor- faktor yang menyebabkan terjadinya kesepian pada lansia

#### 1. Kehilangan teman dekat/pasangan

Kehilangan pasangan adalah salah satu hal yang sering dialami oleh lansia, mereka akan merasa kehilangan dan belum bisa menerimanya, sehingga lansia akan merasa kesepian. Kehilangan teman juga akan membuat mereka kesepian, mereka akan jarang sekali bertemu dan berkomunikasi dengan teman sejawat yang sebelumnya tiap hari dijumpainya, hubungan sosialnya pun akan berkurang (Peplau, 1997).

#### 2. Masa pensiun

Pensiun adalah suatu sistem peraturan pemerintah sejak ada negara industri, suatu hal yang baru dimasyarakatkan sejak pertengahan ke dua abad ke dua puluh. Bila seseorang pensiun, ia pun akan mengalami kehilangan antara lain:

- 1) Kehilangan finansial: pendapatan gaji pada seseorang yang pensiun akan menurun, kecuali pada orang yang sangat kaya dengan tabungan yang melimpah
- 2) Kehilangan status: sebelumnya orang tersebut mempunyai jabatan dan posisi yang cukup tinggi, lengkap dengan fasilitasnya.
- 3) Kehilangan teman: mereka akan jarang bertemu dan berkomunikasi dengan teman.
- 4) Kehilangan kegiatan: rutinitas yang bertahun-tahun akan hilang (Utama, 1999).

### 3. Penurunan status kesehatan

Dengan makin lanjutnya usia seseorang maka kemungkinan terjadinya penurunan anatomik fisiologis atas organnya makin besar, menyebabkan lebih rentan terhadap penyakit pada organ tersebut (Utama, 1999).

### 4. Berkurangnya kontak sosial

Memasuki masa tua ditandai dengan berkurangnya kontak sosial, baik dengan anggota masyarakat maupun teman kerja akibat terputusnya hubungan kerja karena pensiun, disamping itu kecenderungan meluasnya keluarga inti (Suardiman, 2001).

### 5. Berkurangnya perhatian keluarga

Lansia biasanya akan diabaikan, mereka lebih terfokus pada keluarga sendiri yaitu keluarga inti, sehingga lansia akan merasa tak diperhatikan akibatnya ia akan merasa sendiri dan kesepian (Suardiman, 1999).

#### 2.3.7 Dampak kesepian

Kesepian yang dialami seseorang jika terjadi pada waktu yang lama dapat menimbulkan perilaku yang mengarah ke depresi dan cenderung untuk menarik diri dari lingkungan sosialnya (Sundeen, 1998). Mengingat dampak kesepian lansia tersebut maka lansia perlu membangun ikatan dengan anggota kelompok usia mereka, pada waktu hubungan mereka dengan kelompok masyarakat yang lebih besar dihentikan karena pensiun dan karena secara bertahap mulai mengurangi kontak mereka dengan organisasi masyarakat. Ikatan dengan kelompok usia mereka tidak hanya sekedar membicarakan hal yang bersifat

umum, tapi diperlukan suatu kelompok yang kompak dan menerapkan komunikasi teraupetik (Hurlock, 1999).

### 2.3.8 Skala kesepian

Skala kesepian yang banyak digunakan dalam penelitian adalah *UCLA Loneliness Scale*, dimana sudah lebih dari dua puluh tahun sampai sekarang, Namun baru-baru ini *Version 3 Of The UCLA Loneliness* banyak dipublikasikan. *UCLA Loneliness Scale* digunakan penelitian untuk mengukur atau mengetahui tingkat kesepian atau isolasi sosial (menarik diri). Bentuk pengukuran ini berdasarkan pada ungkapan dari individu yang mengalami kesepian untuk menggambarkan perasaan kesepiannya. (Russel, Peplau, & Ferguson, 1978).

Dalam penelitian, *UCLA Loneliness Scale* dapat juga digunakan sebagai penatalaksanaan dan rehabilitasi dari psikosis yang memberi prioritas untuk *model* atau *design*. Dalam pengukuran ini pada proses pengkajian dengan cara mengkaji ungkapan atau perasaan yang diutarakan oleh sekelompok orang yang mengalami kesepian sedangkan untuk penatalaksanaannya dan rehabilitasi dengan skala *UCLA*. *UCLA Loneliness Scale* dapat juga digunakan untuk memperbaiki kesehatan mental seseorang dan perbaikan rehabilitas. Dengan begitu seseorang hanya kemungkinan kecil terjadi kesepian lagi, hanya sebagian kecil menunjukkan gejala, fungsi psikososial akan lebih baik, kualitas hidup lebih tinggi dan *rehospitalization*, Untuk menentukan tingkat kesepian seseorang dengan menggunakan *UCLA Loneliness Scale* yaitu memprediksi keadaan aspek perasaannya (mental) dan kontak sosialnya.

Keadaan ini digambarkan dengan skala empat rangking dari tidak pernah sampai sering yaitu:

1. Poin 1 untuk pertanyaan dengan jawaban tidak pernah
2. Poin 2 untuk pertanyaan dengan jawaban jarang
3. Poin 3 untuk pertanyaan dengan jawaban kadang-kadang
4. Poin 4 untuk pertanyaan dengan jawaban sering

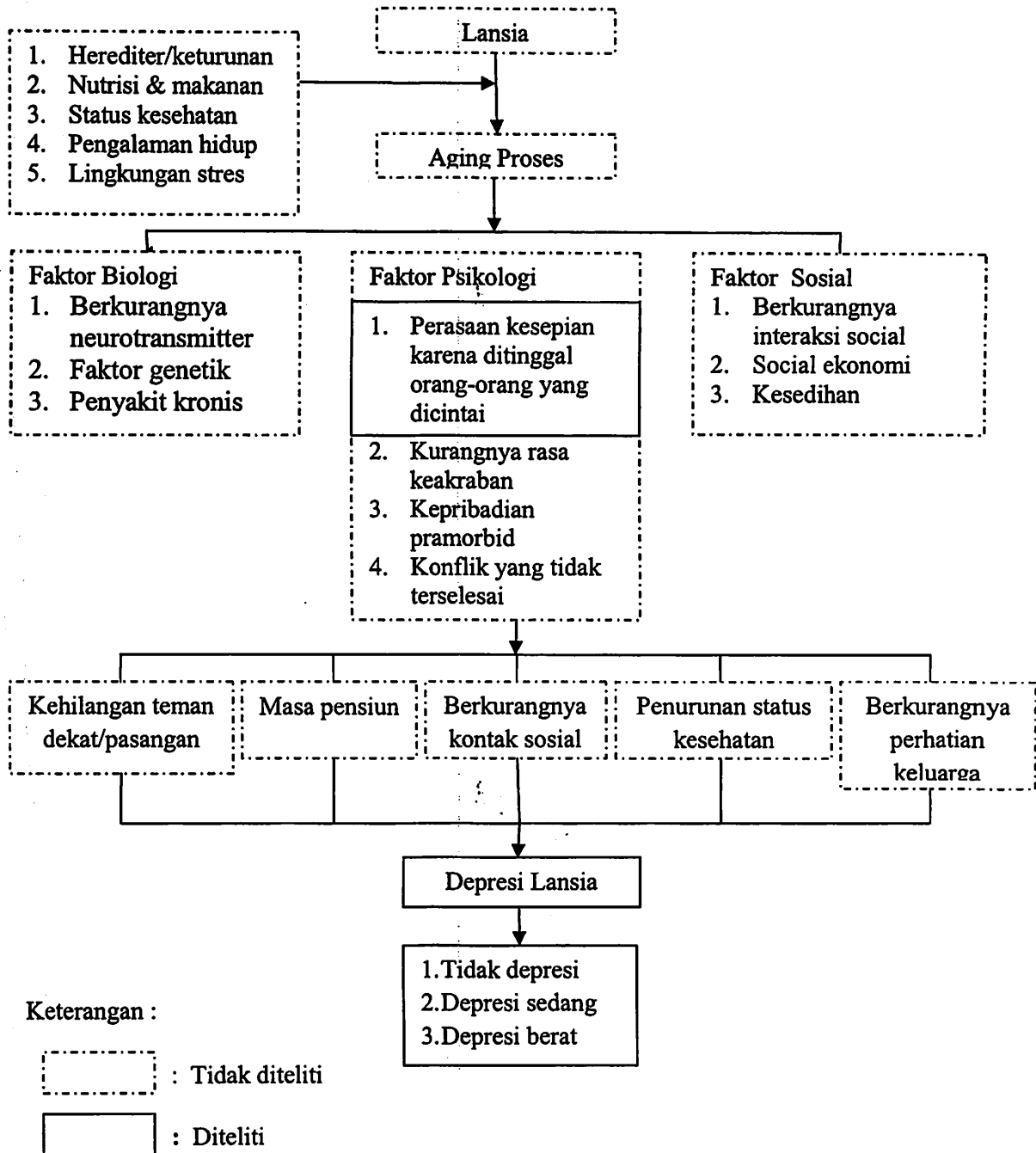
Dari 10 pertanyaan diatas berdasarkan aspek perasaan (mental) dan interaksi sosialnya. Akumulasi poin dari kuisioner yang diberikan diklasifikasikan dalam rentang skor. Skor antara 10-20 tidak kesepian, 21-30 kesepian, dan 31-40 sangat kesepian, hal ini biasa terjadi pada seseorang yang merasa sangat sedih, merasa hidup sendiri dan tidak berharga lagi (Russel, Peplau, Cutrona, 1980).



**BAB 3**

**KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN**

**3.1 Kerangka Konseptual**



Gambar 3.1 Kerangka konseptual hubungan kesepian lansia dengan tingkat depresi pada lansia di Desa Durikulon Kecamatan Laren Kabupaten Lamongan

menggunakan *UCLA Loneliness Scale* sehingga akan diketahui adakah hubungan kesepian lansia dengan tingkat depresi pada lansia.

### **3.2 Hipotesis Penelitian**

**H1: Ada hubungan kesepian lansia dengan tingkat depresi pada lansia di Desa**

**Durikulon Kecamatan Laren Kabupaten Lamongan**

## BAB 4

### METODE PENELITIAN

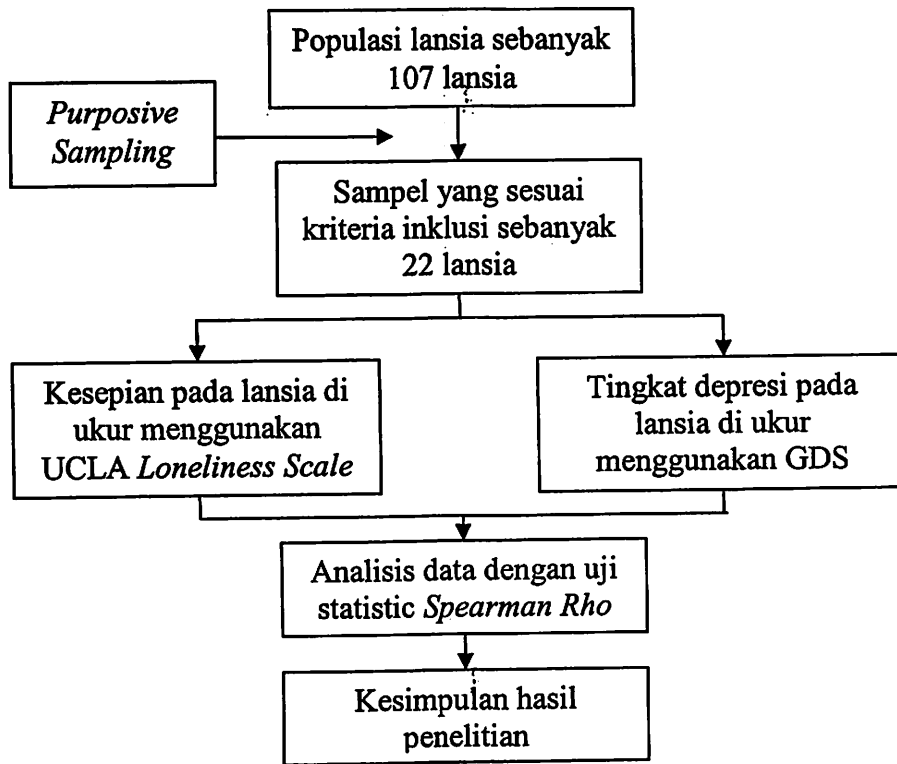
Metode penelitian ini merupakan cara untuk untuk menjawab suatu permasalahan dengan metode ilmiah. Dalam bab ini akan diuraikan tentang : desain penelitian, kerangka kerja, desain sampling meliputi populasi, sampel, dan sampling, identifikasi variabel dan definisi operasional, prosedur pengambilan dan pengumpulan data, analisis data, dan etik penelitian.

#### 4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan adalah deskriptif korelasional, yang bertujuan untuk menjelaskan hubungan antara variabel-variabel bebas dengan terikat, yaitu hubungan kesepian lansia dengan tingkat depresi pada lansia di desa durikulon kecamatan laren kabupaten lamongan. Pendekatan penelitian ini menggunakan *cross sectional*, yang menekankan pada waktu pengukuran atau observasi data variabel independen dan dependen hanya satu kali, pada suatu saat, pada jenis ini variabel independen dan dependen dinilai secara simultan pada suatu saat, jadi tidak ada *follow up*( Nursalam, 2008).

#### 4.2 Kerangka Kerja

Kerangka kerja atau kerangka operasional penelitian yaitu menyajikan alur penelitian terutama variabel yang akan digunakan dalam penelitian (Nursalam, 2003). Pada penelitian ini kerangka kerja dapat dilihat pada gambar 4.1 :



Gambar 4.1 Kerangka kerja hubungan kesepian lansia dengan tingkat depresi pada lansia di Desa Durikulon Kecamatan Laren Kabupaten Lamongan

### 4.3 Populasi, Sampel, dan Sampling

#### 4.3.1 Populasi

Populasi adalah suatu objek yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2003). 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 aktif penelitian. 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 Desa Durikulon Kecamatan Laren Kabupaten Lamongan dengan jumlah 107 orang.

#### 4.3.2 Sampel

Sampel adalah sebagian dari jumlah atau karakteristik yang dimiliki populasi tersebut (Alimul, 2003). 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) representative (mewakili) dan (2) sampel harus cukup banyak. Sampel pada penelitian ini adalah seluruh lansia yang tinggal di Desa Durikulon Kecamatan Laren Kabupaten Lamongan yang telah memenuhi kriteria inklusi dengan jumlah 22 lansia.

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) Lansia yang berusia 60-74 tahun yang ada di Desa Durikulon Kecamatan Laren Kabupaten Lamongan
- 2) Lansia yang tidak berpasangan (janda)
- 3) Lansia dengan kesehatan baik
- 4) Lansia bersedia menjadi responden.

Sedangkan kriteria eksklusinya adalah sebagai berikut :

- 1) Lansia dengan demensia berat

## 2) Lansia yang mengalami gangguan jiwa

### 4.3.3 Sampling

Sampling adalah suatu proses dalam menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi. Pada penelitian ini teknik sampling dengan menggunakan *Purposive Sampling (non probability sampling)* disebut juga *judgement sampling* adalah suatu teknik penetapan sampel dengan cara memilih sampel diantara populasi dengan yang dikehendaki peneliti, sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang telah dikenal sebelumnya (Nursalam, 2003).

## 4.4 Variabel Penelitian

Variabel penelitian adalah perilaku atau karakteristik yang memberikan nilai beda terhadap sesuatu (Nursalam, 2003).

### 4.4.1 Variabel bebas (*Independent Variabel*)

Variabel bebas (*Independent Variabel*) adalah variabel yang nilainya menentukan variabel lain. Variabel bebas dalam penelitian ini adalah kesepian lansia.

### 4.4.2 Variabel terikat (*Dependent Variabel*)

Variabel terikat (*Dependent Variabel*) adalah variabel yang nilainya ditentukan oleh variabel lain. Variabel terikat dalam penelitian ini adalah tingkat depresi pada lansia.

#### 4.5 Definisi Operasional

Tabel 4.1 Definisi operasional hubungan kesepian lansia dengan tingkat depresi pada lansia di Desa Durikulon Kecamatan Laren Kabupaten Lamongan

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
<b>Variabel dependen</b> Tingkat depresi pada lansia	Suatu gangguan perasaan dengan ciri-ciri semangat berkurang, rasa harga diri rendah, menyalahkan diri sendiri, gangguan tidur, dan makan	-Kepuasan dalam hidup -Meninggalkan banyak kegiatan dan minat kesenangan -Merasakan kebosanan -Mempunyai semangat baik -Perasaan takut -Perasaan bahagia -Ketidak berdayaan -Merasa senang tinggal dirumah -Mempunyai masalah dengan daya ingat -Kehidupan yang menyenangkan -Merasa tidak berharga Merasa semangat -Merasakan keadaan yang tidak ada harapan -Anggapan orang lain hidupnya lebih pendek	Kuisisioner GDS	Ordinal	- Skor <5 = tidak depresi - Skor 5-9 = depresi sedang - Skor 10/lebih = depresi berat
<b>Variabel Independen</b> Kesepian Lansia	Keadaan alami yang terjadi rasa sepi yang ditunjukkan adanya manifestasi berfikir, manifestasi perasaan, dan perilaku.	Aspek perasaan (mental) dan interaksi sosial	Kuisisioner <i>UCLA Loneliness Scale</i>	Ordinal	- Tidak kesepian = 10-20 - Kesepian = 21-30 - Sangat kesepian = 31-40

#### 4.6 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian akan dilakukan pada lansia yang tinggal di Desa Durikulon Kecamatan Laren Kabupaten Lamongan, Waktu Penelitian : Penelitian dilaksanakan pada bulan Januari 2011

#### 4.7 Prosedur Pengumpulan Data dan Pengolahan Data

##### 4.7.1 Instrumen penelitian

Pengumpulan data, peneliti membuat instrument sebagai pedoman pengumpulan data berupa kuisisioner tingkat depresi dengan menggunakan GDS (*Geriatric Depression Scale*) terdiri dari 15 pertanyaan dengan jawaban ya 9 dan jawaban tidak 6 dengan menggunakan *Close-ended question* dan kesepian lansia menggunakan *UCLA Loneliness Scale* yang telah dimodifikasi oleh peneliti terdiri dari 10 pertanyaan yang dikembangkan berdasarkan aspek perasaan (mental) dan kontak sosialnya dengan menggunakan *likert scaledan multiple choise*. 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 independen dan dependen pada penelitian ini adalah dengan metode kuisisioner. Penelitian ini menggunakan kuisisioner, Kuisisioner dalam penelitian ini dibuat peneliti yang mengacu pada kepustakaan.

##### 4.7.2 Pengambilan data

Proses pengambilan dan pengumpulan data yaitu Peneliti mengurus surat kelengkapan ijin penelitian dari dekan FKP UNAIR, kemudian menghubungi kepala kelurahan Durikulon kecamatan Laren kabupaten



Lamongan, untuk memohon ijin sebagai tempat penelitian. Dalam penelitian ini, peneliti mendapat alamat atau data responden dari Kepala kelurahan dan bagian administrasi kelurahan Durikulon. Dari data yang diberikan didapatkan jumlah lansia adalah 107 orang. Dari data tersebut peneliti menyeleksi calon responden. Setelah dikumpulkan, didapatkan responden yang memenuhi kriteria inklusi adalah 22 orang. Peneliti mendatangi rumah calon responden *door to door* sesuai dengan data/alamat yang didapatkan dari Kelurahan. Peneliti akan menjelaskan tujuan penelitian dan menjelaskan prosedur pengumpulan data kemudian peneliti memberikan *informed consent* kepada responden. Apabila responden menyetujui *informed consent* yang diajukan peneliti, maka peneliti mengajukan kontrak waktu dengan responden mengenai pelaksanaan pengambilan data. Pada saat pengambilan data, peneliti membagikan kuisisioner data demografi, GDS dan *UCLA Loneliness scale*. Langkah berikut menjelaskan bagaimana cara pengisian kuisisioner yang harus diisi oleh responden. Setelah pengisian kuisisioner selesai, maka selanjutnya dilakukan pengecekan, dikumpulkan lalu di verifikasi yang dimaksudkan untuk melihat apakah data yang diperoleh sudah lengkap atau masih kurang. Lalu setelah data terkumpul, maka selanjutnya data diolah.

#### 4.7.3 Pengolahan data

Pengolahan data pada penelitian ini dilaksanakan dengan tahap-tahap sebagai berikut :

##### 1. *Editing*

*Editing* mempunyai fungsi untuk meneliti kembali perlengkapan data berdasarkan pengisian kuisisioner dan memindahkan kuisisioner yang

pengisiannya kurang lengkap dilakukan dengan cara memeriksa kelengkapan, kesalahan pengisian dan konsistensi dari setiap jawaban. *Editing* dilakukan ditempat pengisian kuisioner, sehingga jika ada kekurangan data dapat segera dilengkapi.

## 2. *Coding*

Dilakukan dengan memberi tanda pada masing-masing jawaban dengan kode berupa angka. Untuk sesi pertama tentang "kesepian" (bagian A) bila jawaban tidak pernah kode 1, jarang kode 2, kadang-kadang kode 3, sering kode 4.

Untuk sesi yang kedua tentang "tingkat depresi" (bagian B) bila jawaban ya kode 1 dan tidak 0.

## 3. *Tabulating*

Langkah ini merupakan kelanjutan dari *coding* data. Setelah dilakukan data *coding* kemudian dimasukkan kedalam tabel-tabel dengan bentuk distribusi frekuensi menurut sifat-sifat yang dimilikinya, sesuai dengan tujuan peneliti.

## 4. *Entering*

Langkah ini untuk memasukkan data-data hasil penelitian kedalam program komputer.

### 4.8 Analisis Data

Dari data yang telah dikumpulkan dilakukan analisa data untuk menganalisis adakah hubungan kesepian lansia dengan tingkat depresi pada lansia di desa durikulon kecamatan laren kabupaten lamongan. Skala data yang didapatkan

adalah ordinal melalui kuisioner. 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  $\alpha < 0,05$ , artinya apabila  $r < 0,05$  maka  $H_0$  ditolak dan  $H_1$  diterima yang berarti ada hubungan yang bermakna antara variabel-variabel yang diukur. Pembuktian penafsiran terhadap yang ditentukan apakah besar atau kecil tingkat hubungannya maka digunakan pedoman sebagai berikut (Sugiyono, 2006).

Tabel 4.2 Koefesien dan tingkat hubungan

Interval koefisien	Tingkat hubungan
0.0 – 0.199	Sangat lemah
0.20-0.399	Lemah
0.40-0.599	Sedang
0.60-0.799	Kuat
0.80-1.00	Sangat kuat

#### 4.9 Etika Penelitian

Mengingat penelitian ini akan berhubungan langsung dengan manusia karena manusia mempunyai hak asasi dalam kegiatan penelitian, sehingga peneliti perlu mendapatkan persetujuan dari kepala desa dan responden yang dijadikan subyek penelitian, setelah mendapatkan persetujuan dari responden, maka diberi penjelasan tentang tujuan penelitian, kemudian peneliti menekankan masalah etika penelitian meliputi :

##### 1. *Informed consent* ( lembar persetujuan responden )

Lembar persetujuan ini diberikan kepada calon responden yang akan diteliti dan mau menandatangani surat persetujuan bersedia menjadi responden penelitian. Peneliti menjelaskan maksud dan tujuan penelitian yang akan

dilakukan serta dampak yang mungkin terjadi selama dan sesudah pengambilan data, jika calon responden menolak untuk diteliti, maka peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati hak-haknya.

## 2. Tanpa nama (*anonymity*)

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

## 3. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Kerahasiaan informasi responden akan dijamin oleh peneliti, hanya kelompok data-data tertentu saja yang akan disajikan atau dilaporkan sebagai hasil penelitian.

### 4.10 Keterbatasan Penelitian

1. Penelitian ini dilakukan dengan pendekatan *cross sectional* karena peneliti ingin melakukan pembasan waktu, maka hanya melakukan satu kali pengukuran sehingga hasil pengukuran kurang memuaskan jika dibandingkan dengan pengukuran yang dilakukan lebih dari satu kali, agar mendapatkan hasil yang memuaskan sebaiknya penelitian ini dilakukan dalam beberapa waktu dan melakukan beberapa kali pengukuran.
2. Pengumpulan data dengan menggunakan kuisioner memungkinkan terjadinya subyektifitas, responden dapat dengan sengaja memberikan jawaban yang tidak jujur.

## BAB 5

### HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Bab ini akan membahas mengenai hasil penelitian meliputi gambaran umum mengenai lokasi penelitian, gambaran umum data demografi responden yang meliputi umur, pendidikan terakhir, pekerjaan dahulu, dan pekerjaan sekarang serta pembahasan hubungan kesepian lansia dengan tingkat depresi pada lansia. Penelitian ini dilakukan di Desa Durikulon, Kecamatan Laren, Kabupaten Lamongan dengan jumlah responden 22 orang yang dilaksanakan mulai tanggal 10 - 21 Januari 2011. Data yang terkumpul kemudian diuji statistik dengan *Spearman Rho* untuk mengetahui apakah ada hubungan kesepian lansia dengan tingkat depresi pada lansia.

#### 5.1 Hasil Penelitian

##### 5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian

Penelitian dilaksanakan di Desa Durikulon Kecamatan Laren Kabupaten Lamongan, didesa ini terdiri dari 9 RT dan 3 RW. Lanjut usia yang tinggal di Desa Durikulon Kecamatan Laren Kabupaten Lamongan berjumlah 107 jiwa. Lansia yang diteliti adalah lansia janda yang berjumlah 22 responden. Kegiatan rutin lanjut usia yang dilakukan di Desa Durikulon Kecamatan Laren Kabupaten Lamongan adalah pengajian setiap malam jum'at. Masalah kesehatan yang diderita lansia di Desa Durikulon Kecamatan Laren Kabupaten Lamongan adalah hipertensi, kencing manis, asam urat dan penyakit fisik lainnya, untuk

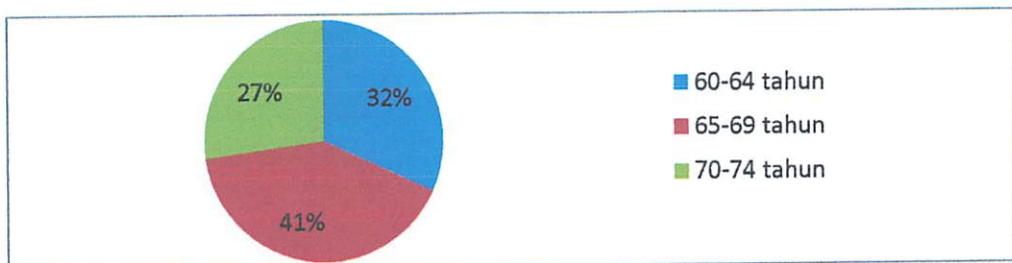
pemeriksaan kesehatan mereka pergi ke puskesmas atau klinik dokter umum karena tidak ada posyandu lansia.

### 5.1.2 Data Umum

Data umum ini menguraikan tentang karakteristik responden yang meliputi

1) umur, 2) pendidikan terakhir, 3) pekerjaan dahulu, 4) pekerjaan sekarang.

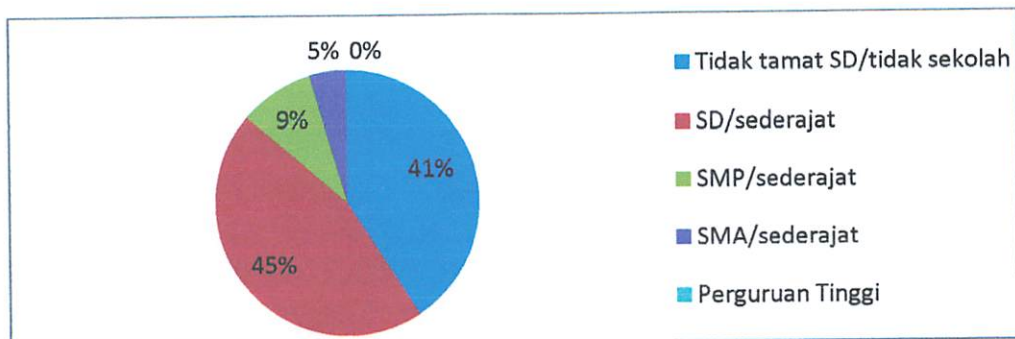
#### 1. Distribusi lanjut usia berdasarkan umur di Desa Durikulon Kecamatan Laren Kabupaten Lamongan.



Gambar 5.1 Distribusi Lansia Berdasarkan Umur di Desa Durikulon Kecamatan Laren Kabupaten Lamongan pada tanggal 10 - 21 Januari 2011

Berdasarkan gambar 5.1 menunjukkan bahwa dari 22 responden hampir setengahnya (41%) 9 responden berusia 65-69 tahun dan (27%) 6 responden berusia 70-74 tahun.

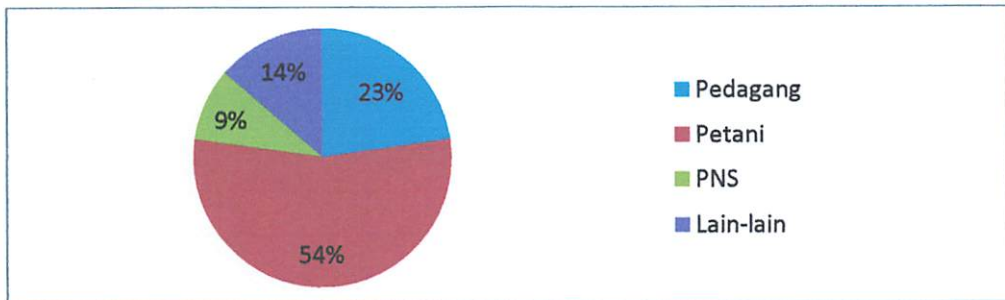
#### 2. Distribusi lanjut usia berdasarkan pendidikan terakhir di Desa Durikulon Kecamatan Laren Kabupaten Lamongan.



Gambar 5.2 Distribusi Lansia Berdasarkan Pendidikan Terakhir di Desa Durikulon Kecamatan Laren Kabupaten Lamongan pada tanggal 10 - 21 Januari 2011

Berdasarkan gambar 5.2 menunjukkan bahwa dari 22 responden pendidikan terakhir hampir setengahnya (45%) 10 responden berpendidikan SD/ sederajat dan paling sedikit (5%) 1 responden berpendidikan SMA/ sederajat.

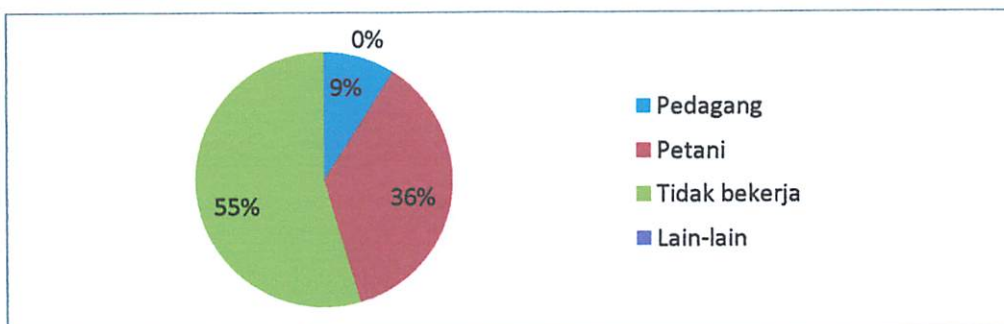
3. Distribusi lanjut usia berdasarkan riwayat pekerjaan di Desa Durikulon Kecamatan Laren Kabupaten Lamongan.



Gambar 5.3 Distribusi Lansia Berdasarkan Pekerjaan Dahulu di Desa Durikulon Kecamatan Laren Kabupaten Lamongan pada tanggal 10 - 21 Januari 2011

Berdasarkan gambar 5.1 menunjukkan bahwa dari 22 responden riwayat pekerjaan sebagian besar (54%) 12 responden bekerja sebagai petani dan paling sedikit (9%) 2 responden bekerja sebagai PNS.

4. Distribusi lanjut usia berdasarkan pekerjaan sekarang di Desa Durikulon Kecamatan Laren Kabupaten Lamongan.



Gambar 5.4 Distribusi Lansia Berdasarkan Pekerjaan Sekarang di Desa Durikulon Kecamatan Laren Kabupaten Lamongan pada tanggal 10 - 21 Januari 2011

Berdasarkan gambar 5.1 menunjukkan bahwa dari 22 responden pekerjaan sekarang sebagian besar 12 responden (55%) tidak bekerja dan paling sedikit 2 responden (9%) bekerja sebagai pedagang.

### 5.1.3 Data khusus

#### 1. Kesenian lanjut usia di Desa Durikulon Kecamatan Laren Kabupaten Lamongan.

Kesenian lanjut usia di Desa Durikulon Kecamatan Laren Kabupaten Lamongan dapat dilihat sebagai berikut :

Tabel 5.1 Distribusi Data Kesenian Lansia di Desa Durikulon Kecamatan Laren Kabupaten Lamongan pada tanggal 10 - 21 Januari 2011

No	Kesenian lansia	Jumlah	
		$\Sigma$	Persentase
1	Tidak kesepian	4	18%
2	Kesepian	17	77%
3	Sangat kesepian	1	5%
Total		22	100%

Berdasarkan tabel 5.1 menunjukkan bahwa dari 22 responden, sebagian besar 17 lansia (77%) mengalami kesepian dan 1 lansia (5%) mengalami sangat kesepian.

#### 2. Tingkat depresi pada lanjut usia di Desa Durikulon Kecamatan Laren Kabupaten Lamongan.

Depresi pada lanjut usia di Desa Durikulon Kecamatan Laren Kabupaten Lamongan dapat dilihat sebagai berikut :

Tabel 5.2 Distribusi Data Depresi Lansia di Desa Durikulon Kecamatan Laren Kabupaten Lamongan pada tanggal 10 - 21 Januari 2011

No	Tingkat Depresi	Jumlah	
		$\Sigma$	Persentase
1	Tidak depresi	2	9%
2	Depresi sedang	17	77%
3	Depresi berat	3	14%
Total		22	100%



Berdasarkan tabel 5.2 menunjukkan bahwa dari 22 responden, sebagian besar 17 lansia (77%) mengalami depresi sedang dan 3 lansia (14%) mengalami depresi berat.

### 3. Hubungan kesepian lansia dengan tingkat depresi di Desa Durikulon Kecamatan Laren Kabupaten Lamongan.

Tabel 5.3 Distribusi Data Hubungan Kesepian Lansia dengan Tingkat Depresi Pada Lansia di Desa Durikulon Kecamatan Laren Kabupaten Lamongan pada tanggal 10 - 21 Januari 2011

Kesepian lansia	Tidak depresi		Depresi sedang		Depresi berat		Total	
	$\Sigma$	%	$\Sigma$	%	$\Sigma$	%	$\Sigma$	%
Tidak kesepian	2	9%	0	0%	0	0%	2	9%
Kesepian	2	9%	14	67%	0	0%	16	73%
Sangat kesepian	0	0%	3	14%	1	5%	4	18%
Total	4	18%	17	77%	1	5%	22	100%

*Spearman rho*  
Signifikasi (p):0,033

Berdasarkan tabel 5.3 menunjukkan bahwa dari 22 responden sebagian besar 14 responden (67%) mengalami kesepian dan depresi sedang, 2 responden (9%) mengalami kesepian tetapi tidak depresi, 3 responden (14%) mengalami sangat kesepian dan depresi sedang, 1 responden (5%) mengalami sangat kesepian dan depresi berat, dan 2 responden (9%) tidak mengalami kesepian dan tidak depresi.

Uji korelasi dengan menggunakan uji *Spearman Rho* pada lanjut usia didapatkan nilai signifikasi (p) = 0,033 dengan derajat kemaknaan  $\alpha < 0,05$ , maka H1 diterima artinya ada hubungan kesepian lansia dengan tingkat depresi pada lansia di Desa Durikulon Kecamatan Laren Kabupaten Lamongan, koefisien korelasinya 0,456 yang berarti hubungannya sedang.

## 5.2 Pembahasan

Penelitian yang dilakukan di Desa Durikulon Kecamatan laren kabupaten Lamongan didapatkan bahwa dari 22 responden, sebagian besar (77%) 17 lansia mengalami kesepian dan (5%) 1 lansia mengalami sangat kesepian. Kesepian tersebut ditunjukkan dari hasil kuisisioner UCLA *Loneliness Scale* yang menyatakan hampir sebagian responden menjawab sering merasa tidak senang melakukan sesuatu sendirian dan merasa tidak mempunyai teman dekat untuk berbicara.

Berdasarkan beberapa item pertanyaan yang meliputi ibu merasa tidak bisa menerima kesendirian ini, ibu merasa tidak ada seorangpun yang mengerti ibu, ibu merasa sendirian didunia ini, menunjukkan tingginya lansia menjawab dengan poin tinggi yang menunjukkan suatu persepsi negatif terhadap dirinya. Hal ini disebabkan karena lansia kehilangan pasangannya dan hidup terpisah dari anak-anak mereka yang telah tumbuh dewasa dan mempunyai keluarga sendiri-sendiri sehingga lansia merasa kurang diperhatikan lagi oleh keluarganya dan membuat lansia merasa kesepian. Kurangnya aktivitas yang dilakukan lansia juga dapat menyebabkan lansia semakin merasa kesepian, mereka biasanya merasa bosan tinggal dirumah dengan rutinitas sama setiap hari mereka.

Menurut Peplau (1997) bahwa kesepian kurang umum terjadi diantara orang-orang yang masih menikah, orang yang *single* dan telah kehilangan pasangan adalah orang yang paling merasa kesepian. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang meneliti responden janda, yang disebabkan perceraian dan meninggal pasangannya. Lansia yang sudah menjanda akan merasakan

suatu kehilangan terutama pasangan hidupnya yang mereka cintai dan sayangi selama bertahun-tahun bersamanya, disamping itu kondisi ini lebih diperberat saat meluasnya keluarga inti. Dalam kondisi seperti ini lansia biasanya akan diabaikan, mereka lebih berfokus pada keluarga sendiri yaitu keluarga inti, sehingga lansia akan merasa tidak diperhatikan akibatnya lansia akan merasa kesepian (Peplau, 1997). Seorang lansia yang merasa kesepian sering kali mempunyai suatu pendapat yang negatif tentang dirinya sendiri akibat penurunan output intelektual, sehingga membuat lansia sulit menyesuaikan diri dengan cara berfikir dan gaya baru dari generasi yang lebih muda (Roach, 1998). Hal ini didukung oleh pendapat Peplau (1997) bahwa lansia yang mengalami kesepian akibat penurunan proses berfikir mereka sehingga mempengaruhi persepsi dan penilaian hubungan sosial mereka.

Tabulasi data tingkat depresi pada lansia di Desa Durikulon Kecamatan laren kabupaten Lamongan didapatkan bahwa dari 22 responden, sebagian besar (77%) 17 lansia mengalami depresi sedang dan (14%) 3 lansia mengalami depresi berat. Tingkat depresi tersebut ditunjukkan dari hasil kuisisioner GDS yang menyatakan mayoritas responden menjawab merasa takut bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi padanya, merasa mempunyai banyak masalah dengan daya ingat dibanding kebanyakan orang, dan merasa keadaannya tidak ada harapan.

Depresi yang terjadi pada lansia di Desa Durikulon Kecamatan Laren Kabupaten lamongan, dipengaruhi karena lansia merasa kesepian. Akibat kehilangan pasangan dan kurang mendapat perhatian dari keluarga, maka lansia akan merasa sangat tertekan dan merasa tidak berharga lagi. Dilihat dari

jawaban lansia pada kuisisioner GDS, beberapa item jawaban lansia menunjukkan bahwa lansia merasa tidak bersemangat dan tidak puas dengan kehidupannya, tidak bahagia untuk sebagian besar hidupnya dan lansia merasa tidak berdaya serta merasa hidupnya tidak lebih baik daripada orang lain. Hal ini menunjukkan bahwa lansia mengalami depresi dalam kehidupan sehari-harinya.

Depresi pada lanjut usia cukup sering ditemukan pada lanjut usia yang berusia di atas 60 tahun diperkirakan depresi pada usia lanjut sering terjadi pada wanita dengan perceraian atau perpisahan, tingkat sosioekonomi rendah, dukungan sosial yang jelek dan peristiwa-peristiwa kehidupan yang jelek (Syamsulhadi, 2004). 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 (1) perubahan suasana hati yang spesifik (*Afek disforik*), misalnya kesedihan, kesepian dan apatis, (2) konsep diri yang negatif disertai dengan kecenderungan untuk mencela dan menyalahkan diri sendiri (perasaan bersalah atau berdosa), (3) keinginan regresif dan menghukum diri sendiri, misalnya keinginan untuk menyembunyikan diri sendiri, keinginan untuk mati, (4) perubahan-perubahan vegetatif, misalnya *insomnia*, *anorexia* dan kehilangan *libido*, (5) perubahan tingkat efektivitas sesuatu, misalnya retardasi atau agitasi, (6) hilangnya rasa senang, semangat dan minat menurun, kreativitas menurun, pikiran tentang

kematian, bunuh diri (Hawari, 2008). Penyebab depresi pada lansia dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain pertama, faktor biologi berkurangnya neurotransmitter, penyakit fisik yang menyertai, dan risiko genetik. Kedua, faktor psikologi perasaan kesepian karena ditinggal orang-orang yang dicintai, Kurangnya rasa keakraban, kepribadian pramorbid, konflik yang tidak terselesaikan. Ketiga, faktor sosial berkurangnya interaksi sosial, sosial ekonomi, dan kesedihan.

Hasil analisis data hubungan kesepian lansia dengan tingkat depresi pada lansia yang dilakukan di Desa Durikulon Kecamatan laren kabupaten Lamongan didapatkan bahwa dari 22 responden sebagian besar (67%) 14 responden mengalami kesepian dan depresi sedang, (9%) 2 responden mengalami kesepian tetapi tidak depresi, (14%) 3 responden mengalami sangat kesepian dan depresi sedang, (5%) 1 responden mengalami sangat kesepian dan depresi berat, dan (9%) 2 responden tidak mengalami kesepian dan tidak depresi.

Pada penelitian ini terdapat hasil data demografi yang dapat mendukung data hasil penelitian antara lain pendidikan, riwayat pekerjaan, dan pekerjaan sekarang. Banyak penduduk lansia di Desa Durikulon Kecamatan Laren Kabupaten Lamongan memiliki tingkat pendidikan yang rendah (SD/ sederajat). Rendahnya tingkat pendidikan ini menyebabkan kesulitan lebih lanjut dalam memahami perencanaan pelayanan sosial, disamping itu mereka juga memiliki perasaan rendah diri karena berpendidikan rendah. Perasaan tidak percaya diri karena rendahnya tingkat pendidikan dapat menimbulkan terjadinya depresi pada lanjut usia. Pada

riwayat pekerjaan menunjukkan sebagian besar lansia memiliki pekerjaan sebagai petani. Pekerjaan memiliki peranan penting bagi kehidupan seseorang khususnya lansia. Lansia yang dulunya mempunyai pekerjaan rutin dan terjadwal sekarang harus tidak bekerja (pensiun) dan melakukan hal yang sama setiap harinya, mereka biasanya merasa bosan tinggal dirumah dengan rutinitas sama 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. Walaupun sampai saat ini lansia yang sudah pensiun mendapat dana pensiunnya tetapi hal itu tidak banyak mengurangi perasaan negatif yang ditimbulkan karena lansia tidak bekerja. Lansia yang dulunya bekerja selain PNS sebagian ada yang mendapat bantuan keuangan dari pemerintah dalam bentuk jaminan sosial untuk membantu lansia, bantuan kesehatan, tetapi para lansia kadang-kadang tidak sanggup mengatasi berbagai masalah yang mereka hadapi.

Kesepian yang dialami seseorang jika terjadi pada waktu yang lama dapat menimbulkan perilaku yang mengarah ke depresi dan cenderung untuk menarik diri dari lingkungan sosialnya (Sundeen, 1987). Seseorang yang mengalami kesepian biasanya kurang bahagia, kurang puas dan lebih pesimis. Orang yang kesepian sering merasa cemas dan menggambarkan dirinya sebagai orang yang kaku, gelisah dan membosankan. Ada beberapa bukti yang menunjukkan bahwa orang yang kesepian merasa bermusuhan dengan orang lain. Lansia yang mengalami kesepian bisa jadi cepat merasa panik, marah, tertutup, kosong dan kaku sehingga mengarah ke depresi (Peplau, 1997).

Menurut Hawari (2008) salah satu tanda dan gejala depresi adalah perubahan suasana hati yang spesifik (*Afek disforik*), misalnya kesedihan, kesepian dan apatis.

Kondisi lansia yang sebagian besar mengalami kesepian dan terjadi depresi sedang, diharapkan adanya perhatian dari tenaga kesehatan dan pemerintah Desa Durikulon Kecamatan Laren Kabupaten Lamongan dengan diadakan program posyandu lansia agar lansia dapat melakukan pemeriksaan kesehatan secara rutin dan lansia mengikuti kegiatan-kegiatan yang diadakan oleh tenaga kesehatan atau kader desa sehingga lansia dapat berinteraksi sosial dan akan lebih mempermudah lansia dalam melakukan komunikasi sehingga perasaan kesepian bahkan sampai depresi dapat dihindari.

Dukungan sosial keluarga dan masyarakat sangat membantu untuk mengurangi tingkat depresi pada lansia, namun 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. 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, makanan juga 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, kerugian dari perawatan panti werdha adalah lanjut usia dianggap seperti orang yang tidak berguna, tidak diakui keluarga, tidak dihargai atau tidak mempunyai harga diri. (Mujiono, 2008).**



## BAB 6

### KESIMPILAN DAN SARAN

Pada bab ini akan dibahas kesimpulan dan saran berdasarkan penelitian hubungan kesepia lansia dengan tingkat depresi pada lansia di Desa Durikulon Kecamatan Laren Kabupaten Lamongan.

#### 6.1 Kesimpulan

Berdasarkan pembahasan pada bab sebelumnya, maka dapat ditarik simpulan penelitian hubungan kesepia lansia dengan tingkat depresi pada lansia adalah sebagai berikut :

1. Sebagian besar lansia di Desa Durikulon Kecamatan Laren Kabupaten Lamongan mengalami kesepian, ditunjukkan dari hasil kuisisioner UCLA *Loneliness Scale* yang menyatakan hampir sebagian responden menjawab sering merasa tidak senang melakukan sesuatu sendirian dan merasa tidak mempunyai teman dekat untuk berbicara.
2. Sebagian besar lansia di Desa Durikulon Kecamatan Laren Kabupaten Lamongan mengalami depresi sedang, ditunjukkan dari hasil kuisisioner GDS yang menyatakan mayoritas responden menjawab merasa takut bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi padanya, merasa mempunyai banyak masalah dengan daya ingat dibanding kebanyakan orang, dan merasa keadaannya tidak ada harapan.
3. Ada hubungan kesepian lansia dengan tingkat depresi pada lansia di Desa Durikulon Kecamatan Laren Kabupaten Lamongan.

## **6.2 Saran**

### **1. Bagi lansia**

**Lansia lebih aktif mengikuti kegiatan-kegiatan yang diadakan di desa dan sering berkomunikasi dengan orang sekitar untuk memelihara keintiman dalam berinteraksi sosial.**

### **2. Bagi tempat penelitian**

**Mengadakan kegiatan yang berhubungan dengan lansia seperti posyandu lansia agar lansia dapat memeriksakan kesehatannya secara rutin dan lansia dapat berinteraksi sosial dengan lansia lainnya sehingga perasaan kesepian bahkan depresi dapat teralihkan serta dapat meningkatkan kualitas hidup lansia.**

### **3. Bagi keluarga dan masyarakat**

**Dukungan sosial keluarga dan masyarakat sangat membantu untuk mengurangi tingkat depresi pada lansia, namun keadaan dimana keluarga lanjut usia mempunyai keterbatasan waktu, dana, tenaga, dan kemampuan untuk merawat lanjut usia maka panti werdha dapat menjadi pilihan.**

## DAFTAR PUSTAKA

- 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 20 November 2010. Jam 17.30 WIB
- Alimul, (2008). *Metode Penelitian Keperawatan dan Tehnik Analisis Data/ A cet-2*. Jakarta : Salemba Media, hal 89-127
- 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*. [Consulting.org/uploads/file/trythis/issue04.pdf](http://consulting.org/uploads/file/trythis/issue04.pdf). tanggal 20 November 2010. Jam 18.00 WIB
- Bongsoe, Syamsir, (2007). *Pengenalan Gangguan Depresif pada Orang Lanjut Usia*. <http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/725/1/08E00149.pdf>. Tanggal 24 november 2010 . Jam 11.10 WIB
- Dumping and dianti. (2003). *Gerontologi nursing*. USA : Mosby Year Company.
- Depsos. (2008). *Jangan Sia-siakan Lansia*. <http://www.depsos.go.id/modules.php?name=News&file=article&sid=647> . Tanggal 24 november 2010. Jam 11.15 WIB
- Dharmodjo, Budhi., dkk, (2002). *Naskah Langkah Temu Ilmiah Nasional I dan Konfrensi Kerja III Perhimpunan Gerontology Medik Indonesia*. Semarang: Badan Penerbit Undip
- Dharmono, Suryo. (2008). *Waspada Depresi pada Lansia*. [http://psikologi.infogoe.com/waspada depresi pada lansia](http://psikologi.infogoe.com/waspada%20depresi%20pada%20lansia). tanggal 24 november 2010. Jam 11.18 WIB
- Evvy, (2008). Referensi Kesehatan. <http://www.creasoft.wordpress.com/2008/04/19/depresi>. tanggal 25 November 2010. Jam 20.20 WIB
- Hawari, D, (2008). *Manajemen Stres, Cemas dan Depresi*. Jakarta : Balai penerbit FKUI, hal 85-113
- Herawati, Netty, (1999). *Kumpulan Proses Keperawatan Masalah Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Bagian Keperawatan Jiwa Komunitas FIK UI. Hal. 56-83
- Hurlock, E. (1999). *Psikologis perkembangan suatu pendekatan sepanjang rentang kehidupan*. Alih bahasa : Iswandari. (Edisi 5). Jakarta: Erlangga. Hal. 30-35

- Ismayadi, (2004). *Proses Menua (Aging Proses)*. <http://subhankadir.files.wordpress.com/2008/01/perkembangan-lansia.pdf>. tgl 24 nov 2010. Jam 12.56 WIB
- Ibrahim, (2007). *Hubungan Antar Prilaku Koping Dengan Depresi Pada Lansia* (online), hhttp // members. Tripod. Com. Akses 23 Oktober 2010. Jam 20.00 WIB
- Kelliat, Budi Anna. (1992). *Gangguan konsep diri*. Jakarta: EGC. Hal. 89-93
- Mujiono. (2008). *Memahami kepribadian lansia*. <http://www.e-psikologi.com/usia/090402.htm>. Tanggal 23 November 2010. Jam. 09.30 WIB
- Kuntjoro, Zainuddin Sri. (2002). *Pendekatan-pendekatan dalam pelayanan psikogeriatri*. <http://www.e-psikologi.com/usia/130502.htm>. Tanggal 23 November 2010. Jam 10.00 WIB
- Lubis, (2009). *Depresi : Tinjauan psikologis* edisi 1. Jakarta : Kencana, hal 10-92.
- Machira, dkk. (2007). *Lansia Depresi atau Tidak* (online).<http://esterlianawati.wordpress.com>. Tanggal 28 November 2010. Jam 14.22 WIB.
- Maramis. (2005). *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Edisi 9. Surabaya. Airlangga University Press hal 271-279
- Mc William : Alih bahasa Andry Hartono. (2008). *Kamus keperawatan*. Edisi 17. Jakarta: EGC.
- Mine, et all. (2004). *The Prevalence of Depression in Elderly Living at Home In Eastren Turkey Erzurum d 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 20 November 2010. Jam 18.40 WIB
- Nining, (2008). *Teori proses menua*. <http://ns-nining.blogspot.com/2008/10/keperawatan-gerontikteori-menua.html>. tanggal 22 November 2010. 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 konfrensi 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
- Peplau, A.L., & Pearlemen, D. (1997). *Loneliness a sourcebook of current theory research and theory*. America: A Wiley Interscience Publication.

- Probosuseno. (2007). *Mengatasi Isoalsi Sosial pada Lanjut Usia*. <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:fypZL99Z5XUJ:www.medicalzone.org/fuldfk/printview.php%3Ft%3D3686%26start%3D0%26sid%3D52a86caad6e66f7fe9607ba6a6261d59+mengatasi+isolasi+sosial+pada+lanjut+usia&cd=1&hl=id&ct=clnk&gl=id>. Tanggal 24 nov 2010. Jam 13.27 WIB
- Roach, Sally S. (1998). *Introductory gerontological nursing*. Philadelphia: Lippincott.
- Russell, D. (1996). The UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 66, 20-40.
- Rusari, (2009). *Konsep Dasar Keperawatan Gerontik*. <http://blog.rusari.com/?p=99>. Tanggal 19 November 2010. Jam 11.00 WIB
- Satiadarma. (2003). *Buku Saku Psikiatri*. Edisi 6. Jakarta: EGC, hal: 47-319
- Siti, (2004). Faktor-faktor yang Mempengaruhi Depresi pada Lanjut Usia di Jakarta. Jakarta: Majalah Kedokteran Damianus, vol 5, No. 2
- Stanley, Mickey & Gauntlet beare, (2007). *Buku Ajar Keperawatan Gerontik (Edisi 2)*. Jakarta: EGC, hal 11-454
- Stuart & Sundeen, (1998). *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Jakarta : ECG, hal 227-235
- Suardiman. (2001). *Masalah lansia*. <http://www.epsikologi.com/usia/130502.htm>. Tanggal 27 Desember 2010. Jam. 18.30 WIB
- Sugiono, (2006). *Statistik untuk Penelitian*. Bandung: Alfabeta, hal: 216
- Sundeen, J. S. (1987). *Principle and practice of psychiatric nursing*. St louis : (Third Editon). Mosby
- Syamsulhadi. (2004). *Kepedulian Masyarakat dan Nasib Lansia*. <http://aseprahmat.wordpress.com/2009/04/26/komnas-lansia/>. Tgl 24 nov 2010. Jam 12.25 WIB
- Utama, H. (1999). *Geriatric Ilmu kesehatan usia lanjut*. Jakarta: FKUI.
- Young. (2010). *Kenali dan Atasi dini Depresi*. <http://www.tanyadokteranda.com/penyakit/2010/08/kenali-dan-atasi-dini-depresi>. tgl 24 nov 2010. Jam 12.00 WIB
- Weiss, R. (1994). *Loneliness the experience of emotional dan social Isolation*. Cambridge: MIT Press.
- Yesavage JA, et all. (1983). Leirer VO: Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research* 17. Hal. 37-49
- Yenniyo. (2008). *Waspadai Depresi pada lansia*. <http://www.tanyadokteranda.com/artikel/2008/06/waspadai-depresi-pada-lansia>. tanggal 24 November 2010. Jam 21. 15 WIB



UNIVERSITAS AIRLANGGA  
FAKULTAS KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913752, 5913754, 5913756, Fax. (031) 5913257  
Website: <http://www.ners.unair.ac.id> ; e-mail : [dekan\\_ners@unair.ac.id](mailto:dekan_ners@unair.ac.id)

Surabaya, 30 Desember 2010

Nomor : 2631/H3.1.12/PPd/2010  
Lampiran : 1 (satu) berkas  
Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian  
Mahasiswa PSIK – FKP Unair**

Kepada Yth.  
Kepala Desam Durikulon Kec.Laren Kab. Lamongan  
di –  
Tempat

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 : Elifa Ihda Rahmayanti  
NIM : 130915190  
Judul Penelitian : Hubungan Kesenian Lansia Dengan Tingkat Depresi Pada Lansia  
di Desa Durikulon Kecamatan Laren Kabupaten Lamongan  
Tempat : Desa Durikulon Kec. Laren Kab. Lamongan

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Dekan  
  
Surwaningsih, S.Kp., M.Kes  
NIP. 196611212000032001



**PEMERINTAH KABUPATEN LAMONGAN**  
**KECAMATAN LAREN**  
**DESA DURIKULON**

**Jl. Tangkis Bengawan solo RT 01 RW 03 Durikulon Laren 62262**

**SURAT KETERANGAN**  
Nomor:470.7/23/413.349.5/2011

Yang bertandatangan di bawah ini Kepala Desa Durikulon Kecamatan Laren Kabupaten Lamongan menerangkan dengan sebenarnya bahwa :

Nama : ELIFA IHDA RAHMAYANTI  
NIM : 130915190  
Jurusan : Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga  
Surabaya

Telah melaksanakan penelitian di Desa Durikulon Kecamatan Laren Kabupaten Lamongan dengan Judul “Hubungan Kesenian Lansia dengan Tingkat Depresi pada Lansia di Desa Durikulon Kecamatan Laren Kabupaten Lamongan”, pada tanggal 10 – 21 Januari 2011.

Demikian surat keterangan ini, untuk dipergunakan seperlunya.

Lamongan, 21 Januari 2011



KEPALA DESA DURIKULON

A.A. MUNDIRIN, SH.



UNIVERSITAS AIRLANGGA  
IR PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA  
FAKULTAS KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. 031 - 5913752, 5913754, 5913756 Fax. 031 - 5913257  
Website : <http://www.ners.unair.ac.id> ; E-mail : [dekan\\_ners@unair.ac.id](mailto:dekan_ners@unair.ac.id)

Surabaya, 9 Februari 2011

Nomor : 092 /H3.1.12/PPd/2011  
Lampiran : 1 (satu) bendel  
Hal : Mohon kesediaan untuk menjadi Panitia Penilai Skripsi

Yth.: 1. Ah. Yusuf, S.Kp.,M.Kes (Ketua Penguji)  
2. Retno Indarwati, S.Kep.,Ns.,M.Kep (Anggota)  
3. Elida Ulfiana, S.Kep.,Ns.,M.Kep (Anggota)

Dengan hormat,  
Sehubungan dengan selesainya penulisan skripsi mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Program B angkatan XII,

Nama : Elifa Ihda Rahmayanti  
NIM : 130915190  
Judul Skripsi : Hubungan Kesepian Lansia Dengan Tingkat Depresi Pada Lansia di Desa Durikulon Kecamatan Laren Kabupaten Lamongan

Pembimbing Ketua : Retno Indarwati, S.Kep.,Ns.,M.Kep  
Anggota I : Elida Ulfiana, S.Kep.,Ns.,M.Kep

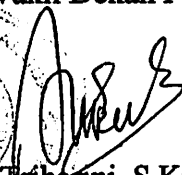
Penilaian skripsi direncanakan diselenggarakan:

Hari/ Tanggal : Senin, 14 Februari 2011  
Waktu : 10:00 WIB  
Tempat : Fakultas Keperawatan Unair  
Ruang : Rapat Pimpinan

Maka dengan ini mohon kesediaan Saudara untuk menjadi Ketua/ panitia penilai skripsi tersebut.

Atas perhatian Saudara, kami sampaikan terima kasih.

a.n. Dekan  
Plt. Wakil Dekan I

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



## Lampiran 1

**LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN**

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Elifa Ihda Rahmayanti

NIM : 130915190

Mahasiswa Program Studi S1 Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang saat ini dalam tahap menyelesaikan tugas akhir, akan melaksanakan penelitian dengan judul **“Hubungan Kesepian Lansia dengan Tingkat Depresi pada Lansia di Desa Durikulon Kecamatan Laren Kabupaten Lamongan”**. Bersama ini saya mohon kesediaan ibu-ibu untuk menjadi responden dan memberi jawaban dengan jujur sesuai petunjuk yang ada. Jawaban yang ibu-ibu berikan akan saya jaga kerahasiaannya dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.

Atas partisipasi dan kerjasamanya, saya ucapkan terima kasih.

Hormat saya,

Peneliti

Elifa Ihda Rahmayanti  
NIM. 130915190

**Lampiran 2****LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

No. Responden : (diisi oleh peneliti)

Setelah mendapatkan keterangan secukupnya dan mengetahui manfaat penelitian yang berjudul **“Hubungan Kesepian Lansia dengan Tingkat Depresi pada Lansia di Desa Durikulon Kecamatan Laren Kabupaten Lamongan”**. Saya menyatakan (bersedia/tidak bersedia)\* diikut sertakan dalam penelitian, dengan catatan apabila saya merasa dirugikan dalam bentuk apapun saya berhak membatalkan persetujuan ini.

Demikian surat persetujuan ini saya buat, saya percayakan kepada peneliti bahwa semua informasi yang saya berikan ini akan dijamin kerahasiaannya.

Lamongan, Januari 2011

Responden

\*)Coret yang tidak perlu ( )

## Lampiran 3

**FORMAT PENGUMPULAN DATA LANJUT USIA DI DESA  
DURIKULON KECAMATAN LAREN KABUPATEN LAMONGAN**

Judul : Hubungan kesepian lansia dengan tingkat depresi pada lansia di Desa Durikulon Kecamatan Laren Kabupaten Lamongan

Tanggal penelitian :

No. Kode Responden :

Usia :

Peneliti : Elifa Ihda Rahmayanti

1. Saudara tidak perlu menuliskan nama
2. Berikan jawaban sejujurnya, karena kejujuran anda akan sangat penting dalam penelitian ini
3. Berilah tanda cek (√) 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

**DATA DEMOGRAFI**

1. Pendidikan terakhir
  - Tidak tamat SD/tidak sekolah
  - SD/ sederajat
  - SMP/ sederajat
  - SMA/ sederajat
  - Perguruan tinggi
2. Pekerjaan dahulu
  - Pedagang
  - Petani
  - PNS
  - .....
3. Pekerjaan sekarang
  - Pedagang
  - Petani
  - Tidak bekerja
  - .....

## Lampiran 4

**GERIATRIC DEPRESSION SCALE 15 (GDS)**

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

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

## Lampiran 5

*UCLA Loneliness Scale*

Pilihlah jawaban dengan memberi tanda check (√) pada salah satu jawaban yang paling tepat menurut ibu dan hanya boleh memilih satu jawaban saja.

No	Pernyataan	Tidak pernah	Jarang	Kadang-kadang	Sering	Kode
1.	Ibu merasa tidak senang melakukan sesuatu sendirian					
2.	Ibu merasa tidak mempunyai teman dekat untuk berbicara					
3.	Ibu merasa tidak bisa menerima kesendirian ini					
4.	Ibu merasa tidak ada seorangpun yang mengerti Ibu					
5.	Ibu merasa sendirian didunia ini					
6.	Ibu merasa kesulitan untuk mendapatkan teman disekitar Ibu					
7.	Ibu merasa terpaksa berada di rumah					
8.	Ibu merasa adalah orang yang terbuka dan bersahabat dengan orang sekitar Ibu					
9	Ibu merasa jauh dan tidak dapat berkomunikasi dengan orang-orang sekitar					
10	Ibu sering menunggu orang memanggil untuk memulai pembicaraan					

**TABULASI DATA KESEPIAN PADA LANSIA  
DI DESA DURIKULON KECAMATAN LAREN KABUPATEN LAMONGAN**

Nomor Responden	No. Soal										Jumlah	Keterangan
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
1	2	3	1	2	1	2	1	2	2	2	18	K
2	1	2	1	3	2	3	3	1	3	3	22	K
3	3	2	2	1	1	2	1	1	3	2	20	TK
4	1	3	3	2	2	3	3	2	3	2	24	K
5	4	3	2	3	3	3	2	2	2	3	27	K
6	3	4	2	3	1	1	1	3	2	3	23	K
7	2	2	1	2	2	2	2	1	1	1	20	K
8	3	2	3	3	3	3	2	1	3	2	25	SK
9	3	4	3	4	1	1	1	2	2	2	19	K
10	2	2	3	2	2	2	3	3	1	3	20	TK
11	4	3	3	3	3	3	2	3	1	2	27	K
12	1	2	3	3	1	2	1	1	3	2	20	TK
13	2	1	1	2	3	2	3	1	2	2	19	K
14	2	3	2	3	2	1	2	2	2	3	22	K
15	3	4	3	2	1	2	3	2	2	3	25	K
16	1	2	1	2	2	2	1	2	3	3	19	K
17	4	3	2	3	2	3	3	3	3	3	30	K
18	2	4	3	2	1	2	2	2	3	2	23	K
19	4	3	2	2	2	2	1	1	2	2	21	K
20	3	3	2	3	1	1	3	3	1	1	22	TK
21	3	1	1	2	2	2	2	2	3	3	22	K
22	4	2	3	2	1	2	1	2	2	3	22	K

Keterangan :

Tidak pernah : 1

Jarang : 2

Kadang-kadang : 3

Sering : 4

Tidak kesepian : TK

Kesepian : K

Sangat kesepian : SK



## Lampiran 8

**REKAPITULASI DATA LANJUT USIA  
DI DESA DURIKULON LAREN KABUPATEN LAMONGAN**

Nomor Responden	Usia	Pendidikan terakhir	Pekerjaan dahulu	Pekerjaan sekarang	Kesepian	Tingkat depresi
1	67	1	2	3	2	2
2	70	1	2	3	2	2
3	60	1	2	3	1	1
4	71	1	2	3	2	2
5	69	1	2	3	2	2
6	73	1	4	3	2	3
7	69	2	2	3	2	2
8	70	2	2	2	3	2
9	65	2	1	2	2	3
10	61	4	3	3	1	1
11	61	1	4	2	2	2
12	66	3	2	2	1	2
13	66	2	1	3	2	2
14	72	2	2	2	2	2
15	62	3	4	3	2	2
16	68	2	1	1	2	2
17	74	2	2	2	2	2
18	63	2	2	2	2	2
19	65	2	3	2	2	3
20	64	1	2	1	1	2
21	67	1	1	3	2	2
22	65	2	1	3	2	2

Keterangan :

**Pendidikan terakhir**

Tidak tamat SD/tidak sekolah : 1

SD/ sederajat : 2

SMP/ sederajat : 3

SMA/ sederajat : 4

Perguruan tinggi : 5

**Pekerjaan dahulu**

Pedagog : 1

Petani : 2

PNS : 3

Lain-lain : 4

**Pekerjaan sekarang**

Pedagog : 1

Petani : 2

Tidak bekerja : 3

Lain-lain : 4

**Tingkat Depresi**

Tidak depresi : TD = 1

Depresi sedang : DS = 2

Depresi berat : DB = 3

**Kesepian**

Tidak kesepian : TK = 1

Kesepian : K = 2

Sangat kesepian : SK = 3



Hasil tabulasi hubungan kesepian lansia dengan tingkat depresi pada lansia di  
Desa Durikulon Kecamatan Laren Kabupaten Lamongan

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
depresi * kesepian	22	100.0%	0	.0%	22	100.0%

depresi \* kesepian Crosstabulation

Count		kesepian			Total
		tidak kesepian	kesepian	sangat kesepian	
depresi	depresi ringan	2	0	0	2
	depresi sedang	2	14	0	16
	depresi berat	0	3	1	4
Total		4	17	1	22

Correlations

			kesepian	depresi
Spearman's rho	kesepian	Correlation Coefficient	1.000	.456*
		Sig. (2-tailed)	.	.033
		N	22	22
	depresi	Correlation Coefficient	.456*	1.000
		Sig. (2-tailed)	.033	.
		N	22	22

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