

**HUBUNGAN TEMPAT TINGGAL LANSIA DENGAN  
KEJADIAN DEPRESI PADA LANSIA DI PANTI SOSIAL  
TRESNA WERDHA TERATAI PALEMBANG DAN  
DI KOMUNITAS POSYANDU LANSIA  
PUSKESMAS TAMAN BACAAN  
PALEMBANG TAHUN 2014**

**SKRIPSI**

Sebagai salah satu syarat memperoleh gelar  
Sarjana Kedokteran (S.Ked)

Oleh:  
**SULASTRI**  
NIM: 702011046



**FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALEMBANG  
2015**

## HALAMAN PENGESAHAN

# HUBUNGAN TEMPAT TINGGAL LANSIA DENGAN KEJADIAN DEPRESI PADA LANSIA DI PANTI SOSIAL TRESNA WERDHA TERATAI PALEMBANG DAN DI KOMUNITAS POSYANDU LANSIA PUSKESMAS TAMAN BACAAN PALEMBANG TAHUN 2014

Dipersiapkan dan disusun oleh

**SULASTRI**

**NIM: 702011046**

Sebagai salah satu syarat memperoleh gelar  
Sarjana Kedokteran (S. Ked)

Pada tanggal 27 Januari 2015

Menyetujui :

dr. Irfanuddin, Sp.KO, M.Pd.Ked  
Pembimbing Pertama

dr. R.A Tanzila, M.Kes  
Pembimbing Kedua

Dekan

Fakultas Kedokteran

dr. H. M. Ali Muchtar, M. Sc  
NBM/NIDN. 060347091062484/0020084707

## PERNYATAAN

Dengan ini Saya menerangkan bahwa:

1. Karya Tulis Saya, skripsi ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik, baik di Universitas Muhammadiyah Palembang, maupun Perguruan Tinggi lainnya.
2. Karya Tulis ini murni gagasan, rumusan, dan penelitian Saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain, kecuali arahan Tim Pembimbing.
3. Dalam Karya Tulis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama pengarang dan dicantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini Saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka Saya bersedia menerima sanksi akademik atau sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di Perguruan Tinggi ini.

Palembang, 27 Januari 2015

Yang membuat pernyataan



Sulastri  
NIM. 702011046

## PERSEMBAHAN DAN MOTTO

*Teruslah bermimpi dan kejarlah mimpimu itu sampai ke negeri jiran karena mimpi adalah awal kesuksesan. Jangan pernah berfikir tidak akan pernah bisa mendapatkan segala hal yg kau inginkan. Semangatlah dan Berusahalah terus jangan pantang menyerah karena esok adalah kesuksesan mu.*

*Puji syukur kepada Allah SWT atas rahmat, cinta dan kasih sayang-Nya yang telah memberikanku kekuatan, kesehatan, ilmu, cinta dan kemudahan sehingga skripsi yang sederhana ini dapat terselesaikan. Sholawat dan salam selalu terlimpahkan keharibaan Rasulullah Muhammad SAW.*

*Dengan izin-Mu ya Allah ku persembahkan karya sederhana ini kepada orang yang terkasih dan tersayang kedua orang tua ku  
Hj. Bambang Supadi dan Hj. Tukinah*

*Karya ini ku persembahkan sebagai tanda bakti, hormat, dan rasa terima kasih yang tiada terhingga atas kasih sayang, segala dukungan, dan cinta kasih yang tiada terhingga yang tiada mungkin dapat kubalas hanya dengan selembar kertas yang bertuliskan kata cinta dan persembahan*

*Untuk Saudaraku tersayang*

*Fitri Handayani, S. ST, drg. Sutriyanti, Agus Triyanto dan Ahmad Triyanto  
Terima Kasih atas bantuan dan motivasinya dalam membuat skripsi ini*

*Untuk dr. Irfanuddin, Sp. K.O, M.Pd, Kod, dr. R.A. Tanzila M.Kes, selaku pembimbing, dan dr. Husni Farouk M.PH, PKK selaku penguji*

*Terima kasih banyak dok sudah memberikan ilmu dan waktunya untuk membimbing skripsi saya dengan sabar dan tanpa salah. Kalau bukan karena bantuan, mungkin saya tidak bisa menyelesaikan ini semua*

*Untuk dosen-dosonku di FK UMP, dan seluruh staf pegawai di FK UMP terimakasih atas bantuannya selama ini.*

*Buat teman satu bimbingan dr. Irfan yaitu Indria Rizki, Ridwan Permama, Fajar Setia Budi dan Buat teman satu bimbingan dr. Tanzila, yaitu Indria, Ayu, Nursin, Husia, terimakasih bantuannya dan sukses buat kita, amin*

*Buat teman ku Gendy Arizona, Laki, Nursin, Habib, Andy, Fadil, Husia, Irvan, Imam, Udin, Evi, Purry, Sitha, Iyok, Morri, Tantri, Santy, dll*

*Terima kasih banyak ya atas bantuannya waktu penelitian, maaf merepotkan tapi kalau tanpa bantuan kalian mungkin penelitianku belum selesai, terimakasih ya, sukses buat kita*

*Teman-teman sejawat dan seperjuangan FK UMP angkatan 2011 yang selalu kompak, berbagi keceriaan dan melewati setiap suka dan duka selama kuliah, terimakasih banyak "Tiada hari yang indah tanpa kalian semua" semoga kita sukses selalu, teruslah belajar, dan keep enjoy the process.*

**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALEMBANG  
FAKULTAS KEDOKTERAN**

**SKRIPSI, JANUARI 2015  
SULASTRI**

**Hubungan Tempat Tinggal Lansia Dengan Kejadian Depresi Pada Lansia di  
Panti Sosial Tresna Werdha Teratai Palembang dan di Komunitas Posyandu  
Lansia Puskesmas Taman Bacaan Palembang Tahun 2014**

**xi+ 85 halaman+ 4 tabel+ 7 gambar+ 10 lampiran**

**ABSTRAK**

Depresi pada lansia adalah gangguan emosional yang sering terjadi pada orang berusia diatas 60 tahun dan ditandai dengan perasaan sedih atau kosong yang hampir setiap hari, perubahan berat badan dan nafsu makan, perubahan tidur dan aktivitas, tidak ada energi, rasa bersalah, menarik diri dari orang lain, masalah dalam berpikir dan membuat keputusan, serta pikiran berulang mengenai kematian dan bunuh diri. Perbedaan tempat tinggal berperan sebagai predisposisi depresi pada lanjut usia. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan tempat tinggal lansia dengan kejadian depresi pada lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai Palembang dan di Komunitas Posyandu Lansia Puskesmas Taman Bacaan Palembang. Jenis penelitian ini adalah penelitian observasional analitik dengan desain kohort retrospektif . Penelitian ini dilakukan di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai Palembang dan di daerah wilayah kerja Posyandu Lansia Puskesmas Taman Bacaan Palembang. Pengambilan data dilakukan secara *purposive sampling* dengan jumlah sampel sebanyak 76 lansia. Data diambil dengan instrument penelitian berupa kuesioner *Geriatric Depression Scale-Short Form* (GDS *Short Form*) untuk mengetahui status depresi lansia dan kuesioner MMSE untuk mengetahui status kognitif. Kemudian data dianalisa dengan menggunakan uji *chi-square*. Hasil penelitian didapatkan proporsi kejadian depresi pada lansia di panti werdha (57,9%) dan di komunitas (18,4%) serta hasil uji *chi-square* didapatkan nilai  $p=0,001$  yang menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara tempat tinggal lansia dengan kejadian depresi pada lansia. Berdasarkan hasil penelitian ini, maka dapat disimpulkan ada hubungan yang bermakna antara tempat tinggal lansia dengan kejadian depresi pada lansia.

**Referensi: 46 (2003-2014)**

**Kata Kunci : depresi, lanjut usia, panti werdha, komunitas**

**UNIVERSITY OF MUHAMMADIYAH PALEMBANG  
MEDICAL FACULTY**

**THESIS, JANUARY 2015  
SULASTRI**

*The Relationship Between Residence of Elderly With Incident of Depression Among Elderly In Social Institution Tresna Werdha Teratai Palembang and the Community of Posyandu Lansia Puskesmas Taman Bacaan Palembang On Years 2014*

**xi + 85 pages + 4 tables + 7 pictures+ 10 enclosures**

**ABSTRACT**

*Depression in elderly is an emotional disorder that often occurs in people aged over 60 years and be marked with feeling sad or confused almost every day, changes in weight and low appetite, changes in sleeping and activity, no more energy, feeling guilty, keep away from the other people, only thinking and making decisions about death and suicide. The differences in residences acts as a predisposing depression in the elderly. This research aims to analyze the relationship residence of elderly with incident of depression among elderly in social institution Tresna Werdha Teratai Palembang and the community of Posyandu Lansia Puskesmas Taman Bacaan Palembang on years 2014. This kind of the research is analitic observational research with cohort retrospective design. This research was conducted in social institutions Tresna Werdha of palembang and in the working area of Posyandu Lansia Puskesmas Taman Bacaan Palembang. The researcher was collected the data used purposive sampling with a total sample of 76 elderly. The researcher taken the data used research instrument was a questionnaire Geriatric Depression Scale-Short Form (GDS Short Form) to determine the status of elderly depression and MMSE questionnaire to determine cognitive status. Then the researcher analyzed the data using chi-square test. The results showed the proportion of incidence of depression in the elderly in social institution (57.9%) and in the community (18.4%) and the results of the chi-square test  $p= 0.001$  which indicates that there is a significant relationship between dwelling elderly with depression in the elderly. Based on these results, it can be concluded that there is a significant relationship between residence of elderly with the incidence of depression in the elderly.*

**Reference : 46 (2003-2014)**

**Key word : depression, elderly, social institutions, community**

## KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti panjatkan kepada Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan penelitian ini yang berjudul **“Hubungan Tempat Tinggal Lansia Dengan Kejadian Depresi Pada Lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai Palembang dan di Komunitas Posyandu Lansia Puskesmas Taman Bacaan Palembang tahun 2014”** sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Kedokteran (S. Ked). Salawat beriring salam selalu tercurah kepada junjungan kita, nabi besar Muhammad SAW beserta para keluarga, sahabat, dan pengikut-pengikutnya sampai akhir zaman.

Peneliti menyadari bahwa penelitian ini jauh dari sempurna. Oleh karena itu, peneliti mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun guna perbaikan di masa mendatang.

Dalam hal penyelesaian penelitian ini, penulis banyak mendapat bantuan, bimbingan dan saran. Pada kesempatan ini, penulis ingin menyampaikan rasa hormat dan terima kasih kepada : Allah SWT, yang telah memberi kehidupan dengan sejujnya keimanan, kedua orang tua yang selalu memberi dukungan materil maupun spiritual, dekan dan staff Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang, dr. Irfanuddin, Sp.KO, M.Pd.Ked selaku pembimbing I, dr. R.A. Tanzila, M.Kes selaku pembimbing II, dr. Husnil Farouk, M.PH, PKK selaku penguji dan seluruh staff pegawai Panti Sosial Tresna Werdha Teratai Palembang dan Posyandu Lansia Puskesmas Taman Bacaan Palembang.

Semoga Allah SWT memberikan balasan pahala atas segala amal yang diberikan kepada semua orang yang telah mendukung peneliti dan semoga laporan ini bermanfaat bagi kita dan perkembangan ilmu pengetahuan kedokteran. Semoga kita selalu dalam lindungan Allah SWT. Amin.

Palembang, 27 Januari 2015

Sulastri

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	<b>i</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN</b> .....	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PERSEMBAHAN DAN MOTTO</b> .....	<b>iii</b>
<b>ABSTRAK</b> .....	<b>iv</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>v</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>vi</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>vii</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>ix</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>x</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>xi</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	4
1.3 Tujuan Penelitian .....	5
1.4 Manfaat Penelitian.....	5
1.5 Keaslian Penelitian.....	6
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Landasan Teori.....	8
2.1.1 Lanjut Usia .....	8
2.1.2 Depresi Pada Lansia .....	13
2.1.3 Tempat Tinggal Lansia.....	25
2.1.4 Hubungan Tempat Tinggal Lansia dengan Kejadian Depresi	30
2.2 Kerangka Teori.....	35
2.3 Kerangka Konsep .....	36
2.4 Hipotesis .....	36
<b>BAB III METODE PENELITIAN</b>	
3.1 Jenis Penelitian.....	37
3.2 Waktu dan tempat penelitian .....	37
3.3 Populasi dan Sampel .....	37
3.3.1 Populasi.....	37
3.3.2 Sampel dan Besar Sampel.....	38
3.3.3 Kriteria Inklusi dan Eksklusi.....	39
3.3.4 Cara Pengambilan Sampel .....	39
3.4 Variabel Penelitian .....	40
3.4.1 Variabel Dependent .....	40
3.4.2 Variabel Independent.....	40
3.5 Definisi Operasional .....	40
3.6 Cara pengumpulan data .....	41
3.7 Cara Pengolahan dan Analisis Data .....	43
3.7.1 Cara Pengolahan .....	43
3.7.2 Analisis data .....	43

3.8 Alur Penelitian .....	44
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN</b>	
4.1 Gambaran Umum .....	45
4.2 Hasil .....	47
4.3 Pembahasan .....	48
<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN</b>	
5.1 Kesimpulan .....	58
5.2 Saran .....	58
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>60</b>
<b>LAMPIRAN.....</b>	<b>65</b>
<b>RIWAYAT HIDUP.....</b>	

## **DAFTAR TABEL**

<b>Tabel 1. Keaslian Penelitian.....</b>	<b>6</b>
<b>Tabel 2. Distribusi Frekuensi Karakteristik Sampel Penelitian .....</b>	<b>46</b>
<b>Tabel 3. Proporsi Kejadian Depresi Pada Lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai Palembang dan di Komunitas Posyandu Lansia Puskemas Taman Bacaan Palembang .....</b>	<b>47</b>
<b>Tabel 4. Hubungan Tempat Tinggal Lansia Dengan Kejadian Depresi Pada Lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai Palembang dan di Komunitas Posyandu Lansia Puskemas Taman Bacaan Palembang ....</b>	<b>48</b>

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Kerangka Teori.....	34
Gambar 2. Kerangka Konsep .....	35
Gambar 3. Alur Penelitian.....	43
Gambar 4. Peneliti sedang melakukan wawancara dengan lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai Palembang pada hari ke-1 penelitian .....	84
Gambar 5. Peneliti dan pewawancara lainnya setelah melakukan wawancara dengan lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai Palembang pada hari ke-2 penelitian .....	84
Gambar 6. Peneliti dan pewawancara lainnya setelah melakukan wawancara dengan lansia di Posyandu Lansia Kasih Sayang Puskesmas Taman Bacaan Palembang pada hari ke-1 penelitian .....	85
Gambar 7. Peneliti setelah melakukan wawancara dengan lansia di Posyandu Lansia Al-Kautsar Puskesmas Taman Bacaan Palembang pada hari ke-3 penelitian .....	85

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. <i>Informed Consent</i> .....	65
Lampiran 2. Identitas Subjek Penelitian .....	66
Lampiran 3. Kuesioner <i>Mini Mental State Examination</i> (MMSE) .....	67
Lampiran 4. Kuesioner <i>Geriatric Depression scale-Short Form (GDS Short-Form)</i> .....	68
Lampiran 5. Panduan Wawancara .....	69
Lampiran 6. Data Responden di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai .....	72
Lampiran 7. Data Responden di Komunitas Posyandu Lansia Puskesmas Taman Bacaan Kota Palembang.....	74
Lampiran 8. Hasil Analisis SPSS .....	76
Lampiran 9. Perhitungan Manual Analisis <i>Chi-Square</i> .....	82
Lampiran 10. Foto Dokumentasi Penelitian .....	84

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1. Latar Belakang

Keberhasilan program kesehatan dan pembangunan sosial ekonomi dalam mensejahterakan penduduknya, dapat dilihat dari peningkatan usia harapan hidup penduduk negara tersebut (Badan Pusat Statistik RI, 2014). Menurut *CIA World Factbook* dalam Badan Pusat Statistik (2005), umur harapan hidup penduduk dunia pada tahun 2050, hampir 1,5 miliar orang atau 16,3% dari populasi dunia akan berusia 65 tahun atau lebih dibandingkan sekitar 420 juta atau 6,9% pada tahun 2000. Sedangkan di Indonesia, umur harapan hidup penduduknya (laki-laki dan perempuan) juga naik dari 67,8 tahun pada periode 2000-2005 menjadi 73,6 tahun pada periode 2020-2025. Peningkatan usia harapan hidup ini akan menyebabkan peningkatan jumlah penduduk lanjut usia dari tahun ke tahun. Menurut *UN-Population Division, Departement of Economic and Social Affair* dalam Darmojo (2009), jumlah populasi lanjut usia ( $\geq 60$  tahun) saat ini diperkirakan 600 juta orang dan diproyeksikan menjadi 2 milyar pada tahun 2050, yang melebihi jumlah populasi anak (0-14 tahun). Menurut Badan Pusat Statistik RI (2005), proporsi penduduk lanjut usia di Indonesia mengalami kenaikan dari 4,7% dari total penduduk pada tahun 2000 menjadi 8,5% pada tahun 2025. Sedangkan proporsi penduduk usia lanjut di Sumatra Selatan pada tahun 2000 adalah 3,2% dan diproyeksikan pada tahun 2025 menjadi 6,9%.

Meningkatnya penduduk usia lanjut (lansia) akan menimbulkan masalah terutama dari segi kesehatan dan kesejahteraan lansia (Notoatmodjo, 2007). Berbagai permasalahan yang timbul pada lansia terjadi karena perubahan-perubahan fisiologik, maupun anatomik yang menurun secara perlahan-lahan sehingga berpengaruh terhadap penampilan fisik dan responsnya pada kehidupan sehari-hari yang secara eksponensial akan meningkatkan kerentanannya terhadap berbagai penyakit dan kematian (Setiati, Harimurti dan Govinda, 2009). Beberapa gangguan atau penyakit yang dapat diderita oleh lansia akibat proses penuaan antara lain gangguan penglihatan, gangguan pendengaran, penyakit infeksi,

penyakit degeneratif (seperti hipertensi, aterosklerosis, diabetes melitus, stroke, dan kanker), dan gangguan psikiatri akibat perubahan psikososial. Gangguan psikiatri yang paling sering terjadi pada lansia adalah depresi (Darmojo, 2011). Depresi pada lansia adalah gangguan emosional yang terjadi pada orang berusia diatas 60 tahun yang ditandai dengan perasaan sedih atau kosong yang hampir setiap hari, perubahan berat badan dan nafsu makan, perubahan tidur dan aktivitas, tidak ada energi, rasa bersalah, menarik diri dari orang lain, masalah dalam berpikir dan membuat keputusan, serta pikiran berulang mengenai kematian dan bunuh diri (Sadock dan Sadock, 2010).

Depresi pada lansia ini dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti faktor biologi, fisik, psikologi, dan sosial. Adapun faktor biologi antara lain adalah genetik, perubahan struktural otak, dan kelemahan fisik (Sadock dan Sadock, 2010). Perubahan pada sistem saraf pusat, kondisi multipatologi dengan berbagai penyakit kronik dan polifarmasi kian meningkatkan kejadian depresi pada usia lanjut. Faktor-faktor psikososial dan ekonomi seperti kepribadian, kehilangan orang-orang yang dikasihi, kehilangan dukungan sosial, kehilangan penghasilan dan pekerjaan juga berperan sebagai faktor predisposisi depresi. Selain itu, faktor tempat tinggal juga sangat berperan terhadap kejadian depresi pada lansia (Soejono, Probosuseno dan Sari, 2009).

Tempat tinggal adalah suatu tempat seseorang atau beberapa orang tinggal secara menetap dalam jangka waktu tertentu, di suatu tempat tertentu (Pusat Bahasa, 2004). Sebagian besar lansia di Indonesia bertempat tinggal bersama keluarga. Namun, seiring dengan banyaknya penurunan pada lansia dan beberapa faktor lainnya, berbagai kesulitan dan permasalahan dalam merawat lansia mulai terjadi, akibatnya banyak lansia yang terlantar, tidak terawat, dan bertempat tinggal di panti sosial (Darmojo, 2009). Panti sosial werdha merupakan suatu institusi hunian bersama para lansia yang secara fisik/kesehatan masih mandiri, akan tetapi (terutama) mempunyai keterbatasan di bidang sosial-ekonomi (Martono dan Pramantara, 2009). Perbedaan tempat tinggal ini memunculkan perbedaan lingkungan fisik, sosial, ekonomi, psikologis, dan spiritual religious. Perbedaan faktor lingkungan tempat tinggal ini berhubungan dengan kehidupan sosial lansia,

hal ini dapat mempengaruhi keadaan status kesehatan lansia, terutama kesehatan psikologi lansia yang tinggal didalamnya. Perbedaan jenis tempat tinggal juga disebutkan sebagai faktor prediktor independen untuk terjadinya depresi pada lansia (Soejono, Probosuseno dan Sari, 2009). Menurut Karthryn dalam Sari (2012), kehidupan di panti berbeda dengan kehidupan di tengah keluarga. Kehilangan dukungan sosial dan emosional akibat tinggal di panti cenderung menimbulkan depresi pada lansia. Sehingga, perbedaan tempat tinggal lansia akan menyebabkan perbedaan proporsi kejadian depresi pada masing-masing tempat, dengan kata lain lingkungan tempat tinggal lansia berhubungan dengan kejadian depresi pada lansia.

Penelitian mengenai hubungan tempat tinggal terhadap kejadian depresi ini sudah dilakukan oleh beberapa peneliti. Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan di Jerman oleh Karakaya, dkk (2009) mengenai gejala depresif dan kualitas hidup pada lansia di rumah dan dipanti jompo, diketahui bahwa ada hubungan yang signifikan antara tempat tinggal lansia khususnya pada lansia yang tinggal di panti sosial dengan kejadian depresi pada lansia, dimana hasil penelitian menunjukkan prevalensi lansia yang tinggal di panti sosial memiliki gejala depresif yang lebih besar daripada yang tinggal di rumah. Hasil penelitian tersebut berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan di Korea Selatan oleh Soondool (2008), dari hasil penelitiannya diketahui bahwa pada 307 orang tua yang tinggal di panti jompo dan 166 orang tua yang hidup di masyarakat, sebanyak 39,3% dari sampel lansia di masyarakat menunjukkan gejala depresi, lebih tinggi dari tingkat yang ditemukan di panti jompo (24,0%).

Penelitian yang dilakukan di Jakarta oleh Soejono, Probosuseno dan Sari (2009), diketahui bahwa ada hubungan antara tempat tinggal lansia di panti sosial dengan kejadian depresi pada lansia, dimana hasil penelitian menunjukkan prevalensi depresi pada usia lanjut di pelayanan kesehatan primer adalah 5-17%, sementara prevalensi depresi pada usia lanjut yang mendapat pelayanan asuhan rumah (*home care*) adalah 13,5%. Prevalensi depresi geriatri lebih tinggi di ruang perawatan daripada di masyarakat. Selain itu, usia lanjut di perawatan jangka panjang memiliki tingkat depresi yang lebih tinggi daripada di masyarakat,

sehingga faktor perbedaan tempat tinggal dapat disebut sebagai faktor predisposisi depresi pada usia lanjut. Hasil penelitian ini sama dengan penelitian yang dilakukan Masturin (2009) di Kelurahan Cacaban Kota Magelang, bahwa prevalensi depresi pada lansia di panti werdha adalah 30%, prevalensi ini lebih tinggi daripada lansia yang tinggal di komunitas adalah 15,5%. Namun hasil penelitian dari Soejono, Probosuseno dan Sari (2009) dan Masturin (2009) ini berbeda dengan hasil penelitian dari Wulandari (2011) di Semarang, dalam penelitiannya diketahui bahwa proporsi depresi pada lanjut usia di komunitas (60%) lebih besar daripada proporsi depresi pada lanjut usia di panti wredha (38,5%). Hal ini menunjukkan bahwa ada hubungan antara tempat tinggal lansia dengan kejadian depresi pada lansia.

Perbedaan berbagai hasil penelitian yang dilakukan diluar negeri dan di Indonesia mungkin terjadi karena perbedaan karakteristik kehidupan sosial pada sampel. Perbedaan karakteristik kehidupan sosial di setiap daerah ini juga mungkin akan berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan di Palembang. Tetapi belum ada yang melakukan penelitian mengenai hal ini di Palembang. Oleh karena hal tersebut, maka penulis merasa perlu melakukan penelitian mengenai hubungan tempat tinggal lansia terhadap kejadian depresi pada lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai Palembang dan di Komunitas Posyandu Lansia Puskesmas Taman Bacaan Palembang.

## **1.2. Rumusan Masalah**

Apakah terdapat hubungan tempat tinggal lansia dengan kejadian depresi pada lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai Palembang dan di Komunitas Posyandu Lansia Puskesmas Taman Bacaan Palembang?

## **1.3. Tujuan Penelitian**

### **1.3.1. Tujuan Umum**

Mengetahui hubungan tempat tinggal lansia dengan kejadian depresi pada lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai Palembang dan di Komunitas Posyandu Lansia Puskesmas Taman Bacaan Palembang.

### **1.3.2. Tujuan Khusus**

1. Mengetahui kejadian depresi pada lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai Palembang.
2. Mengetahui kejadian depresi pada lansia di Komunitas Posyandu Lansia Puskesmas Taman Bacaan Palembang.
3. Menganalisis hubungan tempat tinggal dengan kejadian depresi pada lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai Palembang dan di Komunitas Posyandu Lansia Puskesmas Taman Bacaan Palembang.

### **1.4. Manfaat Penelitian**

#### **1.4.1. Manfaat Akademis**

1. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memperluas pengetahuan mengenai ilmu kesehatan lansia terutama bidang psikogeriatri.
2. Penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai dasar untuk penelitian lebih lanjut mengenai depresi pada lansia.

#### **1.4.2. Manfaat Praktis**

1. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan untuk pelayanan kesehatan dan kesejahteraan lansia secara holistik terutama bidang psikogeriatri.
2. Sebagai bahan masukan untuk keluarga mengenai pentingnya peranan keluarga dalam pemenuhan psikologi lansia sehingga terhindar dari gangguan depresi.

## 2.1. Keaslian Penelitian

Tabel 1. Keaslian Penelitian

Nama	Judul Penelitian	Desain Penelitian	Hasil
Farah Qadir, dkk Rawalpindi, Pakistan	<i>Pilot Study:</i> depresi pada lansia di	Analitik <i>cross sectional</i>	Pada penelitian terdapat 108 orang lansia yang tinggal di komunitas dan 33 orang lansia di panti jompo. Sebanyak 20 orang lansia (60,6%) (95% CI: 3,03-5,45%) di panti jompo menunjukkan gejala depresif lebih besar daripada lansia di komunitas (34 orang (31,5%)) (95% CI: 2,92-4,88) dengan nilai $p=0,03$ dan OR <i>adjusted</i> 3,35.
Ayu Fitri Sekar Wulandari	Kejadian dan tingkat depresi pada lanjut usia: studi perbandingan di panti wreda dan komunitas	Analitik <i>cross sectional</i>	Pada penelitian terdapat 52 orang lansia yang tinggal di panti werdha dan 50 lansia di komunitas. Sebanyak 30 orang (60%) (95% CI; 1,22-5,26) dari sampel di komunitas mempunyai gejala depresi lebih besar daripada di panti wredha (20 orang (38,5%)) (95% CI; 8,24-15,5). Tingkat depresi rendah lebih banyak dibandingkan tingkat lainnya pada kedua sampel (26,9% di panti werdha dan 40% di komunitas). Uji beda kejadian dan tingkat depresi ini sangat bermakna dengan nilai $p=0,030$ dan $p=0,036$ .

Nama	Judul Penelitian	Desain Penelitian	Hasil
Chung, Soondool	Status tempat tinggal dan depresi kalangan lansia Korea: perbandingan antara penduduk di panti jompo dan mereka yang berada di masyarakat	Analitik <i>cross sectional</i>	Pada penelitian terdapat 307 orang lansia yang tinggal di panti jompo dan 166 orang lansia yang hidup di masyarakat. Sebanyak 39,3% [95% <i>confidence interval</i> (CI); 3,21-4,69] dari sampel lansia di masyarakat menunjukkan gejala depresi, lebih tinggi dari tingkat yang ditemukan di panti jompo (24,0%) (95% CI; 1,95-2,92%). Perbedaan yang signifikan secara statistik [ $t(275,5) = -3,33$ ; $P < 0,01$ ]. Status perumahan atau tempat tinggal merupakan prediktor dari kejadian depresi ( $p\text{ value} = 0,001$ OR= 3,35 (95% CI= 3,21-4,25))

Perbedaan penelitian ini dengan penelitian yang telah dilakukan sebelumnya secara spesifik terletak pada subjek penelitian, jenis penelitian, lokasi penelitian, dan waktu penelitian. Selain itu, judul penelitian ini juga berbeda dari sebelumnya. Pada penelitian sebelumnya judulnya mengenai perbedaan prevalensi depresi pada lansia di komunitas dan di panti sosial sedangkan pada penelitian ini judulnya mengenai hubungan tempat tinggal lansia dengan depresi di komunitas dan panti sosial.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1. Landasan Teori**

##### **2.1.1. Lanjut Usia**

###### **A. Definisi dan Batasan Lanjut Usia**

Usia lanjut atau lansia adalah kelompok orang yang sedang mengalami suatu proses perubahan yang bertahap dalam jangka waktu beberapa dekade, dengan batasan usia 60 tahun keatas (Notoatmodjo, 2007). Menurut Darmojo (2011), lansia merupakan proses ilmiah, terus menerus dan berkesinambungan yang dalam keadaan lanjut menyebabkan perubahan anatomi, fisiologi, dan biokimia pada jaringan atau organ yang pada akhirnya mempengaruhi keadaan, fungsi, dan kemampuan badan secara keseluruhan.

Batasan usia lanjut berdasarkan Undang-Undang No. 13 tahun 1998 adalah 60 tahun. Namun, berdasarkan pendapat beberapa ahli dalam program kesehatan usia lanjut, Departemen Kesehatan membuat pengelompokan seperti di bawah ini:

a. **Kelompok Pertengahan Umur:**

Kelompok usia dalam masa virilitas, yaitu masa persiapan usia lanjut yang menampakkan keperkasaan fisik dan kematangan jiwa (45-54 tahun).

b. **Kelompok Usia Lanjut Dini**

Kelompok dalam masa prasenium, yaitu kelompok yang mulai memasuki usia lanjut (55-64).

c. **Kelompok Usia Lanjut**

Kelompok dalam masa senium (65 Tahun ke atas)

d. **Kelompok Usia Lanjut dengan Risiko Tinggi**

Kelompok yang berusia lebih dari 70 tahun atau kelompok usia lanjut yang hidup sendiri, terpencil, menderita penyakit berat atau cacat (Notoatmodjo, 2007).

Sedangkan menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), batasan umur lanjut usia yaitu:

- a. Usia pertengahan (*middle age*) adalah usia 45-59 tahun.
- b. Usia lanjut (*elderly*) adalah usia 60-70 tahun.
- c. Usia lanjut tua (*old*) adalah usia 75-90 tahun.
- d. Usia sangat tua (*very old*) adalah usia diatas 90 tahun (Notoatmodjo, 2007).

## **B. Proses Penuaan**

Menurut Mobbs dalam Jannah (2014), Penuaan merupakan proses perubahan yang menyeluruh dan spontan yang dimulai dari masa kanak-kanan, pubertas, dewasa muda, dan kemudian menurun pada pertengahan sampai lanjut usia. Menurut Darmojo (2011), menua (menjadi tua= *aging*) adalah suatu proses menurunnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki dan mempertahankan struktur dan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap paparan jejas. Menua juga didefinisikan sebagai proses yang mengubah seseorang dewasa sehat menjadi seorang yang '*frail*' (lemah, rentan) dengan berkurangnya sebagian besar cadangan sistem fisiologi, dan meningkatnya kerentanan terhadap erbagai penyakit dan kematian secara eksponensial (Setiati, Harimurti dan Govinda, 2009).

Proses penuaan berlangsung ketika sel-sel secara parmanen dirusak oleh serangan terus-menerus dari sejumlah partikel kimia yang disebut radikal bebas. Secara sederhana, kerusakan sel itu menumpuk selama bertahun-tahun, sampai jumlahnya mencapai titik yang tak mungkin dibalikkan, akibatnya timbul penyakit-penyakit yang terjadi bersamaan pada akhir kehidupan sampai akhir hayatnya. Hal ini disebabkan, usaha yang gagal dari setiap sel untuk tetap hidup dan berfungsi secara wajar, berhadapan dengan zat kimiawi yang menghancurkan tersebut (Soejono, Probosuseno dan Sari, 2006).

Dasar dari proses menua adalah kegagalan fungsi homeostatis penyesuaian diri terhadap faktor intrinsik dan ekstrinsik. Menua adalah proses yang mengubah seorang dewasa sehat menjadi seorang yang rapuh dengan berkurangnya sebagian besar cadangan sistem fisiologis dan meningkatnya kerentanan terhadap berbagai penyakit seiring dengan bertambahnya usia. Gangguan homeostatis tersebut dapat memudahkan terjadinya disfungsi berbagai sistem organ dan turunnya toleransi terhadap obat-obatan (Soejono, Probosuseno dan Sari, 2006).

Beberapa teori tentang proses menua yang dapat diterima saat ini, antara lain:

1. Teori radikal bebas, yang menyebutkan bahwa produk hasil metabolisme oksidatif yang sangat reaktif (radikal bebas) dapat bereaksi dengan berbagai komponen penting selular, termasuk protein, DNA, dan lipid, dan menjadi molekul-molekul yang tidak berfungsi namun bertahan lama dan mengganggu fungsi sel lainnya. Menurut teori ini, proses penuaan normal merupakan akibat kerusakan jaringan akibat radikal bebas. Radikal bebas ini akan merusak DNA yang menyebabkan mutasi kromosom sehingga akan merusak fungsi sel normal dari sel. Apabila akumulasi radikal bebas ini melebihi konsentrasi ambang maka mereka mungkin berkontribusi pada perubahan-perubahan yang seringkali dikaitkan dengan penuaan (Setiati, Harimurti dan Govinda, 2009).
2. Teori glikolisis, yang menyatakan bahwa proses glikosilasi nonenzimatik yang menghasilkan pertautan glukosa-protein yang disebut sebagai *advanced glycation end product* (AGEs) dapat menyebabkan penumpukan protein dan makro molekul lain yang termodifikasi sehingga menyebabkan disfungsi pada hewan atau manusia yang menua. Pada saat tua kadar AGEs berakumulasi diberbagai jaringan yang menyebabkan kerusakan pada sel terutama DNA yang akan mengganggu kemampuan sel untuk

memperbaiki perubahan pada sel (Setiati, Harimurti dan Govinda, 2009).

3. Teori DNA *repair*, menunjukkan bahwa adanya perbedaan pola laju '*repair*' kerusakan DNA yang diinduksi sinar ultraviolet (UV) pada berbagai fibroblast yang dikultur. Fibroblas pada spesies yang mempunyai umur maksimum terpanjang menunjukkan laju '*DNA repair*' terbesar (Setiati, Harimurti dan Govinda, 2009).
4. Teori "*Genetic clock*", menurut teori ini menua telah terprogram secara genetik untuk spesies-spesies tertentu. Setiap spesies mempunyai jam genetik yang terdapat didalam inti sel dan telah diputar menurut suatu replikasi tertentu. Jam ini akan menghitung mitosis dan menghentikan replikasi sel bila tidak diputar, jadi menurut konsep ini bila jam genetik tersebut berhenti maka seseorang akan meninggal dunia. Konsep ini menerangkan bahwa ada perbedaan harapan hidup yang nyata antar manusia (Darmojo, 2011).
5. Teori mutasi somatik, menurut teori ini terjadi mutasi yang progresif pada DNA sel somatik, akan menyebabkan terjadinya penurunan kemampuan fungsional sel tersebut sehingga menjadi menua (Darmojo, 2011).

### **C. Permasalahan pada penuaan**

Masalah-masalah yang berhubungan dengan usia lanjut adalah masalah kesehatan baik kesehatan fisik maupun mental, masalah sosial, masalah ekonomi, dan masalah psikologis (Darmojo, 2011). Di banyak negara, penuaan dikaitkan dengan ketidakmampuan, defisit kognitif, dan kesendirian (Hoyer & Roodin, 2003). Menurut Setiati, Harimurti, dan Roosheroe dalam Christine (2011), proses menua merupakan sebuah waktu untuk berbagai kehilangan: kehilangan peran sosial akibat pensiun, kehilangan mata pencaharian, kehilangan teman dan keluarga.

Menurut Papalia, Olds, dan Feldman dalam Christine (2011), ketika manusia semakin tua, mereka cenderung untuk mengalami masalah-masalah kesehatan yang lebih menetap dan berpotensi untuk menimbulkan ketidakmampuan. Kebanyakan lansia memiliki satu atau lebih keadaan atau ketidakmampuan fisik yang kronis. Menurut Sadock dan Sadock (2010), masalah kesehatan kronik yang paling sering terjadi pada lansia adalah artritis, hipertensi, gangguan pendengaran, penyakit jantung, katarak, deformitas atau kelemahan ortopedik, sinusitis kronik, diabetes, gangguan penglihatan, *varicose vein*.

Ketidakmampuan fungsional yang merupakan akibat dari beberapa penyakit medis yang terjadi bersama-sama dan ketidakmampuan ortopedik dan neurologik pada lansia merupakan suatu kehilangan yang besar (Christine, 2011). Menurut Blazer dalam Christine (2011) disebutkan bahwa ketidakmampuan fisik tampaknya membawa jumlah kejadian hidup negatif yang lebih tinggi. Ketidakmampuan fisik dapat menyebabkan keterbatasan untuk melakukan aktivitas sosial atau aktivitas di waktu luang (*leisure activities*) yang bermakna, isolasi, dan berkurangnya kualitas dukungan sosial.

Menurut Goldman dalam Christine (2011) disebutkan bahwa berbagai kehilangan dan kejadian hidup yang merugikan merupakan penentu utama penyakit-penyakit psikiatrik pada lansia. Kehilangan teman-teman dan orang-orang yang dicintai menyebabkan terjadinya isolasi sosial. Kehilangan anak, atau yang lebih sering, kehilangan pasangan merupakan faktor risiko penting untuk depresi mayor, hipokondriasis, dan penurunan fungsi.

Menurut Goldman dalam Christine (2011), pengunduran diri (*retirement*) atau kehilangan fungsi utama di rumah, terutama ketika hal tersebut tidak direncanakan atau diinginkan, berhubungan dengan kelesuan, involusi (degenerasi progresif), dan depresi. *Retirement*

berhubungan dengan pengurangan pendapatan personal sebesar sepertiga sampai setengahnya. Perubahan peran akan berdampak langsung pada penghargaan diri. *Retirement* juga akan menyebabkan perubahan gaya hidup pada pasangannya dan menyebabkan beberapa adaptasi dalam hubungan mereka. Menurut Hoyer & Roodin (2003), sekitar 15% lansia mengalami kesulitan-kesulitan besar dalam penyesuaian diri terhadap *retirement*. Hal-hal di atas menyebabkan lansia menjadi lebih rentan untuk mengalami masalah kesehatan mental. Gangguan yang sering terjadi meliputi depresi, kecemasan, alkoholisme, dan gangguan dalam penyesuaian terhadap kehilangan atau disabilitas fungsional.

### **2.1.2. Depresi pada Lansia**

#### **A. Definisi**

Depresi merupakan suatu keadaan emosional yang ditandai dengan perasaan sedih atau kosong yang hampir setiap hari, perubahan berat badan dan nafsu makan, perubahan tidur dan aktivitas, tidak ada energi, rasa bersalah, menarik diri dari orang lain, masalah dalam berpikir dan membuat keputusan, serta pikiran berulang mengenai kematian dan bunuh diri (Sadock dan Sadock, 2010).

Depresi pada lansia adalah gangguan emosional yang terjadi pada orang berusia diatas 60 tahun dan memenuhi kriteria depresi menurut DSM-IV-TR. Menurut DSM-IV-TR, kriteria depresi adalah ketika seseorang menunjukkan setidaknya satu gejala inti (*mood* menurun dan kehilangan minat terhadap suatu hal atau kesenangan) bersama dengan empat atau lebih gejala-gejala berikut selama periode waktu 2 minggu dan menunjukkan perubahan fungsi sebelumnya: *mood* menurun (perasaan tertekan, sedih atau kosong) hampir sepanjang hari, menurunnya minat atau kesenangan yang nyata pada semua aktivitas, penurunan berat badan atau selera makan yang signifikan, insomnia atau hipersomnia hampir setiap malam, agitasi

atau retardasi psikomotor, lelah atau hilang energi, perasaan diri tidak berguna atau perasaan bersalah, berkurangnya kemampuan untuk berkonsentrasi atau membuat keputusan, kelelahan, dan pemikiran berulang tentang kematian atau gagasan tentang bunuh diri (Martono dan Noviati, 2011).

Menurut Soejono, Probosuseno dan Sari (2009), depresi merupakan penyakit mental yang paling sering terjadi pada pasien berusia diatas 60 tahun dan merupakan contoh penyakit yang paling umum atau sebagai sebuah gejala atau respons dari kondisi penyakit lain dan stres terhadap lingkungan dengan tampilan gejala suasana perasaan tertekan (*depressed mood*), hilangnya minat terhadap suatu hal atau kesenangan, disertai dengan perubahan selera makan atau berat badan, tidur, dan aktivitas psikomotor; menurunnya energi; perasaan tidak berguna atau rasa bersalah; kesulitan dalam berpikir; pikiran berulang tentang kematian atau ide bunuh diri, rencana bunuh diri bahkan percobaan bunuh diri. Gejala-gejala tersebut dialami lebih dari 2 minggu.

## **B. Epidemiologi**

Prevalensi terbesar gangguan psikiatri pada geriatri adalah depresi. Prevalensi dipengaruhi oleh lokasi pengambilan subyek penelitian dan komorbiditas. Prevalensi depresi pada usia lanjut di pelayanan kesehatan primer adalah 5-17%, sementara prevalensi depresi pada usia lanjut yang mendapat pelayanan asuhan rumah (*home care*) adalah 13,5%. Prevalensi depresi geriatri lebih tinggi di ruang perawatan daripada di masyarakat. Selain itu, usia lanjut di perawatan jangka panjang memiliki tingkat depresi yang lebih tinggi daripada di masyarakat, sehingga faktor perbedaan tempat tinggal dapat disebut sebagai faktor predisposisi depresi pada usia lanjut (Soejono, Probosuseno dan Sari, 2009). Pada penelitian Gallo dan Gonzales (2001) dalam Sinaga (2012) didapatkan bahwa angka

kejadian depresi lansia di komunitas pada beberapa negara adalah sekitar 3-15%.

Pada penelitian yang dilakukan di Pakistan oleh Qadir, dkk (2014) dan di Jerman oleh Karakaya, dkk (2009), lansia yang tinggal di panti sosial memiliki gejala depresif yang lebih besar daripada yang tinggal di rumah. Penelitian Qadir, dkk (2014) diketahui bahwa dari 141 sampel (108 sampel di komunitas dan 33 sampel di panti sosial (*home care*)), prevalensi kejadian depresi di komunitas 31,5 % dan di panti sosial (*home care*) 60,6% yang dinilai dengan *Geriatric Depression Scale long-form* (GDS *long-form*). Penelitian ini juga serupa dengan penelitian yang dilakukan Masturin (2009) di Kelurahan Cacaban Kota Magelang bahwa prevalensi depresi pada lansia di panti werdha adalah 30%, prevalensi ini lebih tinggi daripada lansia yang tinggal di komunitas adalah 15,5%.

Berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan di Korea Selatan oleh Soondool (2008), dari hasil penelitiannya diketahui bahwa hasil analisis regresi logistik ganda pada 307 orang tua yang tinggal di panti jompo dan 166 orang tua yang hidup di masyarakat, sebanyak 39,3% dari sampel lansia di masyarakat menunjukkan gejala depresi, lebih tinggi dari tingkat yang ditemukan di panti jompo (24,0%). Pada penelitian Wulandari (2011) di Semarang, dalam hasil penelitiannya terdapat perbedaan kejadian dan tingkat depresi pada lanjut usia yang tinggal di panti wredha dan komunitas, tetapi proporsi depresi pada lanjut usia di komunitas (60%) lebih besar daripada proporsi depresi pada lanjut usia di panti wredha (38,5%). Perbedaan hasil penelitian ini mungkin terjadi karena perbedaan karakteristik kehidupan sosial pada sampel. Sehingga menurut Qadir, dkk (2014), lingkungan tempat tinggal dapat mempengaruhi kehidupan sosial seseorang sehingga menimbulkan perbedaan temuan kejadian depresi pada lansia.

Selain itu, pada penelitian Mayasari (2012) menyatakan bahwa angka kejadian depresi di Panti Sosial Tresna Warga Tama Indralaya dan Tresna Werdha Teratai Palembang yaitu 76,6%. Sedangkan pada penelitian Juwita (2013) di Panti Werdha Rumoh Sejahtera Geunaseh Sayang Ulee Kareng Banda Aceh didapatkan proporsi kejadian depresi yaitu 53,3%. Dan pada penelitian Rojas (2012) dalam Castilo (2013) kejadian depresi lansia di panti sosial yaitu 54%.

Secara epidemiologik, di negara Barat depresi dikatakan terdapat pada 15-20% populasi usia lanjut di masyarakat. Insidensinya lebih tinggi pada lansia yang tinggal di institusi seperti panti jompo. Dari hasil penelitian di Asia, didapatkan bahwa angkanya jauh lebih rendah. Keadaan ini diduga karena terdapat faktor sosial-kultural-religi yang berpengaruh positif. Sedangkan pada penelitian Hadi-Martono hanya didapatkan angka 2,3% dari penderita lansia yang dirawat di bangsal geriatri akut yang menderita depresi. Angka di masyarakat juga didapatkan lebih rendah (Martono dan Novianti, 2011). Dalam skripsinya, Wulandari (2011) menyatakan bahwa perbedaan hasil penelitian yang terdapat dalam penelitiannya dengan penelitian sebelumnya dapat terjadi kemungkinan besar karena perbedaan karakteristik sosio-ekonomi dan lingkungan pada sampel yang digunakan dalam penelitian seperti lokasi penelitian yang dilakukannya didominasi oleh penduduk dengan perkonomian menengah ke bawah yang sering mengalami banjir, permasalahan sanitasi dan kebersihan lingkungan, serta dalam penggunaan data sekunder dimana pengumpulan dilakukan oleh 13 orang pewawancara dan reliabilitas antar pewawancara dalam penelitiannya tidak diukur.

Data prevalensi depresi pada usia lanjut di Indonesia yang diperoleh dari ruang rawat akut geriatri dengan kejadian depresi sebanyak 76,3%. Proporsi pasien geriatri dengan depresi ringan adalah 44,1% sedangkan depresi sedang sebanyak 18%, depresi berat sebanyak 10,8% dan depresi sangat berat sebanyak 3,2%. Semakin

berat tingkat depresi maka semakin lama masa rawat. Studi untuk populasi Indonesia Timur dilakukan di Kabupaten Buru, Maluku pada tahun 2003 dengan subyek sebanyak 401 orang usia lanjut. Penapisan depresi pada usia lanjut yang berada di daerah pasca konflik tersebut menunjukkan hasil positif pada 52,4% subyek (Soejono, Probosuseno dan Sari, 2009).

Menurut Sadock dan Sadock (2010), prevalensi depresi pada populasi umum yaitu  $\pm 5,8\%$ , sedangkan pada usia lanjut sekitar 6,5%. Prevalensi depresi pada usia lanjut yang menderita penyakit fisik sebanyak 12-24%, pada lansia yang rawat jalan sebanyak 30%, dan pada yang rawat inap dengan penyakit kronik dan perawatan lama adalah 30-50%.

### C. Etiologi

Depresi bukan merupakan suatu keadaan yang disebabkan oleh patologi tunggal, tetapi biasanya bersifat multifaktorial. Pada usia lanjut dimana stress lingkungan, kemampuan beradaptasi sudah menurun, dan kondisi yang tidak sebaik muda sering menyebabkan depresi (Martono dan Noviati, 2011). Ada beberapa teori yang menyebabkan depresi yaitu:

#### a. Teori Biologi

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa terdapat kelainan pada amin biogenik, seperti: 5 HIAA (*5-Hidroksi indol asetic acid*), HVA (*Homovanilic acid*), MPGH (*5 methoxy-0-hidroksi phenil glikol*), di dalam darah, urin dan cairan serebrospinal pada pasien gangguan *mood*. Neurotransmitter yang terkait dengan patologi depresi adalah serotonin dan epineprin. Penurunan serotonin dapat mencetuskan depresi, dan pada pasien bunuh diri, beberapa pasien memiliki serotonin yang rendah. Pada terapi despiran mendukung teori bahwa norepineprin berperan dalam patofisiologi depresi. Selain itu aktivitas dopamin pada depresi adalah menurun. Hal tersebut tampak

pada pengobatan yang menurunkan konsentrasi dopamin seperti Respirin, dan penyakit dimana konsentrasi dopamin menurun seperti parkinson, adalah disertai gejala depresi. Obat yang meningkatkan konsentrasi dopamin, seperti, *tyrosin amphetamine*, dan bupropion, menurunkan gejala depresi. Selain itu pada orang depresi juga ditemukan adanya gangguan regulasi neuroendokrin (CRH dan TSH). Pada orang depresi dapat terjadi peningkatan konsentrasi kortisol dan penurunan konsentrasi hormon tiroid (Sadock dan Sadock, 2010).

#### b. Teori Genetik

Kemungkinan terjadinya depresi pada saudara kembar monozigot adalah 60%-80% sedangkan pada saudara kembar heterozigot adalah 25%-35% (Soejono, Probosuseno dan Sari, 2009). Menurut Lesler dalam Nilam (2011), pengaruh genetik terhadap depresi tidak disebutkan secara khusus, hanya disebutkan bahwa terdapat penurunan dalam ketahanan dan kemampuan dalam menanggapi stres. Proses menua bersifat individual, sehingga dipikirkan kepekaan seseorang terhadap penyakit adalah genetik.

#### c. Teori Psikososial

Menurut Freud dalam teori psikodinamiknya, penyebab depresi adalah kehilangan objek yang dicintai. Ada sejumlah faktor psikososial yang diprediksi sebagai penyebab gangguan mental pada lanjut usia yang pada umumnya berhubungan dengan kehilangan. Faktor psikososial tersebut adalah hilangnya peranan sosial, hilangnya otonomi, kematian teman atau sanak saudara, penurunan kesehatan, peningkatan isolasi diri, keterbatasan finansial, dan penurunan fungsi kognitif (Sadock dan Sadock, 2010).

#### **D. Faktor –faktor yang mempengaruhi depresi pada lansia**

Terdapat beberapa faktor biologis, fisik, psikologis, dan sosial yang membuat seseorang berusia lanjut rentan terhadap depresi. Perubahan pada sistem saraf pusat seperti meningkatnya aktivitas monoamin oksidase dan berkurangnya konsentrasi neurotransmiter (terutama katekolinerjik) dapat berperan dalam terjadinya kejadian depresi pada lansia. Pasien geriatri yang menderita depresi juga sering memiliki komorbid penyakit vaskuler dengan lesi di ganglia basalis dan prefrontalis otak sehingga menyebabkan kemunduran fungsi motorik, fungsi eksekusi dan kurangnya kemampuan menilai (Soejono, Probosuseno dan Sari, 2009). Kemunduran ini akan menyebabkan ketidakmampuan pada lansia. Ketidakmampuan adalah suatu keterbatasan atau kekurangan akibat dari suatu kerusakan untuk melakukan kegiatan yang biasa dan normal dilakukan oleh individu misalnya makan, jalan dan lain-lain. Ketidakmampuan yang sering dialami lansia adalah akibat penyakit kronis dan imobilisasi. Imobilisasi dan Penyakit kronis seperti arthritis membuat lansia sepanjang hari hanya bisa tidur-tiduran diatas tempat tidur sehingga mereka kurang bisa berinteraksi dengan lansia lainnya. Hal ini menjadi faktor predisposisi terjadinya depresi (Sari, 2012).

Menurut Soejono, Probosuseno dan Sari (2009), faktor polifarmasi dan kondisi medik umum juga berperan terhadap kejadian depresi lansia, faktor tersebut yaitu:

##### **a. Faktor Polifarmasi**

Beberapa golongan obat yang dapat menimbulkan depresi yaitu:

<b>Analgetika</b>	<b>: kodein, morfin</b>
<b>Antihipertensi</b>	<b>: klonidin, propranolol, katopril</b>
<b>OAINS</b>	<b>: ibuprofen, naproksen, indometasin</b>
<b>Antipsikotik</b>	<b>: haloperidol, klorpromazin</b>
<b>Ansiolitika</b>	<b>: diazepam</b>

Antikanker	: vinkristin
Sedativa	: fenobarbital, triazolam, pentobarbital
Lain-lain	: simetidin, ranitidin, deksametason

**b. Faktor kondisi medik umum**

Beberapa kondisi medik umum yang berhubungan dengan depresi:

1. Hipotiroidisme
2. Tumor Otak (terutama lobus frontalis)
3. CVD hemisfer kanan, Parkinson, demensia vaskuler
4. SLE
5. Defisiensi vitamin B12, defisiensi folat

Faktor-faktor lain yang memperberat depresi perlu pula diperhatikan, antara lain kehilangan berbagai macam segi kehidupan (pasangan hidup, perpisahan teman dekat dan anggota keluarga akibat meninggal atau pindah ke tempat lain, pekerjaan, keuangan yang memburuk, taraf kesehatan yang menurun, kehilangan rasa aman, kekuasaan/jabatan dan kebebasan), menurunnya dukungan sosial, menurunnya kapasitas sensoris (terutama penglihatan dan pendengaran) yang sangat mengganggu aktivitas sehingga mengakibatkan lansia terisolasi, menurunnya kemampuan daya ingat dan fungsi intelektual derajat berat (seperti demensia dan dileriumderajat berat), meningkatnya penyakit kronis, serta pemiskinan sosial dan lingkungan (Soejono, Probosuseno dan Sari, 2009).

Selain itu, faktor lingkungan tempat tinggal paling sering menjadi faktor predisposisi terjadinya depresi pada lansia. Lingkungan tempat tinggal lansia umumnya dikelompokkan menjadi dua yaitu yang tinggal di komunitas dan yang tinggal di panti sosial. Lingkungan tempat tinggal ini berhubungan dengan kondisi kehidupan sosial seseorang. Kehidupan sosial ini akan mempengaruhi kejadian depresi pada lansia. Lansia yang tinggal di komunitas pada umumnya sering mendapatkan kasih sayang, perhatian, perawatan dan dukungan sosial yang cukup oleh keluarga maupun masyarakat terdekat, dan mereka

sering berinteraksi dengan masyarakat sehingga kejadian depresi di komunitas cenderung lebih rendah. Sedangkan lansia yang tinggal di panti, mereka kurang mendapatkan kasih sayang, perhatian, dukungan sosial dan emosional dari keluarga sehingga kecenderungan untuk terjadinya depresi lebih besar (Soejono, Probosuseno dan Sari, 2009).

Menurut Stanley, dkk dalam Sari (2012), dari penelitian di Amerika dinyatakan bahwa kira-kira 10%-15% dari semua yang berusia diatas 5 tahun dan tinggal di komunitas memperlihatkan gejala depresi. Sedangkan lansia yang berada di institusi (panti sosial) menunjukkan angka depresi ringan sampai sedang antara 50%-75% yang menyerang lansia dengan perawatan jangka panjang.

#### **E. Manifestasi Klinis**

Gejala klinis depresi pada lansia sering tumpang tindih dengan komorbiditas penyakit medis lain, dimana depresi geriatri sering menonjolkan gejala somatiknya dibandingkan gejala depresinya sendiri. Berdasarkan DSM-IV, gejala depresi terdiri dari perasaan tertekan sepanjang hari, hilangnya minat atau rasa senang hampir setiap hari, berat badan menurun atau bertambah yang bermakna, insomnia atau hiperosomnia hampir setiap pagi, kelelahan (rasa lelah atau hilang energi) hampir setiap hari, rasa bersalah atau tidak berharga hampir setiap hari, sulit konsentrasi, dan pikiran berulang tentang kematian atau gagasan bunuh diri yang dialami 2 minggu atau lebih. Sedangkan menurut ICD-10, gejala-gejala depresi terdiri dari:

- a. Gejala utama, yakni:
  1. Perasaan depresif
  2. Hilangnya minat dan semangat
  3. Mudah lelah dan tenaga hilang.
- b. Gejala lain adalah:
  1. Konsentrasi menurun
  2. Harga diri menurun

3. Perasaan bersalah
4. Pesimis terhadap masa depan gagasan membahayakan diri sendiri atau bunuh diri
5. Gangguan tidur
6. Gangguan nafsu makan
7. Menurunnya libido (Soejono, Probosuseno dan Sari, 2009).

#### **F. Diagnosis**

Anamnesis merupakan hal yang sangat penting dalam diagnosis depresi dan harus diarahkan pada pencarian terjadinya berbagai perubahan fungsi terdahulu berdasarkan kriteria diagnosis yang ada di dalam DSM-IV atau ICD-10 maupun PPDGJ III. Aloanamnesis dengan keluarga atau informan lain dapat sangat membantu diagnosis (Martono dan Noviaty, 2011).

Menurut Soejono, Probosuseno dan Sari (2009), gejala depresi sering disertai dengan penyakit seperti diabetes melitus, hipertensi, gagal jantung, penurunan fungsi hepar dan ginjal, penyakit parkinson, penyakit alzheimer, stroke, arthritis. Sehingga gejala klinis depresi pada lansia sering tumpang tindih dengan komorbiditas penyakit medis lain, dimana depresi geriatri sering menonjolkan gejala somatiknya dibandingkan gejala depresinya sendiri. Depresi pada lansia seringkali kurang atau tidak terdiagnosis karena hal-hal berikut:

1. Penyakit fisik yang sering diderita seringkali mengacaukan gambaran depresi, antara lain mudah lelah dan penurunan berat badan.
2. Golongan lansia seringkali menutupi rasa sedihnya dengan justru menunjukkan bahwa dia lebih aktif.
3. Kecemasan, obsesionalitas, histeria dan hipondria yang sering merupakan gejala depresi justru sering menutupi depresinya.
4. Masalah sosial sering membuat masalah depresi menjadi lebih rumit.

Mengingat hal-hal tersebut diatas, maka dalam setiap asesmen geriatri seringkali disertakan form pemeriksaan untuk depresi, seringkali berupa skala depresi geriatri (GDS) atau skala penilaian (depresi) Hamilton (*Hamilton Rating Scale (HRS)*) (Martono dan Noviati, 2011).

Menurut Yesavage dan Montorio dalam Njoto (2014), Instrumen skrining depresi pada geriatri yang sering digunakan adalah *Geriatric Depression Scale (GDS)*. GDS dibuat oleh Yesavage J A dan teman-teman pada tahun 1982 dalam bentuk GDS yang terdiri dari 30 pertanyaan atau GDS versi panjang. Pada tahun 1986 Yesavage J A dan teman-teman merevisi GDS dalam bentuk versi pendek yang terdiri dari 15 pertanyaan. GDS versi pendek ini dibuat karena pertanyaan yang panjang dan banyak pada GDS-30 pertanyaan, cenderung akan menyebabkan kejenuhan pada lansia dalam menjawab pertanyaan sehingga dibuatlah versi pendek ini untuk mengurangi kejenuhan tersebut agar hasil pemeriksaan lebih baik dan juga dapat mempermudah dalam pemeriksaan.

Menurut Marc dalam Njoto (2014) pada GDS-30 pertanyaan, didapatkan sensitivitas 84% untuk skor di atas 11 dan spesifisitas 95% dengan DSM III sebagai baku emas. Sedangkan pada GDS-15 mempunyai sensitivitas 80,5% dan spesifisitas 75% pada titik potong skor 5/6, dengan *Structure Clinical Interview for DSM-IV (SCID)* sebagai perbandingan.

Menurut Wongpakaran dalam Njoto (2014), GDS 15 pertanyaan paling sering digunakan untuk mendeteksi depresi pada lanjut usia dan dapat berfungsi sebaik GDS 30 pertanyaan, meskipun fakta menunjukkan bahwa GDS-15 sedikit berbeda dari GDS-30 dalam kemampuannya mendeteksi depresi. GDS-15 dan GDS-30 berkorelasi tinggi ( $r=0,89$ ) dan mempunyai tingkat sensitivitas mirip, tetapi spesifisitas GDS-15 sedikit menurun dibandingkan GDS-30. Sebuah

studi di Yunani mendapatkan sensitivitas 92,23% dan spesifisitas 95,24% dengan konsistensi internal tinggi, yaitu *Cronbach's Alpha* =0,94 pada GDS-15 dengan titik potong 6/7. Pada studi meta-analisis atas 15 studi yang menggunakan GDS-15, didapatkan sensitivitas 84,3% (95% CI 79,7-88,4%) dengan spesifisitas 73,8% (95% CI 68,0-79,2%). Jika responden menderita gangguan kognitif yang signifikan, sensitivitas turun menjadi 70,2% (95% CI 47,7-88,5%) dengan spesifisitas naik menjadi 74,5% (95% CI 61,2-85,7%). Jika digunakan di perawatan rumah jangka panjang (*Long Term Care [LTC] Home*), sensitivitas dan spesifisitas menjadi 86,6% dan 72,3% dan jika digunakan pada pasien rawat jalan didapatkan sensitivitas dan spesifisitas menjadi 82,2% dan 74,5%.

Menurut Fountoulakis, dkk dalam Njoto (2014), penelitian lain membandingkan GDS-15 untuk mendeteksi depresi mayor di perawatan rumah jangka panjang dengan rawat jalan geriatri di Thailand. Didapatkan untuk GDS-15 hasilnya lebih baik pada rawat jalan geriatri dengan sensitivitas 92% dan spesifisitas 87% (titik potong  $\geq 5$ ), sedangkan pada kelompok perawatan rumah jangka panjang dengan kognitif masih intak, sensitivitasnya mencapai 100% dan spesifisitas 49% (titik potong  $\geq 8$ ). Nilai prediksi negatif baik pada kedua grup, tetapi nilai prediksi positif pada grup rawat jalan (83,3%) lebih baik daripada pada grup perawatan rumah jangka panjang (31,2%). Menurut Debruyne, dkk dalam Njoto (2014) untuk mendeteksi depresi pada lansia yang memiliki gangguan kognitif minimal sebaiknya menggunakan GDS-30 pertanyaan, tetapi tidak pada penderita demensia Alzheimer.

### **2.1.3. Tempat Tinggal Lansia**

#### **A. Definsi tempat tinggal lansia**

Tempat tinggal merupakan suatu bangunan, tempat seseorang atau beberapa orang tinggal secara menetap dalam jangka waktu tertentu, di suatu tempat tertentu. Tempat tinggal juga diartikan sebagai tempat dimana seseorang menjalani proses kehidupan, kewajiban dan menerima hak-haknya pada waktu tertentu (Pusat Bahasa, 2004).

Tempat tinggal lansia adalah keberadaan seorang lansia di dalam suatu tempat dan lingkungan di mana mereka hidup dan bertempat tinggal dalam jangka waktu lama (Hermana, 2006). Berdasarkan hasil penelitian, diketahui bahwa kebanyakan lansia di Indonesia bertempat tinggal dirumah sendiri (54,7%), dan tinggal di rumah keluarga (44,4%), sedangkan sebagian kecil tinggal dirumah sakit (0,5%) dan tinggal di panti werdha (0,4%). Sedangkan di Amerika diketahui bahwa 5 % Lansia tinggal di lembaga perawatan, 20 % dari lansia yang berusia di atas 85 tahun tinggal di rumah perawatan, 25 % tinggal seorang diri, dan 50 % tinggal dengan keluarganya (Darmojo, 2011).

#### **B. Panti Sosial Tresna werdha**

Panti werdha merupakan suatu institusi hunian bersama para lansia yang secara fisik/kesehatan masih mandiri, akan tetapi (terutama) mempunyai keterbatasan di bidang sosial-ekonomi. Kebutuhan harian dari para penghuni biasanya disediakan oleh pengurus panti. Panti ini diselenggarakan oleh pemerintah atau swasta (Martono dan Pramantara, 2009). Panti sosial yang dikelola oleh pemerintah memiliki sasaran pelayanan pada usia lanjut berusia 60 tahun keatas yang tidak memiliki keluarga, terlantar, tidak mempunyai

keluarga yang dapat membantu kehidupannya sehari-hari, karena kemauannya sendiri atau terpaksa (Martono, 2011).

Tujuan dari institusi ini adalah menyelenggarakan pelayanan kesejahteraan sosial bagi lansia yang telantar meliputi perawatan, pembinaan fisik, mental dan sosial. Arahannya dalam pelaksanaan pencapaian tujuan dan sasaran didasarkan pada UU No. 13 tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia, yang mengupayakan terwujudnya kesejahteraan lansia dengan menciptakan rasa aman, nyaman dan tentram di hari tua (Hermana, 2006).

Menurut Dermatoto dalam Setyoadi, Noerhamdani, dan Ermawati (2010), pada umumnya panti werda memberikan akomodasi dan pelayanan jangka panjang bagi lansia yang tidak mempunyai keluarga, dan tidak mampu menyewa rumah sendiri serta lansia yang mengalami masalah hubungan dengan keluarga atau tidak ingin membebani keluarganya. Menurut Darmojo (2011), panti werda juga memberikan akomodasi bagi lansia yang masih mempunyai anak, tetapi keluarga atau anaknya merasa tidak mampu merawatnya. Kegiatan yang dilakukan lansia di panti tidak jauh berbeda dengan kegiatan lansia di komunitas, misalnya: pemeriksaan kesehatan, pengajian, pelatihan ketrampilan, rekreasi bersama.

Menurut Nugroho dalam Siregar (2013), pelayanan yang diberikan pada institusi ini agar lansia dapat menjalani kehidupan mereka dengan bahagia dan damai, yaitu:

1. Pemenuhan kebutuhan setiap hari, kebutuhan makan, pakaian, dan tempat tinggal.
2. Bimbingan keagamaan, seperti bimbingan rohani, tuntunan beribadah.
3. Pelayanan sosial, contohnya bimbingan individu/kelompok.
4. Pelayanan keterampilan, misalnya kegiatan penyaluran hobi dan pengisian waktu luang.
5. Pelayanan psikologis (konsultasi, terapi kelompok).

6. Pelayanan pendampingan misalnya mendampingi kegiatan sehari-hari dan kegiatan diluar panti.
7. Pelayanan kesehatan, penyuluhan kesehatan, pemeriksaan dokter, pelayanan dokter Puskesmas, menyediakan obat-obat ringan.
8. Pembinaan fisik guna menjaga kesehatan seperti senam yang bermanfaat untuk peregangan otot, pernafasan dan jantung.
9. Kegiatan-kegiatan bersama untuk meningkatkan kebersamaan dan interaksi sosial.
10. Kesehatan, memberikan penyuluhan hidup sehat dan bersih.
11. Bantuan tambahan modal usaha bagi usia lanjut.
12. Rekreasi dan mendengarkan music.
13. Pengurusan jenazah atau pemakaman.
14. Keluarga lansia dapat berkunjung setiap hari kepanti. Patugas panti dapat memberikan izin kepada keluarga untuk bertemu lansia tersebut selama tidak mengganggu kegiatan lansia di panti.

Walaupun pihak panti memberikan izin keluarga untuk berkunjung, tetapi dalam kenyataannya sangat sedikit keluarga yang mengunjungi lansia tersebut sehingga mereka cenderung merasa kehilangan dukungan sosial keluarga dan mereka sangat merindukan untuk dapat menikmati sisa hidupnya dengan tinggal bersama keluarga, walaupun kebutuhan fisik (pangan, sandang dan papan), kesehatan dan lain-lain sudah dicukupi oleh panti sosial. Dukungan sosial keluarga ini tidak bisa dipenuhi dalam panti sosial, sehingga hal ini dapat memicu terjadinya kejadian depresi pada lansia di panti sosial (Martono dan Pramantara, 2009). Namun, menurut Hadiwidjojo dalam Cahyawati (2011), ada sisi positif lansia tinggal di panti, yaitu mereka bisa bertemu teman sebaya dan dapat saling bertukar pengalaman dan berbagi suka dan duka.

Dari hasil penelitian Neti, Septi, dan Asma dalam Pin (2013) mengenai “Gambaran Jenis dan Tingkat Kesenian Pada Lansia di Balai Panti Sosial Tresna Wredha Pakutandang Ciparay Bandung” didapatkan bahwa 69,5% lansia mengalami kesepian ringan. Dan untuk jenis kesepian maka didapatkan hasil bahwa sebagian besar lansia mengalami kesepian emosional yaitu dengan persentase 49,4%. Dari penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa sebagian besar lansia mengalami kesepian. Sebagian besar lansia mengalami kesepian yang ringan dan mengalami kesepian emosional. Keadaan kesepian ini dapat memicu timbulnya depresi pada lansia.

Menurut Palompon, dkk (2011), kondisi lingkungan di panti sosial seperti pelayanan dan fasilitas panti yang kurang memadai, sedikitnya program kegiatan/aktivitas lansia dipanti, menurunnya interaksi sosial, perawatan dan pengobatan penyakit yang tidak adekuat, pengobatan depresi pada tidak adekuat sangat mempengaruhi terjadinya kejadian depresi pada lansia. Tingginya angka kejadian depresi pada lansia juga dipengaruhi oleh faktor fisik, personal dan perilaku lansia.

Menurut Syamsuddin (2006) dalam Marta (2012), semua lansia ingin tinggal bersama keluarganya terutama anak dan cucunya serta mendapatkan perawatan yang baik dari keluarga. Namun karena beberapa faktor seperti tidak memiliki keluarga, atau masih memiliki keluarga tetapi keluarganya tidak mau mengurusnya sehingga membuat lansia terpaksa tinggal di panti sebagai alternatif untuk mendapatkan pelayanan yang memadai. Keputusan ini tidak seratus persen diterima dengan lapang dada oleh lansia. Bagi sebagian lansia hidup di panti bukan merupakan pilihan terbaik, bahkan sebaliknya menjadi pilihan yang menyedihkan sehingga butuh waktu yang lama bagi lansia untuk beradaptasi dengan lingkungan panti. Kondisi panti juga akan mempengaruhi lansia untuk beradaptasi. Kebanyakan panti hanya fokus memberikan pangan dan papan saja, tetapi kurang

memperhatikan kondisi emosional dan sosial yang dapat mempermudah lansia beradaptasi. Tidak adanya kegiatan di panti akan membuat lansia hanya diam dan merenung sehingga akan mempengaruhi adaptasi. Kondisi-kondisi inilah yang akan membuat lansia banyak mengalami depresi dibandingkan dikomunitas.

### **C. Komunitas**

Komunitas adalah kelompok sosial yang terdiri dari beberapa organisme yang saling berinteraksi di suatu daerah tertentu (Pusat Bahasa, 2004). Lansia yang tinggal di komunitas merupakan lansia yang bertempat tinggal di rumah sendiri atau di rumah keluarga dan saling berinteraksi di tengah masyarakat dalam suatu wilayah tertentu (Martono, 2011).

Berdasarkan hasil penelitian, diketahui bahwa kebanyakan lansia di Indonesia bertempat tinggal dirumah sendiri (54,7%), dan tinggal di rumah keluarga (44,4%), sedangkan sebagian kecil tinggal dirumah sakit (0,5%) dan tinggal di panti werdha (0,4%). Hal ini berarti banyak lansia yang tinggal di komunitas (Darmojo, 2011).

Menurut Adib dalam Pin (2013), alasan lansia mau hidup dan tinggal di rumah sendiri, karena dapat tenang dan tentram (fungsi perlindungan), lebih bebas, lebih puas, lebih enak (fungsi kesejahteraan lahir dan batin), dapat mengatur dan mengontrol rumahnya sekaligus dapat menjaga rumah, dan memiliki suatu jenis usaha serta tidak merepotkan orang lain dan atau anak. Sedangkan alasan lansia mau tinggal di rumah keluarga, karena dalam keluarga, lansia dapat melaksanakan fungsi-fungsi normatif seperti: reproduksi, ekonomi, pendidikan, keagamaan, sosial budaya, cinta dan kasih sayang, perlindungan dan melestarikan lingkungan. Dengan melaksanakan fungsi tersebut, lansia akan memperoleh kesejahteraan lahir dan batin. Menurut Siregar (2013), tingginya jumlah lansia dan terbatasnya panti werdha di Indonesia, menyebabkan banyak lansia

yang tinggal di komunitas serta ada tradisi masyarakat dimana seorang anak dan keturunan merupakan pengurus dan sumber potensi untuk mencapai kebutuhan orang tua.

Keluarga merupakan *support system* utama bagi lansia dalam mempertahankan kesehatannya. Peranan Keluarga dalam perawatan lansia antara lain menjaga atau merawat lansia, mempertahankan dan meningkatkan status mental, mengantisipasi perubahan sosial ekonomi, serta memberikan motivasi dan memfasilitasi kebutuhan spiritual bagi lansia. Setiap anggota keluarga mempunyai peranan penting terhadap lansia, peranan tersebut antara lain: melakukan pembicaraan terarah, mempertahankan kehangatan keluarga, membantu mencukupi kebutuhan sadang, pangan dan papan, membantu memenuhi kebutuhan ekonomi, memberikan kasih sayang, menyediakan waktu serta perhatian, memberikan motivasi untuk melakukan kegiatan-kegiatan rumah termasuk mengembangkan hobi, dan memberikan bantuan untuk memenuhi kebutuhan spiritual kepada Tuhan. Kasih sayang, perhatian yang cukup, dan dukungan sosial dari anggota keluarga, merupakan semangat dalam lansia menjalani hidup dan ia akan merasa hidup tenang dan bahagia. Keadaan ini akan mendorong para lansia dapat menemukan makna hidup yang lebih baik dibanding lansia yang tinggal di panti werdha (Maryam, dkk, 2008).

#### **2.1.4. Hubungan Tempat Tinggal Lansia dengan Kejadian Depresi**

Lingkungan tempat tinggal lansia umumnya dikelompokkan menjadi dua yaitu yang tinggal di komunitas dan yang tinggal di panti sosial. Perbedaan tempat tinggal akan memunculkan perbedaan lingkungan fisik, sosial, ekonomi, psikologi, dan spiritual religious. Perbedaan faktor lingkungan tempat tinggal sangat berhubungan dengan kehidupan sosial seseorang, sehingga dapat mempengaruhi keadaan status kesehatan, terutama kesehatan psikologi penduduk usia lanjut yang tinggal didalamnya. Perbedaan jenis tempat tinggal juga disebutkan sebagai faktor prediktor

independen untuk terjadinya depresi pada lansia (Soejono, Probosuseno dan Sari, 2009).

Menurut James (2013), kejadian depresi di panti sosial lebih tinggi dibandingkan dengan di komunitas. Faktor penyebab tingginya kejadian depresi di panti ini yaitu faktor lingkungan di panti, faktor kesehatan personal dan faktor perilaku. Faktor lingkungan di panti seperti kurangnya dukungan sosial dari keluarga dan pihak panti, kehilangan kebebasan, pelayanan dan fasilitas panti yang kurang memadai, perawatan dan pengobatan penyakit yang tidak adekuat, pengobatan depresi pada tidak adekuat, sedikitnya program kegiatan/aktivitas lansia dipanti, menurunnya interaksi sosial. Faktor personal seperti gangguan fungsi kognitif, perubahan struktur otak, menurunnya fungsi tubuh dan komorbiditas kondisi medis. Faktor perilaku seperti mengisolasi diri, perasaan kesepian, perasaan sedih dan kehilangan keluarga, teman, pekerjaan.

Lansia yang tinggal di panti sosial diberikan kebutuhan sandang, pangan, dan papan, Namun, kehidupan di panti berbeda dengan kehidupan di komunitas. Hidup di panti sosial akan membuat lansia jauh dari keluarga walaupun sebenarnya pihak panti memberikan kesempatan keluarga untuk berkunjung, namun memang pada kenyataannya sangat jarang keluarga yang mengunjungi para lansia di panti sosial tersebut. Hal ini akan membuat lansia merasa kehilangan dukungan sosial dan emosional dari keluarga. Dukungan sosial dan emosional keluarga yang tidak terpenuhi ini dapat memicu terjadinya kejadian depresi pada lansia di panti sosial lebih besar dari pada di komunitas. Sehingga dapat dikatakan bahwa lingkungan tempat tinggal lansia sangat berhubungan dengan kejadian depresi pada lansia (Martono dan Pramantara, 2009).

Berdasarkan penelitian Setyoadi, Noerhamdani, dan Ermawati (2010), Lingkungan tempat tinggal lansia sangat berhubungan dengan kejadian depresi pada lansia. Lansia di komunitas cenderung mendapatkan kebutuhan psikologis dan sosial yang lebih baik dari pada lansia yang berada di panti, karena interaksi lansia di komunitas pada dasarnya lebih luas dari pada lansia

di panti. Lansia di komunitas dapat berinteraksi dengan keluarga, teman, dan masyarakat, sedangkan interaksi lansia di panti terbatas pada penghuni panti serta petugas panti saja. Keadaan ini akan membuat lansia di panti cenderung lebih rentan mengalami depresi.

Kebutuhan psikologis dan sosial yang kurang baik pada lansia akan membuat lansia merasa kesepian. Dari hasil penelitian Neti, Septi, dan Asma dalam Pin (2013) mengenai “Gambaran Jenis dan Tingkat Kesepian Pada Lansia di Balai Panti Sosial Tresna Wredha Pakutandang Ciparay Bandung” didapatkan bahwa 69,5% lansia mengalami kesepian ringan. Dan untuk jenis kesepian maka didapatkan hasil bahwa sebagian besar lansia mengalami kesepian emosional yaitu dengan persentase 49,4%. Dari penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa sebagian besar lansia mengalami kesepian. Sebagian besar lansia mengalami kesepian yang ringan dan mengalami kesepian emosional. Keadaan kesepian ini dapat memicu timbulnya depresi pada lansia.

Tinggal di komunitas (dirumah sendiri atau dirumah keluarga), dapat membuat lansia hidup lebih bahagia, tenang dan tentram, lebih bebas, lebih puas, dan lebih nyaman. Hal ini karena hidup di dalam komunitas, lansia dapat berinteraksi dengan keluarga, teman, dan masyarakat sehingga kebutuhan kehidupan sosial dan psikologi lansia dapat tercukupi (Setyoadi, Noerhamdani, dan Ermawati, 2010). Kasih sayang, perhatian yang cukup, dan dukungan sosial dari anggota keluarga, merupakan semangat dalam lansia menjalani hidup dan ia akan merasa hidup tenang dan bahagia. Keadaan ini akan mendorong para lansia dapat menemukan makna hidup yang lebih baik dibanding lansia yang tinggal di panti sosial werdha sehingga kejadian depresi di komunitas lebih rendah daripada di panti sosial werdha (Maryam, dkk, 2008).

Lingkungan sosial yang sempit di panti werdha akan mendorong lansia untuk mengalami depresi, hal ini seperti yang dijelaskan dalam penelitian Wulandari (2011) di Semarang. Dari hasil penelitian Wulandari (2011) diketahui bahwa partisipasi sosial yang kurang (5,8%) dan partisipasi

sosial cukup (19,2%) sangat mempengaruhi kejadian depresi pada lansia di panti werdha ( $p\ value = 0,014$ ,  $RP = 5,000$  (CI: 2,578-9,699) dan  $p\ value = 0,014$ ,  $RP = 6,000$  (CI: 1,323-27,219)) (Wulandari, 2011).

Kebahagiaan dalam kehidupan keluarga juga bergantung dengan keharmonisan hubungan keluarga itu sendiri. Kehidupan keluarga yang kurang harmonis justru akan membuat tekanan pada lansia walaupun ia bertempat tinggal di komunitas. Hal ini akan membuat proporsi kejadian depresi di lingkungan komunitas lebih besar daripada di panti sosial (Cahyawati, 2011).

Lingkungan tempat tinggal sangat berhubungan dengan faktor sosio-kultural-religi seseorang, sehingga lingkungan tempat tinggal lansia ini berhubungan dengan kejadian depresi pada lansia. Kehidupan sosio-kultural-religi seseorang di panti sosial berbeda dengan komunitas dan di negara maju berbeda dengan di negara berkembang (Martono dan Novianti, 2011).

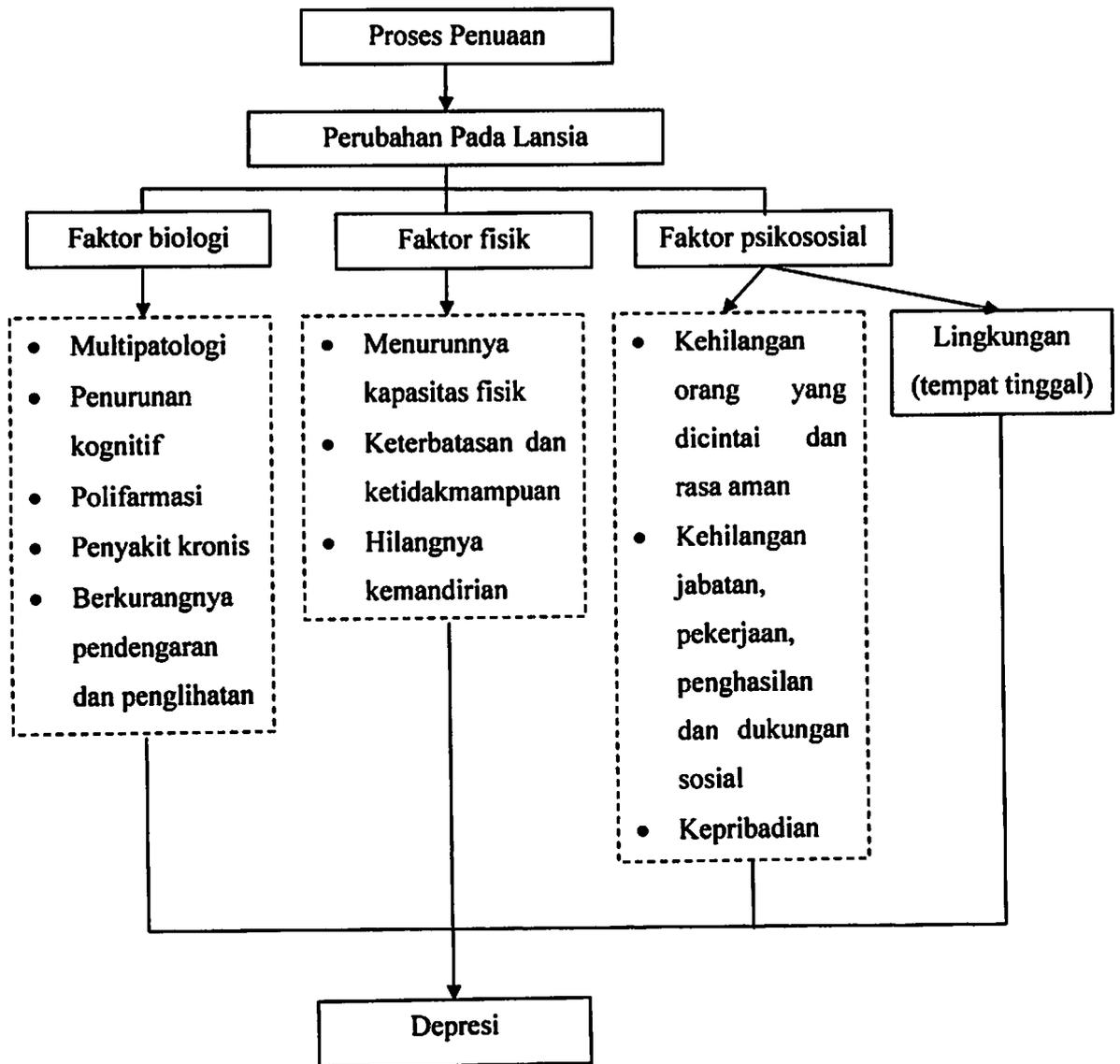
Berdasarkan penelitian di Indonesia, prevalensi depresi pada usia lanjut di pelayanan kesehatan primer adalah 5-17%, sementara prevalensi depresi pada usia lanjut yang mendapat pelayanan asuhan rumah (*home care*) adalah 13,5%. Prevalensi depresi geriatri lebih tinggi di ruang perawatan daripada di masyarakat. Selain itu, usia lanjut di perawatan jangka panjang memiliki tingkat depresi yang lebih tinggi daripada di masyarakat, sehingga faktor perbedaan tempat tinggal dapat disebut sebagai faktor predisposisi depresi pada usia lanjut (Soejono, Probosuseno dan Sari, 2009).

Pada penelitian yang dilakukan di Pakistan oleh Qadir, dkk (2014), lansia yang tinggal di panti sosial memiliki gejala depresif yang lebih besar daripada yang tinggal di rumah dan dari hasil analisis *chi-square* didapatkan bahwa ada hubungan tempat tinggal dengan kejadian depresi lansia ( $p\ value=0,001$ ). Tempat tinggal merupakan faktor predisposisi terjadinya depresi pada usia lanjut dengan peluang 3,35 kali bagi lansia yang bertempat tinggal di panti sosial untuk mengalami depresi dibandingkan dengan lansia yang bertempat tinggal di komunitas. Namun berbeda dengan hasil penelitian oleh Soondool (2008) di Korea Selatan, dari hasil penelitiannya diketahui

bahwa hasil analisis regresi logistik ganda pada 307 orang tua yang tinggal di panti jompo dan 166 orang tua yang hidup di masyarakat, sebanyak 39,3% dari sampel lansia di masyarakat menunjukkan gejala depresi, lebih tinggi dari tingkat yang ditemukan di panti jompo (24,0%). Menurut Soondool (2008), kehidupan sosial lansia Korea Selatan di komunitas kurang baik dibandingkan di panti jompo karena banyak diantara lansia tersebut yang mengalami kesepian akibat di tinggal keluarga untuk bekerja dan karena mereka hidup mandiri. Hal ini terjadi karena efek negara Korea Selatan sebagai negara mandiri dan maju.

Pada penelitian dari MCDougall, dkk (2007) diketahui bahwa ada hubungan tempat tinggal dengan kejadian depresi pada lansia ( $p$  value=0,003). Selain itu pada penelitian Fitri (2012) didapatkan nilai  $X^2=3,196$  sehingga ada hubungan tempat tinggal dengan kejadian depresi lansia.

## 2.2. Kerangka Teori



Keterangan:

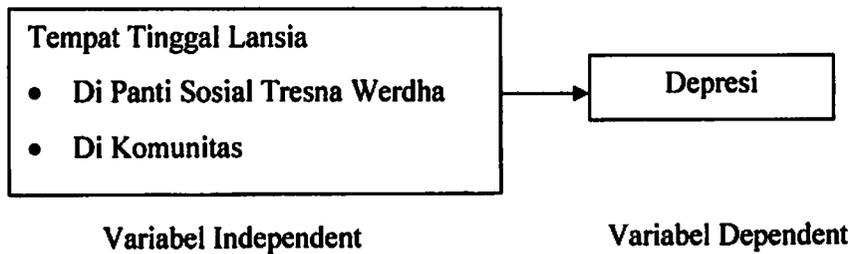
□ : Variabel yang diteliti

□ (dashed) : Variabel yang tidak diteliti

Gambar 1. Kerangka Teori

Sumber: Soejono, Probosuseno dan Sari, 2009; Darmojo, 2011 yang dimodifikasi

### 2.3. Kerangka Konsep



Gambar 2. Kerangka Konsep

### 2.4. Hipotesis

#### 2.4.1. Hipotesis Null ( $H_0$ )

Tidak ada hubungan tempat tinggal lansia dengan kejadian depresi pada lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai Palembang dan di Komunitas Posyandu Lansia Puskesmas Taman Bacaan Palembang.

#### 2.4.2. Hipotesis Alternatif ( $H_a$ )

Ada hubungan tempat tinggal lansia dengan kejadian depresi pada lansia di Panti sosial Tresna Werdha Teratai Palembang dan di Komunitas Posyandu Lansia Puskesmas Taman Bacaan Palembang.

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **3.1. Jenis Penelitian**

Jenis penelitian ini adalah observasional analitik dengan desain kohort retrospektif.

#### **3.2. Waktu dan Tempat Penelitian**

##### **3.2.1. Waktu Penelitian**

Penelitian ini telah dilakukan pada 11-28 November 2014.

##### **3.2.2. Tempat Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai Palembang dan di daerah sekitar wilayah kerja Posyandu Lansia Puskesmas Taman Bacaan Palembang.

#### **3.3. Populasi dan Sampel**

##### **3.3.1. Populasi**

###### **A. Populasi Target**

Populasi target pada penelitian ini adalah penduduk lansia di kota Palembang.

###### **B. Populasi Terjangkau**

Populasi terjangkau pada penelitian ini adalah lansia yang bertempat tinggal di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai Palembang dan lansia bertempat tinggal disekitar wilayah kerja atau yang berkunjung ke wilayah kerja Posyandu Lansia Puskesmas Taman Bacaan Palembang.

### 3.3.2. Sampel dan Besar Sampel

Sampel pada penelitian ini adalah lansia yang memenuhi kriteria inklusi dan tidak memenuhi kriteria eksklusi dengan jumlah sampel minimal yang dihitung menggunakan rumus besar sampel untuk penelitian analitik kategorik pada dua kelompok independen, yaitu

$$n_1 = n_2 = \left[ \frac{(Z\alpha\sqrt{2PQ} + Z\beta\sqrt{P_1Q_1 + P_2Q_2})^2}{(P_1 - P_2)^2} \right] \text{ (Sastroasmoro \& Ismael, 2011)}$$

$Z\alpha$  = kesalahan tipe I yaitu 5% (0,05) = 1,64

$Z\beta$  = kesalahan tipe II yaitu 20% = 0,84

$P_1$  = Proporsi depresi pada lansia di Panti Werdha adalah 0,38

$P_1 - P_2$  = selisih proporsi depresi pada kedua kelompok yang dianggap

bermakna, dari penelitian Wulandari (2011) yaitu - 0,22 (efek protektif)

$P_2 = 0,38 - 0,22 = 0,16$

$Q_1 = 1 - P_1 = 1 - 0,38 = 0,62$

$Q_2 = 1 - P_2 = 1 - 0,16 = 0,84$

$P = \frac{1}{2}(P_1 + P_2) = \frac{1}{2}(0,38 + 0,16) = \frac{1}{2}(0,54) = 0,27$

$Q = 1 - P = 1 - 0,27 = 0,73$

$$\begin{aligned} n_1 = n_2 &= \left[ \frac{(Z\alpha\sqrt{2PQ} + Z\beta\sqrt{P_1Q_1 + P_2Q_2})^2}{(P_1 - P_2)^2} \right] \\ &= \left[ \frac{(1,64\sqrt{2 \times 0,27 \times 0,73} + 0,84\sqrt{0,38 \times 0,62 + 0,16 \times 0,84})^2}{(0,38 - 0,16)^2} \right] \\ &= \frac{2,3746}{0,0484} \\ &= 49 \text{ sampel} \end{aligned}$$

Jadi jumlah sampel minimal yang dibutuhkan adalah 49 sampel untuk masing-masing kelompok.

### 3.3.3. Kriteria Inklusi dan Eksklusi

#### A. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah:

1. Berusia  $\geq$  60 tahun.
2. Bersedia menjadi subyek penelitian dengan menandatangani *inform consent* penelitian.
3. Kooperatif dan dapat diwawancarai.

#### B. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah:

1. Mengalami gangguan kognitif, yang dibuktikan dengan pemeriksaan MMSE.
2. Menderita penyakit tertentu (stroke), yang dibuktikan dengan observasi dan wawancara.
3. Mengalami gangguan psikotik (Skizofrenia), yang dibuktikan dengan observasi dan wawancara.
4. Mengalami gangguan pendengaran, yang dibuktikan dengan observasi dan wawancara.
5. Mengalami gangguan penglihatan, yang dibuktikan dengan observasi dan wawancara.

### 3.3.4. Cara Pengambilan Sampel

Teknik sampling yang digunakan pada penelitian ini adalah teknik *Non-probability sampling* dengan cara *purposive sampling*, yaitu pemilihan responden berdasarkan pada pertimbangan subyek dan praktis yang dibuat peneliti, bahwa responden tersebut dapat memberikan informasi yang memadai untuk menjawab pertanyaan penelitian (Sastroasmoro & Ismael, 2011).

### 3.4. Variabel Penelitian

#### 3.4.1. Variabel Dependent

Variabel dependent pada penelitian ini adalah angka kejadian depresi pada lansia.

#### 3.4.2. Variabel Independent

Variabel independent pada penelitian ini adalah tempat tinggal lansia yaitu di Panti Sosial Werdha Teratai Palembang dan di komunitas wilayah kerja Posyandu Lansia Puskesmas Taman Bacaan Palembang.

### 3.5. Definisi Operasional

#### 1. Lansia

Definisi : Seseorang yang telah mencapai umur 60 tahun atau lebih.

Alat ukur : Dari hasil wawancara tentang umur.

Cara ukur : Wawancara.

Hasil ukur : 60-70 tahun : Usia lanjut (*Elderly*)

71-90 tahun : Usia lanjut tua (*Old*)

>90 tahun : Usia sangat tua (*Very Old*)

Skala ukur : Skala ordinal

#### 2. Tempat Tinggal

Definisi : Suatu tempat seseorang atau beberapa orang tinggal secara menetap dalam jangka waktu tertentu, di suatu tempat tertentu.

Alat ukur : Dari hasil pengamatan atau observasi.

Cara ukur : Pengamatan atau observasi.

Hasil ukur : Bertempat tinggal di panti sosial werdha, bila tinggal di perkumpulan para lansia yang secara fisik/kesehatan masih mandiri atau membutuhkan perawatan, akan tetapi mempunyai keterbatasan sosial ekonomi.

Bertempat tinggal di komunitas, bila tinggal di rumah sendiri atau di rumah keluarga dan saling berinteraksi di tengah masyarakat dalam suatu wilayah tertentu.

Skala ukur : Skala nominal

### 3. Depresi pada lansia

**Definisi** : Gangguan emosional yang terjadi pada orang berusia diatas 60 tahun dan ditandai dengan perasaan sedih atau kosong yang hampir setiap hari, perubahan berat badan dan nafsu makan, perubahan tidur dan aktivitas, tidak ada energi, rasa bersalah, menarik diri dari orang lain, masalah dalam berpikir dan membuat keputusan, serta pikiran berulang mengenai kematian dan bunuh diri.

**Alat ukur** : Kuesioner *Geriatric Depression Scale-Short Form (GDS Short Form)*

**Cara ukur** : Wawancara

**Hasil ukur** : Tidak depresi (Skor GDS < 5)

Depresi (Skor GDS  $\geq$  5)

**Skala ukur** : Skala nominal

### 3.6. Cara Pengumpulan Data

Data yang digunakan pada penelitian ini adalah data primer. Data tersebut dikumpulkan dengan menggunakan instrument berupa kuesioner, yang dilengkapi dengan wawancara dan observasi. Metode wawancara dan observasi pada penelitian ini digunakan untuk mendapatkan data kriteria eksklusi mengenai data penyakit tertentu (stroke), gangguan psikotik (skizofrenia), gangguan pendengaran dan gangguan penglihatan. Wawancara ini berdasarkan panduan wawancara yang berisikan gejala-gejala yang dapat mengarahkan pada penyakit yang termasuk kriteria eksklusi.

Kuesioner yang digunakan pada penelitian ini adalah kuesioner *Geriatric Depression Scale-Short Form (GDS Short Form)* untuk mengetahui status depresi lansia dan kuesioner MMSE untuk mengetahui status kognitif. Kuesioner MMSE terdiri dari 11 item berupa pertanyaan singkat, yang mencakup penilaian orientasi, registrasi, perhatian dan kalkulasi, mengingat kembali serta bahasa. MMSE ini memiliki sensitivitas 86% dan spesifisitas 92 % (Setyopranoto, 2002).

Kuesioner GDS versi pendek merupakan salah satu versi kuesioner GDS yang terdiri atas 15 pertanyaan. Kuesioner GDS ada dua versi, yaitu versi panjang (terdiri dari 30 pertanyaan) dan versi pendek (terdiri dari 15 pertanyaan). Menurut Wongpakaran dalam Njoto (2014), GDS 15 pertanyaan paling sering digunakan untuk mendeteksi depresi pada lanjut usia dan dapat berfungsi sebaik GDS 30 pertanyaan, meskipun fakta menunjukkan bahwa GDS-15 sedikit berbeda dari GDS-30 dalam kemampuannya mendeteksi depresi. GDS-15 dan GDS-30 berkorelasi tinggi ( $r=0,89$ ) dan mempunyai tingkat sensitivitas mirip, tetapi spesifisitas GDS-15 sedikit menurun dibandingkan GDS-30. GDS versi pendek ini dibuat karena pertanyaan yang panjang dan banyak pada GDS-30 pertanyaan, cenderung akan menyebabkan kejenuhan pada lansia dalam menjawab pertanyaan sehingga dibuatlah versi pendek ini untuk mengurangi kejenuhan tersebut agar hasil pemeriksaan lebih baik dan juga dapat mempermudah dalam pemeriksaan. Oleh karena inilah, maka penulis menggunakan GDS versi pendek.

GDS versi pendek terdiri dari 15 pertanyaan tertutup yang harus dijawab responden dengan alternatif dua jawaban, yaitu “Ya” dan “Tidak”

- a. Jawaban Tidak untuk butir 1, 5, 7, 11,13 mendapat skor 1 (satu), dan bila dijawab Ya mendapat skor 0 (nol).
- b. Jawaban Ya untuk butir 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15 mendapat skor 1 (satu), dan bila dijawab Tidak mendapat skor 0 (nol) (Greenberg, 2012).

### 3.7. Cara Pengolahan dan Analisis Data

#### 3.7.1. Cara Pengolahan

Cara pengolahan data pada penelitian ini terdiri dari beberapa tahapan, yaitu:

- a. *Editing*, peneliti mengecek kelengkapan, kesinambungan dan keseragaman data kuesioner *GDS-Short form*, MMSE dan panduan wawancara yang telah dijawab, untuk memastikan data dapat dibaca dengan baik dan relevan.
- b. *Coding*, peneliti mengklasifikasi dan memberi kode pada data hasil kuisisioner untuk memudahkan dalam pengolahan data, dimana 1 untuk

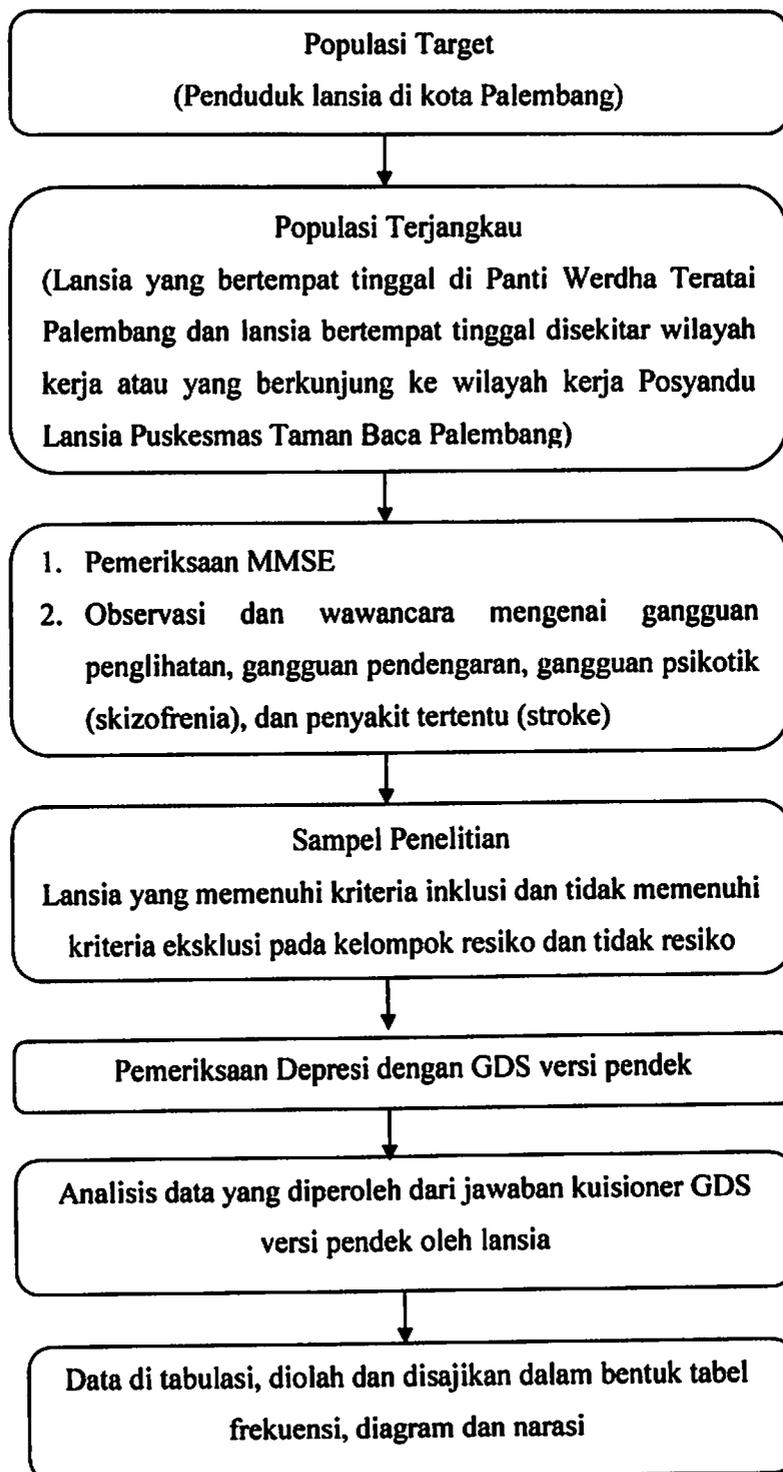
depresi dan 2 tidak depresi. Selain itu 1 untuk lansia yang tinggal di panti werdha dan 2 untuk lansia yang tinggal di komunitas.

- c. *Entry Data*, setelah di koding peneliti memasukkan data yang diperoleh ke program komputer SPSS 20 untuk proses analisis data.
- d. *Cleaning*, peneliti mengecek kembali data-data yang sudah di *entry* apakah ada kesalahan atau tidak sebelum dianalisis.
- e. *Tabulating*, peneliti mengorganisasikan data agar dapat mudah dijumlah, disusun, dan ditata untuk disajikan dan dianalisis, yaitu dengan analisis univariat untuk mengetahui proporsi kejadian depresi di panti werdha dan komunitas dan dengan bivariat (*chi-square*) untuk analisis hubungan tempat tinggal dengan kejadian depresi lansia.

### **3.7.2. Analisis Data**

Analisis statistik yang digunakan pada penelitian ini adalah analisis univariat (distribusi frekuensi, dan proporsi) untuk mengetahui proporsi lansia di panti sosial werdha dan di komunitas serta proporsi kejadian depresi pada lansia, dan analisis bivariat (*chi-square*) untuk mengetahui hubungan tempat tinggal lansia dengan kejadian depresi lansia di kedua kelompok dengan interval kepercayaan 95%. Data statistik ini dianalisis menggunakan program komputer yaitu SPSS 20.

### 3.8. Alur Penelitian



Gambar 3. Diagram Alur Penelitian

## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **4.1. Gambaran Umum**

Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 11-28 November 2014 di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai dan di Komunitas Posyandu Lansia Puskesmas Taman Bacaan Kota Palembang. Jumlah responden yang didapatkan seluruhnya sebanyak 170 lansia, yang terdiri dari 65 lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai dan 105 lansia di Komunitas Posyandu Lansia Puskesmas Taman Bacaan Palembang.

Dari 65 lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai, ada 27 lansia termasuk kriteria eksklusi yang terdiri dari 1 lansia yang berusia dibawah 60 tahun, 25 lansia mengalami gangguan kognitif yang disertai gangguan pendengaran (10 lansia) dan gangguan penglihatan (25 lansia), dan 1 orang lansia mengalami gangguan skizofrenia. Sehingga ada 38 lansia di panti yang menjadi sampel penelitian. Seharusnya pada penelitian ini responden yang menjadi sampel di panti adalah 49 lansia, namun karena jumlah lansia di panti terbatas sehingga yang menjadi sampel penelitian ini ada 38 lansia.

Dari 105 lansia di Komunitas Posyandu Lansia Puskesmas Taman Bacaan Palembang, ada 54 lansia yang termasuk kriteria inklusi dan ada 51 lansia yang termasuk kriteria eksklusi, dimana ada 5 lansia yang berusia dibawah 60 tahun, 26 lansia mengalami gangguan kognitif, ada 9 lansia mengalami gangguan pendengaran dan 34 lansia mengalami gangguan penglihatan (23 lansia terjadi disertai gangguan kognitif dan 11 yang mengalami penglihatan saja), dan 3 lansia mengalami stroke. Namun, hanya 38 lansia di komunitas menjadi sampel penelitian ini, karena untuk menyamakan atau menyeimbangkan dengan sampel lansia yang ada di panti werdha.

Penelitian ini dilakukan dengan mewawancarai kuisisioner setiap lansia yang memenuhi kriteria inklusi mengenai kuisisioner *GDS Short Form*. Kuisisioner ini untuk mengetahui kejadian depresi pada lansia.

### A. Karakteristik Sampel Penelitian

Karakteristik 38 sampel pada penelitian ini yang masing-masing terdapat di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai dan di Komunitas Posyandu Lansia Puskesmas Taman Bacaan Kota Palembang, yaitu sebagai berikut:

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Karakteristik Sampel Penelitian

Karakteristik	Panti Werdha n (%)	Komunitas n (%)
<b>Usia</b>		
60-70	20 (52,6%)	31 (81,6%)
71-90	14 (36,8%)	7 (18,4%)
> 90	4 (10,5%)	0 (0%)
<b>Jenis Kelamin</b>		
Perempuan	23 (60,5%)	35 (92,1%)
Laki-Laki	15 (39,5%)	3 (7,9%)
<b>Status Pernikahan</b>		
Menikah	1 (2,6%)	5 (13,2%)
Duda/Janda	35 (92,1%)	33 (86,8%)
Belum Menikah	2 (5,3%)	0 (0%)
<b>Tingkat Pendidikan</b>		
SD	29 (76,3%)	21 (55,3%)
SMP	6 (15,8%)	10 (26,3%)
SMA	2 (5,3%)	6 (15,8%)
PT	1 (2,6%)	1 (2,6%)
<b>Pekerjaan</b>		
Ada	1 (2,6%)	13 (34,2%)
Tidak Ada	37 (97,4%)	25 (65,8%)
<b>Status Keluarga</b>		
Ada Keluarga	14 (36,8%)	36 (94,7%)
Tidak Ada Keluarga	24 (63,2%)	2 (5,3%)
<b>Status Kesehatan</b>		
> 2 Penyakit	9 (23,7%)	9 (23,7%)
0-2 Penyakit	29 (76,3%)	29 (76,3%)

Berdasarkan hasil diatas, diketahui bahwa sebagian besar lansia di panti werdha dan di komunitas lansia berusia 60-70 tahun (52,6% dan 81,6%). Dan mayoritas lansia pada kedua tempat penelitian ini sama-sama berjenis kelamin perempuan (60,5% dan 92,1%), berstatus janda/duda (92,1% dan 86,8%), berpendidikan SD (76,3% dan 55,3%), dan tidak memiliki pekerjaan (97,4% dan 65,8%). Sebagian besar lansia di panti werdha tidak memiliki keluarga (63,2%), sedangkan di komunitas mayoritas mereka memiliki keluarga (94,7%). Status kesehatan lansia di kedua tempat penelitian tidak ada perbedaan, sebagian besar lansia memiliki 0-2 penyakit (76,3%).

## 4.2. Hasil

### 4.2.1. Kejadian Depresi Pada Lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai Palembang dan di Komunitas Posyandu Lansia Puskesmas Taman Bacaan Palembang

Proporsi kejadian depresi pada 38 lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai Palembang dan 38 lansia di Komunitas Posyandu Lansia Puskesmas Taman Bacaan Palembang dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

Tabel 3. Proporsi Kejadian Depresi Pada Lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai Palembang dan di Komunitas Posyandu Lansia Puskesmas Taman Bacaan Palembang

Kejadian Depresi	Panti Werdha n (%)	Komunitas n (%)
Depresi	22 (57,9%)	7 (18,4%)
Tidak Depresi	16 (42,1%)	31 (81,6%)
Total	38 (100%)	38 (100%)

Berdasarkan hasil diatas, diketahui bahwa kejadian depresi pada lansia di panti werdha yaitu 57,9%, persentase ini lebih tinggi dibandingkan di komunitas posyandu lansia (18,4%).

#### 4.2.2. Hubungan Tempat Tinggal Dengan Kejadian Depresi Pada Lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai Palembang dan di Komunitas Posyandu Lansia Puskesmas Taman Bacaan Palembang

Hasil analisis hubungan tempat tinggal dengan kejadian depresi pada lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai Palembang dan di Komunitas Posyandu Lansia Puskesmas Taman Bacaan Palembang adalah sebagai berikut:

Tabel 4. Hubungan Tempat Tinggal Lansia Dengan Kejadian Depresi Pada Lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai Palembang dan di Komunitas Posyandu Lansia Puskesmas Taman Bacaan Palembang

Tempat Tinggal	Kejadian Depresi		Total	<i>P Value</i>	RR	CI 95%
	Ya	Tidak				
Panti Werdha	22 (57,9%)	16 (42,1%)	38 (100%)	0,001	3,143	1,527-6,469
Komunitas	7 (18,4%)	31 (81,6%)	38 (100%)			
Jumlah	29 (38,2%)	47 (61,8%)	76 (100%)			

Berdasarkan tabel 4, diketahui bahwa ada hubungan antara tempat tinggal dengan kejadian depresi pada lansia ( $p \text{ value}=0,001$  ( $<0,05$ )) dan tempat tinggal merupakan faktor risiko terjadinya depresi pada lansia dengan resiko 3,143 kali lebih besar bagi lansia di panti werdha untuk mengalami depresi (RR= 3,143 (95% CI 1,527-6,469)).

### 4.3. Pembahasan

#### 4.3.1. Kejadian Depresi Pada Lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai Palembang

Pada hasil diketahui proporsi kejadian depresi pada lansia di panti werdha adalah 57,9%. Proporsi kejadian depresi pada lansia di panti werdha ini cukup tinggi, hal ini sejalan dengan penelitian Mayasari (2012) yang menyatakan bahwa angka kejadian depresi di Panti Sosial Tresna Warga

Tama Indralaya dan Tresna Werdha Teratai Palembang yaitu 76,6%. Persentase penelitian Mayasari ini lebih besar daripada hasil penelitian ini karena pada penelitiannya mengikutsertakan lansia yang mengalami stroke dan dari lansia yang mengalami stroke ini kebanyakan menyebabkan depresi sebesar 25,2% sedangkan pada penelitian ini peneliti mengeksklusikan lansia yang mengalami stroke. Hasil penelitian ini juga sejalan dengan penelitian kejadian depresi pada lansia yang dilakukan oleh Juwita (2013) di Panti Werdha Rumoh Sejahtera Geunaseh Sayang Ulee Kareng Banda Aceh (53,3%), oleh Rojas (2012) dalam Castillo (2013) di panti sosial yaitu 54% dan oleh Qadir, dkk (2014) di panti jompo, Pakistan yaitu 60,6%.

Hasil penelitian ini lebih besar dibandingkan dengan penelitian kejadian depresi lansia di panti werdha yang dilakukan oleh Wulandari (2011) di Unit Rehabilitasi Sosial Pucang Gading Kota Semarang (38,5%). Hal ini karena pada penelitian Wulandari (2011), semua sampel lansia di panti diberikan keterampilan-keterampilan untuk membuat benda yang dapat dijual seperti menyulam atau menjahit sebagai upaya untuk memberikan penghasilan kepada lansia tersebut dan sebagai pengisi waktu luang lansia, sehingga lansia terus aktif dan produktif. Selain itu lansia di panti juga sering dilibatkan dalam kegiatan-kegiatan seperti senam lansia rutin setiap minggu dan lomba membuat barang dan lain-lain yang diadakan oleh panti setiap satu bulan dan kebanyakan lansia juga memiliki partisipasi sosial yang baik, sehingga hal ini akan mengurangi terjadinya kejadian depresi pada lansia. Sedangkan sampel lansia di panti pada penelitian ini jarang diberikan keterampilan-keterampilan yang difasilitasi panti seperti menyulam, menjahit atau membuat sapu yang dapat membuat lansia terus aktif dan produktif. Selain itu panti werdha ini juga jarang mengadakan kegiatan yang melibatkan lansia seperti kegiatan senam lansia dan perlombaan maupun kegiatan lainnya sehingga semua lansia kebanyakan setiap harinya tidak memiliki kegiatan untuk mengisi waktunya dan aktivitas mereka hanya makan dan tidur setiap harinya. Selain itu pada penelitian Wulandari juga

mengikutsertakan lansia yang mengalami gangguan kognitif sedangkan pada penelitian ini mengeksklusikan gangguan kognitif.

Proporsi kejadian depresi lansia di panti werdha pada penelitian ini hampir dua kali lebih besar daripada penelitian Soondool (2008) di Korea Selatan (24%). Hal ini karena dari hasil penelitiannya diketahui bahwa panti werdha tempat penelitiannya difasilitasi dengan keterampilan seperti merajut, olahraga, dan dilengkapi dengan ruang untuk menonton televisi, perpustakaan, pelayanan kesehatan, ruang untuk berkeaktivitas dan ruang makan. Sedangkan panti werdha pada penelitian ini jarang memberikan fasilitas keterampilan-keterampilan seperti menyulam, menjahit atau membuat sapu yang dapat membuat lansia terus aktif dan produktif, dan panti juga tidak dilengkapi perpustakaan, pelayanan kesehatan, dan ruang untuk berkeaktivitas. Selain itu, kebanyakan lansia pada penelitian Soondool masuk ke panti karena keinginannya sendiri, dimana kebanyakan lansia disana merasa kesepian di rumah karena anaknya yang mandiri. Sehingga di panti mereka merasa senang, karena disana mereka bisa bertemu dengan teman sebayanya. Sedangkan pada penelitian ini kebanyakan lansia masuk ke panti karena diantar oleh pihak RT, Rumah sakit, atau Polisi, dimasukan anak atau keluarganya dan karena tidak memiliki keluarga sehingga mereka merasa terpaksa tinggal disana. Hal inilah salah satunya yang mungkin menyebabkan kejadian di panti pada penelitian ini lebih tinggi.

Salah satu faktor perbedaan hasil penelitian ini juga di pengaruhi oleh perbedaan aspek karakteristik kehidupan sosial-ekonomi-spiritual pada sampel di setiap wilayahnya. Hal ini sependapat dengan Martono dan Noviati (2011) yang menyatakan bahwa perbedaan hasil penelitian di Negara Barat dan di Asia, yang angkanya jauh lebih rendah, diduga karena terdapat faktor sosial-kultural-religi yang berpengaruh positif.

Besarnya proporsi kejadian depresi pada lansia di panti werdha ini sesuai dengan teori dari Palompon, dkk (2011), yang menyatakan bahwa prevalensi kejadian depresi pada lansia sangat tinggi terutama pada lansia di panti sosial. Tingginya prevalensi depresi di panti sosial karena kondisi

lingkungan di panti sosial seperti pelayanan dan fasilitas panti yang kurang memadai, sedikitnya program kegiatan/aktivitas lansia dipanti, menurunnya interaksi sosial, perawatan dan pengobatan penyakit yang tidak adekuat, pengobatan depresi pada tidak adekuat. Selain itu juga karena faktor fisik, personal dan prilaku lansia.

Hal ini juga sejalan dengan teori Syamsuddin (2006) dalam Marta (2012) yang menyatakan bahwa semua lansia ingin tinggal bersama keluarganya terutama anak dan cucunya serta mendapatkan perawatan yang baik dari keluarga. Namun karena beberapa faktor seperti tidak memiliki keluarga, atau masih memiliki keluarga tetapi keluarganya tidak mau mengurusnya sehingga membuat lansia terpaksa tinggal di panti sebagai alternatif untuk mendapatkan pelayanan yang memadai. Keputusan ini tidak seratus persen diterima dengan lapang dada oleh lansia. Bagi sebagian lansia hidup di panti bukan merupakan pilihan terbaik, bahkan sebaliknya menjadi pilihan yang menyedihkan sehingga butuh waktu yang lama bagi lansia untuk beradaptasi dengan lingkungan panti. Kondisi panti juga akan mempengaruhi lansia untuk beradaptasi. Kebanyakan panti hanya fokus memberikan pangan dan papan saja, tetapi kurang memperhatikan kondisi emosional dan sosial yang dapat mempermudah lansia beradaptasi. Tidak adanya kegiatan di panti akan membuat lansia hanya diam dan merenung sehingga akan mempengaruhi adaptasi. Kondisi-kondisi inilah yang akan membuat lansia banyak mengalami depresi dibandingkan dikomunitas.

Tingginya kejadian depresi di panti werdha ini belum diketahui secara pasti penyebabnya karena pada penelitian ini tidak mengidentifikasi penyebab kejadian depresi secara detail, tetapi berdasarkan hasil temuan saat wawancara diketahui bahwa depresi lansia ini dipengaruhi oleh beberapa hal seperti kebanyakan lansia merasa sedih karena tidak dikunjungi anaknya, jaranganya lansia berkomunikasi dengan teman sebayanya maupun masyarakat, dan penurunan aktivitas lansia sehingga kebanyakan lansia hanya duduk, merenung dan tidur, hal ini membuat hampir semua lansia merasa kesepian. Selain itu, penurunan fungsi tubuh seperti banyaknya

penyakit yang di derita oleh lansia, terutama osteoarthritis. Jarangnya panti memberikan uang saku kepada lansia juga dapat mempengaruhi kejadian depresi pada lansia karena lansia tidak memiliki uang untuk memenuhi kebutuhan lainnya selain pangan terutama untuk membeli obat. Selain itu, tingginya kejadian depresi ini juga dipengaruhi oleh jarangnya tenaga medis yang memberikan pelayanan kesehatan kepada lansia sehingga depresi pada satu lansia yang tidak diobati dengan cepat akan mempengaruhi kejadian depresi kepada lansia lainnya. Hal ini sesuai dengan penelitian James (2013) yang menyatakan bahwa faktor penyebab tingginya kejadian depresi di panti sosial yaitu faktor lingkungan di panti, faktor kesehatan personal dan faktor prilaku. Faktor lingkungan di panti seperti kurangnya dukungan sosial dari keluarga dan pihak panti, kehilangan kebebasan, pelayanan dan fasilitas panti yang kurang memadai, perawatan dan pengobatan penyakit yang tidak adekuat, pengobatan depresi pada tidak adekuat, sedikitnya program kegiatan/aktivitas lansia dipanti, menurunnya interaksi sosial. Faktor personal seperti gangguan fungsi kognitif, perubahan struktur otak, menurunnya fungsi tubuh dan komorbiditas kondisi medis. Faktor prilaku seperti mengisolasi diri, perasaan kesepian, perasaan sedih dan kehilangan keluarga, teman, pekerjaan.

Penyebab kejadian depresi ini juga sejalan dengan teori Soejono, Probosuseno dan Sari, (2009) bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian depresi yaitu kehilangan berbagai macam segi kehidupan (pasangan hidup, perpisahan teman dekat dan anggota keluarga akibat meninggal atau pindah ke tempat lain, pekerjaan, keuangan yang memburuk, taraf kesehatan yang menurun, kehilangan rasa aman, kekuasaan/jabatan dan kebebasan), menurunnya dukungan sosial, menurunnya kapasitas sensoris (terutama penglihatan dan pendengaran) yang sangat mengganggu aktivitas sehingga mengakibatkan lansia terisolasi, menurunnya kemampuan daya ingat dan fungsi intelektual derajat berat (seperti demensia dan dilerium derajat berat), meningkatnya penyakit kronis, serta pemiskinan sosial dan lingkungan. Oleh karena itu sebaiknya pihak panti dapat menciptakan suasana yang

menyerupai suasana di komunitas dengan memberikan kegiatan pada lansia setiap harinya seperti olahraga, pengajian, tugas untuk menyapu, bercocok tanam, dan keterampilan-keterampilan seperti menyulam atau membuat sapu sehingga dapat membuat lansia tersebut terus aktif dan produktif. Selain itu sebaiknya pihak panti juga senantiasa memfasilitasi perawatan dan pengobatan yang adekuat kepada para lansia sehingga dapat menurunkan angka kejadian depresi di panti.

#### **4.3.2. Kejadian Depresi Pada Lansia di Komunitas Posyandu Lansia Puskesmas Taman Bacaan Palembang**

Proporsi kejadian depresi pada lansia di komunitas posyandu lansia adalah 18,4%. Hasil penelitian ini sejalan hasil penelitian Masturin (2010) di Kota Magelang yang menyatakan bahwa angka kejadian depresi di komunitas yaitu (15,5%). Hasil ini juga sejalan dengan penelitian Gallo dan Gonzales (2001) dalam Sinaga (2012) yang menyatakan bahwa angka kejadian depresi lansia di komunitas pada beberapa negara adalah sekitar 3-15%.

Proporsi ini jauh lebih rendah dibandingkan dengan penelitian kejadian depresi di komunitas oleh Wulandari (2011) di Kelurahan Bandarharjo, Kecamatan Semarang Utara, Kota Semarang (60%), karena berdasarkan gambaran tempat penelitiannya, daerah komunitas yang menjadi tempat penelitiannya mempunyai posyandu lansia yang kurang aktif dan sedikit kegiatan serta peran kader yang kurang aktif terhadap lansia yang tidak bisa hadir, padahal posyandu lansia mempunyai pengaruh terhadap kesehatan psikologi lansia. Sedangkan tempat penelitian untuk sampel lansia di komunitas pada penelitian ini memiliki posyandu lansia yang sangat aktif, dimana setiap bulannya lansia dikumpulkan untuk bersilaturahmi antar sesama lansia, untuk diberikan penyuluhan dan dilakukan pemeriksaan kesehatan serta diberikan keterampilan untuk membuat lansia tetap aktif. Selain itu, kader posyandu lansia pada penelitian ini juga aktif mengunjungi lansia yang tidak bisa hadir saat acara posyandu untuk diberikan pelayanan

kesehatan, sehingga hal ini dapat mengurangi kejadian depresi lansia. Berdasarkan pembahasan hasil penelitian Wulandari (2011) juga diketahui bahwa pengumpulan data penelitiannya dilakukan oleh 13 orang pewawancara dan realibilitas antar pewawancara tidak diukur sedangkan pada penelitian ini pengumpulan data penelitian dilakukan oleh 4 orang yang pemahamannya sudah disamakan.

Hasil penelitian ini juga lebih rendah daripada penelitian Soondool (2008) di Korea Selatan (39,3%), karena pada penelitian Soondool sebagian besar lansia di komunitas merasa kesepian akibat efek Negara Korea merupakan negara yang maju dan mandiri, sehingga anaknya sibuk dengan pekerjaannya dan hidup mandiri serta tidak mau merepotkan lansia sehingga peran lansia menurun dan ini dapat mempegaruhi terjadinya depresi. Sedangkan pada penelitian ini, kebanyakan lansia memiliki peran untuk mengasuh cucunya sehingga hal ini tetap membuat lansia tetap aktif.

Proporsi kejadian depresi di komunitas pada penelitian ini juga lebih rendah daripada penelitian Qadir, dkk (2014) di Rawalpindi, Pakistan (31,5%), karena pada penelitian Qadir, dkk (2014) menginkluskikan lansia yang mengalami gangguan kognitif sedangkan pada penelitian ini mengeksklusikan gangguan kognitif karena pemeriksaan depresi pada lansia yang mengalami gangguan kognitif dapat menimbulkan pseudodepresi.

Rendahnya proporsi kejadian depresi pada lansia di komunitas ini sesuai dengan teori dari Maryam, dkk (2008) yang menyatakan bahwa lansia yang bertempat tinggal dengan keluarga akan mendapatkan kasih sayang, perhatian yang cukup, dan dukungan sosial dari anggota keluarga yang merupakan semangat bagi lansia menjalani hidup dan ia akan merasa hidup tenang dan bahagia. Selain itu, dengan tinggal bersama keluarga maka dapat membuat lansia memiliki peranan yang berarti sebagai orang tua dalam keluarga seperti mengasuh cucu yang dapat menjadi aktivitas kesehariannya. Keadaan ini akan mendorong para lansia dapat menemukan makna hidup yang lebih baik sehingga terhindar dari depresi.

Berdasarkan hasil penelitian juga diketahui bahwa persentase kejadian depresi pada lansia di panti werdha (57,9%) lebih tinggi dibandingkan di komunitas posyandu lansia (18,4%). Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan Qadir, dkk (2014) di Pakistan, yang menyatakan bahwa dari 141 sampel (108 sampel di komunitas dan 33 sampel di panti sosial (*home care*)), prevalensi kejadian depresi di komunitas 31,5 % dan di panti sosial (*home care*) 60,6% yang dinilai dengan *Geriatric Depression Scale long-form* (GDS *long-form*), ini berarti kejadian depresif lebih besar terjadi pada lansia yang tinggal di panti sosial daripada yang tinggal di rumah.

Hasil penelitian ini juga sejalan dengan penelitian Karakaya, dkk (2009), yang menyatakan bahwa lansia yang tinggal di panti sosial memiliki gejala depresif yang lebih besar daripada yang tinggal di rumah. Selain itu, hasil penelitian ini juga serupa dengan penelitian Masturin (2009) di Kelurahan Cacaban Kota Magelang bahwa prevalensi depresi pada lansia di panti werdha adalah 30%, prevalensi ini lebih tinggi daripada lansia yang tinggal di komunitas adalah 15,5%. Namun, hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian Wulandari (2011) di Semarang, yang membandingkan proporsi depresi pada lanjut usia di komunitas (60%) lebih besar daripada proporsi depresi pada lanjut usia di panti wredha (38,5%). Selain itu juga berbeda dengan hasil penelitian Soondool (2008) di Korea Selatan, yang menyatakan bahwa dari hasil penelitian pada 307 orang tua yang tinggal di panti jompo dan 166 orang tua yang hidup di masyarakat, sebanyak 39,3% dari sampel lansia di masyarakat menunjukkan gejala depresi, lebih tinggi dari tingkat yang ditemukan di panti jompo (24,0%). Perbedaan hasil penelitian ini di pengaruhi oleh perbedaan karakteristik kehidupan sosial-ekonomi-religi pada sampel, juga dipengaruhi oleh beberapa hal yang sudah dijelaskan di bagian pembahasan sebelumnya pada penelitian ini.

Tingginya kejadian depresi pada lansia di panti werdha dibandingkan dengan di komunitas ini juga sesuai dengan teori dari Maryam, dkk (2008) dan Setyoadi, Noerhamdani, dan Ermawati (2010), yang menyatakan bahwa tinggal di komunitas (di rumah sendiri atau di rumah keluarga), dapat membuat lansia hidup lebih bahagia, tenang dan tentram, lebih bebas, lebih puas, dan lebih nyaman, karena mereka dapat berinteraksi dengan keluarga, teman, dan masyarakat dan mereka dapat mendapatkan kasih sayang, perhatian yang cukup, dan dukungan sosial dari anggota keluarga, yang merupakan semangat dalam lansia menjalani hidup dan ia akan merasa hidup tenang dan bahagia. Sehingga kebutuhan kehidupan sosial dan psikologi lansia dapat tercukupi. Sedangkan dukungan sosial dan emosional keluarga pada lansia di panti werdha tidak terpenuhi sehingga kondisi ini dapat memicu kejadian depresi di komunitas lebih rendah daripada di panti sosial werdha.

#### **4.3.3. Hubungan Tempat Tinggal Dengan Kejadian Depresi Pada Lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai Palembang dan di Komunitas Posyandu Lansia Puskesmas Taman Bacaan Palembang**

Berdasarkan hasil analisis uji statistik *chi square*, didapatkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara tempat tinggal lansia dengan kejadian depresi pada lansia ( $p\ value=0,001$ ) dan tempat tinggal merupakan faktor risiko terjadinya depresi pada lansia dengan resiko 3,143 kali lebih besar bagi lansia di panti werdha untuk mengalami depresi. Hasil ini sejalan dengan penelitian Qadir, dkk (2014), yang menyatakan ada hubungan tempat tinggal dengan kejadian depresi lansia ( $p\ value=0,001$ ) dan tempat tinggal merupakan faktor predisposisi terjadinya depresi pada usia lanjut dengan peluang 3,35 kali bagi lansia yang bertempat tinggal di panti sosial untuk mengalami depresi dibandingkan dengan lansia yang bertempat tinggal di komunitas.

Hasil penelitian ini juga sejalan dengan penelitian dari MCDougall, dkk (2007) yang menyatakan bahwa ada hubungan tempat tinggal dengan kejadian depresi pada lansia ( $p\ value=0,003$ ) dan penelitian dari Fitri (2012) yang mendapatkan nilai  $X^2= 3,196$  sehingga ada hubungan tempat tinggal dengan kejadian depresi lansia.

Setyoadi, Noerhamdani, dan Ermawati (2010), mengatakan dalam penelitiannya bahwa lingkungan tempat tinggal lansia sangat berhubungan dengan kejadian depresi pada lansia, karena kebutuhan psikologis dan sosial pada lansia di komunitas cenderung lebih baik dari pada lansia yang berada di panti, dimana lansia di komunitas pada dasarnya dapat berinteraksi lebih luas (dengan keluarga, teman, dan masyarakat) dari pada lansia di panti yang terbatas pada penghuni panti serta petugas panti saja, sehingga keadaan ini akan membuat lansia di panti cenderung lebih rentan mengalami depresi.

Hasil penelitian ini sesuai dengan teori dari Soejono, Probosuseno dan Sari (2009), yang menyatakan bahwa perbedaan tempat tinggal akan memunculkan perbedaan lingkungan fisik, sosial, ekonomi, dan spiritual relegius. Perbedaan faktor lingkungan tempat tinggal sangat berhubungan dengan kehidupan sosial seseorang, sehingga dapat mempengaruhi keadaan status kesehatan, terutama kesehatan psikologi penduduk usia lanjut yang tinggal didalamnya. Di komunitas usia lanjut dapat berinteraksi dengan keluarga, teman, dan masyarakat sehingga cenderung memiliki kesehatan psikologi yang baik. Perbedaan jenis tempat tinggal ini disebutkan sebagai faktor prediktor independen untuk terjadinya depresi pada lansia.

## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **5.1. Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian diperoleh kesimpulan sebagai berikut:

1. Proporsi kejadian depresi pada lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai Palembang cukup tinggi yaitu 57,9%.
2. Proporsi kejadian depresi pada lansia di komunitas posyandu lansia Puskesmas Taman Bacaan Palembang cukup rendah yaitu 18,4%.
3. Ada hubungan yang bermakna antara tempat tinggal lansia dengan kejadian depresi pada lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai Palembang dan di komunitas posyandu lansia Puskesmas Taman Bacaan Palembang, dimana lansia yang bertempat tinggal di Panti Werdha berisiko 3,143 kali lebih besar mengalami depresi daripada lansia yang bertempat tinggal di komunitas.

#### **5.2. Saran**

Berdasarkan hasil penelitian, saran yang dapat diberikan yaitu:

1. Untuk institusi pendidikan, diharapkan penelitian ini dapat dikembangkan dengan membahas variabel lain seperti faktor genetik, biologi, sosioekonomi, kesepian, stressor stressor psikologi, spiritualitas, gangguan tidur dan dukungan sosial, karena penelitian ini hanya membahas hubungan tempat tinggal lansia dengan kejadian depresi sedangkan banyak faktor yang dapat mempengaruhi kejadian depresi.
2. Untuk peneliti selanjutnya, perlu dilakukan penelitian yang mengkaji penyebab tingginya kejadian depresi di panti werdha karena pada penelitian ini tidak membahas penyebab kejadian depresi tersebut secara mendetail sehingga dapat menekan tingginya kejadian depresi lansia.
3. Untuk pihak Panti Sosial Tresna Werdha Teratai Palembang, diharapkan dapat memberikan kegiatan pada lansia setiap harinya seperti pengajian, olahraga, tugas untuk menyapu, bercocok tanam, dan keterampilan-

keterampilan seperti menyulam atau membuat sapu sehingga dapat membuat lansia terus aktif dan produktif, serta sebaiknya panti lebih sering melakukan skrining dan pengobatan kejadian depresi maupun penyakit lainnya oleh tenaga medis, sehingga akan menekan tingginya kejadian depresi pada lansia di panti werdha dan meningkatkan kesejahteraan hidup lansia.

4. Untuk masyarakat yang memiliki keluarga lansia di panti werdha, diharapkan lebih sering mengunjungi lansia karena sebagian besar lansia mengalami depresi di panti werdha akibat jarang dikunjungi oleh keluarga.

## DAFTAR PUSTAKA

- Badan Pusat Statistik RI, 2005. Proyeksi Penduduk Indonesia 2000-2050. Badan Perencanaan Pembangunan Nasional Badan Pusat Statistik. Jakarta, Indonesia ([http://www.datastatistikindonesia.com/proyeksi/index.php?option=com\\_content&task=view&id=920&Itemid=936&limit=1&limitstart=3](http://www.datastatistikindonesia.com/proyeksi/index.php?option=com_content&task=view&id=920&Itemid=936&limit=1&limitstart=3), Diakses 12 Agustus 2014).
- Badan Pusat Statistik RI. 2014. Angka Harapan Hidup. Badan Perencanaan Pembangunan Nasional Badan Pusat Statistik. Jakarta, Indonesia ([http://www.datastatistik-indonesia.com/portal/index.php?option=com\\_content&task=view&id=460&Itemid=460&limit=1&limitstart=0](http://www.datastatistik-indonesia.com/portal/index.php?option=com_content&task=view&id=460&Itemid=460&limit=1&limitstart=0), Diakses 12 Agustus 2014).
- Cahyawati, R., 2011. Perbedaan Makna Hidup Pada Lansia Yang Tinggal di Panti Werdha Dengan Yang Tinggal Bersama Keluarga. Skripsi, Fakultas Psikologi UII (tidak dipublikasi). Hal. 10-12.
- Castilo, P. S., at al., 2013. Depression in The Eldely: a pharmacist's perspective. *Formulary Journal*. 2013 (2), ([https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=10&cad=rja&uact=8&ved=0CHEQFjAJ&url=http%3A%2F%2Fformularyjournal.modernmedicine.com%2Fformularyjournal%2Fcontent%2Ftags%2Falzheimers-disease%2Fdepression-elderly-pharmacist-sperspective%3Fpage%3Dfull&ei=S7a1VI\\_rG5C9uATQv4HIBQ&usg=AFQjCNFmXsKmC1ajUJ6r0SgF7fVPi6Qgtg&bvm=bv.83339334,d.c2E](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=10&cad=rja&uact=8&ved=0CHEQFjAJ&url=http%3A%2F%2Fformularyjournal.modernmedicine.com%2Fformularyjournal%2Fcontent%2Ftags%2Falzheimers-disease%2Fdepression-elderly-pharmacist-sperspective%3Fpage%3Dfull&ei=S7a1VI_rG5C9uATQv4HIBQ&usg=AFQjCNFmXsKmC1ajUJ6r0SgF7fVPi6Qgtg&bvm=bv.83339334,d.c2E), Diakses 28 Desember 2014).
- Christine, E.S., 2011. Gambaran Depresi Pada Lanjut Usia. Skripsi, Fakultas Kedokteran USU (tidak dipublikasikan). Hal. 10-11.
- Darmojo, B. 2009. Gerontologi dan Geriatri di Indonesia. Dalam: Sudoyo, A.W., Setiyohadi, B., Alwi, I., Setiyati, S (Editor). Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. Interna Publishing (Pusat Penerbitan Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia). Jakarta, Indonesia. Hal.925-927.
- Darmojo, B. 2011. Teori Proses Menua. Dalam: Martono, H.H., Pranarka, K. (Editor). Buku Ajar Boedhi-Darmojo Geriatri (Ilmu Kesehatan Lanjut). Balai Penerbit FKUI. Jakarta, Indonesia. Hal. 3-10.
- Darmojo, B. 2011. Gerontologi Sosial: Masalah Sosial dan Psikologik Golongan Lanjut Usia. Dalam: Martono, H.H., Pranarka, K. (Editor). Buku Ajar Boedhi-Darmojo Geriatri (Ilmu Kesehatan Lanjut). Balai Penerbit FKUI. Jakarta, Indonesia. Hal. 15-21.

- Fitri, A.S. 2012. Perbedaan Tempat Tinggal Dengan Kejadian Depresi Pada Lansia. Skripsi, Fakultas Kedokteran UNDIP (tidak dipublikasi). Hal. 42.
- Greenberg, S.A., 2012. The Geriatric Depression Scale (GDS). Try This: Best Practices in Nursing Care to Older Adults (general assessment series). 12 (4): 1-2, ([www.hartfordign.org](http://www.hartfordign.org), Diakses 2 September 2014).
- Hermana. 2006. Depresi Pada Lansia. Kementrian Sosial R.I. (<http://www.kemsos.go.id/modules.php?name=News&file=article&sid=208>, Diakses 1 September 2014).
- Hoyer, W.J. and Roodin, P.A., 2003. Adult Development and Aging. 5th ed. McGraw-Hill. NewYork. Page 61-63.
- James, U.M. 2013. Prevalence and treatment of depression Amongst Institutionalized Elderly: Literature review. Degree Thesis, Arcada. Page 44-46(<https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/59851/thesis%20edited.pdf?sequence=1>, Diakses 28 Desember 2014).
- Jannah, M. 2014. Gambaran Hypertensive Heart Disease Pada Lanjut Usia yang Dirawat Di RSUD Palembang Bari Periode Januari-Desember tahun 2012. Skripsi, Fakultas Kedokteran UMP (tidak dipublikasikan). Hal 33.
- Juwita, R. 2013. Hubungan Keluarga Dengan Depresi Pada Lansia di UPTD Rumoh Sejahtera Geunaseh Sayang Ulee Kareng Banda Aceh Tahun 2013. *Syah Kuala University Journal KTI*. 8 (2): 205.
- Karakaya, M.G., et al., 2009. Functional Mobility, Depression Symptoms, Level of Independence, and Quality of Live of The Elderly Living at Home and In The Nursing Home. *Journal of the American Medical Directors Association*. 10 (9): 662-666, ([http://www.jamda.com/article/S1525-8610\(09\)00221-7/abstract](http://www.jamda.com/article/S1525-8610(09)00221-7/abstract) Diakses 10 Agustus 2014).
- Kurlowicz, L and Wallace., 2009. The Mini Mental State Examination (MMSE). Try This: Best Practices in Nursing Care to Older Adults (general assessment series). 9 (3): 1-2, (<http://www.mountsinai.on.ca/care/psych/on-call-resources/on-call-resources/mmse.pdf>, Diakses 2 September 2014).
- Marta, O.F.D., 2012. Determinan Tingkat Depresi Pada Lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 4 Jakarta Selatan. Skripsi, Fakultas Kedokteran UI (tidak dipublikasikan). Hal.3-4.
- Martono, H.H., dan S. Pramantara, I.D.P, 2009. Pelayanan Kesehatan, Sosial, dan Kesejahteraan Pada Usia Lanjut. Dalam: Sudoyo, A.W., Setiyohadi, B., Alwi, I., Setiyati, S (Editor). Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. Interna

- Publishing (Pusat Penerbitan Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia). Jakarta, Indonesia. Hal.786.
- Martono, H.H., dan Noviati. 2011. Psikogeriatri. Dalam: Martono, H.H., Pranarka, K. (Editor). Buku Ajar Boedhi-Darmojo Geriatri (Ilmu Kesehatan Lanjut). Edisi ke-4. Balai Penerbit FKUI. Jakarta, Indonesia. Hal. 3-10.
- Martono, H.H., 2011. Pelayanan Sosial-Kesejahteraan Pada Lanjut Usia. Dalam: Martono, H.H., Pranarka, K. (Editor). Buku Ajar Boedhi-Darmojo Geriatri (Ilmu Kesehatan Lanjut). Balai Penerbit FKUI. Jakarta, Indonesia. Hal. 771-777.
- Maryam, S., dkk. 2008. Mengenal Usia Lanjut dan Perawatannya. Salemba Medika. Jakarta, Indonesia. Hal.40-43.
- Maslim, R., 2003. Diagnosis Gangguan Jiwa: Rujukan Ringkas dari PPDGJ-III. PT. Nuh Jaya. Jakarta, Indonesia. Hal. 46-47.
- Mastrurin. 2009. Perbedaan Tingkat Depresi Pada Usia Lanjut yang Tinggal di Panti Wedha dan di Komunitas di Kelurahan Cacaban Kota Magelang. Skripsi, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Ngudi Waluyo Ungaran (tidak dipublikasi). Hal. 45-47.
- Mayasari, F. 2012. Gambaran Penyebab Depresi Pada Lansia di Tresna Werdha Warga Tama Indralaya dan Tresna Werdha Teratai Palembang. Skripsi, Fakultas Kedokteran UMP (tidak dipublikasi). Hal 37.
- MCDougall. F.A., et al., 2007. Depression in older people living in institutions and community. *BMJ*. 12 (36): 562-568.
- Nilam, S.N., 2011. Pengaruh Dukungan Sosial Terhadap Depresi Pada Lansia. Skripsi, Fakultas Kedokteran USU (tidak dipublikasi). Hal 3.
- Njot, E.N., 2014. Mengenal Depresi Pada Usia Lanjut Penggunaan *Geriatric Depression Scale* (GDS) Untuk Menunjang Diagnosis. *Cermin Dunia Kedokteran* (CDK). 41 (6): 472-474.
- Notoatmodjo, S. 2007. Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni: "Masalah dan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Lansia". Rineka Cipta. Jakarta, Indonesia. Hal. 277-293.
- Palompon.D.R et al. 2011. Predictors of Depression among Institutionalized Elderly Clients. *Asian Journal of Health*. 1 (2094-9243): 128-142.
- Pin, P., 2013. Kajian Lansia Perspektif Budaya Tionghoa. Tesis, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik USU (tidak dipublikasi). Hal.2-3.

- Pusat Bahasa. 2004. Kamus Besar Bahasa Indonesia Online, (<http://kamusbahasaindonesia.org/>, Diakses 12 Agustus 20014)
- Qadir, F., dkk. 2014. A Pilot Study of Depression Among Older People in Rawalpindi, Pakistan. *BMC Research Notes*. 409 (7): 1-9, (<http://www.biomedcentral.com/1756-0500/7/409/> Diakses 4 September 2014).
- Sadock, B.J., dan Sadock, V.A., 2010. *Kaplan & Sadock's concise textbook of clinical psychiatry*. Terjemahan Oleh: Profitasari, Mahatami T. EGC. Jakarta, Indonesia. Hal. 190-197.
- Sari, K., 2012. Gambaran Tingkat Depresi Pada Lanjut Usia (Lansia) di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 01 dan 03 Jakarta Timur. Skripsi, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia (tidak didepublikasikan). Hal 2-3.
- Sastroasmoro, S., dan Ismael, S., 2011. *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Binarupa Aksara. Jakarta, Indonesia.
- Setiati, S., Harimurti, K. dan Govinda R. A., 2009. Proses Menua dan Implikasi Kliniknya. Dalam: Sudoyo, A.W., Setiyohadi, B., Alwi, I., Setiyati, S (Editor). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Interna Publishing (Pusat Penerbitan Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia). Jakarta, Indonesia. Hal. 757-760.
- Setyoadi, Noerhamdani, dan Ermawati, F., 2010. Perbedaan Tingkat Kualitas Hidup Pada Wanita Lansia di Komunitas dan Panti. *UMM Scientific Journal*. 6 (2): 621-628.
- Setyopranoto, I., 2002. Reliabilitas dan Validitas Mini Mental State Examination Untuk Penapisan Demensia. *Logika*. 8 (9): 3-6.
- Setyopranoto, I., 2011. Stroke: Gejala dan Penatalaksanaan. *Cermin Dunia Kedokteran (CDK)*. 185/ vol. 38 (4): 247-248.
- Sinaga, Y.R., 2012. Hubungan Keterlibatan Sosial Dengan Sindrom Depresi Pada Lansia di Puskesmas Darussalam Medan. Skripsi, Fakultas Kedokteran USU (tidak dipublikasikan). Hal.34.
- Siregar, S.F., 2013. Perbandingan kualitas hidup lanjut usia yang tinggal di panti jompo dan yang tinggal di rumah di Kabupaten Tapanuli Selatan Tahun 2013. Skripsi, Fakultas Kedokteran USU (tidak dipublikasikan). Hal.17-20.
- Soejono, C.H., Probosuseno, dan Sari, N.K., 2006. Depresi Pada Pasien Usia Lanjut. Dalam: Sudoyo, A.W., Setiyohadi, B., Alwi, I., Setiyati, S (Editor). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Interna Publishing (Pusat Penerbitan Ilmu

Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia). Jakarta, Indonesia. Hal.835-837.

Soejono, C.H., Probosuseno dan Sari, N.K., 2009. Depresi Pada Pasien Usia Lanjut. Dalam: Sudoyo, A.W., Setiyohadi, B., Alwi, I., Setiyati, S (Editor). Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. Interna Publishing (Pusat Penerbitan Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia). Jakarta, Indonesia. Hal.845-848.

Soondool, C., 2008. Residential Status and Depression Among Korean Elderly People: a comparison between resident of nursing home and those based in the community. *Health Soc Care Community*. 16 (4): 370-377, (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18613913> Diakses 10 Agustus 2014).

Wulandari, A.F.S., 2011. Kejadian dan Tingkat Depresi Pada Lanjut Usia: studi Perbandingan di Panti Werdha dan Komunitas. Skripsi, Fakultas Kedokteran UNDIP (tidak dipublikasi). Hal. 1-10.

## LAMPIRAN

### Lampiran 1. *Informed Consent*

Assalamu'alaikum Wr. Wb

Kepada Bapak/Ibu, saya ucapkan terima kasih atas kesediaan meluangkan waktu untuk mengisi surat persetujuan ini.

Saya, Sulastri adalah mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang yang sedang mengerjakan penelitian sebagai salah satu kewajiban untuk menyelesaikan pendidikan di Fakultas Kedokteran.

Adapun judul penelitian saya adalah **Hubungan Tempat Tinggal Lansia Dengan Kejadian Depresi Pada Lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai Palembang Dan di Komunitas Posyandu Lansia Puskesmas Taman Bacaan Palembang**. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan tempat tinggal lansia terhadap angka kejadian depresi pada lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai Palembang dan di Komunitas Posyandu Lansia Puskesmas Taman Bacaan Palembang. Untuk itu saya memohon kesediaan teman-teman untuk berpartisipasi dalam penelitian ini sebagai responden.

Demikianlah pemberitahuan ini, atas kesediaan Bapak/Ibu saya ucapkan terima kasih.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.  
Peneliti

### SURAT PERSETUJUAN (*INFORMED CONSENT*)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Dengan ini bersedia untuk menjadi responden dalam penelitian ini, tanpa ada paksaan dari pihak manapun. Saya akan menjawab seluruh pertanyaan yang diberikan oleh peneliti dengan jujur dan apa adanya, serta partisipasi ini saya lakukan ikhlas tanpa mengharapkan imbalan/pamrih.

Palembang,

2014

( )

**Lampiran 2. Identitas Subjek Penelitian****Identitas Responden Lanjut Usia**

<b>Nama responden</b>	:	
<b>Umur</b>	:	
<b>Jenis kelamin</b>	:	1. Laki-laki 2. Perempuan
<b>Alamat</b>	:	
<b>Tempat tinggal sebelumnya</b>	:	1. Tinggal di rumah sendiri 2. Tinggal di rumah keluarga 3. Tidak memiliki tempat tinggal
<b>Pendidikan terakhir</b>	:	1. SD            tamat/tidak 2. SMP        tamat/tidak 3. SMA        tamat/tidak 4. PT          tamat/tidak
<b>Status pernikahan</b>	:	1. Kawin 2. Tidak Kawin (janda/duda/belum menikah)
<b>Status Keluarga</b>	:	1. Tidak memiliki keluarga 2. Masih memiliki anak 3. Masih memiliki saudara
<b>Pekerjaan sebelumnya</b>	:	
<b>Lama menekuni pekerjaan</b>	:	
<b>Penyakit sebelumnya</b>	:	1. Tidak memiliki 2. Memiliki < 2 penyakit 3. Memiliki > 2 penyakit
<b>Riwayat Obat yang dikonsumsi</b>	:	

### Lampiran 3. Kuesioner Mini Mental State Examination (MMSE)

#### Data responden

Nama responden :  
 Umur :  
 Jenis kelamin :  
 Tempat Tinggal :

Item	Test	Nilai Max	Nilai
	<b>ORIENTASI</b>		
1.	Sekarang (tahun), (musim), (bulan), (tanggal), (hari) apa ?	5	
2.	Kita berada dimana ? (negara), (provinsi), (kota), (gedung), (ruang)	5	
	<b>REGISTRASI</b>		
3.	Pemeriksa menyebutkan 3 benda yang berbeda kelompoknya selang 1 detik (misal : apel, uang, meja) responden di minta mengulanginya. Nilai 1 untuk benda yang benar. Ulangi sampai reponden menyebutkan dengan benar dan catat jumlah pengulangannya.	3	
	<b>ATENSI dan KALKULASI</b>		
4.	Pengurangan 100 dengan 7 secara berurutan. Nilai 1 untuk jawaban yang benar. Hentikan setelah 5 jawaban. Atau pasien diminta mengeja terbalik kata "WAHYU" (nilai diberi pada huruf yang benar sebelum kesalahan, misalnya uyahw (=2 nilai)	5	
	<b>MENINGAT KEMBALI (RECALL)</b>		
5.	Responden diminta menyebutkan kembali 3 nama benda diatas	3	
	<b>BAHASA</b>		
6.	Responden diminta menyebutkan nama benda yang ditunjukkan (perlihatkan pensil dan jam tangan)	2	
7.	Responden diminta mengulang kalimat "Tanpa kalau dan atau tetapi"	1	
8.	Responden diminta melakukan perintah "Ambil kertas ini dengan tangan anda, lipatlah menjadi 2 dan letakkan dilantai"	3	
9.	Responden diminta membaca dan melakukan yang dibacanya "Pejamkan mata anda"	1	
10.	Responden di minta menulis sebuah kalimat secara spontan	1	
11.	Responden diminta menyalin gambar 	1	
	<b>Skor Total</b>	<b>30</b>	

**Lampiran 4. Kuesioner *Geriatric Depression Scale-Short Form (GDS Short Form)***

**Data responden**

Nama responden :  
 Umur :  
 Jenis kelamin :  
 Tempat Tinggal :

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

(Sumber: Njoto, 2014; Greenberg, 2012)

## Lampiran 5. Panduan Wawancara

### Data responden

Nama responden :  
 Umur :  
 Jenis kelamin :  
 Tempat Tinggal :

No.	Pertanyaan	Jawaban
1.	<b>Gangguan Penglihatan</b> a. Apakah ibu/bapak mengalami gangguan penglihatan (mata kabur, sulit melihat)? b. Jika ya, sejak kapan anda mengalami gangguan penglihatan tersebut? c. Apakah gangguan penglihatan tersebut mengganggu aktivitas dan membuat ibu minder?	
2.	<b>Gangguan Pendengaran</b> a. Apakah ibu/bapak mengalami gangguan pendengaran (sulit mendengar)? b. Jika ya, sejak kapan anda mengalami gangguan penglihatan tersebut? c. Apakah gangguan penglihatan tersebut mengganggu aktivitas dan membuat ibu minder?	
3.	<b>Gangguan Psikotik (Skizofrenia)</b> a. Menilai isi pikiran (delusi/waham) <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Delusion of persecution</i> (waham kejar): apakah ada orang yang ingin mencelakakan bapak/ibu?</li> <li>• <i>Delusion of reference</i>: merasa orang banyak membicarakan bapak/ibu?</li> <li>• <i>Delusion of grandeur</i>: Apakah bapak/ibu merasa punya bakat/kemampuan yang tidak dimiliki orang lain?</li> <li>• <i>Delusion of self accusation</i>: apakah bapak/ibu merasa bersalah tentang apa pernah bapak/ibu lakukan sebelumnya?</li> <li>• <i>Somatic delusion</i>: apakah bapak/ibu merasa yakin ada keluhan fisik yang berat seperti tumor</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Delusion of control</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Thought withdrawl</i>: apakah bapak/ibu merasa sesuatu/seseorang mengambil pikiran keluar dari kepalanya?</li> <li>2. <i>Thought insertion</i>: apakah bapak/ibu merasa sesuatu/seseorang menyisipkan sesuatu dalam pikirannya?</li> <li>3. <i>Thought broadcasting</i>: apakah bapak/ibu merasa orang lain dapat membaca/mendengar yang sedang ada dalam pikirannya?</li> <li>4. <i>Thought control</i>: apakah bapak/ibu merasa sesuatu/seseorang diluar dirinya mengendalikan pikiran/tindakannya?</li> </ol> </li> <li>b. Menilai persepsi pasien <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apakah ibu/bapak mendengar suara-suara yang tidak didengar orang lain seperti orang berkomentar tentang anda, orang berdiskusi mengenai anda? (halusinasi auditori)</li> <li>• Apakah bapak/ibu mendengar salah satu bagian tubuh bapak/ibu berbicara?</li> <li>• Apakah bapak/ibu melihat sesuatu yang tidak dapat dilihat oleh orang lain (halusinasi visual)?</li> <li>• Apakah bapak/ibu mencium bau-bauan/wewangian yang tidak bisa dibaui oleh orang lain (halusinasi <i>olfactory</i>)?</li> <li>• Apakah bapak/ibu mengecap rasa aneh yang tidak biasanya (halusinasi <i>gustatory</i>)?</li> <li>• Apakah bapak/ibu merasa diraba/disentuh tanpa objek rangsangan/yang tidak biasanya pada kulit (halusinasi taktil)?</li> </ul> </li> <li>c. Menilai mood (suasana perasaan)/perasaan pasien akhir-akhir ini <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apakah bapak/ibu merasa tertekan/depresi/sedih?</li> <li>• Apakah bapak/ibu merasa yang berlebihan (<i>euphoria</i>)?</li> </ul> </li> </ul>	
--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apakah bapak/ibu ada niat/usaha/tindakan bunuh diri?</li> </ul> <p>d. Menilai pemahaman tentang keadaan sakit (<i>Insight of illness</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menanyakan apakah bapak/ibu sedang mengalami gangguan kejiwaan?</li> </ul> <p>e. Menilai memori pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Immediate memory</i> (pemeriksa menyebutkan 3 objek dan meminta pasien mengulanginya)</li> <li>• <i>Recent memory</i> (menanyakan dengan siapa pasien datang ketempat ini/kesini menggunakan kendaraan apa/tadi pagi sarapan apa)</li> <li>• <i>Remote memory</i> (menanyakan lahir dimana/sekolah)</li> </ul> <p>f. Meminta ibu/bapak menceritakan tentang keadaannya saat ini? koherens atau tidak?</p> <p>g. Sejak kapan seluruh gejala tersebut terjadi?</p>	
4.	<p><b>Penyakit tertentu (Stroke)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apakah ibu/bapak mengalami kelumpuhan pada anggota tubuh ibu/bapak (hemidefisit motorik)?</li> <li>2. Apakah kelumpuhan tersebut terjadi mendadak?</li> <li>3. Sejak kapan ibu/bapak mengalami keluhan ini?</li> <li>4. Apakah bapak/ibu sedang mengalami penurunan kesadaran?</li> <li>5. Apakah bapak/ibu mengalami kebutaan (tidak bisa melihat pada sebagian lapang pandang)?</li> <li>6. Apakah bapak/ibu mengalami kesulitan untuk berbicara, mengingat?</li> <li>7. Apakah bapak/ibu mengalami kelumpuhan pada muka sehingga muka merot kesebelah?</li> </ol>	

(Sumber: Setyopranoto, 2011; Maslim, 2003; Wilardjo dan Martono, 2011)

Lampiran 6. Data Responden di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai

Nama	Umur	Jenis Kelamin	Status Pernikahan	Pendidikan	Pekerjaan	Status Keluarga	Status Kesehatan	Skor MMSE	Skor GDS
Zai	60	Pr	Janda	SMP	Tidak ada	Ada	0-2	25	3
Ind	70	Pr	Janda	SMP	Tidak ada	Tidak ada	0-2	25	2
Yul	60	Pr	Janda	SD	Tidak ada	Tidak ada	0-2	28	5
Lug	97	Pr	Janda	SD	Tidak ada	Ada	> 2	25	5
Sao	80	Pr	Janda	SD	Tidak ada	Ada	0-2	25	6
Abd	70	Lk	Duda	SD	Tidak ada	Ada	0-2	26	9
Kar	76	Lk	Duda	SMA	Tidak ada	Tidak ada	0-2	29	5
Sar	63	Pr	Janda	SD	Tidak ada	Tidak ada	0-2	28	3
Maim	70	Pr	Janda	SD	Tidak ada	Tidak ada	0-2	25	5
Anw	65	Lk	Duda	SD	Tidak ada	Ada	> 2	25	4
Sus	90	Pr	Janda	SD	Tidak ada	Tidak ada	0-2	24	7
Kem	64	Lk	Duda	SD	Tidak ada	Tidak ada	0-2	24	8
Kas	72	Lk	Duda	SD	Tidak ada	Tidak ada	0-2	25	7
Das	85	Pr	Janda	SD	Tidak ada	Tidak ada	0-2	25	11
Mas	75	Pr	Janda	SD	Tidak ada	Tidak ada	0-2	25	11
Suh	84	Lk	Duda	SMP	Tidak ada	Ada	0-2	29	6
Yan	60	Lk	Duda	SMP	Tidak ada	Tidak ada	0-2	28	7
Dam	70	Lk	Duda	SD	Tidak ada	Ada	0-2	24	6
Sem	80	Lk	Duda	SD	Tidak ada	Ada	0-2	25	7
Dam	62	Pr	Janda	SD	ada	Ada	0-2	24	3
Non	78	Pr	Belum nikah	SD	Tidak ada	Ada	0-2	24	9
Tam	70	Lk	Duda	PT	Tidak ada	Ada	0-2	26	2

<b>Nama</b>	<b>Umur</b>	<b>Jenis Kelamin</b>	<b>Status Pernikahan</b>	<b>Pendidikan</b>	<b>Pekerjaan</b>	<b>Status Keluarga</b>	<b>Status Kesehatan</b>	<b>Skor MMSE</b>	<b>Skor GDS</b>
Zal	70	Pr	Janda	SD	Tidak ada	Tidak ada	> 2	26	3
Ahm	60	Lk	Duda	SD	Tidak ada	Ada	0-2	25	6
Muh	89	Lk	Duda	SD	Tidak ada	Tidak ada	0-2	26	4
Mah	76	Pr	Janda	SD	Tidak ada	Tidak ada	> 2	25	4
Sur	62	Pr	Janda	SMP	Tidak ada	Tidak ada	> 2	25	2
Jua	70	Pr	Janda	SD	Tidak ada	Tidak ada	0-2	25	2
Hus	70	Pr	Janda	SD	Tidak ada	Ada	> 2	26	5
Mal	60	Lk	Belum menikah	SD	Tidak ada	Ada	0-2	26	7
Mur	96	Pr	Menikah	SD	Tidak ada	Tidak ada	> 2	25	7
Rus	98	Pr	Janda	SMP	Tidak ada	Tidak ada	0-2	26	3
Mar	73	Pr	Janda	SD	Tidak ada	Tidak ada	> 2	25	2
Suh	70	Pr	Janda	SD	Tidak ada	Tidak ada	0-2	25	1
Mart	72	Pr	Janda	SMA	Tidak ada	Tidak ada	0-2	26	3
Jas	72	Pr	Janda	SD	Tidak ada	Tidak ada	0-2	28	0
Sah	104	Lk	Duda	SD	Tidak ada	Tidak ada	> 2	27	5
Aba	69	Lk	Duda	SD	Tidak ada	Tidak ada	0-2	25	5

**Lampiran 7. Data Responden di Komunitas Posyandu Lansia Puskesmas Taman Bacaan Kota Palembang**

Nama	Umur	Jenis Kelamin	Status Pernikahan	Pendidikan	Pekerjaan	Status Keluarga	Status Kesehatan	Skor MMSE	Skor GDS
Pai	60	Pr	Janda	SD	Ada	Ada	0-2	30	4
Rus	61	Pr	Janda	SMA	Tidak ada	Ada	0-2	30	6
Sit	68	Pr	Janda	SD	Tidak ada	Ada	> 2	25	3
Sin	63	Pr	Janda	SD	Ada	Ada	0-2	25	9
Yan	70	Pr	Janda	SMP	Tidak ada	Tidak ada	0-2	29	0
Rum	65	Pr	Janda	SD	Tidak ada	Ada	0-2	30	3
Dar	77	Pr	Menikah	SD	Tidak ada	Tidak ada	> 2	25	2
Lap	72	Pr	Janda	SD	Tidak ada	Ada	0-2	25	3
Roh	63	Pr	Menikah	SD	Ada	Ada	0-2	26	3
Nap	74	Pr	Janda	SD	Tidak ada	Ada	> 2	25	6
End	60	Pr	Menikah	SD	Tidak ada	Ada	> 2	28	2
Dai	65	Pr	Janda	SD	Tidak ada	Ada	0-2	28	3
Rau	62	Pr	Menikah	SD	Tidak ada	Ada	0-2	29	4
Sai	60	Pr	Janda	SD	Tidak ada	Ada	0-2	25	1
Rumi	68	Pr	Janda	SD	Tidak ada	Ada	0-2	25	1
Mer	60	Pr	Janda	SD	Ada	Ada	0-2	25	1
Haw	70	Pr	Janda	SD	Ada	Ada	0-2	25	1
Nyi	63	Pr	Janda	SMP	Ada	Ada	0-2	27	2
Sai	68	Pr	Janda	SD	Ada	Ada	> 2	25	2
Suk	65	Pr	Janda	SMP	Ada	Ada	0-2	27	4

Nama	Umur	Jenis Kelamin	Status Pernikahan	Pendidikan	Pekerjaan	Status Keluarga	Status Kesehatan	Skor MMSE	Skor GDS
Rok	61	Pr	Janda	SD	Tidak ada	Ada	0-2	24	0
Muk	63	Pr	Menikah	SMP	Tidak ada	Ada	0-2	27	3
Umi	72	Pr	Janda	SD	Ada	Ada	0-2	25	1
Cek	77	Pr	Janda	SD	Tidak ada	Ada	> 2	26	4
Mai	70	Pr	Janda	SD	Ada	Ada	> 2	25	2
Nan	61	Pr	Janda	SMA	Tidak ada	Ada	0-2	30	6
Luk	72	Lk	Duda	SMA	Tidak ada	Ada	0-2	30	8
Kar	64	Pr	Janda	SMP	Tidak ada	Ada	0-2	28	3
Mis	63	Pr	Janda	SMP	Ada	Ada	> 2	28	4
Rah	66	Lk	Duda	SMA	Tidak ada	Ada	0-2	27	4
Mus	70	Pr	Janda	SMA	Tidak ada	Ada	0-2	30	1
Nur	67	Pr	Janda	SMP	Ada	Ada	0-2	25	3
Dar	63	Lk	Duda	SMA	Tidak ada	Ada	0-2	29	2
Kara	63	Pr	Janda	SD	Tidak ada	Ada	> 2	28	3
Fat	60	Pr	Janda	SMP	Tidak ada	Ada	0-2	25	1
Kars	76	Pr	Janda	SMP	Tidak ada	Ada	0-2	30	7
Kart	64	Pr	Janda	PT	Tidak ada	Ada	0-2	30	4
Ern	60	Pr	Janda	SMP	Ada	Ada	0-2	28	6

## Lampiran 8. Hasil Analisis SPSS

### 1. Analisis Univariat

#### A. Karakteristik Data Responden di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai

##### UMUR

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 60-70	20	52.6	52.6	52.6
71-90	14	36.8	36.8	89.5
>90	4	10.5	10.5	100.0
Total	38	100.0	100.0	

##### JENIS KELAMIN

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid PEREMPUAN	23	60.5	60.5	60.5
LAKI-LAKI	15	39.5	39.5	100.0
Total	38	100.0	100.0	

##### STATUS PERNIKAHAN

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid MENIKAH	1	2.6	2.6	2.6
JANDA/DUDA	35	92.1	92.1	94.7
BELUM MENIKAH	2	5.3	5.3	100.0
Total	38	100.0	100.0	

##### TINGKAT PENDIDIKAN

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid SD	29	76.3	76.3	76.3
SMP	6	15.8	15.8	92.1
SMA	2	5.3	5.3	97.4
PT	1	2.6	2.6	100.0
Total	38	100.0	100.0	

**PEKERJAAN**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ADA	1	2.6	2.6	2.6
	TIDAK ADA	37	97.4	97.4	100.0
	Total	38	100.0	100.0	

**STATUS KELUARGA**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ADA	14	36.8	36.8	36.8
	TIDAK ADA	24	63.2	63.2	100.0
	Total	38	100.0	100.0	

**STATUS KESEHATAN**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	> 2	9	23.7	23.7	23.7
	0-2	29	76.3	76.3	100.0
	Total	38	100.0	100.0	

**B. Karakteristik Data Responden di Komunitas Posyandu Lansia Puskesmas Taman Bacaan Kota Palembang**

**UMUR**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	60-70	31	81.6	81.6	81.6
	71-90	7	18.4	18.4	100.0
	Total	38	100.0	100.0	

**JENIS KELAMIN**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	PEREMPUAN	35	92.1	92.1	92.1
	LAKI-LAKI	3	7.9	7.9	100.0
	Total	38	100.0	100.0	

**STATUS PERNIKAHAN**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	MENIKAH	5	13.2	13.2	13.2
	JANDA/DUDA	33	86.8	86.8	100.0
	Total	38	100.0	100.0	

**TINGKAT PENDIDIKAN**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	21	55.3	55.3	55.3
	SMP	10	26.3	26.3	81.6
	SMA	6	15.8	15.8	97.4
	PT	1	2.6	2.6	100.0
	Total	38	100.0	100.0	

**PEKERJAAN**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ADA	13	34.2	34.2	34.2
	TIDAK ADA	25	65.8	65.8	100.0
	Total	38	100.0	100.0	

**STATUS KELUARGA**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ADA	36	94.7	94.7	94.7
	TIDAK ADA	2	5.3	5.3	100.0
	Total	38	100.0	100.0	

**STATUS KESEHATAN**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid > 2	9	23.7	23.7	23.7
0-2	29	76.3	76.3	100.0
Total	38	100.0	100.0	

**C. Kejadian Depresi di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai Palembang****KEJADIAN DEPRESI DI PANTI WERDHA**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid YA	22	57.9	57.9	57.9
TIDAK	16	42.1	42.1	100.0
Total	38	100.0	100.0	

**D. Kejadian Depresi di Komunitas Posyandu Lansia Puskesmas Taman Bacaan Kota Palembang****KEJADIAN DEPRESI DI KOMUNITAS**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid YA	7	18.4	18.4	18.4
TIDAK	31	81.6	81.6	100.0
Total	38	100.0	100.0	

**2. Analisis Bivariat Hubungan tempat tinggal lansia dengan kejadian depresi pada lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai Palembang dan di Komunitas Posyandu Lansia Puskesmas Taman Bacaan Palembang**

**TEMPAT TINGGAL \* KEJADIAN DEPRESI *Crosstabulation***

TEMPAT TINGGAL		KEJADIAN DEPRESI		Total
		YA	TIDAK	
PANTI WERDHA	Count	22	16	38
	Expected Count	14.5	23.5	38.0
	% within TEMPAT TINGGAL	57.9%	42.1%	100.0%
KOMUNITAS POSYANDU LANSIA	Count	7	31	38
	Expected Count	14.5	23.5	38.0
	% within TEMPAT TINGGAL	18.4%	81.6%	100.0%
Total	Count	29	47	76
	Expected Count	29.0	47.0	76.0
	% within TEMPAT TINGGAL	38.2%	61.8%	100.0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	12.546 <sup>a</sup>	1	.000		
Continuity Correction <sup>b</sup>	10.929	1	.001		
Likelihood Ratio	13.020	1	.000		
Fisher's Exact Test				.001	.000
Linear-by-Linear Association	12.381	1	.000		
N of Valid Cases <sup>b</sup>	76				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14.50.

b. Computed only for a 2x2 table

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for TEMPAT TINGGAL (PANTI WERDHA / KOMUNITAS POSYANDU LANSIA)	6.089	2.146	17.276
For cohort KEJADIAN DEPRESI = YA	3.143	1.527	6.469
For cohort KEJADIAN DEPRESI = TIDAK	.516	.345	.772
N of Valid Cases	76		

## Lampiran 9. Perhitungan Manual Analisis *Chi-Square*

### 1. Tabel 2x2 *Chi-Square*

Tempat Tinggal	Kejadian Depresi		Total
	Ya	Tidak	
Panti werdha	22 (57,9%) E <sub>1</sub> = 14,5	16 (42,1%) E <sub>2</sub> = 23,5	38 (100%)
Komunitas	7 (18,4%) E <sub>3</sub> = 14,5	31 (81,6%) E <sub>4</sub> = 23,5	38 (100%)
<b>Jumlah</b>	29 (38,2%)	47 (61,8%)	76 (100%)

### 2. Perhitungan *Expected Value*

$$E = \frac{\text{Jumlah margin kolom} \times \text{Jumlah margin baris}}{\text{Total}}$$

$$E_1 = \frac{38 \times 29}{76} = 14,5$$

$$E_2 = \frac{38 \times 47}{76} = 23,5$$

$$E_3 = \frac{38 \times 29}{76} = 14,5$$

$$E_4 = \frac{38 \times 47}{76} = 23,5$$

### 3. Perhitungan nilai *Chi-Square*

$$X^2 = \sum \frac{(|O - E| - 0,5)^2}{E}$$

$$X^2 = \frac{(|22 - 14,5| - 0,5)^2}{14,5} + \frac{(|16 - 23,5| - 0,5)^2}{23,5} + \frac{(|7 - 14,5| - 0,5)^2}{14,5} + \frac{(|31 - 23,5| - 0,5)^2}{23,5}$$

$$X^2 = 3,379 + 2,085 + 3,379 + 2,085$$

$$X^2 = 10,929$$

Perhitungan  $X^2$  pada tabel 2x2 juga bisa dihitung dengan rumus berikut:

$$X^2 = \frac{n(|ad - bc| - 0,5n)^2}{(a+c)(b+d)(c+d)(a+b)}$$

$$X^2 = \frac{76(|22 \times 31 - 16 \times 7| - 0,5 \times 76)^2}{(22+7)(16+31)(7+31)(22+16)}$$

$$X^2 = \frac{21509824}{1968172}$$

$$X^2 = 10,929$$

#### 4. Kesimpulan Analisis *Chi-Square*

Nilai  $X^2$  tabel dengan  $df = (b-1)(k-1) = (2-1)(2-1) = 1$  dan  $\alpha = 0,05$  adalah 3,841 sedangkan nilai  $X^2$  hitung = 10,929, berarti  $X^2$  hitung  $>$   $X^2$  tabel, maka  $H_0$  ditolak sehingga dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara tempat tinggal lansia dengan kejadian depresi di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai Palembang dan di Komunitas Posyandu Lansia Puskesmas Taman Bacaan Palembang.

#### 5. Nilai Risiko Relatif (RR)

$$RP = \frac{a/(a+b)}{c/(c+d)}$$

$$RP = \frac{22/(22+16)}{7/(7+31)}$$

$$RP = 3,143$$

### Lampiran 10. Foto Dokumentasi Penelitian



Gambar 4. Peneliti sedang melakukan wawancara dengan lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai Palembang pada hari ke-1 penelitian



Gambar 5. Peneliti dan pewawancara lainnya setelah melakukan wawancara dengan lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai Palembang pada hari ke-2 penelitian



Gambar 6. Peneliti dan pewawancara lainnya setelah melakukan wawancara dengan lansia di Posyandu Lansia Kasih Sayang Puskesmas Taman Bacaan Palembang pada hari ke-1 penelitian



Gambar 7. Peneliti setelah melakukan wawancara dengan lansia di Posyandu Lansia Al-Kautsar Puskesmas Taman Bacaan Palembang pada hari ke-3 penelitian



# UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALEMBANG

SK. DIRJEN DIKTI NO. 2130 / D / T / 2008 TGL. 11 JULI 2008 : IZIN PENYELENGGARA PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER

Kampus B : Jl. KH. Bhalqi / Talang Banten 13 Ulu Telp. 0711 - 520045  
Fax : 0711 516899 Palembang ( 30263 )

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Palembang, 16 Oktober 2014.

Nomor : 1009. 6/1-13/FK-UMP/X/2014  
Lampiran : -  
Perihal : Mohon izin Pengambilan Data

Kepada : Yth. Kepala  
Badan Kesatuan Bangsa dan Politik (Bakesbangpol)  
Kota Palembang  
Di  
Palembang.

Assalamu'alaikum. Wr. Wb.

Ba'da salam, semoga kita semua mendapatkan rahmat dan hidayah dari Allah SWT, Amin Ya Robbal Alamin.

Sehubungan dengan rencana pelaksanaan penelitian dan penyusunan skripsi mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang, atas nama :

Nama : Sulastri  
NIM : 702011 046  
Jurusan : Ilmu Kedokteran  
Judul Skripsi : Hubungan tempat tinggal lansia dengan kejadian depresi pada Lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai Km 6 Palembang dan di Komunitas Posyandu Lansia Puskesmas Taman Bacaan Palembang.

Maka dengan ini kami mohon kepada Saudara agar kiranya berkenan memberikan ijin pengambilan data yang dibutuhkan dalam penyusunan proposal dan skripsi kepada nama tersebut diatas di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai Km 6 Palembang .

Demikian, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Billahittaufiq Walhidayah.

Wassalamu'alaikum. Wr. Wb.

Dr. Dekan

Dr.HM. Ali Muchtar, M.Sc.  
NBM/NIDN : 060347091062484

Tembusan :

1. Yth. Wakil Dekan I, II, III, IV FK UMP.
2. Yth. Ka. UPK FK UMP.
3. Arsip.



# UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALEMBANG

SK. DIRJEN DIKTI NO. 2130 / D / T / 2008 TGL. 11 JULI 2008 : IZIN PENYELENGGARA PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER

Kampus B : Jl. KH. Bhalqi / Talang Banten 13 Ulu Telp. 0711 - 520045  
Fax : 0711 516899 Palembang ( 30263 )

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Palembang, 16 Oktober 2014.

Nomor : 1009.A/1-13/FK-UMP/X/2014  
Lampiran : -  
Perihal : Mohon izin Pengambilan Data

Kepada : Yth. Kepala  
Badan Kesatuan Bangsa dan Politik (Bakesbangpol)  
Kota Palembang  
Di  
Palembang.

Assalamu'alaikum. Wr. Wb.

Ba'da salam, semoga kita semua mendapatkan rahmat dan hidayah dari Allah SWT, Amin Ya Robbal Alamin.

Sehubungan dengan rencana pelaksanaan penelitian dan penyusunan skripsi mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang, atas nama :

Nama : Sulastri  
NIM : 702011 046  
Jurusan : Ilmu Kedokteran  
Judul Skripsi : Hubungan tempat tinggal lansia dengan kejadian depresi pada Lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai Krn 6 Palembang dan di Komunitas Posyandu Lansia Puskesmas Taman Bacaan Palembang.

Maka dengan ini kami mohon kepada Saudara agar kiranya berkenan memberikan ijin pengambilan data yang dibutuhkan dalam penyusunan proposal dan skripsi kepada nama tersebut diatas di Posyandu Lansia Puskesmas Taman Bacaan Palembang.

Demikian, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

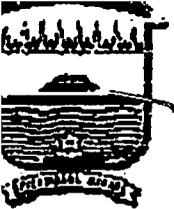
Billahittaufig Walhidayah.

Wassalamu'alaikum. Wr. Wb.

Dr. HM. Ali Muchtar, M.Sc.  
NBM/NIDN : 060347091062484

Tembusan :

1. Yth. Wakil Dekan I, II, III, IV FK UMP.
2. Yth. Ka. UPK FK UMP.
3. Arsip.



# PEMERINTAH KOTA PALEMBANG

**BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK KOTA PALEMBANG**

**JL. LUNJUK JAYA NOMOR 3 – DEMANG LEBAR DAUN PALEMBANG**

**TELPON (0711) 368726**

**Email : badankesbang@yahoo.co.id**

Palembang, 27 Oktober 2014

Nomor : 070/1528 / BAN.KBP / 2014  
Sifat : -  
Lampiran : -  
Perihal : Izin Pengambilan Data / Penelitian

Kepada Yth.  
1. Kepala Dinas Kesehatan Kota Palembang  
2. Kepala Dinas Sosial Kota Palembang  
3. Pimpinan Puskesmas Taman Bacaan Palembang  
4. Pimpinan Panti Sosial Tresna Werdha Teratai Palembang

di - Palembang

Memperhatikan Surat Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang Nomor : 1009.b / 1-13 / FKIP-Ump / X / 2014 Tanggal 16 Oktober 2014 perihal tersebut diatas, dengan ini diberitahukan kepada saudara bahwa :

No.	Nama	NIM	Judul Penelitian
1.	Sulastri	702011046	Hubungan Tempat Tinggal Lansia dengan Kejadian Depresi pada Lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai Km 6 Palembang dan di Komunitas Posyandu Lansia Puskesmas Taman Bacaan Palembang

Untuk melakukan Pengambilan Data secara langsung.  
Lama Pengambilan Data : 27 Oktober 2014 s.d 31 Desember 2014

**Dengan Catatan :**

1. Sebelum melakukan penelitian/survey/riset terlebih dahulu melapor kepada pemerintah setempat.
2. Penelitian tidak diizinkan menanyakan soal politik, dan melakukan penelitian/survey/riset yang sifatnya tidak ada hubungan dengan judul yang telah diprogramkan.
3. Dalam melakukan penelitian/survey/riset agar dapat mentaati peraturan perundang-undangan dan adat istiadat yang berlaku di daerah setempat.
4. Apabila izin penelitian/ survey/riset telah habis masa berlakunya, sedang tugas penelitian/survey/riset belum selesai maka harus ada perpanjangan izin.
5. Setelah selesai mengadakan penelitian/survey/riset diwajibkan memberikan laporan tertulis kepada Walikota Palembang melalui Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat Kota Palembang.

Demikian untuk dimaklumi dan untuk dibantu seperlunya.

a.n. KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK KOTA PALEMBANG  
KEPALA BIDANG KESATUAN BANGSA



**INGRID YOLANDA, S.STP, MM**  
**PENATA TINGKAT I**  
**NIP. 198006061999122001**

**Tembusan :**

1. Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang
2. Mahasiswa Ybs



# PEMERINTAH KOTA PALEMBANG

## DINAS SOSIAL

Jalan Merdeka No. 26 Palembang, Provinsi Sumatera Selatan  
 Telepon : (0711) 351592 / 364122 Fax : (0711) – 351592 Kode Pos 30131

Palembang, 4 November 2014

: 070 / 1436 / Sos / 2014  
 : Biasa  
 : -  
 : Izin Penelitian/Pengambilan Data

Yth. Kepala Panti STWT  
 Kota Palembang  
 di - Palembang

Sehubungan dengan Surat Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Palembang tanggal 28 Oktober 2014 Nomor : 070 / 1527 / BAN.KBP / 2014 Perihal Izin Pengambilan data/ Penelitian Mahasiswa Muhamadiyah Palembang :

No.	Nama	Nim	Judul
1	Cendy Arzona	702011005	Perbedaan kualitas Hidup Lansia yang Tinggal di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai dengan lansia yang tinggal dengan keluarga dilingkungan Posyandu lansia Puskesmas taman bacaan Palembang Tahun 2014
2	Sulastri	7020114046	Hubungan Tempat Tinggal lansia dengan Kejadian Depresi pada Lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai Km.6 Palembang dan di Komunitas Posyandu Lansia Puskesmas Taman bacaan

Untuk ini agar mahasiswa tersebut diatas dapat dibantu melakukan pengambilan data/ Penelitian secara langsung mulai tanggal 27 Oktober s.d 31 Desember 2014 dengan ketentuan bahwa tujuan penelitian semata-mata untuk bahan ilmu pengetahuan dan bukan untuk di publikasikan kepada pihak lain dan setelah selesai melakukan kegiatan tersebut agar melaporkan hasilnya secara tertulis kepada Kepala Dinas Sosial Kota Palembang.

Demikian untuk dimaklumi.

KEPALA DINAS SOSIAL  
 KOTA PALEMBANG  
 DINAS SOSIAL  
 Drs. H. FAIZAL AR, M. Si  
 PEMBINA UTAMA MUDA  
 NIP. 196708181986031002

busan Yth :  
 ekan Fakultas kedokteran Universitas Muhamadiyah Palembang  
 ahasiswa Ybs



**DINAS SOSIAL KOTA PALEMBANG**  
**PANTI SOSIAL TRESNA WERDHA TERATAI**

Alamat : Jalan Sosial Km. 6 Palembang

**SURAT KETERANGAN**  
NOMOR : 461 / 102 / PTWT / 2014

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

N a m a : APRIANSYAH, S.Pd.I  
NIP : 19810422010011005  
Jabatan : Kasubag TU Panti Tresna Werdha Teratai ( PTWT )  
Jl sosial No. 796 Rt/Rw. 16/03 Km. 6 Palembang.

Dengan ini menyatakan bahwa :

N a m a : SULASTRI  
NIM : 702011046  
Semester : VII  
Universitas : Fakultas Kedokteran Universitas Muhamadiyah Palembang  
Judul Skripsi : Hubungan tempat tinggal lansia dengan kejadian depresi pada lansia dipanti sosial tresna werdha teratai km. 6 palembang dan di komunitas posyandu lansia puskesmas taman bacaan Palembang Tahun 2014.

Berdasarkan surat yang kami terima tanggal 4 Nopember 2014. Nomor : 070/1430/Sos/2014, Anak tersebut telah selesai menjalankan Penelitian di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai Palembang dari Tanggal 12 Nopember s/d Tanggal 10 Nopember 2014.

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan benar, agar dapat di gunakan sebagaimana mestinya.

Palembang, 16 Nopember 2014

Kasubag T U Panti PSTWT

Plh, Kepala Panti Tresna Werdha Teratai  
Km. 6 Palembang





PEMERINTAH KOTA PALEMBANG  
**DINAS KESEHATAN**

JL. Merdeka No.72 Palembang 30151 Sumatera Selatan

Telp/Fax. (0711) 350651, 350523

E-mail: [dinkes\\_palembang@yahoo.co.id](mailto:dinkes_palembang@yahoo.co.id), Website: [www.dinkes.palembang.go.id](http://www.dinkes.palembang.go.id)



Palembang, 5 November 2014

Nomor : 800 / 525 / PSDM. Diklat / Kes / 2014.  
Perihal : Izin Penelitian dan Pengambilan Data

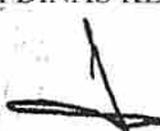
Kepada Yth,  
Pimpinan Puskesmas  
Taman Bacaan  
di,-  
Palembang

Schubungan dengan Surat Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan perlindungan Masyarakat Kota Palembang Nomor : 070 / 1528 / BAN / KPB / 2014. Perihal : Permohonan Izin Penelitian dan Pengambilan Data, maka dengan ini pada prinsipnya kami menyetujui dan memberikan izin untuk Penelitian dan Pengambilan Data di Bidang / Puskesmas Saudara atas nama Mahasiswa :

No	Nama Mahasiswa	NIM	Judul Penelitian
1	Sulastri	702011046	Hubungan tempat tinggal Lansia dengan kejadian Depresi pada Lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai Km 6 Palembang dan di Komunitas Posyandu Lansia Puskesmas Taman Bacaan Palembang
2.			
3.			

Atas Kerjasamanya diucapkan terima kasih,

KEPALA DINAS KESEHATAN

  
Dr. ANTON SUWINDRO, M.Kes  
PEMBINA TK I  
NIP. 195705271986121001

Tembusan :

1. Kabid PMK
2. Arsip



# DINAS KESEHATAN KOTA PALEMBANG PUSKESMAS TAMAN BACAAN

Jl. KH. Azhari Lrg. Taman Bacaan Tangga Takat Telepon (0711) 514482  
Kecamatan Seberang Ulu II Kota Palembang

## SURAT KETERANGAN No. 070 / 929 / Kes/Pkm-TB/XII/2014

Sehubungan dengan Surat Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat Kota Palembang Nomor : 070 / 1528 / BAN / KPB / 2014 dan Surat Kepala Dinas Kesehatan Kota Palembang Nomor 800/525/PSDM. Diklat/Kes/2014 Perihal : Permohonan Izin Penelitian dan Pengambilan Data, Maka dengan ini pada Prinsipnya kami menyetujui dan memberikan izin untuk Penelitian dan Pengambilan Data di Posyandu lansia Puskesmas Taman Bacaan.

Dengan ini kami sampaikan memang benar Mahasiswa yang namanya sebagai berikut :

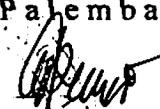
No	Nama Mahasiswa	NIM	Judul Penelitian
1.	Sulastri	702011046	Hubungan tempat tinggal lansia dengan kejadian depresi pada lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai Km 6 Palembang dan Komunitas Posyandu Lansia Puskesmas Taman Bacaan Palembang.

Telah selesai melaksanakan Penelitian dan pengambilan data sesuai dengan judul yang diajukan oleh Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang.

Demikianlah surat keterangan ini kami sampaikan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Palembang, Desember 2014

Pimpinan Puskesmas Taman Bacaan  
Palembang

  
drg. E. R. M I N D A.  
NIP. 19631209 199203 2 003



بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

# KARTU AKTIVITAS BIMBINGAN SKRIPSI

NAMA MAHASISWA : SULASTRI

PEMBIMBING I : Dr. Irfanuddin, Sp.KO, M.PD, Kes

NIM : 702011046

PEMBIMBING II : Dr. R.A. Tanarla, M.Kes

## JUDUL SKRIPSI :

Hubungan Tempat Tinggal Lansia dengan Keagamaan Depresi Pada Lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai Palembang dan di Komunitas Posyandu Lansia Puskesmas Taman Bacaan Palembang Tahun 2014

NO	TGL/BL/TH KONSULTASI	MATERI YANG DIBAHAS	PARAF PEMBIMBING		KETERANGAN
			I	II	
1.	17/12/2014	Konsultasi Hasil Penelitian. <del>BAB I &amp; II</del>	/		
2.	18/12/2014	Bimbingan BAB IV & V	/		
3.	22/12/2014	Revisi Bab IV, V	/		
4.	24/12/2014	Revisi Bab IV, V	/		
5.	29/12/2014	Revisi Bab IV, V	/		
6.	31/12/2014	ACC skripsi (BAB I - V)	/		
7.					
8.	15/12/2014	Konsultasi hasil & pembahasan		/	
9.	25/12/2014	Revisi hasil & pembahasan		/	
10.	6/1/2015	Revisi hasil & pembahasan		/	
11.	8/1/2015	ACC skripsi BAB I - IV		/	ACC
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					

CATATAN :

Dikeluarkan di : Palembang  
Pada tanggal : 12/01/2015





بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

# KARTU AKTIVITAS BIMBINGAN PROPOSAL PENELITIAN

NAMA MAHASISWA : Sulastri  
 N I M : 702011046  
 PEMBIMBING I : dr. Irfanuddin . sp. ko . M. Pa. kes  
 PEMBIMBING II : dr. R.A. Tanzila M. Kes

JUDUL PROPOSAL Hubungan Tempat Tenggal Lansia Terhadap Kejadian Depresi Pada Lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai Palembang dan di Komunitas Posyandu Lansia Puskesmas Taman Bacaan Palembang Tahun 2014

NO	TGL/BLTH KONSULTASI	MATERI YANG DIBAHAS	PARAF PEMBIMBING		KETERANGAN
			I	II	
1.	19 Juli 2014	Konsultasi & Persisi Judul skripsi			
2.	11 Agt 2014	Konsultasi Benang Merah penelitian			
3.	1 sept 2014	Konsultasi BAB I & BAB III			
4.	3 sept 2014	Konsultasi revisi BAB I & BAB III			
5.	5 sept 2014	Konsultasi besar sampel			
6.	6 sept 2014	Konsultasi BAB I, BAB III			
7.	9 sept 2014	Konsultasi revisi BAB I & III & konsultasi BAB II			
8.	10 sept 2014	Konsultasi Revisi BAB I, II, III, & Panduan wawancara			
9.	12 sept 2014	Konsultasi BAB I, II, III, Daftar Ristak, & Lembaran			
10.	13 September 2014	Tanda Tangan / ACC. proposal skripsi			
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					

CATATAN :

Dikeluarkan di : Palembang  
 Pada tanggal : 13 / 09 / 2014

dan Dekan  
 Ketua UPK,



dr. Astri, M. Kes

Chi-Square Tests

## RIWAYAT HIDUP

Nama : Sulastri  
Tempat Tanggal Lahir : Pangkalpinang, 19 Oktober 1993  
Alamat : Jl. RE Martadinata Gang. Bandeng 1 No.21 RW  
01/RT 02 Kel. Rejosari Kec. Pangkalbalam  
Pangkalpinang, Kepulauan Bangka Belitung  
Telp/Hp : 085367048920  
Email : sulastrii\_2011@yahoo.com  
Agama : Islam  
Nama Orang Tua  
Ayah : Bambang Supadi  
Ibu : Tukinah  
Jumlah Saudara : Lima (5)  
Anak Ke : Empat (4)  
Riwayat Pendidikan : 1. TK Purwanida (1998 - 1999)  
2. SDN 48 Pangkalpinang (1999 - 2005)  
3. SMPN 1 Pangkalpinang (2005 - 2008)  
4. SMAN 1 Pangkalpinang (2008 - 2011)  
5. FK Universitas Muhammadiyah Palembang  
(2011 - sekarang)



Palembang, 27 Januari 2015

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Sulastri', written in a cursive style.

(Sulastri)