HUBUNGAN DUKUNGAN SOSIAL DENGAN TINGKAT DEPRESI PADA LANSIA DI POSYANDU LANSIA SEGER WARAS DESA GAMBIRAN PANDEYAN UMBULHARJO YOGYAKARTA

SKRIPSI

Disusun Untuk Memenuhi Sebagian persyaratan Dalam Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan Pada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
"Madani Yogyakarta"

OLEH:
DARMANSYAH
M10.01.0013

PROGRAM STUDI S-1 KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MADANI
YOGYAKARTA
2014

PERSETUJUAN PEMBIMBING

Proposal Skripsi

HUBUNGAN DUKUNGAN SOSIAL DENGAN TINGKAT DEPRESI PADALANSIA DI POSYANDU SEGER WARAS DESA GAMBIRAN PANDEYAN UMBULHARJO YOGYAKARTA

Telah mendapat persetujuan pada tanggal :

21 Agustus 2014

Menyetujui,

Pembimbing I	Pembimbing II
Tri Prabowo , S.Kp., M.si	**Ivana Eko Rusdiatin, S.Kep**
NIP : 19650519188031001	**NIK : 01.081084.09.0007**

Mengetahui,
Ketua Program Studi S1 Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan MADANI Yogyakarta

Errick Endra Cita, S.Kep.,Ns., CWCS
NIK : 01.150184.09.0005

LEMBAR PENGESAHAN

Skripsi

HUBUNGAN DUKUNGAN SOSIAL DENGAN TINGKAT DEPRESI PADA LANSIA DI POSYANDU LANSIA

SEGER WARAS DESA GAMBIRAN PANDEAN

UMBULHARJO YOGYAKARTA

Telah diseminarkan dan diujikan pada tanggal:

01 September 2014

Oleh:

DARMANSYAH

M10.01.0013

Dewan Penguji,

Darmasta Maulana, S.Kep., M.Kes
NIK. 01.281080.09.0001 (……)

Tri Prabowo , S.Kp., M.Sc

NIP : 19650519188031001 (……)

Ivana Eko Rusdiatin, S.Kep

NIK : 01.081084.09.0007 (……)

Mengetahui,

Ketua **STIKes Madani Yogyakarta**	**Kaprodi S-1 Ilmu Keperawatan** **STIKes Madani Yogyakarta**
Darmasta Maulana, S.Kep., M.Kes NIK. 01.281080.09.0001	**Erick Endra Cita, S.Kep., Ns., CWCS** NIK.01.150184.09.0005

Lembar Persembahan

"Dia memberikan hikmah (ilmu yang berguna)
kepada siapa yang dikehendaki-Nya.
Barang siapa yang mendapat hikmah itu
Sesungguhnya ia telah mendapat kebajikan yang banyak.
Dan tiadalah yang menerima peringatan
melainkan orang- orang yang berakal".
(Q.S. Al-Baqarah: 269)

"*...kaki yang akan berjalan lebih jauh, tangan yang akan berbuat lebih banyak, mata yang akan menatap lebih lama, leher yang akan lebih sering melihat ke atas, lapisan tekad yang seribu kali lebih keras dari baja, dan hati yang akan bekerja lebih keras, serta mulut yang akan selalu berdoa...*"

Ungkapan hati sebagai rasa Terima Kasihku

Alhamdulllahirabbil'alamin.... Alhamdulllahirabbil
'alamin.... Alhamdulllahirabbil alamin....
Akhirnya aku sampai ke tiik ini,
sepercik keberhasilan yang Engkau hadiahkan padaku ya
Rabb

Tak henti-hentinya aku mengucap syukur pada_Mu ya Rabb

Serta shalawat dan salam kepada idola ku Rasulullah SAW dan para sahabat yang mulia

Semoga sebuah karya mungil ini menjadi amal shaleh bagiku dan menjadi kebanggaan

bagi keluargaku tercinta

Ku persembahkan karya mungil ini…

untuk belahan jiwa ku bidadari surgaku yang tanpamu aku bukanlah siapa-siapa

di dunia fana ini Ibundaku tersayang (Armawati. rahimakumullah)

serta orang yang menginjeksikan segala idealisme, prinsip, edukasi dan kasih sayang berlimpah dengan wajah datar menyimpan kegelisahan ataukah perjuangan yang tidak pernah ku ketahui,

namun tenang temaram dengan penuh kesabaran dan pengertian luar biasa Ayahandaku tercinta (M. Yunus) yang telah memberikan segalanya untukku

Kepada kakak-kakak dan Adik-Adikku (Jur yana), (Erwin), (Juryati), (Darwis Andrianao), (Darma yunita), (Danuwarta)

terima kasih tiada tara atas segala support yang telah diberikan selama ini dan

semoga kakak-kakak dan Adik-adikku tercinta mendapat kemudahan dan menggapaikan keberhasilan juga di kemudian hari.

Kepada pembimbing 1 "pak Tri Prabowo SKp.,M.Sc" dan pembimbing 2 "ibu Ivana Eko Rusdiatin S.kep" terimakasih telah menjadi pembimbing ku yang sabar dan perfect hingga skripsi ini dapat selesai tepat pada waktunya.

Kepada teman-teman seperjuangan khususnya rekan-rekan Ankatan 2 (dua) STIkes madani dan adik tingkat yang tak bisa tersebutkan namanya satu persatu terima kasih yang tiada tara ku ucapakan

syukran banget atas supportnya baik itu moril & materil

kepada Anak-Anak APMD yang banyak membantu terkhusus

(Mila, dan kawan-kawan dari kaltim).

Terakhir, untuk seseorang yang masih dalam misteri yang dijanjikan Ilahi yang siapapun itu, terimakasih telah menjadi baik dan bertahan di sana.

Akhir kata, semoga skripsi ini membawa kebermanfaatan. Jika hidup bisa kuceritakan di atas kertas, entah berapa banyak yang dibutuhkan hanya untuk kuucapkan terima kasih...:)

Yogyakarta, 05 September 2014

"Darmansyah (Rayhan)"

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah *Subhaanahu Wata'aala* atas limpahan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penyusunan Skripsi dengan judul "Hubungan Dukungan Social Dengan Tingkat Depresi Pada Lansia di Posyandu Seger Waras Desa Gambiran Pandeyan Umbulharjo Yogyakarta" dapat terselesaikan tepat pada waktunya.

Proposal Skripsi ini terwujud atas bimbingan, pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih kepada:

1. Darmasta Maulana, S.Kep., M.Kes selaku penguji dan ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Madani Yogyakarta.
2. Ns, Errick Endra Cita., S.Kep., CWCS selaku ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
3. Tri Prabowo, S.Kep., M.Kes sebagai dosen pembimbing I
4. Ivana Eko Rusdiatin,skep. sebagai pembimbing II
5. Susilo Edi selaku Ketua RW Desa Gambiran Pandeyan Umbulharjo Yogyakarta

Penulis menyadari bahwa penulisan skripsi ini masih jauh dari sempurna. Namun, penulis berharap semoga skripsi ini bermanfaat. Aamiin

Yogyakarta, Maret 2014

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman

COVER i
HALAMAN PERSETUJUAN PEMBIMBING ii
LEMBAR PENGESAHAN iii
MOTO iv
PERSEMBAHAN v
KATA PENGANTAR vii
DAFTAR ISI viii
DAFTAR GAMBAR x
DAFTAR TABEL xi
DAFTAR LAMPIRAN xii
INTISARI xiii
ABSTRACT xiv

BAB I **PENDAHULUAN**
- A. Latar Belakang 1
- B. Rumusan Masalah 6
- C. Tujuan Penelitian 6
- D. Manfaat Penelitian 7
- E. Keaslian Penelitian 8

BAB II **TINJAUAN TEORI**
- A. Lansia 10
  1. Pengertian Lansia 10
  2. Perubahan biologis pada lansia 12
  3. Perubahan kognitif pada lansia 18
  4. Perkembangan psikososial 19
- B. Depresi 21
  1. pengertian 21
  2. Etioligi *depresi* 22
  3. Gambaran klinis 24
- C. Dukungan sisial 25
  1. penegertian 25
  2. Jenis-jenis dukungan sosial 26
  3. Model kerja dukungan sosial 28
  4. Sumber-sumber dukungan sosial 29
  5. Factor yang mempengaruhi 30
- D. Hubungan Dukungan Sosial Dengan Tingkat Depresi Pada Lansia 32
- E. Kerangka Teori 36

F. Kerangka konsep ……37
G. Hipotesis 37

BAB III **METODE PENELITIAN**
A. Jenis dan Desain Penelitian.....38
B. Variabel Penelitian dan Defisi oprasional.....38
C. Populasi dan Sampel Penelitian.....40
D. Tempat dan waktu penelitian.....40
E. Prosedur pengumppulan data.....41
F. Instrument pengumpulan data.....42
G. Validitas dan reabilitas.....45.
H. Pengolahan dan analisa data 45
I. Etika Penelitian.....47

BAB IV **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**
A. Gambaran Umum Lokas Penelitian.....48
B. Hasil Penelitian 49
1. Analisis Univariat..... 49
2. Analisis Bivariat..... 51
C. Pembahasan 52
1. Dukungan Sosial terhadap Lansia.....52
2. Tingkat Depresi Pada Lansia 53
3. Hubungan Dukungan Sosial Dengan Tingkat depresi 53
D. Keterbatasan Penelitian.....56

BAB IV **KESIMPULAN DAN SARAN**
A. Kesimpulan 56
B. Saran 56

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 : Kerangka Teori 36
Gambar 2.2 : Kerangka Konsep.....37

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 : Instrument dukungan sosial 43
Tabel 3.2 : Instrumen DASS.....44
Tabel 4.1 : Distribusi Frekuensi Dukungan Sosial 50
Tabel 4.2 : Distribusi Frekuensi Tingkat Depresi Lansia 50
Tabel 3.3 : Tabulasi Silang Dukungan Sosial dengan Tingkat Depresi 51

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Surat Ijin Studi Pendahuluan
Lampiran 2 : Surat Ijin Penelitian
Lampiran 3 : Surat balasan penelitian
Lampiran 4 : Kuisioner Penelitian
Lampiran 5 : Rancangan Jadwal Penelitian
Lampiran 6 : Surat telah selesai penelitian
Lampiran 7 : Lembar Konsultasi Bimbingan
Lampiran 8 : Estimasi Biaya
Lampiran 9 : Lembar Penjelasan Tentang Responden
Lampiran 10 : Hasil olah data

INTISARI

Latar belakang: Diperkirakan antara tahun 2000 dan 2050 proporsi individu di atas usia 65 tahun akan lebih dua kali lipat yaitu dari 6,9% menjadi 16,4% dan pada tahun 2020, angka ini akan meningkat menjadi 70% dari total penduduk dunia. Sejalan dengan itu meningkat pula permasalahan pada lansia termasuk didalamnya depresi, untuk itu dibutuhkan sebuah upaya berupa dukungan social khusus pada lansia.

Tujuan: Untuk mengetahui hubungan dukungan sosial dengan tingkat depresi lansia di posyandu lansia seger waras desa gambiran umbulharjo Yogyakarta 2014.

Metode: Jenis penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kuantitatif dengan desain penelitian korelasi dan menggunakan uji *Chi Square* untuk mengetahui hubungan kedua variabel dengan skala nominal dan ordinal. Nilai p pada uji *chi-square* dibandingkan dengan nilai α, dengan $\alpha = 0,05$,

Hasil: Hasil perhitungan dengan uji *chi-square* (χ^2) diperoleh $\chi^2_{hitung} = 24,928 > \chi^2_{tabel} = 5,99$ atau nilai $p = 0,00$ ($p<0,05$), maka H_0 diterima. Hal ini memilki makna ada hubungan yang sangat signifikan antara dukungan sosial dengantingkat depresi pada lansia di posyandu lansia Seger Waras Yogyakarta.

Kesimpulan: Ada hubungan yang signifikan antara dukungan sosial dengan tingkat depresi lansia di Posyandu Seger Waras Yogyakarta 2014.

Kata kunci : Dukungan social , Tingkat depresi, Lansia

ABSTRACT

Background: It is estimated that between 2000 and 2050 the proportion of individuals over age 65 will more than double, from 6.9% to 16.4% and by 2020, this figure will increase to 70% of the total world population. In line with the increase also problems in the elderly including depression, for it takes a special effort in the form of social support in the elderly.
Purpose: To determine the relationship of social support and levels of depression in the elderly elderly posyandu Seger sane umbulharjo Gambiran village of Yogyakarta in 2014.
Methods: The study was descriptive quantitative research design and correlation research using Chi Square test to determine the relationship between the two variables with nominal and ordinal scale. P-value on the chi-square test compared with the value of α, with α = 0.05,
Results: The results of calculations with the chi-square test (χ ^ 2) ^ 2hitung obtained χ = 24.928> χ ^ 2tabel = 5.99 or p = 0.00 (p <0.05), then H0 is accepted. It have the meaning there was a significant relationship between social support and depression in the elderly dengantingkat posyandu elderly Seger Sane Yogyakarta.
Conclusion: There is a significant relationship between social support and levels of depression in the elderly IHC Sane Seger Yogyakarta 2014.

Keywords: social support, level of depression, Elderly

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Data demografi terbaru di dunia menunjukkan peningkatan pesat populasi usia yang lebih tua, hal itu akan terus berkembang sepanjang abad ini. Populasi griatri berkembang pesat secara global pada tahun 2005-2010, lanjut usia akan sama dengan anak balita, yaitu sekitar 19,3 juta jiwa (±9%) dari penduduk. Diperkirakan antara tahun 2000 dan 2050 proporsi individu di atas usia 65 tahun akan lebih dua kali lipat yaitu dari 6,9% menjadi 16,4% dan pada tahun 2020, angka ini akan meningkat menjadi 70% dari total penduduk dunia. Pada era sebelumnya tidak begitu banyak individu yang menjalani hidup yang panjang seperti itu. Mayoritas populasi Lansia di dunia (60%) hidup di negara-negara berkembang (Ardiansyah. 2012).

Sampai sekarang ini, penduduk di 11 negara anggota WHO kawasan Asia Tenggara yang berusia di atas 60 tahun berjumlah 142 juta orang dan diperkirakan akan terus meningkat hingga 3 kali lipat di tahun 2050. Pada Hari Kesehatan Sedunia tanggal 7 April 2012, WHO mengajak negara-negara untuk menjadikan penuaan sebagai prioritas penting mulai dari sekarang. Rata-rata usia harapan hidup di negara-negara kawasan Asia Tenggara adalah 70 tahun, sedangkan usia harapan hidup di Indonesia sendiri termasuk cukup tinggi yaitu 71 tahun, berdasarkan Profil Data Kesehatan Indonesia tahun 2011 (WHO, 2012)

Indonesia adalah termasuk Negara yang memasuki era penduduk berstruktur lanjut usia (*agin structured population*) karna dari tahun ketahun penduduk Indonesia yang berusia lanjut semakin meningkat. Berdasarkan data dari kementrian kordinasi bidang kesejahteraan Rakyat Kedeputian I Bidang Kesejahteraan Sosial tahun 2008, jumlah penduduk lanjut usia pada tahun 1990 kurang lebih sebesar 6,29%, selanjutnya pada tahun 2000 sebesar 7,18% dan pada tahun 2006 sebesar 8,9%. Diperkirakan jumlah penduduk lanjut usia di Indonesia tahun 2010 sebesar 23,9 juta (9,77Dengan usia harapan hidupnya 67,4 tahun dan pada tahun 2020 diperkirakan sebesar 28,8 juta (11,34%) Dengan usia harapan hidup71,1 tahun (Kompas, 10 Juni 2009).

Berdasarkan data BPS, (2009) jumlah penduduk lansia di Yogyakarta juga mengalami peningkatan. Jumlah penduduk lansia pada tahun 2010 sebesar 454.200 jiwa atau 13,2 % dari total populasi penduduk. Pada tahun 2011 terjadi peningkatan jumlah penduduk lansia, yaitu menjadi 459.200 jiwa atau 13,3 % dari total populasi penduduk. Sedangkan tahun 2020 diperkirakan akan terjadi peningkatan juga, yaitu jumlah penduduk lansia menjadi 578.000 jiwa atau 15,6 %.

Orang yang berusia lanjut akan menjadi sangat rentan terhadap gangguan kesehatan, termasuk depresi yang disebabkan oleh stres dalam menghadapi perubahan-perubahan kehidupan yang berhubungan dengan apa yang disebut sebagai tahun emas. Perubahan kehidupan yang dimaksud antara lain adalah pensiun, penyakit atau ketidakmampuan fisik,

penempatan dalam panti wreda, kematian pasangan, dan kebutuhan untuk merawat pasangan yang kesehatannya menurun. Kematian keluarga dan teman-teman menimbulkan duka cita dan mengingatkan kepada orang yang berusai lanjut akan usia mereka yang semakin bertambah serta semakin berkurangnya ketersediaan dukungan social (Nevid, Rathus &Greene, 2005).

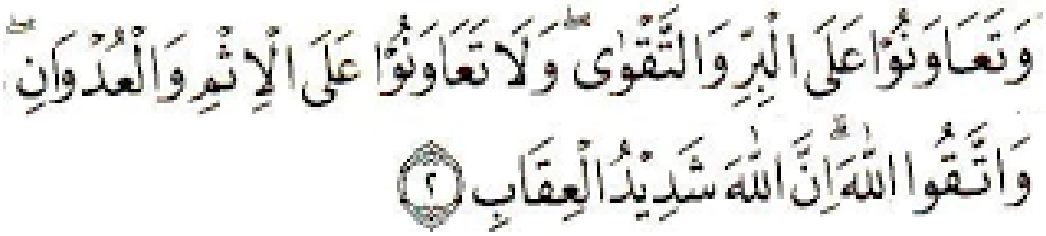
Pendapat tersebut, diperkuat dengan hasil penelitian Henuhili (2004) yang menyebutkan bahwa gangguan mental terbanyak yang dialami oleh lanjut usia yang tinggal di salah satu panti wreda di Cibubur adalah depresi, yaitu sebesar 20,2%. Gangguan depresi ditemukan kira-kira 25% pada lanjut usia yang ada di komunitas. Tingginya *stressor* dan peristiwa-peristiwa kehidupan yang tidak menyenangkan dapat menimbulkan kemungkinan lanjut usia mengalami kecemasan, kesepian, sampai pada tahap depresi (Wirasto, 2007).

Nevid, Rathus dan Greene (2005) menyatakan bahwa tingkat depresi tetap lebih tinggi diantara lanjut usia penghuni rumah perawatan atau panti wreda. Hidup jauh dengan keluarga atau sanak saudara tentunya dapat menimbulkan perasaan kesepian, karena tidak ada lagi orang-orang yang selama ini hidup bersama dan berbagi segala sesuatu. Pendapat tersebut diperkuat oleh Dharmono (2007), yang menyebutkan depresi pada lanjut usia di dunia berkisar 15% dan hasil meta analisis dari laporan negara-negara di dunia mendapatkan rata-rata depresi pada lanjut usia adalah

13,5%. Adapun depresi pada lanjut usia yang menjalani perawatan di rumah sakit dan panti perawatan sebesar 45%.

Hasil penelitian saputri dan indrawati (2011) menunjukkan bahwa depresi pada lanjut usia yang tinggal di Panti Wreda Wening Wardoyo Jawa Tengah berada pada kategori tinggi, dan dukungan sosialnya berada pada kategori rendah. Sumbangan efektif dukungan sosial terhadap depresi pada lanjut usia yang tinggal di panti wreda sebesar 23,7%. Kondisi tersebut mengisyaratkan bahwa dukungan sosial berpengaruh pada penurunan depresi pada lanjut usia yang tinggal di panti wreda. Faktor-faktor lain sebesar 76,3% yang tidak diungkap dalam penelitian, diduga turut berperan dalam depresi yaitu pengalaman hidup, tingkat religiusitas, faktor kepribadian, tingkat kesehatan, dan harga diri (*self-esteem*).

Di dalam alquran di jelaskan bahwa dukungan social sangat di butuhkan dalam masyarakat berdasarkan surah al maidah ayat 2 di jelaskan bahwa:


وَتَعَاوَنُوا۟ عَلَى ٱلْبِرِّ وَٱلتَّقْوَىٰ ۖ وَلَا تَعَاوَنُوا۟ عَلَى ٱلْإِثْمِ وَٱلْعُدْوَٰنِ ۚ
وَٱتَّقُوا۟ ٱللَّهَ ۖ إِنَّ ٱللَّهَ شَدِيدُ ٱلْعِقَابِ ﴿٢﴾

Artinya :

"…Dan tolong-menolonglah kamu dalam (mengerjakan) kebajikan dan takwa, dan jangan tolong-menolong dalam berbuat dosa dan pelanggaran. dan bertakwalah kamu kepada Allah, Sesungguhnya Allah amat berat siksa-Nya".(Q.S:al maidah ayat 2)

Dan tolong-menolonglah kamu kepada kebaikan dan taqwa dan janganlah kamu tolong-menolong pada dosa dan permusuhan, kebaikan daripada berbuat aniaya setelah di larang menganiaya, diperintahkan untuk melakukan *birr* berarti segala kebaikan yang ada kalanya berhubungan perbuatan wajib maupun perbuatan sunnah, sedangkan arti taqwa hanya pekerjaan kebaikan yang wajib saja, sedangkan menurut Mawardi, *birr* itu berarti keridhoan orang banyak, sedangkan taqwa berarti keridhoan Allah. Dari pengertian tersebut, bertolong-tolonglah kamu yang menyenangkan hati orang banyak dan meridhokan Allah, jika seorang manusia dapat melakukan itu, maka sempurnakanlah kebahagiaannya (mutiara qur'an, 2009).

Dan dari hasil survei studi pendahuluan di poyandu lansia, banyak lansia yang kurang mendapat dukungan social, kader posyandu mengatakan posyandu lansia hanya dilakukan satu bulan sekali , sedangkan semua lansia sudah tidak bekerja lagi, lansia yang mengikuti posyandu hanya berjumlah 37 orang, beberapa lansia yang diwawancarai mengatakan merasa sedih karna sudah tidak bisa bekerja dan sudah tidak tinggal bersama keluarga lagi. Berdasarkan data tersebut peneliti tertarik melakukan penelitian hubungan dukungan sosial dengan tingkat depresi lansia di poyandu seger waras.

B. Rumusan masalah

"Adakah hubungan dukungan sosial dengan tingkat depresi pada lansia di posyandu lansia seger waras pandean umbulharjo yogyakarta?"

C. Tujuan penelitian

1. Tujuan umum

   Untuk mengetahui hubungan dukungan sosial dengan tingkat depresi lansia di posyandu lansia

2. Tujuan khusus

   a. Diketahuinya dukungan sosial terhadap lansia di posyandu lansia

   b. Diketahuinya tingkat depresi pada lansia di posyandu lansia

D. Manfaat penelitian

1. Bagi ilmu keperawatan

   Melalui penelitian ini, peneliti berharap mampu memberi sumbangan bagi ilmu keperawatan bahwa dukungan social berhubungan erat dengan tingkat depresi pada lansia, sehingga dapat menjadi acuan dan bahan tambahan bagi ilmu keperawatan khususnya keperawan gerontik

2. Bagi pengurus posyandu

   Melalui penelitian ini peneliti berharap dapat memeberikan sumbangan pengetahuan bagi kader posyandu agar memeberi perhatian lebih khusus pada lansia.

3. Masyarakat (keluarga lansia)

Dapat digunakan menjadi tambahan pengetahuan untuk dapat meningkatkan kesadaran akan pentingnya memberikan dukungan dan perhatian lebih terhadap orang tua dan keluarga yang sudah lanjut usia.

4. Manfaat bagi peneliti

   Untuk meningkatkan pengetahuan dan wawasan peneliti dalam mengembangkan ilmu yang diperoleh selama perkuliahan untuk diaplikasikan kepada diri sendiri dan masyarakat.

E. Keaslian penelitian

Penelitian yang telah dilakukan sehubungan dengan penelitian ini adalah:

1. Rustiyaningsih (2006), dengan judul "Hubungan antara tingkat depresi dengan tingkatan penyalahgunaan pada narapidana penyalahguna NAPZA di lembaga pemasyarakatan Wirogunan Yogyakarta", adapun metode penelitian yang dilakukan adalah *kuantitatif* yang digunakan untuk mengukur tingkat depresi dan metode *kualitatif* yang digunakan untuk mengukur tingkat penyalahgunaan dengan jenis penelitian *deskriptif* dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Hasil penelitiannya adalah bahwa dari jumlah 24 responden menunjukkan bahwa depresi yang paling banyak dialami oleh narapidana penyalahgunaan napza adalah depresi ringan sedang sebanyak 41,7% mengenai tingkatan penyalahgunaannya yang terbanyak adalah tingkat insentif sebanyak 37,5%. Persamaan penelitian ini dengan penelitian yang akan dilakukan peneliti adalah

pada rancangan penelitian, pendekatan yang digunakan. Perbedaan penelitian ini dengan penelitan yang akan dilakukan oleh peneliti adalah variable bebas dan terikatnya. Subjek dan lokasi yang penelitiannnya berbeda, penelitian ini mengambil subjek dan lokasi di LP Wirogunan Yogyakarta sedangkan peneliti menggunakan subjek dan lokasi di PSTW Budi Luhur Kasihan Bantul Yogyakarta. Metode penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah *kuantitatif* dan *kualitatif* sedangkan peneliti menggunakan metode *kuantitatif.*

2. Wulandari (2003), dengan judul "Faktor-faktor yang menyebabkan timbulnya depresi pada lanjut usia yang tinggal di PSTW Abiyoso Yogyakarta" jenis penelitian yang digunakan adalah *deskriptif eksploratif* dan menggunakan pendekatan *cross sectional.* Hasil yang didapatkan bahwa faktor yang terbesar menyebabkan timbulnya depresi adalah faktor kurang percaya diri dan faktor kehilangan yang masing-masing berpengaruh sebesar 74.40% sedangkan faktor yang kurang mempengaruhi timbulnya depresi adalah faktor kekcewaan yaitu dengan peengaruhh sebesar 63,69%. Persamaan penelitian ini dengan penelitian yang akan peneliti lakukan adalah pendekatan yang digunakan, jenis penelitian dan tekhnik pengumpulan data. Perbedaan penelitian ini dengan penelitian yang akan dilakukan oleh peneliti adalah metode penelitian, serta penelitian ini menggunakan variabel tunggal yaitu faktor-faktor yang menyebabkan timbulnya depresi

sedangkan variabel yang akan dilakukan peneliti adalah variable ganda yaitu kemampuan ADS dan tingkat depresi.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Lansia

1. Pengertian Lansia

Masa lansia adalah periode perkembangan yang bermula pada usia 60 tahun yang berakhir dengan kematian Santrock (2006). Masa ini adalah masa penyesuaian diri atas berkurangnya kekuatan dan kesehatan, menata kembali kehidupan, masa pensiun dan penyesuaian diri dengan peran-peran sosial (Santrock, 2006). Usia tua merupakan periode penutup dalam rentang hidup seseorang, yaitu suatu periode ketika seseorang telah "beranjak jauh" dari periode terdahulu yang lebih menyenangkan, atau beranjak dari waktu yang penuh manfaat (Hurlock, 1999). Papalia (2004) membagi masa lansia kedalam tiga kategori yaitu :

a. Orang tua muda (*young old*) usia 65 tahun sampai 74 tahun
b. Orang tua tua (*old-old*) usia 75 tahun sampai 84 tahun.
c. Orang tua yang sangat tua *(oldest old)* usia 85 tahun keatas

Barbara Newman dan Philip Newman membagi masa lansia kedalam 2 periode, yaitu masa dewasa akhir (*later adulthood*) (usia 60 sampai 75 tahun) dan usia yang sangat tua (*very old age*) (usia 75 tahun sampai meninggal dunia) (Newman & Newman, 2006).

Sementara batasan usia lansia manurut WHO meliputi : 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 (dalam Ismayadi, 2004). Pemerintah Indonesia dalam hal ini Departemen Sosial memberikan pengertian bahwa lansia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas, yang kemudian membaginya kedalam 2 kategori yaitu usia lanjut potensial dan usia lanjut non potensial. Usia lanjut potensial adalah usia lanjut yang memiliki potensi dan dapat membantu dirinya sendiri bahkan membantu sesamanya (dalam Ismayadi, 2004). Sedangkan usia lanjut non potensial adalah usia lanjut yang tidak memperoleh penghasilan dan tidak dapat mencari nafkah untuk mencukupi kebutuhannya sendiri (Departemen Sosial RI & Direktorat Jendral Bina Keluarga Sosial, 1997).

Berdasarkan uraian diatas, dapat disimpulkan bahwa masa lansia merupakan periode terakhir dalam rentang kehidupan manusia, yang dimulai pada usia 60 tahun dan berakhir dengan kematian, yang ditandai dengan berkurangnya kekuatan dan kesehatan serta masa pensiun.

2. Perubahan Biologis Pada Lansia

Dengan meningkatnya usia, lansia mengalami berbagai macam perubahan yang sifatnya biologis (Hoyer & Roodin, 2003). Beberapa perubahan psikologis dapat terlihat dengan jelas seperti misalnya rambut yang menipis dan kerutan pada kulit, beberapa perubahan lainnya tidak begitu jelas terlihat seperti yang terjadi pada organ dan sistem internal (Papalia, Olds, & Feldman, 2007). Berikut adalah penjabaran dari perubahan biologis yang dialami lansia:

a. Perubahan Penampilan Fisik

Salah satu manifestasi dari proses penuaan adalah penampilan kulit individu, seperti munculnya kerutan dan noda hitam (Hoyer & Roodin, 2003). Meskipun demikian, tidak terdapat perubahan pada fungsinya yang melindungi organ internal maupun mengatur suhu tubuh. Lansia juga mengalami perubahan pada struktur wajah, perkembangan lapisan telinga maupun hidung, penipisan rambut, dan juga tumbuhnya rambut putih (Hoyer & Roodin, 2003). Lansia juga mengalami pengurangan tinggi badan, yang kemudian menyebabkan perubahan postur tubuh, penekanan pada lapisan tulang belakang, dan juga pengurangan kepadatan tulang. Pengurangan kepadatan tulang biasanya semakin cepat terjadi pada wanita setelah *menopause*, dan hal ini dapat mengakibatkan *osteoroposis*, yaitu penyakit yang melibatkan penurunan signifikan pada kalsium tulang, dan menimbulkan kerapuhan pada tulang (dalam Ismayadi, 2004).

b. Perubahan Organis dan Sistemis

Penuaan yang disertai dengan stres kronis dapat mengganggu fungsi imun sehingga menyebabkan kerentanan pada infeksi saluran pernapasan (Kiecolt-Glaser & Glaser, dalam Papalia, Olds, & Feldman, 2007). Meskipun demikian, sistem pencernaan masih dapat berfungsi dengan baik pada lansia. Ritme jantung lansia biasanya menjadi lebih lambat atau tidak beraturan, dibandingkan pada tahapan usia sebelumnya. Penyimpanan lemak yang menumpuk pada area

jantung dapat mengganggu fungsi jantung dan meningkatnya tekanan darah. Selain itu, lansia juga mengalami penurunan pada *reserve capacity/organ reverse,* atau yang dimaksud dengan kapasitas cadangan yang biasanya membantu fungsi sistem tubuh pada saat stres. Hal ini menyebabkan berkurangnya kemampuan lansia untuk menghadapi tuntutan fisik, berbeda dengan sebelumnya (Hoyer & Roodin, 2003).

c. Penuaan pada Otak

Lansia yang kondisinya sehat biasanya tidak mengalami perubahan berarti pada fungsi otaknya (Kamper, dalam Papalia, Olds, & Feldman, 2007). Meskipun begitu, terdapat faktor perbedaan individual yang sangat mempengaruhi perubahan pada otak (Papalia, Olds, & Feldman, 2007).

Individu biasanya mengalami penurunan berat pada otak yang biasanya dimulai pada usia 30 tahun otak (Papalia, Olds, & Feldman, 2007). Penurunan berat tersebut awalnya terjadi secara perlahan tetapi kemudian semakin cepat. Penurunan berat ini berdampak pada pengurangan ukuran neuron, dimulai dari korteks frontalis yang berperan dalam fungsi memori dan performa kognitif (West; Wickelgren, dalam Papalia, Olds, & Feldman, 2007).

Apa bila hal ini disertai dengan berkurangnya lapisan otak, maka dapat menyebabkan penurunan kecepatan pada koordinasi fisik

dan kognitif. Meskipun demikian, lansia juga mengalami perkembangan sel otak baru otak (Papalia, Olds, & Feldman, 2007).

d. Perubahan Fungsi Sensoris dan Psikomotor

Banyak lansia mengalami penurunan fungsi sensoris seperti adanya masalah visual dan pendengaran (Papalia, Olds, & Feldman, 2007). Masalah visual yang biasanya terjadi adalah rabun dekat (*presbyopia*), sensitifitas terhadap cahaya, berkurangnya kemampuan beradaptasi dalam kegelapan, pengecilan lapang pandang, dan berkurangnya kecepatan memproses informasi visual (Hoyer & Roodin, 2003). Penyakit mata yang banyak muncul pada lansia adalah katarak dan *glaucoma* (Fozard & Gordon-Salant, dalam Hoyer & Roodin, 2003).

Katarak adalah kondisi lensa mata yang buram sehingga cahaya tidak bisa menuju pada retina, dan penyakit ini bisa diatasi dengan operasi. *Glaucoma* mengarah pada kerusakan retina dan *optic nerve* yang disebabkan oleh meningkatnya tekanan pada mata. Kendala ini juga dapat diatasi dengan obat tetes mata, meskipun bila tidak teratasi dapat mengakibatkan kebutaan otak (Papalia, Olds, & Feldman, 2007).

Kemampuan pendengaran biasanya mulai menurun pada tahapan usia dewasa menengah, yaitu mulai usia 40 tahun (Hoyer & Roodin, 2003). Masalah pendengaran yang biasa terjadi adalah kehilangan fungsi mendengar karena rusaknya *cochlea* atau yang

dimaksud dengan reseptor syaraf primer, kesulitan untuk mendengar suara bernada tinggi (*presbycusis*), dan juga munculnya suara berdengung secara kontinu (*tinnitus*) Pada kebanyakan lansia yang mengalami, *tinnitus* merupakan kendala yang sulit untuk diterima karena sangat mengganggu, terus-menerus, dan juga tidak diketahui sebabnya. Kendala pada fungsi visual dan pendengaran dapat mengganggu hubungan sosial dan juga kemandirian individu (Desai, Pratt, Lentzner, & Robinson, dalam Papalia, Olds, & Feldman, 2007).

Fungsi sensoris lain yang kepekaannya menurun seiring dengan usia adalah kemampuan merasa (*taste*), mencium bau (*smell*), sentuhan, temperatur, rasa sakit, dan juga kinestetik (Hoyer & Roodin, 2003). Meskipun demikian, hal tersebut tidak seintens kendala pada fungsi visual dan pendengaran. Gangguan pada fungsi motoris juga dapat membatasi aktivitas sehari-hari, seperti misalnya performa psikomotor yang menjadi lambat (Hoyer & Roodin, 2003).

Meskipun begitu, faktor perbedaan individu memiliki peranan yang kuat, sehingga banyak juga lansia dengan fungsi sensoris dan psikomotor yang masih sangat baik (Hoyer & Roodin, 2003). Selain itu, saat ini telah banyak tersedia alat bantu untuk mengatasi keterbatasan sensoris, sehingga pada beberapa kasus, lansia tidak lagi menjadi masalah yang signifikan pada fungsi sensorisnya (Hoyer & Roodin, 2003).

e. Perubahan Pola Tidur

Jam tidur lansia biasanya lebih sedikit, dan juga jadi lebih jarang bermimpi dibandingkan pada tahapan usia sebelumnya (Papalia, Olds, & Feldman, 2007). Mereka menjadi lebih mudah terbangun karena adanya kendala fisik dan juga lebih sensitif terhadap pemaparan cahaya. Masalah tidur yang dialami lansia dapat menyebabkan kendala berarti, karena mungkin berkembang menjadi depresi (Papalia, Olds, & Feldman, 2007).

f. Perubahan Fungsi Seksual dan Reproduktif

Lansia pria biasanya membutuhkan waktu lebih lama untuk ereksi dan ejakulasi, hingga membutuhkan stimulasi manual, dan juga mengalami interval yang lebih lama antara ereksi (Papalia, Olds, & Feldman, 2007). Pada wanita, rangsangan seksual juga berkurang intensitasnya dan juga vaginanya menjadi kurang fleksibel hingga membutuhkan lubrikasi tambahan (Hoyer & Roodin, 2003). Wanita biasanya mengalami penurunan dramatis pada fungsi reproduksinya, terutama setelah *menopause* (Hoyer & Roodin, 2003).

Laki-laki pada umumnya tidak mengalami perubahan perarti pada kesuburannya, namun setelah semakin tua dapat mengalami impotensi dan berkurangnya level *testoterone* atau yang dimaksud dengan hormon seksual yang menstimulasi perkembangan organ seksual laki-laki (Hoyer & Roodin, 2003).

g. Kesehatan Fisik dan Mental

Banyak lansia yang memiliki kondisi penyakit kronis dan juga keterbatasan fisik. Kondisi kronis yang biasa dialami adalah penyakit jantung, kanker, *stroke*, dan gangguan kronis pada fungsi pernapasan (NCHS, dalam Papalia, Olds, & Feldman, 2007). Hipertensi dan diabetes juga menjadi kendala kesehatan yang umumnya terjadi pada lansia (Papalia, Olds, & Feldman, 2007).

Keterbatasan fisik yang dialami berupa kesulitan untuk melakukan aktivitas harian seperti berjalan, mandi, berpakaian, dan sebagainya. Terkait dengan kesehatan mental, lansia biasanya memiliki kondisi psikologis yang lebih baik seiring dengan meningkatnya usia. Meskipun begitu, beberapa masalah yang biasa terjadi adalah depresi, demensia, dan *Alzheimer's disease*. *Alzheimer's disease* adalah suatu bentuk dari kepikunan, yang melibatkan deteriorasi dari fungsi mental yang sebenarnya (Hoyer & Roodin, 2003). Penyakit ini bukan merupakan dari proses penuaan primer, melainkan sekunder . (Papalia, Olds, & Feldman, 2007). Salah satu manifestasi dari proses penuaan adalah penampilan kulit individu, seperti munculnya kerutan dan noda hitam (Hoyer & Roodin, 2003).

Meskipun demikian, tidak terdapat perubahan pada fungsinya yang melindungi organ internal maupun mengatur suhu tubuh. Lansia juga mengalami perubahan pada struktur wajah, perkembangan lapisan

telinga maupun hidung, penipisan rambut, dan juga tumbuhnya rambut putih (Hoyer & Roodin, 2003).

3. Perubahan Kognitif Pada Lansia

Lansia biasanya memperoleh skor pada test inteligensi yang lebih rendah dibandingkan saat tahapan usia sebelumnya (Papalia, Olds, & Feldman, 2006). Meskipun demikian, potensi inteligensi pada lansia diasumsikan tidak berbeda jauh, hanya banyak dipengaruhi oleh penurunan kecepatan proses mental dan penalaran abstrak (Papalia, Olds, & Feldman, 2006). Beberapa faktor yang mempengaruhi penurunan fungsi inteligensi adalah kesehatan yang menurun sehingga lansia memiliki kendala dalam berkonsentrasi dan juga penurunan proses pengelolaan informasi (Hoyer & Roodin, 2003).

Fungsi inteligensi yang menurun pada lansia adalah inteligensi *fluid*, yaitu kemampuan individu untuk mempersepsikan, mengingat, dan berpikir mengenai ide, tanpa terpengaruh oleh budaya tertentu. . (Papalia, Olds, & Feldman, 2007). Fungsi inteligensi *crystallized* yang melibatkan kemampuan individu mengintegrasi informasi dan pengetahuan yang terkait dengan pengalaman, pengertian komunikasi, perkembangan daya nilai, dan juga pemikiran terkait kebutuhan kehidupan sehari-hari semakin meningkat pada lansia . (Papalia, Olds, & Feldman, 2007). Daya kreatifitas dan juga kemampuan pemecahan masalah dalam kehidupan sehari-hari pada lansia tidak berubah seperti pada tahapan usia sebelumnya (Papalia, Olds, & Feldman, 2007).

Hal lain yang meningkat adalah *wisdom* atau kebijaksanaan, yaitu kemampuan individu untuk memberikan penilaian dan saran terkait individu dan lingkungannya. Lansia terus mengakumulasi pengetahuan dan semakin berkembang seiring dengan usia dan pengalaman sehingga banyak yang menjadi seorang ahli dalam bidang yang ditekuni. Terkait dengan memori, lansia biasanya mengalami penurunan pada fungsi tersebut. Lansia juga mengalami penurunan pada kemampuan berbicara, hingga seringkali salah saat menyebutkan suatu hal(Hoyer & Roodin, 2003).

4. Perkembangan Psikososial Pada Lansia

Lansia biasanya mengalami banyak perubahan terkait faktor psikososial (Hoyer & Roodin, 2003). Saat anak-anak telah berpindah rumah dan hidup mandiri, orangtua biasanya mengalami rasa kehilangan yang mendalam atau yang disebut dengan *empty nest syndrome*. Meskipun demikian, orangtua yang ditinggalkan memiliki waktu yang lebih banyak untuk diri sendiri, pasangan, dan juga *hobby* sehingga bisa melakukan *self-enhancement* . (Papalia, Olds, & Feldman, 2007).

Bagi lansia yang berpasangan dan mengalami pensiun, mereka menjalani gaya hidup yang berbeda dengan sebelumnya dan perlu beradaptasi, terutama bila suami yang pensiun dan istri seorang ibu rumah tangga. Suami tersebut biasanya mengalami kebingungan apa yang harus dilakukan, dan istri merasa tidak terbiasa dengan keberadaan suami secara terus-menerus. (Papalia, Olds, & Feldman, 2007).

Pada umumnya, lansia yang berpasangan cenderung lebih sejahtera kondisi psikologisnya dibandingkan lansia yang tidak berpasangan, terutama pada wanita (Hoyer & Roodin, 2003). Bagi lansia yang kehilangan pasangan, mereka akan mengalami masa berduka yang panjang meskipun cenderung lebih dapat beradaptasi dibandingkan individu yang lebih muda (Papalia, Olds, & Feldman, 2007). Lansia wanita lebih dapat beradaptasi dengan fase kehilangan dibandingkan dengan lansia laki-laki . (Papalia, Olds, & Feldman, 2007). Lansia yang kehilangan pasangan juga biasanya melakukan beberapa hal untuk *coping* seperti misalnya mempelajari keterampilan baru, berkenalan dan membina hubungan baru yang berarti dengan orang lain (Papalia, Olds, & Feldman, 2007).

Lansia yang memiliki cucu biasanya berinteraksi dengan cucu dan banyak mengajari keterampilan serta tradisi budaya (Hoyer & Roodin, 2003). Peran sebagai kakek atau nenek dapat memberikan suatu *self-fulfillment,* rasa kebersamaan, dan kepuasan hubungan yang biasanya kurang diperoleh melalui hubungan orangtua dengan anak bagi lansia. Meskipun demikian, beberapa lansia juga mengalami permasalahan yang berarti seperti misalnya kelelahan atau juga perselisihan dengan anak mengenai pola asuh cucu yang berbeda (Papalia, Olds, & Feldman, 2007). Bagi para cucu, kakek atau nenek juga merupakan suatu figur yang cukup penting peranannya dalam hidup. Terkait dengan dukungan sosial, lansia biasanya memiliki hubungan sosial yang semakin sedikit,

meskipun kedekatan emosional biasanya meningkat (Hoyer & Roodin, 2003).

Kehilangan orang terdekat juga merupakan suatu hal yang biasa terjadi pada lansia. Lansia juga biasanya semakin jarang berinteraksi dengan teman-teman, karena kebanyakan menghabiskan waktu dalam rumah akibat dari kondisi penyakit atau lainnya, dan juga karena dukungan sosial yang tidak lagi memadai (Bishop, 2008).

B. Depresi

1. Pengertian

Depresi adalah gangguan yang dapat memadamkan semangat hidup. Ini sering disadari atau dikenali pada lansia dan mempunyai potensi untuk menghancurkan kualitas hidup itu sendiri (Lubis, 2009). Depresi menghilangkan kesenangan, kegembiraan, empati dan cinta. Akhirnya hal ini menghempakan orang tersebut kedunia luat dan meningkannya sendiri dan terisolasi (Lubis, 2009).

Depresi menurut WHO (*World Health Organization*) merupakan sutu gangguan mental umum yang ditandai dengan *mood* tertekan, kehilangan kesenangan atau minat, perasan bersalah atau harga diri rendah, gangguan makan atau tidur, kurang energy, dan konsentrasi yang rendah (WHO, 2010). Depresi pada lansia terjadi karna peroses penuaan fisik, masalah ini dapat akut atau kronik dan menyebabkan gangguan kemampuan individu untuk beraktivitas sehri-hari, pada

kasus parah pada depresi dapat menyebabkan bunuh diri sekitar 80% lansia depresi menjalani pengobatan dapat sembuh sempurna dan menikmati kehidupan mereka, akan tetapi 90% dari lansia yang depresi mengabaikan dan menolak pengobatan gangguan mental tersebut (Ismanto, 2010). Oleh karena itu paralansia perlu mendapat perhatian dan dukungan dari lingkungan dan keluarga agar dapat mengatasi perubahan yang terjadi, selain perubahan fisik dan perubahan mental yang semakin rentan terjadi (Ismanto, 2010).

2. Etiologi Depresi

Saat ini diketahui beberapa factor penyebab depresi, seperti biokimia, lingkungan, dan psikologis. Pada beberapa kasus, depresi murni berasal dari factor genetic, orang yang memiliki keluaraga depresi lebih cenderung menderita depresi, riwayat keluarga gangguan bipolar, pengguna alcohol, skizofrenia, atau gangguan mental lainya juga meningkatkan resiko terjadinya depresi (Ismanto, 2010). Kasus trauma, kematian orang yang dicintai, keadaan yang sulit, atau kondisi stress memicu terjadinya episode depresi, tetapi terdapat pula kondisi tidak jelas yang dapat memicu depresi (menkokesra lansia, 2009).

Saat ini penyebab depresi yang banyak diteliti dan dijadikan dasar pengobatan adalah abnormalitas monoamine yang merupakan neurotransmiter otak (Licinio J,Wong M, 2005). Sekitar tiga puluh neurtransmiter telah diketahui dan tiga diantaranya mempengaruhi terjadinya depresi, yaitu serotonin, neropinefrin, dan dopamin. Ketiga

monoamin tersebut cepat dimetabolisme sehingga pengukuran yang dapat dilakukan pada penderita depresi dengan mengukur metabolit utama di cairan serebropinal, yaitu *5-hydroxyindoleacetic acid* (5-HIAA) dari serotonin, *3-methoxy-4 hydroxyphenyl glycol* (MHPG) dari neropinefrin, dan homovanillic acid (HVA) dari dopamine (Licinio J,Wong M, 2005) Pada penderita depresi kadar metabolit tersebut lebih rendah bermakna dibandingkan yang tidak depresi (Licinio J,Wong M, 2005).

Secara umum ketiga neurotransmiter berperan dalam mengukur emosi, reaksi terhadap stres, tidur, dan nafsu makan. Jumlah serotonin yang tinggi menyebabkan agresivitas dan gangguan tidur, sedangkan jumlah rendah menyebabkan iritabilitas, ansietas, latergi, dan tindakan atau pemikiran bunuh diri (Licinio J,Wong M, 2005) Pada keadaan depresi, neropinefrin yang berperan dalam regulasi respons '*figh or flight*" terganggu. Fungsi dopamine untuk mengatur emosi, pergerakan motor, pembelajaran, berpikir, memori dan perhatian. Jumlah dopamine rendah akan mempengaruhi fungsi tersebut yang dapat menyebabkan depresi (Bjornlund L,2010).

Hipotesis terbanyak etologi depresi disebabkan oleh gangguan regulasi serotonin. pada lansia depresi terjadi perubahan struktur otak seperti abnomalitas jalur frontostriatal yang menyebabkan gangguan fungsi eksekutif, psikomotor, perasaan apatis, volume struktur frontostriatal yang rendah, hiperintensitas struktur subkortikal, abnomalitas makromolekular di korpus kalosum genu dan splenium,

nucleus kaudatus, dan putamen, penurunan jumlah glia di korteks singulata anterior subgenual, abnormalitas neuron di korteks dorsolateral, atrofi kortikat gangguan substansia alba, abnormalitas struktur subkortikal; peningkatan aktivitas dan perubahan volume amigdala yang berperan dalam emosi negative dan gangguan mekanisme koping dan penurunan volume hipokampus dan striatum ventral. Perubahan tersebut berdampak pada perubahan neurotransmitter yang menyebabkan lanisa depresi (Meltzer CC, Smith G,dkk, 1998).

3. Gambaran klinis

Pada umumnya lansia mengalami depresi ditandai oleh mood depresi menetap yang tidak naik, gangguan nyata fungsi atau aktivitas sehari-hari, dan dapat berpikir atau melakukan percobaan bunuh diri (Alexopoulos, 2005) Pada lansia gejala depresi lebih banyak terjadi pada orang dengan penyakit kronik, gangguan kognitif dan disabilitas. Kesulitan kosentrasi dan fungsi eksekutif lansia depresi teratasi. Gangguan depresi lansia dapat menyerupai gangguan kognitif seperti demensia sehingga dua hal tersebut perlu dibedakan (Alexopoulos, 2005)

Para lansia depresi sering menunjukan keluhan nyeri tersamar yang bervariasi kecemasan, dan perlambatan berpikir (Alexopoulos, 2005). Perubahan pada lansia depresi dapat dikatagorikan menjadi perubahan. perubahan dalam pemikiran, perubahan dalam perasaan, dan perubahan perilaku. (Alexopoulos, 2005)

C. Dukungan sosial

1. pengertian

Batasan dukungan sosial adalah sebagai jumlah kontak dengan orang lain, yang dapat dipertahankan seseorang dalam jaringan sosial, atau luas pergaulan yang dimiliki dan dipertahankan seseorang dalam jaringan social (Ismanto,2010). Definisi lainnya lebih menekankan aspek psikologik, yaitu perasaan menjadi bagian atau terhitungnya individu dalam jaringan sosial atau rasa puas individu atas hubungan yang dipertahankan dengan orang lain dalam jaringan sosial (Kaplan, 2010). Menurut Ismanto, (1999), dukungan sosial adalah persepsi seseorang bahwa dirinya disenangi, dihargai, dan menjadi bagian dari masyarakat (Ismanto,2010).

2. Jenis-jenis dukungan sosial

Menurut House sebagaimana dikutip oleh Smet (1994) ada empat jenis dukungan sosial yaitu dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan instrumental, dukungan informasional

a. Dukungan emosiaonal

Dukungan ini meliputi ungkapan empati, kepedulian, dan perhatian terhadap seseorang misalnya umpan balik dan penegasan (Smet, 1994). Pada saat stress, orang akan menderita secara emosional dan dapat mengalami depresi, kesedihan, ataupun kecemasan. Pada saat seperti ini, teman atau keluarga dapat memberikan dukungan emosional dengan meyakinkan orang tersebut bahwa dirinya adalah orang yang berharga yang sangat

diperhatikan oleh lingkungannya (Ismanto,2010). Kehangatan dan kepedulian yang diberikan oleh orang lain, akan memungkinkan orang yang mengalami stres, menghadapinya lebih tenang (Ismanto,2010).

b. Dukungan penghargaan

Dukungan penghargaan yang umumnya diberikan melalui ungkapan penghormatan (penghargaan) akan hal-hal yang positif yang dimiliki seseorang, dukungan untuk maju atau persetujuan atas gagasan atau perasaan individu dan perbandingan positif orang itu dengan orang lain, orang-orang yang kurang mampu atau yang lebih buruk keadaanya (menambah penghargaan diri) (Smet, 1994). Adanya penghargaan diri dihubungkan dengan keberhasilan seseorang saat menghadapi keadaan tertentu, misalnya saat ketika harus mengambil keputusan, reaksi ketika menerima bantuan dan *coping* pada saat terjadi peristiwa buruk dalam hidupnya. Kemungkinan yang penting dari mekanisme ini adalah perasaan diterima dan dihargai oleh orang lain (Wills, 1985).

c. Dukungan informative

Dukungan informatif ini mencakup pemberian nasihat-nasihat, petunjuk, saran, atau umpan balik (Smet, 1994). Keluarga atau teman dapat memberikan dukungan informatif dengan memberikan saran tentang apa yang harus dilakukan untuk menghadapi masalah (Lubis, 2009).

d. Dukungan instrumental

Dukungan instrumental adalah dukungan berupa bantuan dalam bentuk nyata atau dukungan material. Dukungan ini mengacu pada penyediaan benda benda dan layanan untuk memecahkan masalah praktis (Jacobson, dalam Orford, 1992). Begitu juga dengan Will (dalam Orford, 1992) yang menyatakan bahwa dukungan ini meliputi aktivitas-aktivitas seperti penyediaan benda-benda, misalnya alat-alat kerja, buku-buku, meminjamkan atau memberikan uang dan membantu menyelesaikan tugas-tugas praktis (Kaplan, 2010).

3. Model kerja dukungan social

Dukungan sosial akan mempengaruhi individu tergantung pada ada atau tidaknya tekanan dalam kehidupan individu. Tekanan tersebut dapat berasal dari individu itu sendiri atau dari luar dirinya untuk menghindari gangguan baik secara fisik dan psikologis. Individu membutuhkan orang lain disekitarnya untuk memberi dukungan guna memperoleh kenyamanannya. (Sarafino, 2006).

Menurut Sarafino (2006) ada dua model teori untuk mengetahui bagaimana dukungan ini bekerja dalam diri individu, yaitu :

a. *The buffering hypothesis*

Menurut teori ini, dukungan sosial melindungi individu dengan melawan efek-efek negatif dari tingkat stres yang tinggi, yaitu dengan tiga cara berikut :

1) Ketika individu menghadapi *stressor* yang kuat, seperti krisis keuangan, maka individu dengan tingkat dukungan sosial yang tinggi menjadi kurang melihat situasi tersebut sebagai situasi yang penuh stres, bila dibandingkan dengan individu dengan tingkat dukungan sosial yang rendah (Sarafino, 2006).
2) berharap bahwa seseorang yang dikenal individu akan menolong individu tersebut, misalnya dengan meminjamkan uang atau memberikan nasehat bagaimana mendapatkan uang tersebut (Sarafino, 2006).
3) Dukungan sosial dapat merubah respon seseorang terhadap *stressor* yang telah diterima sebelumnya. Contohnya, individu dengan dukungan sosial yang tinggi mungkin memiliki seseorang yang memberikan solusi terhadap masalah individu, atau menjadi melihat masalah tersebut sebagai suatu yang tidak terlalu penting, atau membuat individu dapat melihat titik terang dari masalah tersebut (Sarafino, 2006).

b. *The direct effect hyputhesis*

Individu dengan tingkat dukungan sosial yang tinggi memiliki perasaan yang kuat bahwa individu tersebut dicintai dan dihargai. Individu dengan dukungan sosial tinggi merasa bahwa orang lain peduli dan membutuhkan individu tersebut, sehingga hal ini dapat mengarahkan individu kepada gaya hidup yang sehat (Ahmadi dalam Prasetyono, 2010)

4. Sumber-sumber dukungan social

Menurut Sarafino (2006), dukungan sosial dapat berasal dari berbagai sumber seperti pasangan hidup, keluarga, teman, rekan kerja, dan organisasi komunitas. Wortman, Loftus & Weaver (1999), sumber dukungan sosial adalah teman, pasangan hidup (suami atau istri), anak-anak, anggota keagamaan, kelompok di mana individu tersebut berada. Dukungan sosial juga dapat diperoleh dari pasangan hidup, orang tua, saudara, tetangga, dan termasuk teman sejawat (Prawitasari, 1994).

5. Faktor yang mempengaruhi

Faktor yang mempengaruhi depresi antara lain: faktor genetik, usia, jenis kelamin, gaya hidup, obat-obatan dan obat obatan terlarang (Lubis, 2009). Depresi adalah suatu kelainan alam perasaan berupa hilangnya minta atau kesenangan dalam aktivitas-aktivitas yang biasa dan pada waktu yang lampau (Townsend, 2003). Rentang respon emosi individu dapat berfluktuasi dalam rentang respon emosi dari adaptif sampai mal adaptif. Respon depresi merupakan emosi yang mal adaptif (Azizah, 2011).

Faktor yang mempengaruhi dukungan sosial Keluarga adalah faktor internal dan faktor eksternal. Kedua faktor tersebut antara lain (Ahmadi dalam Prasetyono, 2010):

a. Faktor internal, merupakan faktor yang muncul dari diri individu tersebut.

1) Faktor emosi

Emosi adalah menifestasi perasaan atau afek keluar dan disertai banyak komponen fisiologik, dan biasanya berlangsung tidak lama (Maramis dalam Sunaryo, 2004). Emosi berkaitan dengan keadaan psikologis seseorang, dalam hal ini terkait dengan dua jenis dukungan sosial keluarga yaitu dukungan emosional dan penilaian (Istiqomah, 2010).

2) Pendidikan dan tingkat pengetahuan

Keluarga memiliki peran dan tanggung jawab dalam memberikan pendidikan (Ahmadi dalam Prasetyono, 2010) Pendidikan dan tingkat pengetahuan berkaitan dengan seberapa besar pengetahuan tentang suatu penyakit (Ahmadi dalam Prasetyono, 2010)

b. Faktor eksternal, adalah faktor luar selain dari diri individu.

1) Latar belakang budaya meliputi: ras, suku, adat istiadat, persepsi atau cara pandang terhadap sesuatu (Ahmadi dalam Prasetyono, 2010)

2) Struktur keluarga

Struktur keluarga menunjuk kepada bagaimana keluarga diorganisasikan, cara unit-unit tersebut ditata, dan bagaimana komponen keluarga berinteraksi satu sama

lain. Dimensi struktural keluarga meliputi struktur peran, struktur kekuasaan, pola dan proses komunikasi (Ahmadi dalam Prasetyono, 2010).

D. Hubungan dunkungan sosial dengan tingkat depresi pada lansia

Lanjut usia yang memiliki penyesuaian diri yang baik seperti dapat berinteraksi dengan tetangga dan masyarakat sekitar dan mengikuti kegiatan-kegiatan yang ada di daerah lanjut usia berada, maka timbal balik dari dukungan sosial itu sendiri juga akan baik dan apabila penyesuaian diri lanjut usia itu tidak baik dengan kurang berinteraksi dengan tetangga dan masyarakat sekitar maka dukungan sosial yang didapatkan lanjut usia tidak baik juga. Penyesuaian diri sangat berhubungan erat terhadap dukungan sosial sehingga berpengaruh terhadap kehidupan lanjut usia baik dalam kehidupan sekarang maupun yang akan datang (Widodo dan Aniroh, 2014).

Berkurangnya dukungan sosial lanjut usia dapat menyebabkan perasaan terisolir, perasaan tidak berguna sehingga usia lanjut menyendiri atau mengalami isolasi sosial, dan menyatakan bahwa sesorang yang menginjak lanjut usia akan semakin meningkat perasaan isolasinya dan kondisi ini rentan terhadap depresi (Kaplan dan Saddok, 2007).

Oleh karena itu, ketersediaan dukungan sosial dapat menadi tameng dari dampak stres, duka cita dan penyakit, sehingga dapat mengurangi risiko depresi. Dukungan sosial adalah penting terutama bagi orang tua yang mengalami ketidakmampuan fisik. Banyak orang beranggapan bahwa

kehidupan masa tua tidak lagi memberikan banyak manfaat, bahkan ada yang sampai beranggapan bahwa kehidupan masa tua, seringkali dipersepsikan secara negatif sebagai beban keluarga dan masyarakat (Wirakartakusuma, 2004).

Menurut Potter dan Perry (2005) pada depresi psikis/emosional dapat dipicu oleh banyak faktor seperti, perkawinan, pekerjaan, keluarga, hubungan interpersonal dan lain-lain. Stres dalam waktu lama dapat memperparah kodisi sakit atau penyakit seseorang. Depresi diakibatkan oleh adanya perubahan-perubahan diantaranya perubahan nilai budaya, perubahan kondisi fisik, perubahan sistem dalam masyarakat, pekerjaan serta akibat ketegangan antara idealisme dan realita (Wirakartakusuma, 2004).

Bertambah depresi hidup akan menyebabkan tergagngguanya keseimbangan mental dan emosional yang walaupun tidak menyebabkan kematian secara langsung, akan tetapi mengganggu produktifitas dan hidup seseorang menjadi tidak efisien. Dukungan sosial berfungsi sebagai strategi pencegahan guna mengurangi stres dan akibat negatifnya (Roth, dalam Tiar Ed., 2010). Kane 1988 (dalam Asih *et al.*, Eds., 1998), dukungan sosial keluarga adalah sebagai suatu proses hubungan antara keluarga dengan lingkungan sosialnya (Wirakartakusuma, 2004). Dukungan sosial keluarga mengacu kepada dukungan-dukungan sosial yang dipandang oleh anggota keluarga sebagai suatu yang dapat diakses untuk keluarga atau dukungan sosial bisa atau tidak digunakan. Anggota keluarga memandang bahwa

orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan (Ahmadi dalam Prasetyono, 2010)

Dukungan sosial adalah suatu keadaan yang bermanfaat bagi individu yang diperoleh dari orang lain yang dapat di percaya sehingga orang tersebut mengetahui ada orang lain yang memperhatikan, menghargai dan mencintainya (Cohen &Syme dalam setiadi). Keluarga terdiri dari beberapa individu yang membentuk suatu sistem keluarga. Perubahan terjadi pada salah satu anggotanya akan mempengaruhi anggota keluarga yang lain. Interakasi sosial adalah hubungan antara individu satu dan individu lain, individu satu dapat mempengaruhi individu lain atau sebaliknya, jadi terdapat hubungan yang saling timbal balik (Walgito, 2001 dalam Sunaryo, 2004).

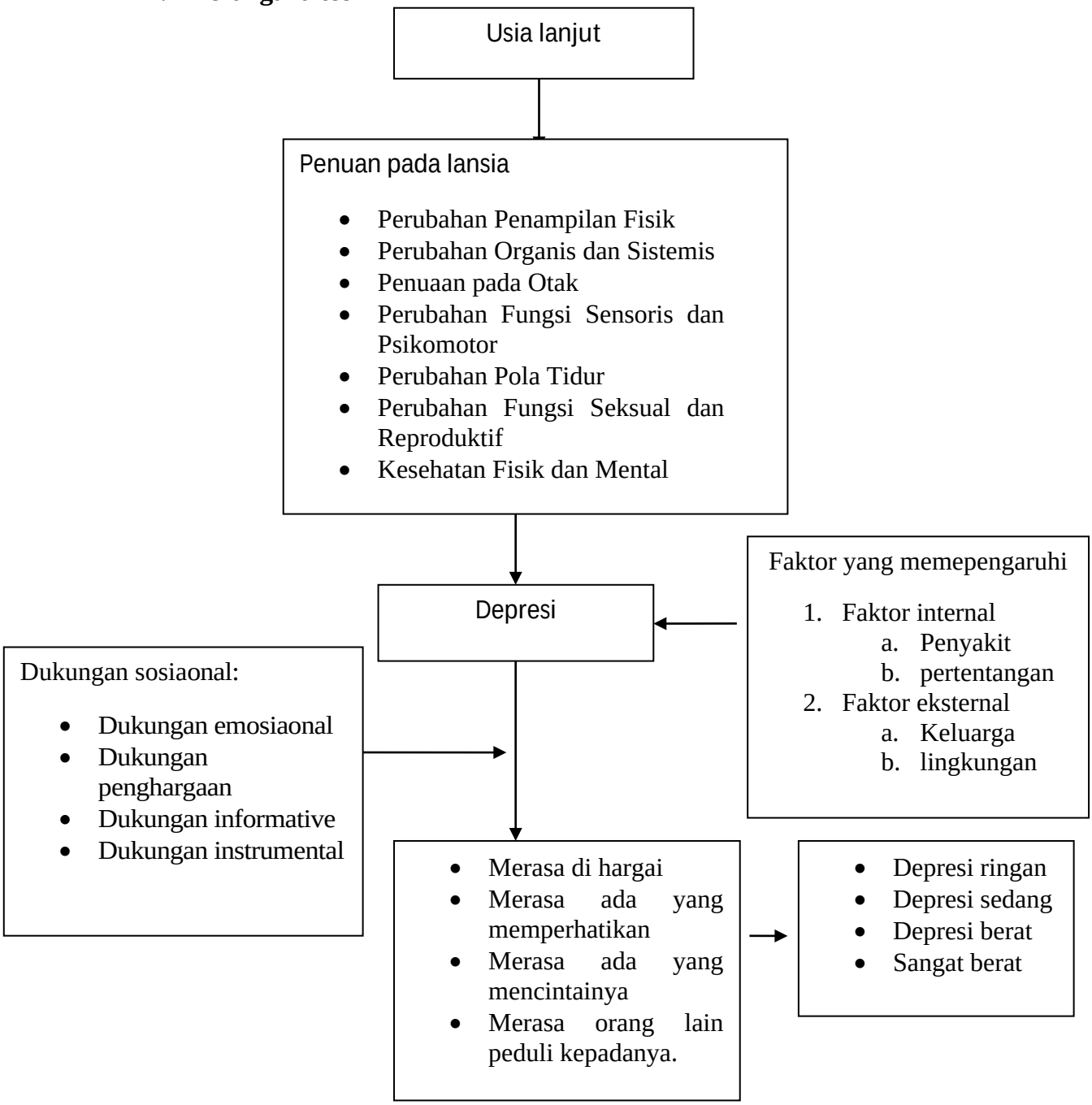
Lanjut usia yang memiliki penyesuaian diri yang baik seperti dapat berinteraksi dengan tetangga dan masyarakat sekitar dan mengikuti kegiatan-kegiatan yang ada di daerah lanjut usia berada, maka timbal balik dari dukungan sosial itu sendiri juga akan baik dan apabila penyesuaian diri lanjut usia itu tidak baik dengan kurang berinteraksi dengan tetangga dan masyarakat sekitar maka dukungan sosial yang didapatkan lanjut usia tidak baik juga. Penyesuaian diri sangat berhubungan erat terhadap dukungan sosial sehingga berpengaruh terhadap kehidupan lanjut usia baik dalam kehidupan sekarang maupun yang akan datang (Widodo dan Aniroh, 2014).

Berkurangnya dukungan sosial lanjut usia dapat menyebabkan perasaan terisolir, perasaan tidak berguna sehingga usia lanjut menyendiri atau mengalami isolasi sosial, dan menyatakan bahwa sesorang yang menginjak

lanjut usia akan semakin meningkat perasaan isolasinya dan kondisi ini rentan terhadap depresi (Kaplan dan Saddok, 2007).

Oleh karena itu, ketersediaan dukungan sosial dapat menadi tameng dari dampak stres, duka cita dan penyakit, sehingga dapat mengurangi risiko depresi. Dukungan sosial adalah penting terutama bagi orang tua yang mengalami ketidakmampuan fisik. Banyak orang beranggapan bahwa kehidupan masa tua tidak lagi memberikan banyak manfaat, bahkan ada yang sampai beranggapan bahwa kehidupan masa tua, seringkali dipersepsikan secara negatif sebagai beban keluarga dan masyarakat (Wirakartakusuma, 2004).

E. Kerangaka teori

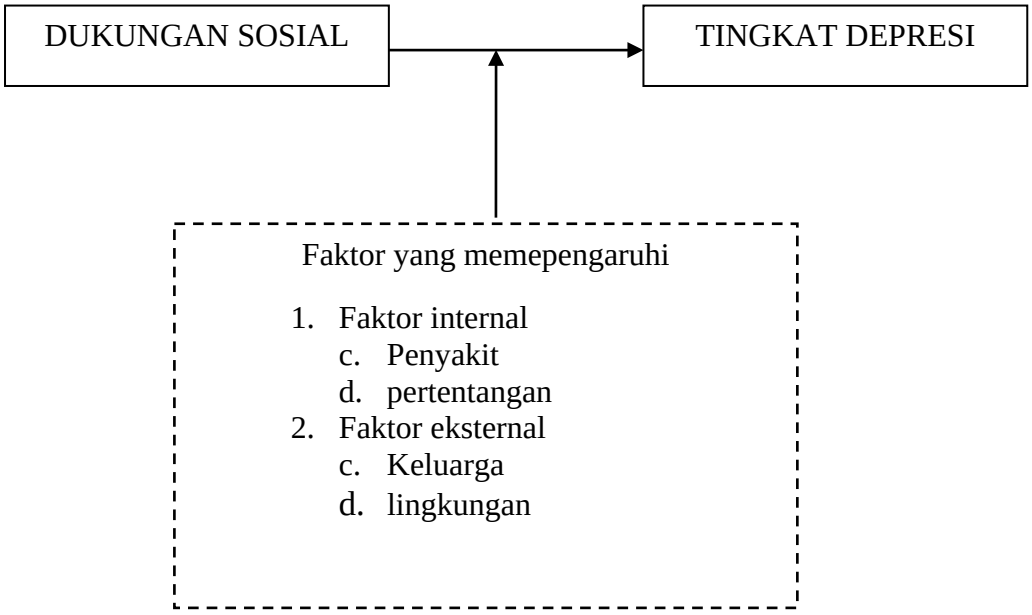


Gambar 2.1 kerangka teori

(Walgito, 2001 dalam Sunaryo, 2004). (Ahmadi dalam Prasetyono, 2010)

.(Sarafino, 2006).

F. Kerangka konsep



Keterangan: : diteliti

: tidak diteliti

Gambar 2.2 kerangka konsep

(Walgito, 2001 dalam Sunaryo, 2004). (Ahmadi dalam Prasetyono, 2010)

.(Sarafino, 2006).

G. Hipotesis

Ha: ada hubungan antara dukungan sosial dengan tingakat depresi pada lansia di posyandu lansia seger waras di desa Pandeyan.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis dan desain Penelitian

Jenis penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kuantitatif dengan desain penelitian korelasi yaitu untuk memperoleh gambaran mengenai hubungan dukungan sosial dengan tingkat depresi pada lansia. Dapat dikatakan penelitian ini berusaha menemukan atau menjelaskan hubungan antara variable dengan cara perhitungan *statistic*. Dengan rancangan *cross sectional*. metode *cross sectional* adalah penelitian dengan cara pengambilan data yang menyangkut variabel *independent* maupun variabel *dependent* dilakukan pada satu saat. Artinya tiap subjek hanya diobservasi sekali saja dan pengukuran dilakukan terhadap variabel pada saat pemeriksaan (Notoatmodjo, 2005). Pada penelitian ini peneliti melakukan pengambilan data pada variabel bebas yaitu dukungan sosial dan variabel terikat yaitu tingkat depresi pada lansia di posyandu segerwaras.

B. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

1. Variabel Penelitian
   a. Variabel bebas *(independen)*

      Variable bebas pada penelitian ini adalah dukungan sosial pada lansia di posyandu seger waras.

   b. Variabel terikat *(dependen)*

Variabel terikat *(dependen)* pada penelitian ini adalah tingkat depresi pada lansia di posyandu seger waras

2. Definisi oprasional
   a. Dukungan sosial adalah seluruh bantuan dari anggota keluarga dan orang lain yang dapat diterima oleh lansia baik itu berupa fisik maupun psikis dan yang berada di sekitar posyandu segerwaras yang memiliki indicator:
      1) Dukungan informasional: pemberian nasehat, ide, penyebar informasi
      2) Dukungan penilaian: penilaian positif, penilaian negative, penghargaan, bimbingan.
      3) Dukungan instrumental: bantuan nyata, bantauan ekonomi.
      4) Dukungan *emosiuonal*: simpati empati, cinta, kepercayaan
   b. Tingkat depresi yaitu rentang perasaan tidak nyaman atau mood terganggu yang ditimbulkan oleh perubahan atau proses penuaan yang terjadi pada lansia.
   c. Alat ukur keduanya menggunakan kuisioner
   d. Sekala:
      1). Untuk dukungan sosial sekalanya nominal dengan kategori:
         a. ya dan tidak
      2). Untuk depresi sekalanya ordinal dengan rentang:
         a. 0 = tidak pernah sama sekali
         b. 1 = kadang-kadang

c. 2 = sering mengalami

d. 3 = selalu mengalami

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

   Populasi merupakan seluruh subyek yang akan diteliti dan memenuhi karakteristik yang di tentukan. Pada populasi penelitian ini seluruh lansia yang mengikuti posyandu lansia, peneliti memeiliki 37 lansia yang mengikuti posyandu lansia

2. Sampel

   Sampel adalah sebagian dari populasi yang diharapkan dapat mewakili atau *repsentative* populasi dan memenuhi kreteria yang dikehendaki (Handayani, 2011). Sampel yang diambil peneliti dalam penelitian ini adalah *total sampling* yaitu keseluruhan lansia yang mengikuti posyandu lansia menjadi responden atau sampel. (Sugiono,2009).

D. Tempat dan waktu penelitian

Penelitian ini di lakukan di Posyandu Lansia “Seger Waras” Desa Pandeyan, Umbulharjo 1 Yogyakarta. Pengumpulan data dilaksanakan bulan Juni tanggal 18 tahun 2014 sampai tanggal 27 Juni tahun 2014.

E. Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan 2 (dua) instrumen yaitu instrumen dukungan social dan tingkat depresi. Pengambilan data dengan kedua instrumen tersebut dilakukan dalam satu waktu.

Peneliti dalam mengumpulkan data dibantu oleh 3 (tiga) orang asisten peneliti. Asisten peneliti adalah Mahasiswa Program Studi S-1 Keperawatan STIKes Madani Yogyakarta yang bersedia menjadi asisten peneliti. Asisten peneliti bertugas untuk membagikan instrumen, membantu peneliti menjelaskan instrumen penelitian apabila ada responden yang bertanya, dan membantu untuk mengumpulkan instrumen yang telah diisi.

Dalam melakukan penelitian ini, tahap yang dilalui adalah sebagai berikut:

1. Persiapan

   Persiapa dimulai dengan melakukan studi pendahuluan dan penyusunan proposal penelitian. Peneliti juga mempersiapkan asisten penelitian sebanyak 2 (dua) orang sesuai dengan kriteria yang ditentukan oleh peneliti. Sebelum dilakukan penelitian peneliti meminta ijin untuk penelitian pada Ketua posyandu lansia

2. Pelaksanaan

   Tahap pelaksanaan merupakan tahap pengambilan data dan pengolahan data. Pengolahan data dilaksanakan pada tanggal 18 Juni hingga 27 Juni 2014 di posyandu dan di rumah-rumah. Pengambilan data dimulai dengan peneliti memperkenalkan diri, menjelaskan manfaat dan tujuan penelitian, serta meminta kesediaan menjadi responden. Asisten peneliti membagikan undian kepada responden. Responden yang

mendapat tanda tersenyum diminta mengangkat tangan untuk mendapatkan kuesioner penelitian dari asisten peneliti. Setelah terbagi peneliti kemudian menjelaskan cara pengisian instrumen kepada responden. Responden mengisi 2 (dua) instrumen yaitu instrumen dukungan social dan tingkat depresi. selama 15 menit dan dikumpulkan kembali kepada peneliti melalui asisten. Tahap selanjutnya adalah pengolahan dengan bantuan komputer dan membuat kesimpulan dari analisis data yang diperoleh.

3. Penyelesaian

   Membuat laporan hasil, melakukan seminar hasil, dan revisi.

F. Instrumen Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data atau instrumen penelitian yang digunakan adalah kuesioner yang merupakan set pertanyaan yang secara logis berhubungan dengan masalah penelitian dan tiap pertanyaan merupakan jawaban yang mempunyai makna dalam menguji hipotesis penelitian (Nazir dalam Rahmawati, 2009). Kuesioner dukungan sosial keluarga disusun berdasarkan beberapa indikator dalam variabel dukungan sosial keluarga. Pertanyaan mengandung jenis pertanyaan yang *favourable* dan jenis pertanyaan *unfavourable*. Pada item *favourable* nilai jawaban ya=2 dan tidak=1, sedangkan jawaban *unfavourable* adalah jawaban ya=1 dan tidak=2.

Semua hasil penilaian tersebut kemudian dikategorikan menjadi dua yaitu dukungan baik dan dukungan tidak baik. Pengkategorian ditentukan atas dasar *cut of point* data dengan mengacu pada distribusi data. Pada penelitian ini distribusi data normal maka *cut of point* menggunakan *mean.* Pengkategorian variabel pelaksanaan dukungan sosial yaitu dikatakan tidak baik, jika skor < *mean* (10) dan dikatakan baik jika skor ≥ *mean* (10).

Tabel 3.1 *Blue Print* Instrument Dukungan Sosial Keluarga

variabel	Sub variabel	Nomor butir		Jumlah butir
		Favorebel	Unfavorabel	
Dukungan sosial	Dukungan informasional	1,2,18	17	4
	Dukungan penilaian	3,4,5	6,12	5
	Dukungan instrumental	10,7	11,14,9,13	6
	Dukungan emosional	16,8	15	3
total				18

Sedangkan Alat pengumpulan data yang digunakan pada penelitian ini adalah dengan kuesioner tingkat depresi lansia. Alat pengumpul data yang digunakan untuk variabel dependen adalah kuesioner yang berisi pertanyaan-pertanyaan untuk mengukur tingkat depresi lansia yand di adaptasi dan dimodifikasi dari kuesioner *Depression Anxiety and Stress Scale* (DASS) dari Hyland Behavior.

Tabel 3.2 Blue print Instrumen DASS

Variable	Nomor pertanyaan		Jumlah butir
	Favorebel	unfavorabel	
Tingkat depresi			
a. Gejala fisologis	2,9,14,23,	1,6,11,1,17,20,2,27	12
			8
b. Gejala fisik	,7,12,18,28	3,4,8,13	
total			21

Kuesioner diubah ke dalam bahasa Indonesia untuk memudahkan responden memahami pertanyan-pertanyaan setiap item. Pertanyaan mengandung jenis pertanyaan yang *favourable* dan jenis pertanyaan *unfavourable.* Nilai masing-masing jawaban pada variabel tingkat depresi dibagi menjadi jawaban sering, jarang, kadang-kadang dan tidak pernah. Penilaian untuk favourable dimulai dari 0= selalu terjadi, 1= sering, 2= kadang-kadang, dan 3= tidak pernah, sedangkan pada penilaian unfavourable, selalu terjadi = 3, Sering = 2, Kadang-kadang = 1, Tidak pernah = 0. Nilai dari tiap item pertanyaan dari tingkat depresi dijumlahkan dan kemudian dikategorikan menjadi 4 kategori di dapat hasil dari *Depression Anxiety and Stress Scale* (DASS) yaitu normal memiliki rentang skor 0-9, ringan memiliki rentang skor 10-16, sedang memiliki rentang skor 17-29, dan berat memiliki rentang skor 30-63.

G. Validitas dan reabilitas

Instrumen penelitian yang bersifat valid dan reliabel merupakan syarat untuk mendapatkan hasil penelitian yang valid dan reliabel sehingga uji validitas dan reliabilitas perlu dilakukan (Setiadi, 2007).

Peneliti tidak melakukan validitas dan reabilitas pada alat ukur kuisioner dukungan sosial karna sudah pernah dipakai oleh peneliti sebelumya dan sudah diuji validitas dan rebilitas (Pernama 2013).

H. Pengolahan dan Analisa Data

1. Pengolahan Data
   a. *Editing* data

      Memastikan kelengkapan dan kejelasan setiap aspek yang diteliti, yaitu dengan melakukan pengecekan terhadap kuisioner untuk memastikan bahwa kuesioner telah lengkap dan jelas.

   b. *Coding* data

      Pengkodean dilakukan untuk memudahkan analisis. Kegiatan pengubahan data lebih ringkas dengan menggunakan kode yang dirumuskan untuk mempermudah dalam melakukan tabulasi dan analisis data.

   c. Tabulasi

      Memasukkan data ke dalam tabel-tabel dan mengatur angka-angka sehingga dapat dihitung jumlah kasus dalam berbagai kategori.

d. *Entry* data

Data dari kuesioner dimasukkan ke dalam program *computerize*

2. Analisa Data

Data yang telah terkumpul dari hasil pengumpulan data kemudian dianalisa dalam beberapa langkah (Arikunto, 2009), yaitu: Data yang telah diolah kemudian dianalisa sebagai bahan pertimbangan pengambilan keputusan (Setiadi, 2007:196). Analisa yang digunakan meliputi analisa univariat dan bivariat.

a. Analisis univariat

Dilakukan untuk menjelaskan karakteristik tiap variabel penelitian. Analisa ini akan menunjukkan persentase atau proporsi dari tiap variabel. Ukuran variasi maksimal (heterogen) jika proporsi antar katagorik sama.

b. Analisis bivariat

Digunakan untuk menguji hipotesis penelitian dengan menggunakan statistika nonparametrik karena data pada kedua variabel tidak harus berdistribusi normal.

Uji hipotesis menggunakan uji korelasi *Chi Square* untuk mengetahui hubungan kedua variabel dengan skala nominal dan ordinal. Nilai p pada uji *chi-square* dibandingkan dengan nilai α, dengan α = 0,05, pengambilan keputusan sebagai berikut:

a. hipotesis nol (Ho) ditolak nilai p < α (0,05), maka kesimpulannya ada hubunga antara dukungan social keluarga dengan tingkat depresi pada lansia

b. hipotesis nol (Ho) gagal ditolak nilai p > α (0,05), maka kesimpulannya tidak ada hubunga antara dukungan social keluarga dengan tingkat depresi pada lansia

I. Etika penelitian

Peneliti yang melakukan suatu penelitian, perlu memperhatikan etika penelitian yaitu *informed consent,* keanoniman dan kerahasiaan.

a. *Informed Consent*

Persetujuan riset adalah kesadaran peneliti dan usahanya untuk dengan jelas memberikan informasi tentang studi penelitian kepada peserta penelitian. Peneliti dan peserta dapat bersama-sama mencapai persetujuan tentang hak-hak dan tanggung jawab masing-masing selama penelitian (Brockopp dan Tolsma, 2000).

Sebelum melakukan penelitian, peneliti menginformasikan terlebih dahulu maksud dan tujuan penelitian. Peneliti juga menjawab setiap pertanyaan yang belum dimengerti oleh responden, setelah responden setuju dan responden bersedia menandatangani lembar *informed consent* penelitian ini, maka pengambilan data dimulai.

b. *Kerahasiaan* (*Confidentiality*)

Individu yang setuju berpartisipasi dalam riset mempunyai hak untuk mengharapkan bahwa informasi yang dikumpulkan dari atau tentang mereka tetap bersifat pribadi. Hal ini adalah tanggung jawab peneliti untuk menjamin tentang kerahasiaan (Brockopp dan Tolsma, 2000). Kerahasiaan pada penelitian ini selalu dijaga oleh peneliti, data dan hasil yang diperoleh peneliti hanya diketahui oleh peneliti dan pembimbing.

c. *Keanoniman* (*Anonimity*)

Peserta riset mempunyai hak untuk tetap anonim (menyembunyikan nama) sepanjang penelitian. Informasi berhubungan dengan peserta atau kenyataan bahwa individu tertentu telah berpartisipasi dalam suatu studi seharusnya tidak diberikan pada setiap orang diluar penelitian (Brockopp dan Tolsma, 2000). Anominitas pada penelitian ini dijaga dengan cara mengganti nama responden dengan menuliskan nomor urut di lembar identitas responden.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Posyandu Seger Waras Gambiran Pandeyan Umbulharjo Yogyakarta adalah suatu organisasi sosial yang memperhatikan para lansia dari segi kesehatan, psikososial serta ekonomi sekaligus menjadi wadah aspirasi para lansia untuk meningkatkan kesejahteraan.

Posyandu lansia Seger Waras Desa Gambiran Pandeyan Umbulharjo Yogyakarta saaat ini menempati lokasi area seluas 7,8 M^2 tepatnya dijalan gambiran dengan fasilitas gedung pertemuan dan obat obatan. Posyandu ini didirikan oleh para warga pada tanggal 18 September 2004, Sehingga penyelenggaraan posyandu oleh warga di tetapkan dan di sepakati setiap tanggal 18, sebulan hanya dilakukan satu kali. Jumlah seluruh lansia yang terdata di desa gambiran berjumlah 71 lansia laki-laki maupun perempuan, hanya saja yang masih aktif mengikuti posyandu lansia berjumlah 37 orang lansia. Berdirinya posyandu ini didasari suatu pemikiran bahwasemakin banyak jumlah lansia akan menimbulkan masalah yang kompleks. Oleh karna itu diupayakan menanggulangi dan berusaha memenuhi kebutuhan lansia agar mencapai derajat kesehatan yang lebih baik.

B. Hasil penelitian

1. Analisis Univariat

a. Dukungan Sosial terhadap Lansia di Posyandu Lansia

Hasil deskripsi data mengenai dukungan sosial terhadap lansia di Posyandu Seger Waras memberikan hasil seperti berkut:

Tabel 4.1
Distribusi Frekuensi Dukungan Sosial terhadap Lansia di Posyandu Lansi Seger Waras pada Bulan Juni 2014

Dukungan Sosial	Frekuensi Responden	Persentase
Baik	30	81,1
Tidak Baik	7	18,9
Total	37	100

Sumber: Data Primer, 2014

Berdasarkan tabel 4.1 menunjukkan bahwa dukungan sosial di Posyandu Lansia Seger Waras sebagian besar responden adalah kategori baik sebanyak 30 responden (81,1%). Sedangkan dukungan sosial di posyandu lansia Seger Waras sebagian kecil adalah tidak baik sebanyak 7 responden (18,9%). Sehingga dapat disimpulkan bahwa sebagian besar dukungan sosial terhadap lansia di posyandu lansia Seger Waras adalah kategori baik.

b. Tingkat Depresi pada Lansia di Posyandu Lansia

Hasil deskripsi data mengenai depresi pada lansia di Psoyandu Seger Waras memberikan hasil seperti di bawah ini:

Tabel 4.2
Distribusi Frekuensi Tingkat Depresi Lansia
di Posyandu Lansia Seger Waras pada Bulan juni 2014

Depresi Lansia	Frekuensi Responden	Persentase
Minimal	5	13,5
Ringan	27	73,0
Sedang	5	13,5
Berat	0	0
Total	37	100

Sumber: Data Primer, 2014

Berdasarkan tabel 4.2 menunjukkan bahwa lansia di posyandu lansia Seger Waras sebagian besar mengalami depresi ringan sebanyak 27 responden (73,0%). Sedangkan tidak ada responden di posyandu Seger Waras yang mengalami depresi berat. Sehingga dapat disimpulkan bahwa sebagian besar lansia di posyandu Seger Waras mengalami depresi ringan.

2. Anilisis Bivariat

Adapun hasil uji hipotesis tersebut pada tabel 4.3 di bawah ini:

Tabel 1.6 Tabulasi Silang Dukungan Sosial dengan Tingkat Depresi Pada Lansia di Posyandu Lansia Seger Waras Yogyakarta pada Bulan Juni 2014

Tingkat Depresi	**Dukungan Sosial**				**Total**		*Chi-Square* (χ^2)	***p-value***
	Baik		**Tidak Baik**					
	f	**%**	**f**	**%**	**f**	**%**		
Minimal	5	13,5	0	0	5	13,5		
Ringan	25	67,6	2	5,4	27	73,0	24,928	0,000
Sedang	0	0	5	13,5	5	13,5		
Berat	0	0	0	0	0	0		
Total	30	81,1	7	18,9	37	100		

Sumber: Data Primer, 2014

Berdasarkan tabel 4.3 menunjukkan bahwa adanya hubungan dukungan sosial dengan tingkat depresi pada lansia di posyandu lansia Seger Waras Yogyakarta, pada responden dengan tingkat depresi minimal cenderung dengan dukungan sosial baik (13,5%). Responden dengan tingkat depresi ringan cenderung dengan dukungan sosial baik (67,6%) lebih besar dari pada dukungan sosial tidak baik (5,4%). Sedangkan responden dengan tingkat depresi sedang cenderung dengan dukungan sosial tidak baik (13,5%).

Hasil perhitungan dengan uji *chi-square* (χ^2) diperoleh χ^2_{hitung} = 24,928 > χ^2_{tabel} = 5,99 atau nilai p = 0,00 (p<0,05), maka H_0 diterima. Hal ini memilki makna ada hubungan yang sangat signifikan antara dukungan sosial dengantingkat depresi pada lansia di posyandu lansia Seger Waras

Yogyakarta. Berdasarkan hasil tersebut hipotesis pada penelitian ini diterima hal ini sejalan dengan penelitian Saputri (2011).

C. Pembahasan

1. Dukungan Sosial terhadap Lansia di Posyandu Lansia Seger Waras Yogyakarta

Dukungan sosial adalah persepsi seseorang bahwa dirinya disenangi, dihargai dan menjadi bagian dari masyarakat (Ismanto, 2010). Dukungan sosial bagi lanjut usia sangat penting, karena adanya dukungan sosial yang baik dapat meningkatkan kesehatan fisik dan kesehatan mental bagi para lanjut usia (Santrock, 2002).

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa dukungan sosial di Posyandu Lansia Seger Waras sebagian besar responden adalah kategori baik sebanyak 30 responden (81,1%). Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Widodo dan Amiroh (2014) yang meneliti tentang interaksi sosial dengan tingkat depresi pada lanjut usia di Desa Leyangan kecamatan Unggaran Timur kabupaten Semarang hasilnya sebagian besar interaksi sosial dalam kategori sedang, sehingga dapat disimpulkan bahwa sebagian besar dukungan sosial terhadap lansia di posyandu lansia Seger Waras adalah kategori baik. Menurut Smet (1994) ada empat jenis dukungan sosial yaitu dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan instrumental dan dukungan informasional.

2. Tingkat Depresi pada Lansia di Posyandu Lansia Seger Waras Yogyakarta

Depresi adalah gangguan yang dapat memadamkan semangat hidup. Ini sering disadari atau dikenali pada lansia dan mempunyai potensi untuk menghancurkan kualitas hidup itu sendiri. Depresi menghilangkan kesenangan, kegembiraan, empati dan cinta. Akhirnya hal ini menghempakan orang tersebut ke dunia luar dan meningkatnya kesendirian dan terisolasi (Lubis, 2009).

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tingkat depresi pada lansia di Posyandu Lansia Seger Waras dalam penelitian ini, sebagian besar mengalami depresi ringan yaitu sebanyak 27 (73,0%). Menurut Santrock (2002), perlu adanya pengukuran tingkat depresi tujuanya untuk mempermudah dan mengklasifikasikan dalam penangan. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Cahyono (2014) yang mengidentifikasikan tingkat depresi lansia di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia Magetan sebanyak 21 responden (70%) mengalami depresi ringan.

3. Hubungan Dukungan Sosial dengan Tingkat Depresi pada Lansia di Posyandu Seger Waras Yogyakarta.

Berdasarkan hasil penelitian menggunakan analisis *chi-square* menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara dukungan sosial dengan tingkat depresi pada lanisa di Posyandu Seger Waras Yogyakarta ($p = 0,000 < 0,05$). Semakin tidak baik dukungan sosial maka lansia semakin mengalami depresi ringan. Berdasarkan hasil penelitian tersebut,

maka membuktikan bahwa hipotesis diterima, yaitu ada hubungan positif dan signifikan antara dukungan sosial dengan tingkat depresi sosial pada lansia di posyandu Seger Waras Yogyakarta. Penelitian ini di dukung dengan teori yang menyatakan Dukungan sosial adalah persepsi seseorang bahwa dirinya disenangi, dihargai dan menjadi bagian dari masyarakat (Ismanto, 2010).

Penelitian ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Wulandari (2011) yang meneliti tentang kejadian dan tingkat depresi pada lanjut usia. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ada hubungan antara partisipasi sosial dengan kejadian depresi berdasarkan uji *chi-square* dengan nilai signifikansi sebesar 0,001. Pada penelitian ini mempunyai hasil yang sejalan yaitu adanya hubungan antara dukungan sosial dengan tingkatan depresi pada lansia di posyandu lansia Seger Waras Yogyakarta.

Hal tersebut sesuai dengan teori yang dikemukakan Santrock (2002) bahwa dukungan sosial dapat memberikan arti dalam mengatasi depresi. Adanya dukungan sosial yang baik dapat meningkatkan kesehatan fisik dan kesehatan mental bagi para lanjut usia. Lanjut usia yang memiliki tingkat depresi rendah akan dapat melakukan aktivitasnya dengan baik, serta mampu melewati masa tuanya.

Berdasarkan tabel 4.3 dapat diketahui bahwa Lansia di Posyandu Seger Waras memiliki tingkat depresi minimal cenderung dengan dukungan sosial baik (13,5%). Responden dengan tingkat depresi ringan

cenderung dengan dukungan sosial baik (67,6%) lebih besar dari pada dukungan sosial tidak baik (5,4%). Sedangkan responden dengan tingkat depresi sedang cenderung dengan dukungan sosial tidak baik (13,5%). Ini menunjukan bahwa semakin baik lansia mendapatkan dukungan sosial maka semakin kecil kemungkinannya mengalami depresi berat.

Oleh karena itu, ketersediaan dukungan sosial dapat menadi tameng dari dampak stres, duka cita dan penyakit, sehingga dapat mengurangi risiko depresi. Dukungan sosial adalah penting terutama bagi orang tua yang mengalami ketidakmampuan fisik. Banyak orang beranggapan bahwa kehidupan masa tua tidak lagi memberikan banyak manfaat, bahkan ada yang sampai beranggapan bahwa kehidupan masa tua, seringkali dipersepsikan secara negatif sebagai beban keluarga dan masyarakat (Wirakartakusuma, 2004).

D. Keterbatasan Penelitian

Peneliti menyadari bahwa penelitian ini banyak memiliki keterbatasan antara lain :

1. Peneliti tidak meneliti faktor-faktor lain yang dapat menyebabkan terjadinya depresi pada lansia misalnya mekanisme koping.
2. Peneliti juga terbatas dalam hal pengumpulan data berupa penyebaran kuesioner, hai ini dikarenakan ada beberapa lansia yang tidak datang ke posyandu sehingga penyebaran kuesioner di lakukan dengan *home to home*.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan tentang hubungan dukungan sosial dengan tingkat depresi lansia di posyandu lansia Seger Waras, maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Dukungan sosial di Posyandu Lansia Seger Waras sebagian besar responden adalah kategori baik.
2. Sebagian besar lansia di Posyandu Seger Waras Yogyakarta mengalami depresi ringan.
3. Terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan sosial dengan tingkat depresi lansia di Posyandu Seger Waras Yogyakarta.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan yang telah dikemukakan di atas, maka saran yang dapat diberikan adalah sebagai berikut:

1. Bagi tenaga keperawatan

   Diharapkan mampu memberikan sumbangan pengetahuan bagi tenaga keperawatan khususnya keperawatan gerontik bahwa dukungan sosial berhubungan erat dengan tingkat depresi pada lansia, sehingga dapat memperhatikan keadaan lansia dan meningkatkan pelayanan kesehatan dengan cara posyandu lansia lebih di tingkatkan kembali

2. Bagi pengurus posyandu

   Diharapkan dapat memberikan perhatian khusus pada lansia.

3. Bagi masyarakat (keluarga lansia)

   Meningkatkan peran keluarga sebagai pendukung dan pemantau aktif dalam berkomunikasi terhadap lansia guna memberikan dukungan moral lansia. Dengan cara memperhatikan lansia ketika sedang berbicara tanpa memotong pembicaraanya, memberi perhatian yang lebih pada lansia, empati, cinta, kejujuran dan perawatan.

4. Bagi peneliti

   Dalam penelitian selanjutnya diharapkan meneliti tentang faktor lain yang dapat mempengaruhi hubungan dukungan sosial dengan tingkat depresi, seperti dukungan keluarga dengan tingkat depresi pada lansia dan untuk meneliti intervensi lebih lanjut kepada lansia yang mengalami depresi berat.