

**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI DEPRESI LANSIA  
DI POLIKLINIK GERIATRI**

**SKRIPSI**



**Di susun Oleh :**

**SYAMSUL HADI  
NIM : B21827808701**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
INSTITUT TEKNOLOGI KESEHATAN & SAINS  
WIYATA HUSADA SAMARINDA**

**2020**

**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI DEPRESI LANSIA  
DI POLIKLINIK GERIATRI**

**SKRIPSI**

Untuk Memenuhi salah satu syarat memperoleh Gelar Sarjana  
(S.Kep)



**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
INSTITUT TEKNOLOGI KESEHATAN & SAINS  
WIYATA HUSADA SAMARINDA**

**2020**

## LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

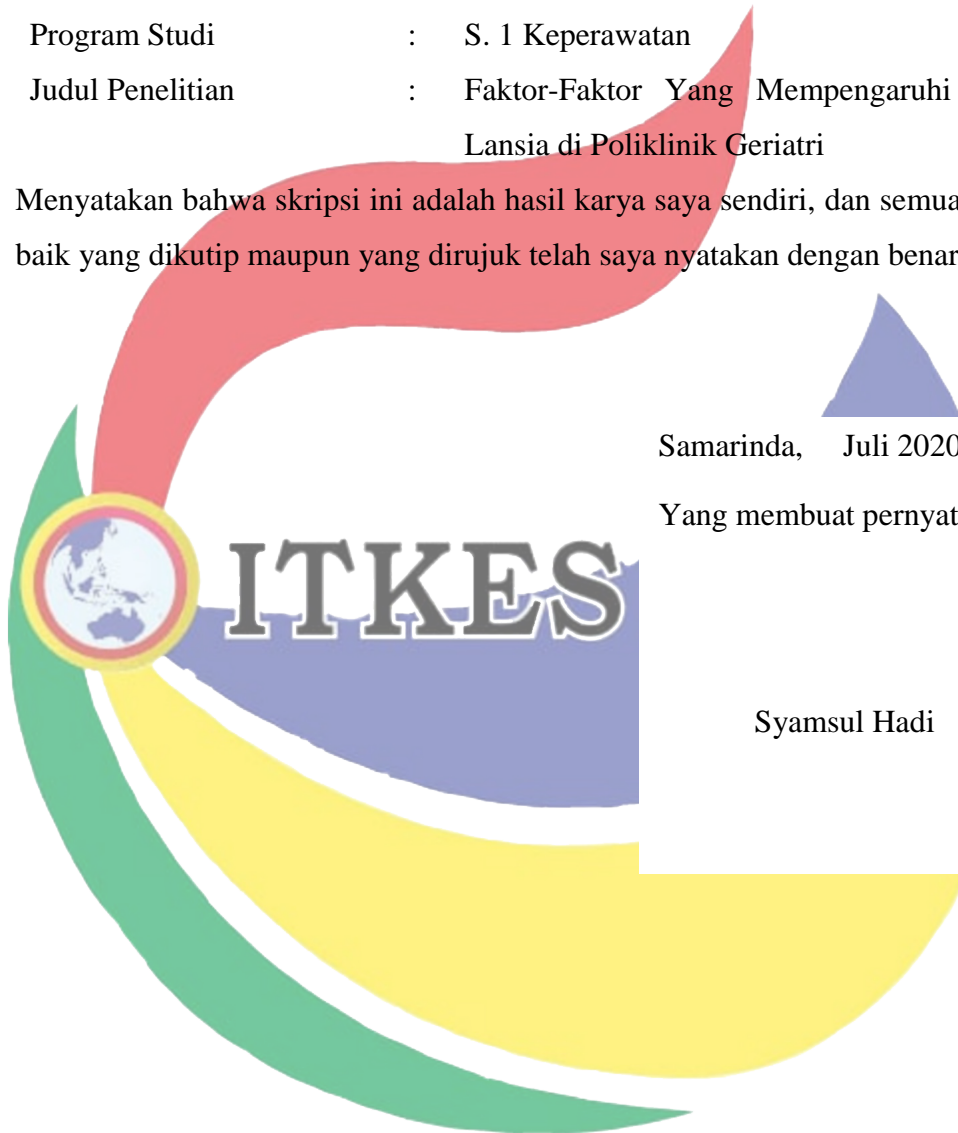
Nama : Syamsul Hadi  
NIM : B21827808701  
Program Studi : S. 1 Keperawatan  
Judul Penelitian : Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Depresi  
Lansia di Poliklinik Geriatri

Menyatakan bahwa skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber, baik yang dikutip maupun yang dirujuk telah saya nyatakan dengan benar

Samarinda, Juli 2020

Yang membuat pernyataan,

Syamsul Hadi



**LEMBAR PERSETUJUAN**

**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI DEPRESI LANSIA  
DI POLIKLINIK GERIATRI**

**SKRIPSI**

Disusun Oleh :

**SYAMSUL HADI**

**NIM : B21827808701**

Skripsi ini Telah Disetujui

Juli 2020



Pembimbing I,

Pembimbing II,

Ns.SitiMukarommah,S.Kep.,M.Kep.,Sp.Kom  
NIK : 113072.82.09.024

Ns. Siti Kholifah, S.Kep, M.Kep  
NIK : 1130728913039

Mengetahui,

Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan

Ns. Kiki Hardiansyah Safitri,S.kep.,M.Kep.,Sp.K.MB  
NIK 113072.88.16.088

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur saya panjatkan kehadiran Alloh Subhanallohu Ta'ala Tuhan Yang Maha Esa, karena berkat rahmat dan bimbinganNya saya dapat menyelesaikan Skripsi dengan judul **“Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Depresi Lansia di Poliklinik Geriatri”**. Penulisan skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana (S.Kep) pada Program Studi Keperawatan Institut Teknologi Kesehatan & Sains Wiyata Husada Samarinda.

Saya menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan skripsi ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan semua proses tepat pada waktunya. Oleh karena itu, perkenankanlah saya mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada :

1. Bapak H. Mujito Hadi, MM selaku Ketua Yayasan Institut Teknologi Kesehatan & Sains Wiyata Husada Samarinda.
2. DR. Eka Ananta Sidharta, SE., MM., AK., CA., CSRS., CSRA., CFrA selaku Bapak Rektor Institut Teknologi Kesehatan & Sains Wiyata Husada Samarinda.
3. dr. Edy Iskandar, Sp.PD., FINASIM.,MARS selaku Bapak Direktur RSUD. Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan
4. Ns. Kiki Hardiansyah Safitri, S.Kep.,M.Kep., Sp.KMB. selaku Ibu Ketua Program Studi. Terimakasih atas masukan dan semua ilmu yang telah diberikan dan juga dedikasinya.
5. Ns. Siti Mukarommah, S.Kep., M.Kep., Sp.Kom. selaku Ibu Dosen Pembimbing pertama yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan tugas akhir ini.
6. Ns. Siti Kholifah, S.Kep., M.Kep selaku Ibu Dosen Pembimbing kedua yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan tugas akhir ini
7. Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kep selaku Bapak Penguji pertama yang berkenan menyediakan waktu, tenaga, pikiran dan memberikan saran dalam perbaikan skripsi ini.

8. Hj. Sumiati,SKM, M.Kes. selaku Ibu Penguji kedua yang berkenan menyediakan waktu, tenaga, pikiran dan memberikan saran dalam perbaikan skripsi ini
9. Bapak / Ibu Dosen dan Staf Institut Teknologi Kesehatan & Sains Wiyata Husada Samarinda yang telah mendidik dan memberikan ilmu serta membimbing saya selama proses perkuliahan.
10. Keluarga yang telah banyak memberikan motivasi, dukungan moril maupun materil yang tak ternilai harganya serta do'a dan kasih sayangnya.
11. Seluruh rekan-rekan Institut Teknologi Kesehatan & Sains Wiyata Husada Samarinda yang telah memberikan bantuan, dukungan dan saran serta kritiknya dalam penulisan skripsi ini.

Dan semua pihak yang telah membantu penyelesaian Laporan Tugas Akhir ini, semoga Allah Subhanallohu Ta'ala Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas kebaikan kita semua dan skripsi ini dapat bermanfaat bagi pengembangan ilmu.



## LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

---

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Syamsul Hadi  
NIM : B21827808701  
Program Studi : Keperawatan

Dengan ini menyetujui dan memberikan hak kepada Institut Teknologi Kesehatan & Sains Wiyata Husada Samarinda atas karya ilmiah saya yang berjudul:

### **Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Depresi Lansia di Poliklinik Geriatri**

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak ini, Institut Teknologi Kesehatan & Sains Wiyata Husada Samarinda berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis dan pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Samarinda, Juli 2020

Yang menyatakan

Syamsul Hadi

## ABSTRAK

### FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI DEPRESI LANSIA DI POLIKLINIK GERIATRI

Syamsul Hadi <sup>1</sup>, Siti Mukarommah <sup>2</sup>, Siti Kholifah <sup>3</sup>

**Latar Belakang** : Proses menjadi tua merupakan proses alami terkait dengan perubahan fisik, biologis dan psikologis. Semakin bertambah usia maka semakin menurunnya daya tahan tubuh yang mengakibatkan seseorang menjadi rentan terserang berbagai macam penyakit. Masalah kesehatan jiwa yang muncul pada lansia seperti stres dan depresi akan berpengaruh terhadap kualitas hidup lansia.. **Tujuan** : Untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi depresi lansia di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan. **Metode** : Jenis penelitian yang dilakukan adalah penelitian kuantitatif dengan rancangan penelitian survei analitik dan desain *cross sectional*. Populasi dari penelitian ini adalah semua lansia yang berobat di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan selama bulan april-juli 2020, berdasarkan perhitungan sampel minimal diperoleh sampel sebanyak 50 orang. Analisis data menggunakan *fisher exact test* dan *regresi logistik*. **Hasil** : Karakteristik lansia sebagian besar usia antara 60-69 tahun berjumlah 31 orang (62%), menikah berjumlah 43 orang (86%), sudah tidak bekerja lagi berjumlah 36 orang (72%), dukungan keluarga baik berjumlah 44 orang (88%) dan tidak depresi berjumlah 44 orang (88%). Tidak ada hubungan usia ( $p\ value : 0,412 > \alpha : 0,05$ ), status perkawinan ( $p\ value : 0,616 > \alpha : 0,05$ ), pekerjaan ( $p\ value : 0,208 > \alpha : 0,05$ ) terhadap depresi lansia. Ada hubungan dukungan keluarga terhadap depresi lansia ( $p\ value : 0,001 < \alpha : 0,05$ ). Dukungan keluarga merupakan variabel paling dominan mempengaruhi depresi lansia ( $p\ value : 0,002 < \alpha : 0,05$ ). **Kesimpulan** : Dukungan keluarga merupakan faktor yang berpengaruh terhadap depresi pada lansia. Oleh karena itu RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan diharapkan mampu membina lansia dengan menyelenggarakan berbagai kegiatan secara rutin seperti senam sebagai wadah para lansia untuk dapat aktif secara sosial sehingga terhindar dari depresi.

Kata Kunci : Usia, Status Perkawinan, Pekerjaan, Dukungan Keluarga, Depresi, Lansia

---

<sup>1,2,3</sup> Program Studi Ilmu Keperawatan, Institut Teknologi Kesehatan & Sains Wiyata Husada Samarinda

## ABSTRACT

### THE FACTORS THAT INFLUENCE DEPRESSION IN THE ELDERLY AT GERIATRI POLYCLINIC

Syamsul Hadi<sup>1</sup>, Siti Mukarommah<sup>2</sup>, Siti Kholifah<sup>3</sup>

**Background:** The process of getting old is a natural process related to physical, biological and psychological changes. The older you get, the lower your immune system which makes a person susceptible to various diseases. Mental health problems that arise in the elderly such as stress and depression will affect the quality of life of the elderly. **Objective :** To determine the factors that influence depression in elderly at Geriatric Polyclinic Outpatient Installation Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Hospital. **Method :** This type of research is quantitative research with analytic survey design and cross sectional design. The population this study is all elderly who seek treatment at the Geriatric Polyclinic Outpatient Installation Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan during april-july 2020, sample count of 50 people. Data analysis using *fisher exact test* and logistic regression. **Result :** The characteristics elderly mostly aged between 60-69 years amounted to 31 people (62%), 43 people (86%) married, 36 people (72%) no longer working, 44 good family support (88%) and non-depressed amounted to 44 people (88%). There is no relationship between age (p value: 0.412 >  $\alpha$ : 0.05), marital status (p value: 0.616 >  $\alpha$ : 0.05), occupation (p value: 0.208 >  $\alpha$ : 0.05) on elderly depression. There is a relationship between family support and depression in the elderly (p value: 0.001 <  $\alpha$ : 0.05). Family support is the most dominant variable affecting elderly depression (p value: 0.002 <  $\alpha$ : 0.05). **Conclusion :** Family support is a factor influencing depression in the elderly. Therefore, Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan is expected to be able to foster the elderly organizing various activities regularly such as gymnastics as a place for elderly to be socially active so they can avoid depression.

**Keywords:** Age, Marital Status, Work, Family Support, Depression, Elderly.

---

<sup>1,2,3</sup> Nursing Study Program, Wiyata Husada Institute of Health & Science Technology Samarinda

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	i
<b>HALAMAN PEROLEHAN GELAR</b> .....	ii
<b>LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN PENULISAN</b> .....	iii
<b>LEMBAR PERSETUJUAN</b> .....	iv
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	v
<b>LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI</b> .....	vii
<b>ABSTRAK</b> .....	viii
<b>ABSTRACT</b> .....	ix
<b>DAFTAR ISI</b> .....	x
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	xii
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	xiii
<b>DAFTAR SKEMA</b> .....	xiv
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	xv
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	4
C. Tujuan Penelitian .....	4
D. Manfaat Penelitian .....	5
E. Penelitian Terkait .....	6
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. Telaah Pustaka .....	9
1. Konsep Lanjut Usia (Lansia) .....	9
2. Konsep Depresi .....	16
3. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Depresi Lansia .....	30
4. Teori Keperawatan .....	34
B. Kerangka Teori .....	37
C. Kerangka Konsep .....	38
D. Hipotesis Penelitian .....	39
<b>BAB III METODE PENELITIAN</b>	
A. Jenis dan Rancangan Penelitian .....	41
B. Lokasi dan Waktu Penelitian .....	41
C. Populasi dan Sampel .....	41
D. Variabel Penelitian dan Defenisi Operasional .....	43
E. Alat Pengumpulan Data .....	44
F. Teknik Pengumpulan Data .....	47
G. Teknik Analisis Data .....	48
H. Etika Penelitian .....	51
I. Alur Penelitian .....	53

<b>BAB IV</b>	<b>HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN</b>	
	A. Hasil Penelitian.....	54
	B. Pembahasan.....	62
	C. Keterbatasan Penelitian.....	71
<b>BAB V</b>	<b>PENUTUP</b>	
	A. Kesimpulan.....	72
	B. Saran.....	72
	<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	74
	<b>DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....</b>	79
	<b>LAMPIRAN.....</b>	80



## DAFTAR TABEL

Tabel 3.1.	Variabel Penelitian dan Defenisi Operasional.....	43
Tabel 3.2.	Kisi-Kisi Kuesioner Dukungan Keluarga.....	45
Tabel 3.3.	Kisi-Kisi Kuesioner Depresi.....	46
Tabel 3.4.	Uji Normalitas Variabel Dukungan Keluarga.....	49
Tabel 4.1.	Karakteristik Responden di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan (n = 50).....	55
Tabel 4.2.	Hubungan Usia Terhadap Depresi Lansia di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.....	56
Tabel 4.3.	Hubungan Status Perkawinan Terhadap Depresi Lansia di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.....	57
Tabel 4.4.	Hubungan Pekerjaan Terhadap Depresi Lansia di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.....	58
Tabel 4.5.	Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Depresi Lansia di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.....	59
Tabel 4.6.	Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Depresi Lansia di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2020.....	60

## DAFTAR SKEMA

Skema 2.1. Kerangka Teori Keperawatan .....	36
Skema 2.2. Kerangka Teori Penelitian .....	37
Skema 2.3. Kerangka Konsep Penelitian.....	38
Skema 3.1. Alur Penelitian.....	53



## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. : Lembar Penjelasan Penelitian
- Lampiran 2. : Surat Pernyataan Bersedia Berpartisipasi Sebagai Responden
- Lampiran 3. : Kuesioner
- Lampiran 4. : Hasil SPSS
- Lampiran 5. : Surat Ijin Penelitian
- Lampiran 6. : Keterangan Layak Etik
- Lampiran 7. : Surat Pengambilan Data Penelitian



# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Lanjut usia (Lansia) merupakan proses menua pada manusia yang tidak dapat dihindarkan. Salah satu tanda penurunan fungsi tubuh untuk beradaptasi dengan stres lingkungan dan merupakan tahap akhir dari siklus kehidupan manusia, seiring ditandai dengan kondisi kehidupan yang tidak sesuai dengan yang diharapkan, hal ini merupakan beban berat bagi lansia yang dapat menimbulkan depresi (Kristyaningsih, 2015).

Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1988 tentang Kesejahteraan Lansia pada pasal 1 Ayat 2 dinyatakan bahwa lansia merupakan seseorang yang telah mencapai usia lebih dari 60 tahun (Maryam dkk, 2010). Selama kurun waktu hampir 50 tahun (1971-2018), persentase penduduk lansia Indonesia meningkat sekitar dua kali lipat. Tahun 2018 persentase lansia mencapai 9,27 persen atau sekitar 24,49 juta orang (Badan Pusat Statistik, 2018). Adapun persentase lansia di Indonesia didominasi oleh lansia muda (kelompok usia 60-69 tahun) yang persentasenya mencapai 63,39 persen, sisanya adalah lansia madya (kelompok usia 70-79 tahun) sebesar 27,92 persen dan lansia tua (kelompok usia lebih dari 80 tahun) sebesar 8,69 persen (Badan Pusat Statistik, 2018). Provinsi Kalimantan Timur memiliki populasi lanjut usia sebesar 4,02%, sedangkan populasi lanjut usia kota Balikpapan lebih tinggi yaitu 4,18%. Hal ini dipengaruhi oleh meningkatnya angka harapan hidup kota Balikpapan, dimana angka harapan hidup kota Balikpapan mencapai 67,9 tahun (Suriastini et al, 2013).

Proses menjadi tua merupakan proses alami terkait dengan perubahan fisik, biologis dan psikologis, dimana semakin bertambah usia maka semakin menurunnya daya tahan tubuh mengakibatkan seseorang menjadi rentan terserang berbagai penyakit (Kusuma, 2012). Masalah kesehatan lansia tersebut muncul akibat proses degeneratif. Berbagai masalah dalam kesehatan, terutama yang berkaitan dengan proses penuaan diantaranya hipertensi, kanker, masalah kesehatan jiwa dan *man made diseases* (penyakit

degeneratif) lainnya yang semakin meningkat (Kemenkes RI, 2011). Adapun masalah kesehatan yang sering muncul pada lansia meliputi masalah kesehatan jiwa (Mahadewi & Ardani, 2018). Penyakit yang berkaitan dengan masalah kesehatan jiwa yang paling utama terjadi adalah gangguan mental sehingga berpengaruh terhadap kualitas hidup. Salah satu gangguan mental yang terjadi adalah depresi. Depresi pada lansia merupakan masalah kesehatan masyarakat yang muncul dan menyebabkan morbiditas dan disabilitas di seluruh dunia (Pracheth et al, 2013).

Depresi adalah salah satu penyakit yang banyak terjadi di kalangan lansia. Umumnya angka depresi terjadi dua kali lebih tinggi di kalangan lansia daripada orang dewasa (Alexopoulus et al, 1999). Penelitian di Amerika menyatakan bahwa kira-kira 10 % sampai 15 % dari semua yang berusia lebih dari 65 tahun dan tinggal di komunitas memperlihatkan gejala depresi. Sedangkan lansia yang berada di institusi (panti) menunjukkan angka depresi ringan sampai sedang antara 50% sampai 75 % yang menyerang lansia dengan perawatan jangka panjang (Stanley and Beare, 2006). Hal baiknya adalah bahwa penyakit psikiatrik ini dapat disembuhkan. Ketika seseorang didiagnosis depresi, hampir 80% penderita dapat diobati sampai benar-benar sehat (Stanley and Beare, 2006).

Dampak depresi pada lansia sangatlah buruk. Depresi yang tidak diobati menyebabkan peningkatan penggunaan fasilitas kesehatan dan medis, memberi pengaruh negatif pada kualitas hidup, dan meningkatkan kematian (Smoliner et al, 2009). Meskipun terdapat bukti bahwa depresi merupakan masalah, terutama pada lansia yang dilembagakan (panti), perhatian yang diberikan terhadap masalah ini sangat sedikit (Teresi, R Abrams, D Holmes, 2001 dalam Smoliner et al, 2009). Kejadian depresi paling banyak terjadi pada lansia yang tinggal lebih dari lima tahun di panti (21,8%) dari pada yang tinggal kurang dari 5 tahun. Hal ini disebabkan oleh kebosanan dalam menjalani kehidupan di dalam panti (Sari, 2012).

Penelitian Arumugam et al (2013) menunjukkan bahwa di India terjadi gangguan depresi sebanyak 21,9%. Faktor-faktor risiko dari hasil penelitian ini menunjukkan bahwa jenis kelamin perempuan, hidup sendiri

tanpa pasangan, buta huruf, ketergantungan ekonomi, kebiasaan diet yang tidak teratur, waktu yang tidak cukup bersama anak-anak dan cucu lebih dominan mengalami depresi dari pada yang menderita masalah kesehatan dan gangguan tidur.

Depresi pada lansia juga sering dikenal sebagai *late life depression*. Lansia rentan terhadap depresi di sebabkan oleh beberapa faktor baik faktor internal maupun eksternal seperti kehilangan pasangan pensiun, penghasilan dan dukungan sosial sejalan dengan bertambahnya usia turut menjadi faktor predisposisi yang memudahkan seorang lansia untuk mengalami depresi (Soejono, 2012). Faktor lain yang mempengaruhi terjadinya depresi pada lanjut usia yaitu kehilangan, jenis kelamin, usia, status perkawinan, riwayat penyakit, dukungan sosial dan dukungan keluarga (Maryam dkk, 2010).

Dorothea E. Orem pada tahun 1971 dengan teorinya yang terkenal yaitu *self-care*, diartikan sebagai wujud perilaku seseorang dalam menjaga kehidupan, kesehatan, perkembangan dan kehidupan disekitarnya (Baker & Denyes, 2008). *Self-care* merupakan perilaku yang dipelajari dan merupakan suatu tindakan sebagai respons atas suatu kebutuhan (DeLaune & Ladner, 2002). Pada konsep ini Orem menitikberatkan bahwa seseorang dalam hal ini lansia harus dapat bertanggung jawab terhadap pelaksanaan *self-care* untuk dirinya sendiri dan terlibat dalam pengambilan keputusan untuk kesehatannya (Alligood & Tomey, 2006). Kebutuhan lansia untuk terlibat dalam perawatan dirinya dan mendapatkan perawatan disebut sebagai *therapeutic self-care demand* (DeLaune & Ladner, 2002). *Self-care* berkembang seiring dengan perkembangan kehidupan individu, bergantung pada kebiasaan seseorang, kepercayaan yang dimiliki, dan budaya, termasuk biopsikososial-spiritual (Nursalam, 2015).

Studi awal di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan selama 4 hari dari tanggal 24-27 Desember 2019, terdapat 17 pasien lansia yang berobat. Lansia yang menunjukkan kemungkinan besar mengalami gangguan depresi terdapat 20%, lansia tidak mengalami depresi terdapat 70% dan lansia mengalami depresi terdapat 10%. Lansia yang mengalami depresi dapat disebabkan oleh usia,

status perkawinan, pekerjaan dan dukungan keluarga yang mengakibatkan kemungkinan besar terjadinya depresi. Mengetahui faktor penyebab depresi sejak awal akan lebih mudah dalam menangani lansia yang mengalami depresi, bahkan bisa mencegah terjadinya depresi. Hal ini menjadikan peran perawat dalam mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi depresi lansia menjadi sangat penting. Berdasarkan latar belakang di atas, perlu dilakukan kajian lebih lanjut tentang “Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Depresi Lansia di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2020”.

## **B. Rumusan Masalah**

Meningkatnya jumlah populasi lansia menimbulkan berbagai masalah kesehatan dan kesejahteraan. Masalah kesehatan tersebut muncul akibat proses degeneratif. Masalah kesehatan yang sering muncul pada lansia meliputi masalah kesehatan jiwa berupa depresi. Studi pendahuluan pada Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan terdapat lansia yang menunjukkan kemungkinan besar mengalami gangguan depresi terdapat 20%, lansia tidak mengalami depresi terdapat 70% dan lansia mengalami depresi terdapat 10%. Berdasarkan latar belakang di atas dan fenomena yang muncul mengenai depresi pada lansia, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Apa saja faktor-faktor yang mempengaruhi depresi lansia di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan ?”.

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi depresi lansia di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mengidentifikasi karakteristik lansia meliputi usia, status perkawinan, pekerjaan, dukungan keluarga dan depresi lansia di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

- b. Menganalisis hubungan usia terhadap depresi lansia di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.
- c. Menganalisis hubungan status perkawinan terhadap depresi lansia di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.
- d. Menganalisis hubungan pekerjaan terhadap depresi lansia di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.
- e. Menganalisis hubungan dukungan keluarga terhadap depresi lansia di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.
- f. Menganalisis variabel paling dominan mempengaruhi depresi lansia di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

#### **D. Manfaat Penelitian**

##### **1. Manfaat Teoritis**

###### **a. Bagi Pelayanan Keperawatan**

Memberikan fakta ilmiah dan acuan tentang faktor-faktor yang mempengaruhi depresi lansia di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

###### **b. Bagi Institut Teknologi Kesehatan & Sains Wiyata Husada Samarinda** Diharapkan dapat menambah data dan kepustakaan, mengembangkan kurikulum berdasarkan kebutuhan manusia.

##### **2. Manfaat Praktis**

###### **a. Bagi Rumah Sakit**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran dan masukan bagi Rumah Sakit khususnya di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan dalam menyusun program pengembangan pelayanan kesehatan yang lebih baik pada lansia dalam memberikan asuhan keperawatan untuk meningkatkan pelayanan lansia di Poliklinik

Geriatric Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

b. Bagi Pasien

Diharapkan dapat menjadi sumber informasi dan pengetahuan bagi pasien dan keluarga tentang faktor-faktor yang mempengaruhi depresi lansia terutama yang bertujuan untuk menghindari berbagai macam penyakit sehingga diharapkan terjadi perubahan yang lebih baik pada kualitas hidupnya.

**E. Penelitian Terkait**

1. Kartika Sari (2012) dalam penelitiannya yang berjudul “Gambaran Tingkat Depresi pada Lanjut Usia (Lansia) di Panti Sosial Tresna Wredha Budi Mulia 01 dan 03 Jakarta Timur”. Desain penelitian ini adalah deskriptif dengan menggunakan teknik random sampling pada 143 responden lansia. Instrumen penelitian yang digunakan adalah *Geriatric Depression Scale* (GDS). Hasil penelitian menunjukkan bahwa 40,6 % lansia menderita depresi, terdiri dari lansia dengan depresi ringan 25,9% dan yang depresi berat ada 14,7%. Hasil penelitian menyarankan agar pihak panti memberikan bekal ilmu dan pelatihan kepada para petugas di panti untuk menangani lansia depresi. Persamaan penelitian ini dengan penelitian terdahulu yaitu mengangkat tentang depresi lansia. Perbedaan penelitian ini dengan penelitian terdahulu yaitu penelitian terdahulu hanya gambaran depresi dengan desain deskriptif dan alat analisis univariat. Sedangkan penelitian ini rancangan penelitian survei analitik dan desain *cross sectional* dan analisis bivariat menggunakan *chi square* serta multivariat.
2. Livana, P.H., Susanti, Y., Darwati, L.E., & Anggraeni, R. (2018) dengan judul “Gambaran Tingkat Depresi Lansia tahun 2018”. Penelitian dengan metode kuantitatif menggunakan desain studi deskriptif. Ukuran sampel sebanyak 143 lansia. Teknik pengambilan sampel menggunakan *purposive sampling*, Penelitian telah dilakukan di Kelurahan “B” Kabupaten Kendal. Instrumen yang digunakan berupa kuesioner untuk mengidentifikasi karakteristik lansia antara lain usia, pendidikan, jenis kelamin, status

perkawinan, tipe keluarga, pekerjaan, pendapatan. Tingkat depresi diukur menggunakan kuesioner *Geriatric Depression Scale* (GDS) dengan 30 item pertanyaan. Data dianalisis menggunakan distribusi frekuensi. Hasil mayoritas lansia berusia 60-74 tahun, berjenis kelamin laki-laki, masih mempunyai pasangan, tidak sekolah, tidak bekerja, tidak ada pendapatan dan tipe keluarga besar. Tingkat depresi lansia sebagian besar dalam batas normal sebanyak 53 orang (46,9%). Persamaan penelitian ini dengan penelitian terdahulu yaitu mengangkat tentang depresi lansia. Perbedaan penelitian ini dengan penelitian terdahulu yaitu penelitian terdahulu hanya gambaran depresi dengan desain deskriptif dan alat analisis univariat. Sedangkan penelitian ini rancangan penelitian survei analitik dan desain *cross sectional* dan analisis bivariat menggunakan *chi square* serta multivariat.

3. Anak Agung Ngurah (2015) dengan judul “Prevalensi dan Distribusi Faktor Risiko Depresi pada Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Tampaksiring I Kabupaten Gianyar Bali 2015”. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif *cross-sectional* yang dilakukan pada bulan April-Mei 2015. Sampel dalam penelitian adalah lansia berusia 60 tahun keatas dengan jumlah sampel sebanyak 90 orang yang dipilih secara acak pada desa di wilayah kerja Puskesmas Tampaksiring I Kabupaten Gianyar dengan menggunakan teknik multistage random sampling. Data diperoleh dengan melakukan wawancara terhadap responden menggunakan kuesioner terstruktur. Hasil penelitian menunjukkan bahwa prevalensi depresi pada lansia sebesar 23,3%. Kejadian depresi cenderung dialami oleh laki-laki (30,6%), kelompok usia  $\geq 70$  tahun (30,6%), tingkat pendidikan rendah (24,4%), tidak bekerja (25,4%), tingkat penghasilan perbulan rendah (41,2%), tidak menikah (50%), memiliki penyakit kronis  $>2$  (28,6%), dan tidak memiliki riwayat keluarga depresi (23,9%). Prevalensi lansia dengan depresi cenderung lebih tinggi pada lansia laki-laki, kelompok usia 70 tahun ke atas, berpendidikan rendah, tidak bekerja, berpenghasilan perbulan rendah, tidak menikah, memiliki penyakit kronis  $>2$ , dan tidak memiliki riwayat keluarga depresi. Persamaan penelitian ini

dengan penelitian terdahulu yaitu mengangkat tentang depresi lansia. Perbedaan penelitian ini dengan penelitian terdahulu yaitu penelitian terdahulu hanya prevalensi dan distribusi faktor risiko depresi dengan desain deskriptif *cross-sectional* dan alat analisis univariat. Sedangkan penelitian ini rancangan penelitian survei analitik dan desain *cross sectional* dan analisis bivariat menggunakan *chi square* serta multivariat.



## BAB II TINJAUAN PUSTAKA

### A. Telaah Pustaka

#### 1. Konsep Lanjut Usia (Lansia)

##### a. Pengertian Lansia

Manusia dalam proses pertumbuhan dan perkembangannya berlangsung sepanjang masa hidupnya sejak bayi hingga dewasa sampai masa tua. Di dalam struktur anatomis proses menjadi tua terlihat sebagai kemunduran di dalam sel. Proses ini berlangsungnya secara alamiah, terus menerus dan berkesinambungan, yang selanjutnya akan menyebabkan perubahan anatomi, fisiologi dan biokimia pada jaringan tubuh dan akhirnya akan mempengaruhi fungsi dan kemampuan tubuh secara keseluruhan (Kemenkes RI, 2011).

Menurut Kemenkes RI (2011), usia lanjut potensial yaitu usia lanjut yang masih mampu melakukan pekerjaan dan atau kegiatan yang dapat menghasilkan barang dan/atau jasa. Serta usia lanjut tidak potensial adalah usia lanjut yang tidak berdaya mencari nafkah sehingga hidupnya bergantung pada bantuan orang lain.

Lansia menurut WHO (2015) usia antara 60-74 tahun. Pembinaan kesehatan lansia menurut Kemenkes RI (2011) meliputi dua kelompok sasaran yaitu sebagai berikut:

- 1) Sasaran Langsung
  - a) Kelompok usia *virilitas / pra senilis* (45 – 59 tahun).
  - b) Kelompok lansia 60 - 69 tahun.
  - c) Kelompok lansia resiko tinggi, yaitu usia lebih dari 70 tahun atau lansia berusia 60 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan.
- 2) Sasaran Tidak Langsung
  - a) Keluarga dimana lansia berada.
  - b) Masyarakat dilingkungan lansia berada.
  - c) Organisasi sosial yang bergerak di dalam pembinaan kesehatan lansia.

- d) Petugas kesehatan yang melayani kesehatan lansia.
- e) Masyarakat luas.

b. Teori Menua

1) Teori radikal bebas

Teori radikal bebas diperkenalkan pertama kali oleh Denham Harman pada tahun 1956, yang menyatakan bahwa proses menua normal merupakan akibat kerusakan jaringan oleh radikal bebas. Harman menyatakan bahwa mitokondria sebagai generator radikal bebas, juga merupakan target kerusakan dari radikal bebas tersebut (Setiati, Harimurti, & Roosheroe, 2006 dalam Sudoyo, 2010). Radikal bebas adalah produk metabolisme seluler yang merupakan bagian molekul yang sangat reaktif. Molekul ini memiliki muatan ekstraseluler kuat yang dapat menciptakan reaksi dengan protein, mengubah bentuk dan sifatnya. Molekul ini juga dapat bereaksi dengan lipid yang berada dalam membran sel, mempengaruhi permeabilitasnya, atau dapat berikatan dengan organel sel (Christiansen & Grzybowski, 1993 dalam Potter & Perry, 2015).

2) Teori imunologis

Beberapa teori menyatakan bahwa penurunan atau perubahan dalam keefektifan sistem imun berperan dalam penuaan. Tubuh kehilangan kemampuan untuk membedakan proteinnya sendiri dengan protein asing; sistem imun menyerang dan menghancurkan jaringannya sendiri pada kecepatan yang meningkat secara bertahap (Potter & Perry, 2015). Disfungsi sistem imun ini diperkirakan menjadi faktor dalam perkembangan penyakit kronis seperti kanker, diabetes, dan penyakit kardiovaskular, serta infeksi.

3) Teori *disengagement*

Teori *disengagement* dari Cummings dan Henry (1961 dalam Potter & Perry, 2015) menyatakan bahwa orang yang menua menarik diri dari peran yang biasanya dan terikat pada aktivitas yang lebih introspektif dan berfokus diri sendiri. Teori ini meliputi empat konsep dasar (Maddox, 1974 dalam Potter & Perry, 2015): a) individu yang

menua dan masyarakat secara bersama saling menarik diri, b) *disengagement* adalah intrinsik dan tidak dapat dielakkan baik secara biologis dan psikologis, c) *disengagement* dianggap perlu untuk keberhasilan penuaan, dan d) *disengagement* bermanfaat baik bagi lansia dan masyarakat

#### 4) Teori aktivitas

Teori aktivitas tidak menyetujui teori *disengagement* dan menegaskan bahwa kelanjutan aktivitas dewasa tengah penting untuk keberhasilan penuaan. Lemon et al. (1972 dalam Potter & Perry, 2015) mengusulkan bahwa orang tua yang aktif secara sosial lebih cenderung menyesuaikan diri terhadap penuaan dengan baik. Penelitian setelah itu menunjukkan bahwa lansia dengan keterlibatan sosial yang lebih besar memiliki semangat dan kepuasan hidup yang tinggi, penyesuaian serta kesehatan mental yang lebih positif daripada lansia yang kurang terlibat secara sosial.

#### c. Proses Menua

Semakin bertambahnya usia manusia, terjadi proses penuaan secara degeneratif yang akan berdampak pada perubahan-perubahan pada diri manusia, tidak hanya perubahan fisik, tetapi juga kognitif, perasaan, sosial dan seksual (Azizah dalam Heni, 2011).

##### 1) Perubahan Fisik

Bertambahnya usia, secara umum kekuatan dan kualitas fisik dan juga fungsinya akan menurun. Perubahan dari tingkat sel sampai kesemua organ tubuh.

##### a) Sistem Indra

Sistem pendengaran; *Prebiakusis* (*gangguan pada pendengaran*) oleh karena hilangnya kemampuan (*daya*) pendengaran pada telinga dalam, terutama terhadap bunyi suara atau nada-nada yang tinggi, suara yang tidak jelas, sulit dimengerti kata-kata, 50% terjadi pada usia diatas 60 tahun.

b) Sistem Intergumen: Pada lansia kulit mengalami atropi, kendur, tidak elastis kering dan berkerut. Kulit akan kekurangan cairan

sehingga menjadi tipis dan berbercak. Kekeringan kulit disebabkan atrofi glandula sebacea dan glandula sudoritera, timbul pigmen berwarna coklat pada kulit dikenal dengan *liver spot*.

c) Sistem Muskuloskeletal

Perubahan sistem muskuloskeletal pada lansia antara lain sebagai berikut : Jaringan penghubung (*kolagen dan elastin*). Kolagen sebagai pendukung utama kulit, tendon, tulang, kartilago dan jaringan pengikat mengalami perubahan menjadi bentangan yang tidak teratur.

d) Kartilago: jaringan kartilago pada persendian lunak dan mengalami granulasi dan akhirnya permukaan sendi menjadi rata, kemudian kemampuan kartilago untuk regenerasi berkurang dan degenerasi yang terjadi cenderung kearah progresif, konsekuensinya kartilago pada persendiaan menjadi rentan terhadap gesekan.

e) Tulang: berkurangnya kepadatan tulang setelah di obesifikasi adalah bagian dari penuaan fisiologi akan mengakibatkan osteoporosis lebih lanjut mengakibatkan nyeri, deformitas dan fraktur.

f) Otot: perubahan struktur otot pada penuaan sangat bervariasi, penurunan jumlah dan ukuran serabut otot, peningkatan jaringan penghubung dan jaringan lemak pada otot mengakibatkan efek negatif.

g) Sendi; pada lansia, jaringan ikat sekitar sendi seperti tendon, ligament dan fasia mengalami penuaan elastisitas.

2) Perubahan Psikososial

Pada umumnya setelah orang memasuki lansia akan mengalami penurunan kognitif dan psikomotor. Adanya penurunan fungsi tersebut, lansia mengalami perubahan psikososial terkait dengan kepribadian lansia itu sendiri.

- a) Aspek sosial lansia  
Sikap, nilai, keyakinan terhadap lansia, label/stigma dan perubahan sosial.
- b) Ketergantungan  
Penurunan fungsi dan penyakit fisik.
- c) Gangguan konsep diri  
Gangguan alam perasaan atau depresi

### 3) Perubahan Mental

Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan kognitif dari aspek mental yang pertama adalah perubahan fisik, kesehatan umum, keturunan, tingkat pendidikan, dan lingkungan. Hal hal yang berubah pada aspek mental pada lansia adalah:

#### a) Kenangan (memori)

Kenangan jangka panjang, beberapa jam sampai beberapa hari yang lalu dan mencakup beberapa perubahan. Kenangan jangka pendek atau seketika (0-10 menit), kenangan buruk (bisa kearah demensia).

#### b) *Intelegentia Quotion*

IQ tidak berubah dengan informasi matematika dan perkataan verbal, penamilan, persepsi dan keterampilan psikomotor berkurang. Terjadi perubahan pada daya membayangkan karena tekanan faktor waktu.

### 4) Perubahan Spritual

Kebutuhan spiritual merupakan kebutuhan untuk mencari tujuan dan arti hidup, kebutuhan untuk saling mencintai dan dicintai serta, kebutuhan untuk memberi dan mendapatkan maaf.

### 5) Perubahan Sistem Kardiovaskuler dan Respirasi

Perubahan sistem kardiovaskuler dan respirasi mencakup :

#### a) Sistem kardiovaskuler

Massa jantung bertambah, vertikel kiri mengalami hipertropi dan kemampuan peregangan jantung berkurang karena perubahan pada jaringan ikat dan penumpukan *lipofusin*

dan klasifikasi *Sa nude* dan jaringan konduksi berubah menjadi jaringan ikat.

b) Sistem respirasi

Pada penuaan terjadi perubahan jaringan ikat paru, kapasitas total paru tetap, tetapi volume cadangan paru bertambah untuk mengompensasi kenaikan ruang rugi paru, udara yang mengalir ke paru berkurang. Perubahan pada otot, kartilago dan sendi torak mengakibatkan gerakan pernapasan terganggu dan kemampuan peregangan toraks berkurang.

c) Pencernaan dan Metabolisme

Perubahan yang terjadi pada sistem pencernaan, seperti penurunan produksi sebagai kemunduran fungsi yang nyata : (1). Kehilangan gigi, (2). Indra pengecap menurun, (3). Rasa lapar menurun (*sensitifitas lapar menurun*), (4). Liver (*hati*) makin mengecil dan menurunnya tempat penyimpanan, berkurangnya aliran darah.

d) Sistem perkemihan

Pada sistem perkemihan terjadi perubahan yang signifikan. Banyak fungsi yang mengalami kemunduran, contohnya laju filtrasi, ekskresi, dan reabsorpsi oleh ginjal.

e) Sistem saraf

Sistem susunan saraf mengalami perubahan anatomi dan atropi yang progresif pada serabut saraf lansia. Lansia mengalami penurunan koordinasi dan kemampuan dalam melakukan aktifitas sehari-hari.

f) Sistem reproduksi

Perubahan sistem reproduksi lansia ditandai dengan menciutnya ovarium dan uterus. Terjadi atropi payudara. Pada laki-laki testis masih dapat memproduksi spermatozoa, meskipun adanya penurunan secara berangsur-angsur.

d. Tugas Perkembangan Lansia

Adapun tugas perkembangan pada masa dewasa akhir ini, diantaranya (Padila, 2013) :

- 1) Mempersiapkan diri untuk kondisi yang menurun.
- 2) Mempersiapkan diri untuk pensiun.
- 3) Membentuk hubungan baik dengan orang seusianya.
- 4) Mempersiapkan kehidupan baru.
- 5) Melakukan penyesuaian terhadap kehidupan sosial atau masyarakat secara santai.
- 6) Mempersiapkan diri untuk kematiannya dan kematian pasangannya.

e. Tipe Kepribadian Lansia

Menurut Padila (2013) terdapat lima tipe kepribadian lansia yang meliputi sebagai berikut :

- 1) Tipe kepribadian konstruktif (*construction personality*)  
Biasanya tipe ini tidak banyak mengalami gejolak, tenang dan mantap sampai tua.
- 2) Tipe kepribadian mandiri (*independent personality*)  
Pada tipe ini ada kecenderungan mengalami *post power syndrome*, apalagi jika pada masa lansia tidak diisi dengan kegiatan yang dapat memberikan otonomi pada dirinya.
- 3) Tipe kepribadian tergantung (*dependent personality*)  
Pada tipe ini biasanya sangat dipengaruhi kehidupan keluarga, apabila kehidupan keluarga selalu harmonis maka pada masa lansia tidak bergejolak, tetapi jika pasangan hidup meninggal maka pasangan yang ditinggalkan akan menjadi merana, apalagi jika tidak segera bangkit dari kedukaannya.
- 4) Tipe kepribadian bermusuhan (*hostility personality*)  
Pada tipe ini setelah memasuki lansia tetap merasa tidak puas dengan kehidupannya, banyak keinginan yang kadang-kadang tidak diperhitungkan secara seksama sehingga menyebabkan kondisi ekonominya menjadi morat-marit.

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

Pada lansia tipe ini umumnya terlihat sengsara, karena perilakunya sendiri sulit dibantu orang lain atau cenderung membuat susah dirinya.

## 2. Konsep Depresi

### a. Pengertian Depresi

Menurut Sadock (2015) depresi merupakan suatu gangguan *mood*. *Mood* adalah suasana perasaan yang meresap dan menetap yang dialami secara internal dan yang mempengaruhi perilaku seseorang dan persepsinya terhadap dunia. Kaplan dkk (2010) berpendapat bahwa gangguan *mood* adalah suatu kelompok klinis yang ditandai oleh hilangnya perasaan kendali dan pengalaman subjektif adanya penderitaan berat. Kaplan dkk (2010) juga menyebutkan bahwa gangguan depresi adalah gangguan yang sering, dengan prevalensi seusia hidup kira-kira 15%, kemungkinan setinggi 25% pada wanita.

Maslim (dalam Markam, 2018) bahwa depresi adalah suatu kondisi yang dapat disebabkan oleh defisiensi relatif salah satu atau beberapa aminergik neurotransmitter (noradrenalin, serotonin, dopamin) pada sinaps neuron d (terutama pada sistem limbik). Menurut Depkes RI (2018) gangguan depresi merupakan gangguan medik serius menyangkut kerja otak, bukan sekedar perasaan murung atau sedih dalam beberapa hari. Gangguan ini menetap selama beberapa waktu dan mengganggu fungsi keseharian seseorang. Gangguan depresi masuk dalam kategori gangguan *mood*, merupakan periode terganggunya aktivitas sehari-hari, yang ditandai dengan suasana perasaan murung dan gejala lainnya termasuk perubahan pola tidur dan makan, perubahan berat badan, gangguan konsentrasi, anhedonia (kehilangan minat apapun), lelah, perasaan putus asa dan tak berdaya serta pikiran bunuh diri.

Menurut Dharmono (2017) depresi ditandai oleh suasana perasaan yang murung, hilang minat terhadap kegiatan, hilang semangat, lemah, lesu, dan rasa tidak berdaya. Kartono (2010), menyatakan bahwa depresi adalah keadaan patah hati atau putus asa yang disertai dengan melemahnya kepekaan terhadap stimulus tertentu, pengurangan aktivitas fisik maupun

mental dan kesulitan dalam berpikir. Lebih lanjut Kartono (2010) menjelaskan bahwa gangguan depresi disertai kecemasan, kegelisahan dan keresahan, perasaan bersalah, perasaan menurunnya martabat diri atau kecenderungan bunuh diri.

Menurut Indiarti (dalam Winaris, 2011) depresi adalah reaksi tubuh terhadap kondisi yang tidak menyenangkan atau situasi *crowded* secara lingkungan sosial maupun fisik. Depresi mengakibatkan tubuh tidak memproduksi hormon adrenalin sehingga sistem tubuh kurang siap dalam mempertahankan diri. Depresi merupakan gangguan mental yang serius yang ditandai dengan perasaan sedih dan cemas. Gangguan ini biasanya akan menghilang dalam beberapa hari tetapi dapat juga berkelanjutan yang dapat mempengaruhi aktivitas sehari-hari (*National Institute of Mental Health, 2010*). Menurut *World Health Organization* (WHO, 2010) depresi merupakan gangguan mental yang ditandai dengan munculnya gejala penurunan *mood*, kehilangan minat terhadap sesuatu, perasaan bersalah, gangguan tidur atau nafsu makan, kehilangan energi, dan penurunan konsentrasi.

Dari beberapa teori yang telah dipaparkan di atas tentang pengertian depresi dapat disimpulkan bahwa depresi atau gangguan *mood* adalah suasana perasaan sedih dan cemas yang menetap pada diri seseorang sehingga dapat mempengaruhi perilaku dan persepsi seseorang. Depresi terjadi karena adanya perubahan antara norepinefrin dan serotonin yang merupakan bagian dari neurotransmitter. Keadaan depresi dapat mengakibatkan tubuh seseorang tidak dapat memproduksi hormon adrenalin, sehingga tubuh kurang siap dalam mempertahankan diri.

#### b. Epidemiologi Depresi

Pada tahun 2009, *American College Health Association-National College Health Assessment* (ACHA-NCHA) melakukan penelitian terhadap mahasiswa/i dan mendapatkan  $\pm 30\%$  mahasiswa/i mengalami gangguan depresi (*National Institute of Mental Health, 2010*). Selain penelitian di atas, penelitian lain yang melibatkan 1,455 mahasiswa/i juga melaporkan bahwa gejala-gejala depresi muncul ketika memasuki awal tahun

perkuliahan, 4 penyebab utama tersebut adalah masalah akademik, ekonomi, kesendirian, dan kesulitan dalam bersosialisasi (Maslim, 2012).

Pada penelitian mahasiswa/i universitas di Boston, dilaporkan bahwa 14% dari 701 mahasiswa/i menunjukkan gejala-gejala signifikan dari depresi, dan sebagian dari mereka berpotensi untuk mengalami gangguan depresi mayor (Maslim, 2012). Mahasiswa/i pada tahun pertama perkuliahan cenderung mengalami gangguan depresi mayor dilaporkan dari suatu penelitian di salah satu universitas Kanada. Pada penelitian tersebut dilaporkan 7% mahasiswa dan 14% mahasiswi memiliki kriteria-kriteria yang sesuai dengan gangguan depresi mayor (Price & Wilson, 2002 dalam Maslim, 2012).

### c. Etiologi

Etiologi depresi menurut Kaplan dkk (2010) dijelaskan sebagai berikut :

#### 1) Faktor biologis

Banyak penelitian menjelaskan adanya abnormalitas biologis pada pasien-pasien dengan gangguan *mood*. Pada penelitian akhir-akhir ini, *monoamine neurotransmitter* seperti norepinefrin, dopamin, serotonin, dan histamin merupakan teori utama yang menyebabkan gangguan *mood*.

#### 2) *Biogenic amines*

Norepinefrin dan serotonin merupakan dua *neurotransmitter* yang paling berperan dalam patofisiologi gangguan *mood*.

##### a) Norepinefrin

Hubungan norepinefrin dengan gangguan depresi berdasarkan penelitian dikatakan bahwa penurunan regulasi atau penurunan sensitivitas dari reseptor  $\alpha_2$  adrenergik dan penurunan respon terhadap anti depressan berperan dalam terjadinya gangguan depresi.

##### b) Serotonin

Penurunan jumlah dari serotonin dapat mencetuskan terjadinya gangguan depres, dan beberapa pasien dengan percobaan bunuh

diri atau mengakhiri hidupnya mempunyai kadar cairan *cerebrospinal* yang mengandung kadar serotonin yang rendah dan konsentrasi rendah dari *uptake* serotonin pada platelet. Penggunaan obat-obatan yang bersifat serotonergik pada pengobatan depresi dan efektifitas dari obat-obatan tersebut menunjukkan bahwa adanya suatu teori yang berkaitan antara gangguan depresi dengan kadar serotonin.

3) Gangguan *neurotransmitter* lainnya

Asetilkolin (Ach) ditemukan pada neuron-neuron yang terdistribusi secara menyebar pada korteks cerebrum. Pada neuron-neuron yang bersifat kolinergik terdapat hubungan yang interaktif terhadap semua sistem yang mengatur *monoamine neurotransmitter*. Kadar *choline* yang abnormal yang dimana merupakan prekursor untuk pembentukan Ach ditemukan abnormal pada pasien-pasien yang menderita gangguan depresi.

4) Faktor neuroendokrin

Hormon telah lama diperkirakan mempunyai peranan penting dalam gangguan *mood*, terutama gangguan depresi. Sistem neuroendokrin meregulasi hormon-hormon penting yang berperan dalam gangguan *mood*, yang akan mempengaruhi fungsi dasar, seperti: gangguan tidur, makan, seksual, dan ketidakmampuan dalam mengungkapkan perasaan senang. Tiga komponen penting dalam sistem neuroendokrin yaitu : hipotalamus, kelenjar pituitari, dan korteks adrenal yang bekerja sama dalam *feedback* biologis yang secara penuh berkoneksi dengan sistem limbik dan korteks serebral.

5) Abnormalitas otak

Studi *neuroimaging*, menggunakan *computerized tomography* (CT) scan, *positron-emission tomography* (PET), dan *magnetic resonance imaging* (MRI) telah menemukan abnormalitas pada 4 area otak pada individu dengan gangguan *mood*. Area-area tersebut adalah korteks prefrontal, hippocampus, korteks *cingulate anterior*, dan amygdala. Adanya reduksi dari aktivitas metabolik dan reduksi volume dari *gray*

*matter* pada korteks prefrontal, secara partikular pada bagian kiri, ditemukan pada individu dengan depresi berat atau gangguan bipolar.

#### d. Gejala Depresi

Menurut Maslim (2012) ada beberapa gejala utama dan gejala yang lainnya yang harus diperhatikan dalam mendiagnosa seseorang yang mengalami depresi.

##### 1) Gejala utama depresi yaitu:

- a) Afek depresif.
- b) Kehilangan minat dan kegembiraan.
- c) Berkurangnya energi yang menuju meningkatnya keadaan mudah lelah (rasa lelah yang nyata sesudah kerja sedikit saja) menurunnya aktivitas.

##### 2) Gejala lainnya depresi yaitu:

- a) Konsentrasi dan perhatian berkurang.
- b) Harga diri dan kepercayaan diri berkurang.
- c) Gagasan tentang rasa bersalah dan tidak berguna.
- d) Pandangan masa depan suram dan pesimistis.
- e) Gagasan atau perbuatan yang membahayakan diri atau bunuh diri.
- f) Tidur terganggu.
- g) Nafsu makan berkurang.

#### e. Jenis-Jenis Depresi

Maslim (2012) membagi tingkatan depresi menjadi tiga tingkatan depresi beserta ciri-cirinya sebagai berikut:

##### 1) Depresi ringan dengan ciri-ciri sebagai berikut:

- a) Sekurang-kurangnya harus ada dua dari tiga gejala utama depresi.
- b) Ditambah sekurang-kurangnya dua dari gejala lainnya.
- c) Lamanya seluruh episode berlangsung sekurang-kurangnya sekitar 2 minggu.
- d) Hanya sedikit kesulitan dalam pekerjaan dan kegiatan social yang dilakukannya.

- 2) Depresi sedang dengan ciri-ciri sebagai berikut:
- a) Sekurang-kurangnya harus ada dua dari tiga gejala utama depresi pada episode depresi ringan.
  - b) Ditambah sekurang-kurangnya tiga (dan sebaiknya empat) dari gejala lainnya.
  - c) Lamanya seluruh episode berlangsung sekurang-kurangnya sekitar 2 minggu.
  - d) Menghadapi kesulitan nyata dalam untuk meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan dan urusan rumah tangga.
- 3) Depresi berat terbagi atas dua jenis, yaitu:
- a) Depresi berat tanpa gejala psikotik, dengan ciri-ciri sebagai berikut: (1) Semua dengan tiga gejala utama depresi harus ada, (2) Ditambah sekurang-kurangnya empat dari gejala lainnya, dan beberapa diantaranya harus berintensitas berat, (3) Bila ada gejala penting (misalnya agitasi atau retardasi psikomotor) yang mencolok, maka pasien mungkin tidak mau atau tidak mampu untuk melaporkan banyak gejalanya yang secara rinci, (4) Episode depresif biasanya harus berlangsung sekurang-kurangnya 2 minggu, akan tetapi jika gejala amat berat dan beronset sangat cepat, maka masih dibenarkan untuk menegaskan diagnosis dalam kurun waktu kurang dari 2 minggu, sangat tidak mungkin pasien akan mampu merumuskan kegiatan sosial, pekerjaan atau urusan rumah tangga, kecuali padaa taraf yang sangat terbatas.
  - b) Depresi berat dengan gejala psikotik, yang memiliki ciri-ciri sebagai berikut: (1) Episode depresif berat yang memenuhi kriteria dari depresif berat tanpa gejala psikotik, (2) Disertai waham, halusinasi atau stupor depresif. Waham biasanya melibatkan ide tentang dosa, kemiskinan atau malapetaka yang mengancam, dan pasien merasa bertanggung jawab atas hal itu. Halusinasi auditorik atau olfaktorik biasanya berupa suara yang menghina atau menuduh, atau bau kotoran atau daging membusuk. Retardasi psikomotor yang berat dapat menuju pada stupor.

Menurut Kaplan dkk (2010) depresi terbagi atas 2 jenis yaitu depresi ringan dan depresi berat. Pada gangguan depresif ringan (*minor depressive disorders*) keparahan gejala tidak mencapai keparahan untuk diagnosis gangguan depresif berat. Berbeda dengan gangguan depresif berat yang ditandai dengan adanya beberapa kriteria gangguan depresi berat yaitu:

- 1) *Mood* terdepresi hampir sepanjang hari, hampir setiap hari, seperti yang ditunjukkan oleh laporan subjektif (misalnya merasa sedih atau kosong).
- 2) Hilangnya minat dan kesenangan secara jelas dalam semua, atau hampir semua, aktivitas sepanjang hari, hampir setiap hari.
- 3) Penurunan berat makan yang bermakna jika tidak melakukan diet atau penambahan berat badan (misalnya, perubahan berat badan lebih dari 5% dalam satu bulan) atau penurunan atau peningkatan nafsu makan hampir setiap hari.
- 4) Insomnia atau hipersomnia setiap hari.
- 5) Agitasi atau retardasi psikomotor hampir setiap hari.
- 6) Kelelahan atau hilangnya energi hampir setiap hari.
- 7) Perasaan tidak berharga atau rasa bersalah yang berlebihan atau tidak tepat.
- 8) Hilangnya kemampuan untuk berpikir atau memusatkan perhatian, atau tidak dapat mengambil keputusan.
- 9) Pikiran akan kematian yang rekuren (bukan hanya pikiran mati), bunuh diri yang rekuren tanpa rencana spesifik, atau usaha bunuh diri atau rencana khusus untuk melakukan bunuh diri.

Berbagai teori yang dipaparkan diatas tentang pembagian jenis depresi. Depresi atas terbagi 3 yaitu depresi ringan, depresi sedang, dan depresi berat. Masing-masing tingkatan depresi memiliki ciri-ciri yang telah disebutkan di atas. Salah satu dari tanda-tanda atau gejala dari depresi adalah hilangnya minat dan kesenangan seseorang dengan kurun waktu kurang dari 2 minggu, dengan ditandai kurangnya nafsu makan, dan mudah lelah dalam mengerjakan sesuatu dan bekerja.

#### f. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Depresi

Menurut Kaplan dkk (2010) faktor yang mempengaruhi risiko depresi antara lain :

##### 1) Jenis Kelamin

Secara umum dikatakan bahwa gangguan depresi lebih sering terjadi pada wanita dibandingkan pada pria. Pendapat-pendapat yang berkembang mengatakan bahwa perbedaan dari kadar hormonal wanita dan pria, perbedaan faktor psikososial berperan penting dalam gangguan depresi mayor ini. Sebuah diskusi panel yang diselenggarakan oleh *American Psychological Association* (APA) menyatakan bahwa perbedaan *gender* sebagian besar disebabkan oleh lebih banyaknya jumlah stres yang dihadapi wanita dalam kehidupan kontemporer.

##### 2) Usia

Usia lanjut antara  $\geq 45 - 70$  tahun sebagai faktor resiko terjadinya depresi. Depresi pasca stroke di usia lanjut mungkin memiliki hubungan biologi dasar, dengan berkurangnya neuro transmitter yang berkaitan dengan *mood* dan emosi. Depresi cenderung lebih kronis di pasien yang lebih tua dibandingkan dengan orang dewasa muda. Periode depresi pada lansia lebih panjang, dan kemungkinan kambuh meningkat dengan usia.

##### 3) Status perkawinan

Berlangsungnya pernikahan membawa manfaat yang baik bagi kesehatan mental laki-laki dan perempuan. Pernikahan tak hanya melegalkan hubungan asmara antara laki-laki dan perempuan, karena ikatan suami-istri ini juga dipercaya dapat mengurangi risiko mengalami depresi dan kecemasan. Namun, bagi pasangan suami istri yang gagal membina hubungan pernikahan atau ditinggalkan pasangan karena meninggal, justru akan memicu terjadinya depresi.

##### 4) Pekerjaan

Tidak mempunyai pekerjaan atau menganggur juga merupakan faktor risiko terjadinya depresi. Suatu survai yang dilakukan terhadap

wanita dan pria dibawah 65 tahun yang tidak bekerja sekitar enam bulan melaporkan bahwa depresi tiga kali lebih sering pada pengangguran daripada yang bekerja.

5) Pendidikan

Tingkat pendidikan pasien stroke mempunyai hubungan dengan gejala depresi pada pasien stroke. Hal ini diperkuat dalam penelitian yang dilakukan Fatoye (2009) terhadap 118 pasien stroke juga menyatakan bahwa pendidikan rendah mempengaruhi kejadian depresi paska stroke (p: 0,018).

6) Riwayat keluarga

Riwayat keluarga yang menderita gangguan depresi lebih tinggi pada subyek penderita depresi bila dibandingkan dengan kontrol. Begitu pula, riwayat keluarga bunuh diri dan menggunakan alkohol lebih sering pada keluarga penderita depresi daripada kontrol. Dengan perkataan lain, risiko depresi semakin tinggi bila ada riwayat genetik dalam keluarga.

7) Riwayat penyakit kronik

Penyakit kronik yang diderita lansia selama bertahun-tahun biasanya menjadikan lansia lebih mudah terkena depresi. Penelitian yang dilakukan oleh Chang-Quan, Bi-Rong, Zhen-Chan, Ji-Rong, dan Qing-Xiu (2009) menyebutkan bahwa beberapa penyakit kronik yang menjadi faktor resiko meningkatnya depresi yaitu *stroke*, hilangnya fungsi pendengaran, hilangnya fungsi penglihatan, penyakit jantung, dan penyakit kronik paru. Sedangkan pada penyakit lainnya yang memerlukan studi lebih lanjut adalah arthritis, hipertensi dan diabetes dimana studi nantinya untuk melihat apakah penyakit tersebut menjadi faktor resiko terjadinya depresi atau tidak. Depresi secara umum diderita oleh pasien dengan penyakit jantung koroner dan penyakit jantung lainnya (Krishnan, 2012).

#### 8) Kepribadian

Seseorang dengan kepribadian yang lebih tertutup, mudah cemas, hipersensitif, dan lebih bergantung pada orang lain lebih rentan terhadap depresi.

#### 9) Stresor sosial

Stresor adalah suatu keadaan yang dirasakan sangat menekan sehingga seseorang tidak dapat beradaptasi dan bertahan. Stresor sosial merupakan faktor risiko terjadinya depresi. Peristiwa-peristiwa kehidupan baik yang akut maupun yang kronik dapat menimbulkan depresi. Misalnya percekocokan yang hampir berlangsung setiap hari baik di tempat kerja atau di rumah tangga, kesulitan keuangan, dan ancaman yang menetap terhadap keamanan (tinggal di daerah yang berbahaya atau konflik) dapat mencetuskan depresi.

#### 10) Dukungan sosial

Seseorang yang tidak terintegrasi ke dalam masyarakat cenderung menderita depresi. Dukungan sosial terdiri dari empat komponen, yaitu: jaringan sosial, interaksi sosial, dukungan sosial yang didapat, dan dukungan instrumental. Jaringan sosial dapat dinilai dengan mengidentifikasi individu-individu yang berada dekat pasien. Misalnya ketidakadaan pasangan merupakan risiko untuk gangguan depresi. Interaksi sosial dapat ditentukan dengan frekuensi interaksi antara subyek dengan anggota-anggota jaringan kerja yang lain. Isolasi sosial menempatkan seseorang pada resiko depresi. Selain frekuensi, kualitas interaksi jauh lebih penting dalam menentukan terjadinya depresi.

#### 11) Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga mengacu pada bantuan yang diterima individu dari orang lain atau kelompok sekitar yang membuat penerima merasa nyaman, dicintai dan dihargai serta dapat menimbulkan efek positif bagi dirinya. Peningkatan dukungan keluarga yang tersedia dapat menjadi strategi paling dalam mengurangi atau mencegah tekanan jiwa dan menangkal depresi paska stroke.

Selain itu dukungan keluarga dapat membantu perawat dalam perencanaan program penyembuhan stroke, pendidikan pasien, keefektifan dan efisiensi penggunaan sumber daya perawatan kesehatan. Menurut Friedman (2010), membedakan empat jenis dukungan keluarga, yaitu:

a) Dukungan Emosional

Dukungan ini mencakup ungkapan empati, kepedulian, dan perhatian terhadap individu sehingga individu tersebut merasa nyaman, dicintai dan diperhatikan. Dukungan emosional diberikan dalam bentuk memahami, perhatian, dan simpati pada kesulitan seseorang.

b) Dukungan Penghargaan

Dukungan ini terjadi lewat ungkapan hormat positif untuk orang tersebut, dorongan untuk maju atau persetujuan dengan gagasan atau perasaan individu dan perbandingan positif orang tersebut dengan orang lain. Pemberian dukungan ini membantu individu untuk melihat segi-segi positif yang ada dalam dirinya dibandingkan dengan keadaan orang lain yang berfungsi untuk menambah penghargaan diri, membentuk kepercayaan diri dan kemampuan, serta merasa dihargai dan berguna saat individu mengalami tekanan. Dukungan ini berasal dari teman dekat, terapis, anggota keluarga, atau kelompok pendukung lainnya.

c) Dukungan Nyata

Dukungan ini meliputi bantuan secara langsung sesuai dengan yang dibutuhkan oleh seseorang, seperti memberi pinjaman uang atau menolong dengan pekerjaan pada waktu mengalami stress, membantu/mengantarkan seseorang ke tempat tujuan.

d) Dukungan Informasi

Bentuk dukungan ini mencakup pemberian nasihat, petunjuk, saran atau umpan balik yang diperoleh dari orang lain, sehingga individu dapat membatasi masalahnya dan mencoba mencari jalan keluar

untuk memecahkan masalahnya. Jenis dukungan ini seringkali disediakan oleh pekerja perawatan kesehatan.

g. Pengukuran Depresi

Untuk mengetahui diagnosis yang akurat, tindak lanjut dan rencana perawatan yang tepat, maka penting untuk melakukan skrining untuk depresi. Ada varietas pilihan untuk langkah-langkah terstruktur yang menyaring gejala depresi. Akan tetapi tidak semua alat untuk mengukur depresi yang disajikan di sini, tetapi hanya alat ukur yang paling umum digunakan yang dapat menunjukkan langkah pengukuran, mengenai waktu penyelesaian, biaya dan kelompok penduduk yang tepat untuk implementasi. Berdasarkan hal tersebut, maka peneliti dapat memilih skrining yang sesuai dengan alasan yang kuat untuk menargetkan populasi yang diukur, yang dijelaskan Ahmadimehr dan Yousefi dalam Fatah (2017) sebagai berikut :

1) *Mood and Feelings Questionnaire (MFQ)*

Ada 32 item pertanyaan tentang bagaimana perasaan atau tindakan dari remaja dalam dua minggu terakhir. The MFQ juga tersedia versi pendek yang terdiri dari 11 item dan biasanya lengkap untuk menjawab semua pertanyaan dengan waktu 5 sampai 10 menit. Khusus untuk remaja, membedakan dari gangguan depresi atau tidak menggunakan skor *cut off* adalah 12 atau lebih tinggi. Namun demikian, menurut laporan anak-anak berusia antara 7 - 8 tahun yang dapat menggunakan MFQ untuk menilai gejala depresi.

2) *Patient Health Questionnaire (PHQ-9)*

Ada 9 item pertanyaan untuk dewasa yang terkait dengan kriteria dalam DSM-IV-TR untuk mewakili depresi. PHQ-9 dapat digunakan untuk skrining depresi remaja terutama dalam perawatan primer dan pengaturan rumah sakit untuk anak. Untuk melengkapi jawaban dari semua pertanyaan perlu waktu sekitar 5-10 menit. The PHQ-1 menunjukkan bahwa sensitivitas 89,5% dan spesifisitas 77,5% dengan skor *cut off* terutama untuk remaja adalah 11 atau lebih tinggi dari bandingkan dengan diagnosis depresi pada wawancara kesehatan

mental terstruktur. PHQ-2 adalah skala skrining depresi sebagai langkah awal untuk skrining terdiri dari 2 item. Jika remaja yang diskriminasi positif pada PHQ-2, maka jangan terus screening menggunakan PHQ-9.

3) *Beck Depression Inventory (BDI)-II*

Ada 21 item pertanyaan untuk mendeteksi depresi selama berusia 13 tahun dan lebih. BDI-II terkait dengan kriteria gejala depresi di DSM-IV. populasi target dari skrining ini berusia antara 13 sampai 80 tahun. Biasanya, lengkap untuk menjawab semua pertanyaan membutuhkan waktu sekitar 10 menit. Pengukuran ini dibuat untuk mengetahui tingkat keparahan depresi oleh remaja dan orang dewasa. Screening ini dengan skor *cut off* di atas 20 menggambarkan depresi sedang, skor 29 atau lebih tinggi adalah depresi berat dan nilai skala adalah dari 0 sampai 3.

4) *Children's Depression Inventory (CDI)-2*

Ada 28 item pertanyaan untuk mengukur gejala depresi pada anak dan remaja. Sekitar 15 sampai 20 menit adalah waktu yang diperlukan untuk menjawab semua pertanyaan dari CDI-2. Beberapa pertanyaan termasuk tentang gejala utama depresi seperti perasaan tidak berharga dan kehilangan minat dalam kegiatan. Populasi target dari skrining ini persis berusia 7 - 17 tahun. Ada tiga tingkat dari gejala di skrining ini : 2 (gejala yang pasti), 1 (gejala ringan atau kemungkinan), dan 0 (tidak adanya gejala). Hasil CDI-2 dengan jumlah item yang 28 adalah masalah emosional dan fungsional (2 skor skala) dan suasana hati yang negatif / gejala fisik, negatif *self-esteem*, masalah interpersonal, dan ketidakefektifan (4 skor subskala).

5) *Youth Self-Report Scale (YSR)*

Ada 112 item pertanyaan untuk menyaring kecemasan, masalah perhatian, perilaku agresif, masalah sosial serta berbagai perilaku termasuk depresi. Kelompok populasi sasaran dengan usia dari 11 sampai 18 tahun dapat menggunakan YSR. Berdasarkan jumlah item yang besar sehingga perlu waktu 15 menit atau lebih untuk

menyelesaikan jawaban semua pertanyaan. Selain itu, jika peneliti ingin mendapatkan pandangan tentang remaja yang menjadi perhatian depresi, YSR dapat digunakan sebagai implementasi yang tepat. Tanggapan dari YSR ditambahkan bersama-sama dan t-skor berasal dan dibandingkan dengan anak-anak responsesof normatif yang usia dan jenis kelamin yang sama. Jika t-skor di atas persentil 98, mereka dianggap berada dalam kisaran klinis dan anak harus dievaluasi lebih lanjut.

6) *Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D)*

Skala CES-D dikembangkan oleh *Center for Epidemiological Studies*, instrumen digunakan dalam populasi umum untuk menyaring bukti depresi. CES-D terdiri dari 20 item dengan kemungkinan ranking skor dari 0 hingga 60 dengan skor dipotong dari 16, 64% dari sensitivitas dan 94% dari perhatian khusus. CES-D adalah instrumen standar yang terkait dengan penilaian depresi *Hamilton Clinical Rating Scale* dan *Raskin Scale*. Koefisien hubungan adalah 0,69 - 0,75. Setiap respon terhadap item dengan nilai sebagai berikut: 0 = tidak sama sekali; 1 = sedikit; 2 = beberapa; 3 = banyak. *Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D)* adalah salah satu dari beberapa instrumen untuk mengidentifikasi individu dengan simptomatologi depresi, item pertanyaan yang disediakan dalam instrumen ini sederhana dan mudah dimengerti sehingga individu mudah untuk menjawab dan hanya perlu waktu sekitar dari 3 sampai 5 menit untuk menyelesaikan. Pengembangan instrumen ini untuk digunakan bagi masyarakat, dan beberapa kelompok penduduk seperti remaja, orang tua, pekerja dan pasien pertama kunjungan ke klinik kejiwaan untuk mendeteksi dari gejala depresi. CES-D memiliki keandalan yang tinggi konsistensi internal, validitas konkuren dan sensitivitas dan spesifisitas untuk pasien dewasa, utilitas yang besar sebagai alat screening.

### 7) *Geriatric Depression Scale (GDS)*

*Geriatric Depression Scale (GDS)*, pertama kali diciptakan oleh Yesavage dkk, telah diuji dan digunakan secara luas dengan populasi yang lebih tua. *Geriatric Depression Scale* tersebut menggunakan format laporan sederhana yang diisi sendiri dengan ya atau tidak atau dapat dibacakan untuk orang dengan gangguan penglihatan, serta memerlukan waktu sekitar 10 menit untuk menyelesaikannya. GDS ini dapat dimampatkan menjadi hanya 15 pertanyaan saja dan mungkin lebih sesuai untuk dipergunakan dalam praktek umum sebagai alat penapis depresi pada usia lanjut. Dalam penelitian ini nantinya, GDS yang akan dipergunakan adalah GDS yang telah mengalami pemampatan dalam bentuk 15 pertanyaan. Skor 0-4 dianggap normal / tidak depresi, 5-10 mempunyai kemungkinan besar terjadi depresi sedangkan 11-15 mengindikasikan adanya depresi.

Pada penelitian ini peneliti menggunakan *Geriatric Depression Scale (GDS)* dikarenakan salah satu alat pengukuran depresi yang paling mudah digunakan dan diinterpretasikan di berbagai tempat.

## 3. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Depresi Lansia

### a. Faktor 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 Universitas Sumatera Utara pasien bunuh diri, beberapa pasien memiliki serotonin yang rendah. Pada terapi despiran mendukung teori bahwa norepineprin berperan dalam patofisiologi depresi (Kaplan, 2010). Selain itu aktivitas dopamin pada depresi adalah menurun. Hal tersebut tampak pada pengobatan yang menurunkan konsentrasi dopamin seperti Resperin, 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 (Kaplan, 2010).

Disregulasi neuroendokrin. Hipotalamus merupakan pusat pengaturan aksis neuroendokrin, menerima input neuron yang mengandung neurotransmitter amin biogenik. Pada pasien depresi ditemukan adanya disregulasi neuroendokrin. Disregulasi ini terjadi akibat kelainan fungsi neuron yang mengandung amin biogenik. Sebaliknya, stres kronik yang mengaktifasi aksis Hypothalamic-Pituitary-Adrenal (HPA) dapat menimbulkan perubahan pada amin biogenik sentral. Aksis neuroendokrin yang paling sering terganggu yaitu adrenal, tiroid, dan aksis hormon pertumbuhan. Aksis HPA merupakan aksis yang paling banyak diteliti (Landefeld et al, 2004). Hipersekresi CRH merupakan gangguan aksis HPA yang sangat fundamental pada pasien depresi. Hipersekresi yang terjadi diduga akibat adanya defek pada sistem umpan balik kortisol di sistem limbik atau adanya kelainan pada sistem monoaminogenik dan neuromodulator yang mengatur CRH (Kaplan, 2010). Sekresi CRH dipengaruhi oleh emosi. Emosi seperti perasaan takut dan marah berhubungan dengan Paraventricular nucleus (PVN), yang merupakan organ utama pada sistem endokrin dan fungsinya diatur oleh sistem limbik. Emosi mempengaruhi CRH di PVN, yang menyebabkan peningkatan sekresi CRH (Landefeld, 2004). Pada orang lanjut usia terjadi penurunan produksi hormon estrogen. Estrogen berfungsi melindungi sistem dopaminergik nigrostriatal terhadap neurotoksin seperti MPTP, 6 OHDA dan methamphetamine. Estrogen bersama dengan antioksidan juga merusak monoamine oxidase (Unutzer dkk, 2002).

Kehilangan saraf atau penurunan neurotransmitter. Sistem saraf pusat mengalami kehilangan secara selektif pada sel – sel saraf selama proses menua. Walaupun ada kehilangan sel saraf yang konstan pada seluruh otak selama rentang hidup, degenerasi neuronal korteks dan kehilangan yang lebih besar pada sel-sel di dalam lokus seroleus, substansia nigra, serebelum dan bulbus olfaktorius (Lesler, 2001). Bukti

menunjukkan bahwa ada ketergantungan dengan usia tentang penurunan aktivitas dari noradrenergik, serotonergik, dan dopaminergik di dalam otak. Khususnya untuk fungsi aktivitas menurun menjadi setengah pada usia 80-an tahun dibandingkan dengan usia 60-an tahun (Kane dkk, 1999).

#### **b. Faktor Genetik**

Penelitian genetik dan keluarga menunjukkan bahwa angka resiko di antara anggota keluarga tingkat pertama dari individu yang menderita depresi berat (unipolar) diperkirakan 2 sampai 3 kali dibandingkan dengan populasi umum. Angka keselarasan sekitar 11% pada kembar dizigot dan 40% pada kembar monozigot (Davies, 1999). Lesler (2001), 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 genetic.

#### **c. Faktor Psikososial**

Menurut Freud dalam teori psikodinamikanya, penyebab depresi adalah kehilangan objek yang dicintai (Kaplan, 2010). 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 (Kaplan, 2010) Sedangkan menurut Kane, faktor psikososial meliputi penurunan percaya diri, kemampuan untuk mengadakan hubungan intim, penurunan jaringan sosial, kesepian, perpisahan, kemiskinan dan penyakit fisik (Kane, 1999).

Menurut Kaplan 2010, mengatakan bahwa faktor psikososial yang mempengaruhi depresi meliputi: peristiwa kehidupan dan stressor lingkungan, kepribadian, psikodinamika, kegagalan yang berulang dan teori kognitif

### 1) Peristiwa kehidupan dan stresor lingkungan.

Peristiwa kehidupan yang menyebabkan stres, lebih sering mendahului episode pertama gangguan mood dari episode selanjutnya. Para klinisi mempercayai bahwa peristiwa kehidupan memegang peranan utama dalam depresi, klinisi lain menyatakan bahwa peristiwa kehidupan hanya memiliki peranan terbatas dalam onset depresi. Stressor lingkungan yang paling berhubungan dengan onset suatu episode depresi adalah kehilangan pasangan (Kaplan, 2010). Stressor psikososial yang bersifat akut, seperti kehilangan orang yang dicintai, atau stressor kronis misalnya kekurangan finansial yang berlangsung lama, kesulitan hubungan interpersonal, ancaman keamanan dapat menimbulkan depresi.

### 2) Faktor kepribadian

Beberapa ciri kepribadian tertentu yang terdapat pada individu, seperti kepribadian dependen, anankastik, histrionik, diduga mempunyai resiko tinggi untuk terjadinya depresi. Sedangkan kepribadian antisosial dan paranoid (kepribadian yang memakai proyeksi sebagai mekanisme defensif) mempunyai resiko yang rendah (Kaplan, 2010).

### 3) Faktor psikodinamika

Berdasarkan teori psikodinamika Freud, dinyatakan bahwa kehilangan objek yang dicintai dapat menimbulkan depresi (Kaplan, 2010). Dalam upaya untuk mengerti depresi, Sigmund Freud sebagaimana dikutip Kaplan (2010) mengatakan suatu hubungan antara kehilangan objek dan melankolia. Ia menyatakan bahwa kekerasan yang dilakukan pasien depresi diarahkan secara internal karena identifikasi dengan objek yang hilang. Freud percaya bahwa introjeksi mungkin merupakan cara satu-satunya bagi ego untuk melepaskan suatu objek, ia Universitas Sumatera Utara membedakan melankolia atau depresi dari duka cita atas dasar bahwa pasien terdepresi merasakan penurunan harga diri yang melanda dalam

hubungan dengan perasaan bersalah dan mencela diri sendiri, sedangkan orang yang berkabung tidak demikian.

4) Kegagalan yang berulang.

Dalam percobaan binatang yang dipapari kejutan listrik yang tidak bisa dihindari, secara berulang-ulang, binatang akhirnya menyerah tidak melakukan usaha lagi untuk menghindari. Disini terjadi proses belajar bahwa mereka tidak berdaya. Pada manusia yang menderita depresi juga ditemukan ketidakberdayaan yang mirip (Kaplan, 2010).

5) Faktor kognitif.

Adanya interpretasi yang keliru terhadap sesuatu, menyebabkan distorsi pikiran menjadi negatif tentang pengalaman hidup, penilaian diri yang negatif, pesimisme dan keputusasaan. Pandangan yang negatif tersebut menyebabkan perasaan depresi (Kaplan, 2010).

#### 4. Teori Keperawatan

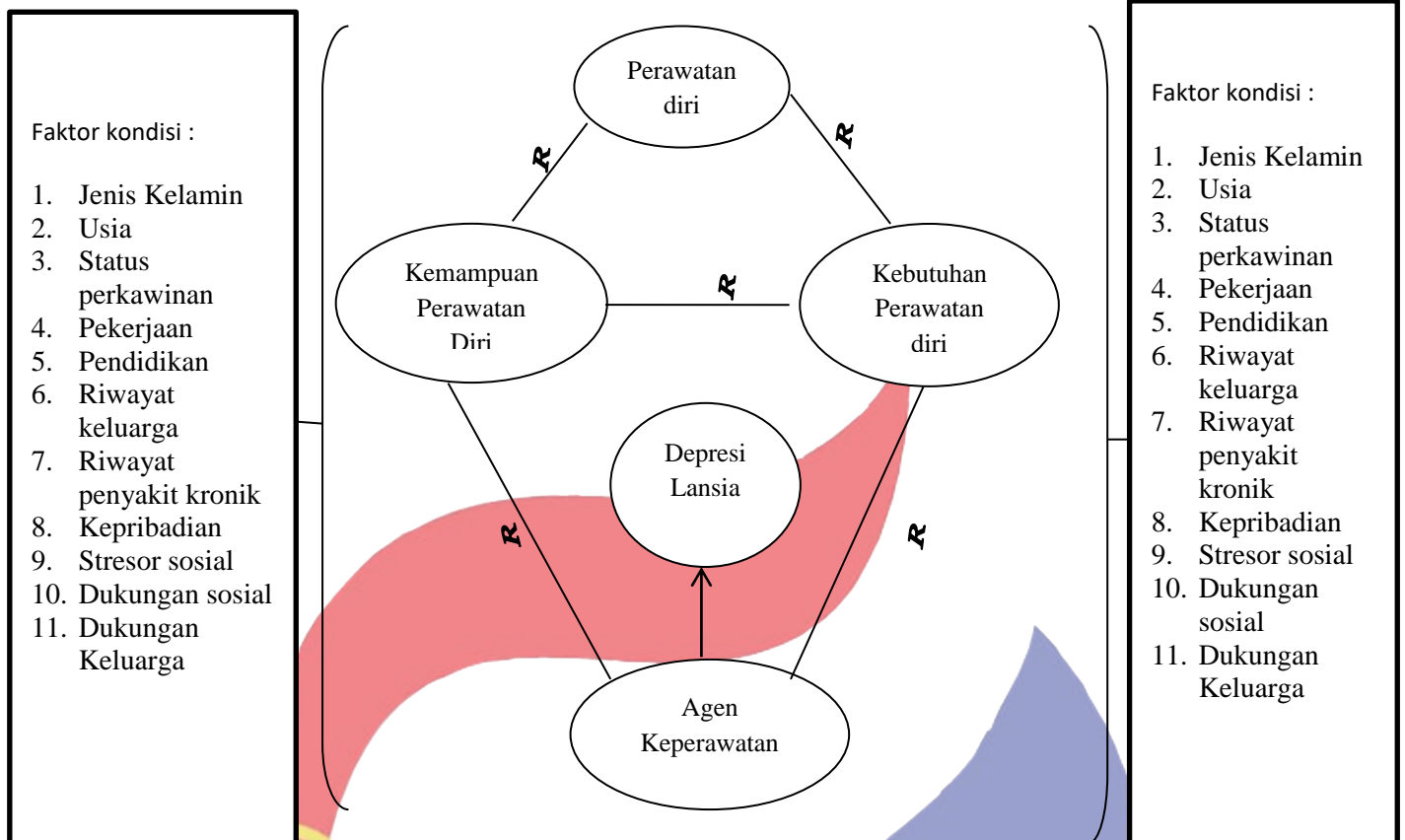
*Self care* dipandang sebagai salah satu model keperawatan yang mampu memberikan perubahan perilaku pada pasien kearah yang lebih baik, dimana fokus utama model ini adalah bagaimana seseorang mampu merawat dirinya sendiri secara mandiri sehingga tercapai kemampuan untuk mempertahankan kesehatan dan kesejahteraannya. Dari berbagai model konseptual keperawatan yang dikembangkan oleh berbagai ahli, salah satunya adalah teori yang diperkenalkan oleh Dorothea. E. Orem tahun 1971 dimana teori ini berfokus pada bagaimana cara memandirikan klien sesuai dengan tingkat ketergantungannya bukan menempatkan klien dalam posisi selalu bergantung pada orang lain yang dikenal dengan *theory self care*. *Self care* digunakan untuk mengontrol faktor external dan internal yang mempengaruhi aktifitas seseorang untuk menjalankan fungsinya dan berperanan untuk mencapai kesejahteraannya (Nurhayati, 2016).

*Self care* bila dikaitkan dengan pasien penyakit kronik merupakan model keperawatan yang sangat tepat bagi seseorang yang menderita penyakit kronik karena dipandang sebagai individu yang memiliki kemampuan untuk

merawat dirinya sendiri untuk memenuhi kebutuhan hidup, memelihara kesehatan, mengontrol penyakitnya dan mencapai kesejahteraan. Pasien penyakit kronik memerlukan perawatan diri yang bersifat continue atau berkelanjutan, bila selama perawatan diri pasien penyakit kronik mengalami ketidakseimbangan baik secara fisik maupun mental menurut Orem pasien tersebut mengalami *self care-deficit* sehingga diperlukan peran perawat untuk mengkaji sejauh mana pasien penyakit kronik mengalami depresi dan mampu merawat dirinya sendiri dan mengklasifikasikan sesuai dengan kemampuan pasien (Nurhayati, 2016).

Orem (2001) mengembangkan konsep keperawatan menjadi tiga konsep teori untuk membantu perawat dalam memenuhi kebutuhan perawatan pasien penyakit kronik agar tidak depresi dan untuk menerapkan kemandirian dan kesehatan yang optimal. Adapun tiga konsep teori tersebut yaitu teori *Self Care Deficit*, teori *Self Care* dan teori *nursing system*. Ketiga teori tersebut berfokus pada manusia untuk menyeimbangkan kehidupan, kesehatan dan kesejahteraannya dalam merawat diri mereka sendiri.

Teori *Self Care* merupakan tindakan yang matang untuk orang yang memiliki potensi untuk berkembang, serta mengembangkan kemampuan yang dimiliki agar dapat digunakan secara tepat, nyata dan valid untuk mempertahankan fungsi dan berkembang secara stabil dalam perubahan lingkungan. *Self care* merupakan aktivitas dan inisiatif dari individu serta dilaksanakan oleh individu untuk memenuhi serta mempertahankan kehidupan, kesehatan serta kesejahteraan (Orem, 2001). Dari gambaran konsep di atas setiap pasien penyakit kronik harus memiliki kemampuan untuk melakukan perawatan diri sendiri sehingga tidak depresi dan mencapai kualitas hidup yang baik. Adapun kerangka konseptual Orem sebagai berikut :

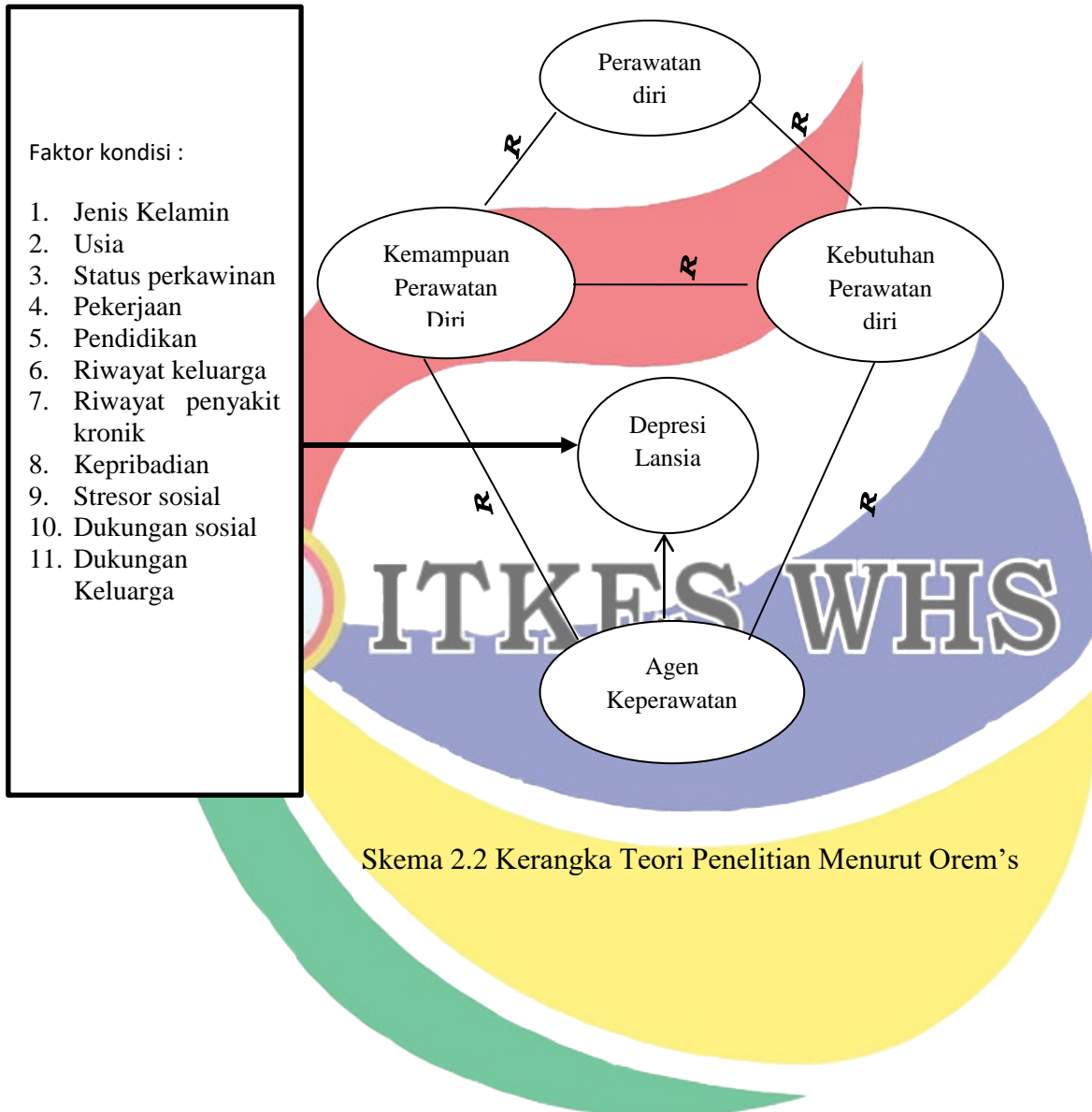


Skema 2.1 Kerangka Teori Keperawatan Orem's (2001)

Skema di atas menggambarkan bahwa Orem (2011) dalam teori sistem keperawatannya mengaris bawahi tentang bagaimana kebutuhan *self-care* klien dapat dipenuhi oleh perawat, klien atau kedua-duanya sehingga perawat membuat sistem keperawatan berdasarkan pada tingkat kebutuhan *self-care* dan kemampuan klien dalam melakukan kegiatan *self care*.

## B. Kerangka Teori Penelitian

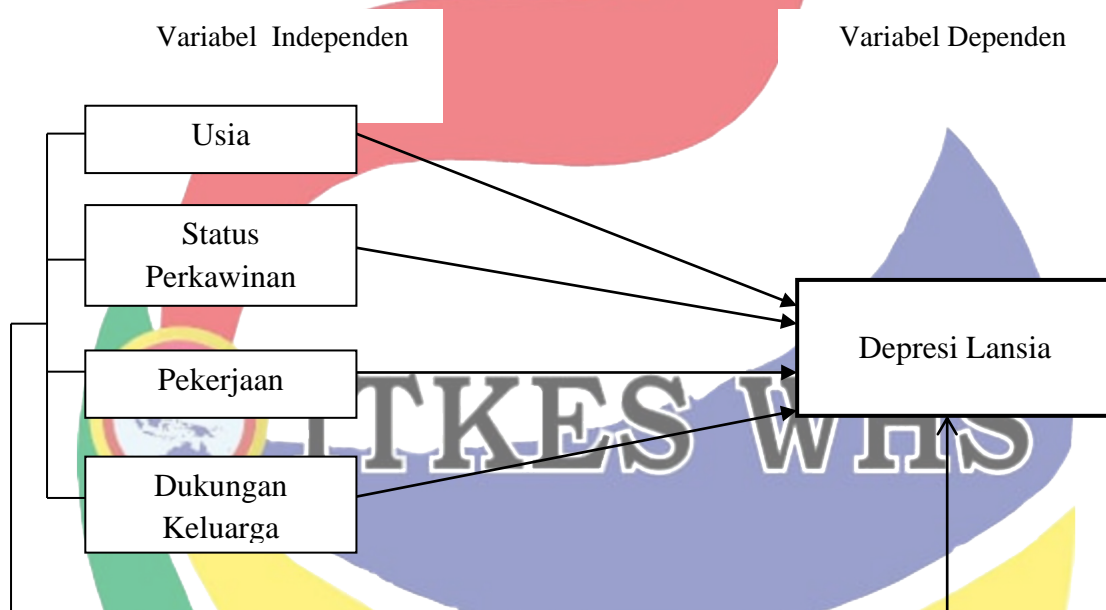
Kerangka teori yang digunakan dalam penelitian ini dapat dilihat dalam skema di bawah ini :



Skema 2.2 Kerangka Teori Penelitian Menurut Orem's

### C. Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka Konsep penelitian adalah kerangka hubungan antara konsep yang ingin diamati atau diukur melalui penelitian yang akan dilakukan (Nursalam, 2015). Kerangka konsep akan membantu peneliti dalam menghubungkan hasil penemuan dengan teori. Adapun kerangka teori dari penelitian adalah sebagai berikut :



Skema 2.3. Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan :

: Variabel independen

: Variabel dependen

→ : Hubungan

#### D. Hipotesis

Hipotesa adalah pernyataan yang diperlukan sebagai jawaban sementara atas pertanyaan penelitian, yang harus di uji kasahihannya secara empiris (Nursalam, 2015). Hipotesis dapat dipandang sebagai kesimpulan yang sifatnya sangat sementara. Sehubungan dengan pendapat itu penulis berkesimpulan bahwa hipotesis adalah merupakan suatu jawaban atau dugaan sementara yang bisa dianggap benar dan bisa dianggap salah, sehingga memerlukan pembuktian dari kebenaran hipotesis tersebut melalui penelitian yang akan dilakukan.

Adapun hipotesis dari penelitian ini adalah :

$H_a$  :

1. Terdapat hubungan usia terhadap depresi lansia di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.
2. Terdapat hubungan status perkawinan terhadap depresi lansia di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.
3. Terdapat hubungan pekerjaan terhadap depresi lansia di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.
4. Terdapat hubungan dukungan keluarga terhadap depresi lansia di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.
5. Usia atau status perkawinan atau pekerjaan atau dukungan keluarga merupakan variabel paling dominan mempengaruhi depresi lansia di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

$H_0$  :

1. Tidak terdapat hubungan usia terhadap depresi lansia di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.
2. Tidak terdapat hubungan status perkawinan terhadap depresi lansia di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

3. Tidak terdapat hubungan pekerjaan terhadap depresi lansia di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.
4. Tidak terdapat hubungan dukungan keluarga terhadap depresi lansia di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.
5. Usia atau status perkawinan atau pekerjaan atau dukungan keluarga bukan variabel paling dominan mempengaruhi depresi lansia di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.



## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Jenis dan Rancangan Penelitian**

Jenis penelitian yang dilakukan adalah penelitian kuantitatif dengan rancangan penelitian kuantitatif analitik dan desain *cross sectional* yang digunakan untuk meneliti suatu kejadian pada waktu yang bersamaan, sehingga variabel dependen dan variabel independen diteliti secara bersamaan (Notoatmojo, 2015). Variabel independen dalam penelitian ini adalah usia, status perkawinan, pekerjaan, penyakit kronis, dukungan keluarga, sedangkan variabel dependen adalah depresi lansia di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan. Tujuannya untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi depresi lansia di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

#### **B. Lokasi dan Waktu Penelitian**

##### 1. Lokasi penelitian

Penelitian ini telah dilaksanakan di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

##### 2. Waktu penelitian.

Penelitian telah dilakukan pada bulan Mei 2020.

#### **C. Populasi dan Sampel.**

##### 1. Populasi Penelitian

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek/subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2016). Populasi dari penelitian ini adalah semua lansia yang berobat di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan

RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan selama bulan Mei 2020 berjumlah 60 pasien.

## 2. Sampel Penelitian

Sampel adalah bagian dari sejumlah karakteristik yang dimiliki oleh populasi yang digunakan untuk penelitian (Sugiyono, 2016). Sampel dalam penelitian ini adalah pasien di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan. Dalam penelitian ini penentuan jumlah minimal sampel dihitung berdasarkan rumus sebagai berikut (Dahlan, 2014):

$$\begin{aligned} n &= (10 \times \text{Variabel Penelitian}) \\ &= (10 \times 5) \\ &= 50 \end{aligned}$$

Jadi sampel pada penelitian ini berjumlah 50 responden.

## 3. Teknik Sampling

Teknik sampling dalam penelitian ini menggunakan *non probability sampling* dengan teknik *consecutive sampling* yaitu semua populasi dan memenuhi kriteria pemilihan dimasukkan dalam penelitian sampai jumlah subjek yang diperlukan terpenuhi (Sugiyono, 2016)

Adapun kriteria sampel yang akan diteliti yaitu :

### a. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik sampel yang dapat dimasukkan atau yang layak untuk diteliti (Nursalam, 2015), kriteria inklusi pada penelitian ini yaitu :

- 1) Pasien lansia yang terdaftar dan berobat di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.
- 2) Memiliki kemampuan membaca dan menulis
- 3) Bersedia menjadi responden.

### b. Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi adalah mengeluarkan atau menghilangkan yang memenuhi kriteria inklusi dari studi karena berbagai sebab (Nursalam,

2015), kriteria eksklusi pada penelitian ini yaitu :

- 1) Pasien lansia yang mengalami gangguan fungsi kognitif

Berdasarkan kriteria tersebut, maka sampel yang didapatkan yaitu lansia yang berobat di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan berjumlah 50 orang.

#### D. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

##### 1. Variabel Penelitian

Variabel Penelitian adalah perilaku atau karakteristik yang memberikan nilai beda terhadap sesuatu (benda, manusia, dan lain-lain) menurut Soeparto, dkk dalam Nursalam (2015).

a. Variabel bebas/*independent/intervensi* merupakan variabel yang mempengaruhi atau yang menjadi sebab perubahannya atau timbulnya variabel terikat (Sugiyono, 2016). Dalam penelitian ini variabel bebas adalah usia, status perkawinan, pekerjaan, penyakit kronis, dukungan keluarga.

b. Variabel terikat/*dependent* adalah variabel yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat karena adanya variabel bebas (Sugiyono, 2016). Dalam penelitian ini variabel terikat adalah depresi lansia.

##### 2. Definisi operasional

Definisi operasional adalah definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari sesuatu yang didefinisikan tersebut. Dapat diamati artinya memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena yang kemudian dapat diulangi lagi oleh orang lain (Nursalam, 2015).

Tabel 3.1. Variabel Penelitian dan Defenisi Operasional

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
	<b>Independen</b>				
1.	Usia	Lama waktu responden hidup sejak dilahirkan sampai ulang tahun terakhir saat menjadi responden RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan	Kuesioner	1. Lansia usia 60-69 tahun 2. Lansia usia $\geq$ 70 tahun Kemenkes RI (2011)	Nominal

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
2.	Status Pekawinan	Status dari responden berupa belum menikah, memiliki istri/suami atau duda/janda	Kuesioner	1. Menikah 2. Tidak Menikah (Janda/duda/belum menikah)	Nominal
3	Pekerjaan	Responden mampu menghasilkan uang untuk memenuhi kebutuhan hidup	Kuesioner	1. Bekerja 2. Tidak Bekerja	Nominal
4.	Dukungan Keluarga	Suatu keadaan yang bermanfaat bagi lansia dari keluarga sehingga dirinya tahu bahwa ada yang menghargai dan memperhatikan	Kuesioner berdasarkan Mare (2015) Skala Likert Option Jawaban: Selalu : 4 Sering : 3 Kadang-kadang : 2 Tidak pernah : 1 Total Skor : 10-40	Dikategorikan menggunakan <i>cut of point</i> berdasarkan median, dimana : 1. Baik : score $\geq$ 34,50 2. Kurang Baik : score $<$ 34,50	Ordinal
5.	Dependen Tingkat Depresi Lansia	Keadaan psikologis yang menunjukkan suasana mood yang depresif, konsep diri negative, keinginan-keinginan yang regresif serta adanya perubahan pada tingkat aktifitas.	Kuesioner <i>Geriatric Depression Scale-15 (GDS-15)</i> . <i>Favorable</i> : Ya = 1 Tidak = 0 <i>Unfavorable</i> : Ya = 0 Tidak = 1	Untuk alat analisis chi square: 1. Tidak depresi atau ada kemungkinan gangguan depresi = skor 0-10 2. Ada gangguan depresi = skor 11-15	Ordinal

## E. Alat Pengumpulan Data

### 1. Sumber data

Penelitian ini menggunakan data primer dan data sekunder sebagai sumber data. Data primer adalah data yang diperoleh sendiri oleh peneliti dari hasil pengukuran, pengamatan, survey, dan lain sebagainya (Sugiyono, 2016). Data primer penelitian ini diperoleh dari hasil kuesioner. Data sekunder dalam penelitian ini diperoleh dari RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan.

## 2. Instrumen penelitian

Instrumen penelitian adalah alat yang digunakan peneliti untuk mengumpulkan data atau informasi yang relevan dengan permasalahan penelitian. Pengumpulan data yang digunakan peneliti adalah kuesioner atau angket yang disesuaikan dengan tujuan penelitian dan mengacu pada konsep dan teori yang telah dibuat. Instrumen penelitian merupakan alat-alat yang digunakan untuk pengumpulan data (Notoatmojo, 2015). Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah lembar kuesioner yang terdiri dari :

- a. Bagian A berisi pertanyaan mengenai identitas responden seperti nama, usia, jenis kelamin, pekerjaan, status perkawinan dan riwayat penyakit kornis.
- b. Bagian B berisi kuesioner dukungan keluarga menggunakan berdasarkan Mare (2015) terdiri 10 pertanyaan dengan skor total jawaban antara 10 – 40, dimana item jawaban *favorable* yaitu selalu diberi skor 4, sering diberi skor 3, kadang-kadang diberi skor 2 dan tidak pernah diberi skor 1.

Tabel 3.2. Kisi-Kisi Kuesioner Dukungan Keluarga

No	Indikator	Jumlah Item Pernyataan	Nomor Item Pernyataan	
			<i>Favorable</i>	<i>Unfavorable</i>
1	Dukungan Keluarga	10	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10	-

Instrumen kuesioner dukungan keluarga oleh peneliti sebelumnya sudah dilakukan uji instrument alat ukur penelitian di Puskesmas Gundih Surabaya, *dimana kuesioner* dukungan keluarga sudah dinyatakan *reliable* dibuktikan dengan *cronbach's alpha* sebesar 0,798. Sehingga peneliti akan *langsung* menggunakan kuesioner ini di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

- c. Bagian C berisi kuesioner depresi menggunakan *Geriatric Depression Scale – 15* (GDS-15) yang dibuat oleh Sheikh & Yesavage (1986), terdapat 15 item pertanyaan dengan jawaban “ya” atau “tidak”.

Rentang nilai untuk setiap jawaban adalah 0 dan 1. Jawaban tidak untuk butir 1, 5, 7, 11, 13 mendapat skor 1, adapun jawaban ya untuk butir 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15 mendapat skor 1, selainnya mendapat skor 0. Total skor 0-4 adalah tidak mengalami depresi, 5-9 menunjukkan kemungkinan besar terjadi gangguan depresi dan jumlah skor 10-15 mengindikasikan adanya depresi.

Tabel 3.3. Kisi-Kisi Kuesioner Depresi

No	Indikator	Jumlah Item Pernyataan	Nomor Item Pernyataan	
			<i>Favorable</i>	<i>Unfavorable</i>
1	Depresi	15	1,5,7,11,13	2,3,4,6,8, 9, 10,12,14,15

### 3. Prosedur pengumpulan data

Prosedur pengumpulan data yang dilakukan peneliti dalam penelitian ini dibagi menjadi dua yaitu :

#### a. Prosedur 46eriatic46te46e

- 1) Mengajukan surat permohonan ijin penelitian kepada direktur RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan.
- 2) Surat ijin disetujui, kemudian peneliti mulai melakukan penentuan responden dan mempersiapkan kuesioner.

#### b. Prosedur Covid-19

Sebelum berinteraksi dengan responden, penelitian menyiapkan Alat Pelindung Diri (APD) baik untuk peneliti maupun responden dan dipakai saat pengambilan data kuesioner. Selain itu, diterapkan *physical distancing* untuk pencegahan penularan covid-19.

#### c. Prosedur teknis penelitian

Tahap pelaksanaan penelitian, dimulai dari peneliti memperkenalkan diri pada responden lalu memberikan penjelasan tentang prosedur yang akan dilakukan dan meminta ijin untuk bersedia menjadi responden kemudian membagikan *informed consent* dan kuesioner untuk diisi setelah itu dilakukan pemeriksaan skala depresi 46eriatic dengan menanyakan keadaan perasaan lansia dalam dua minggu terakhir, tidak ada jawaban benar atau salah, lansia hanya menjawab ya atau tidak

sesuai dengan perasaan yang paling tepat yang dirasakan lansia akhir-akhir ini. Hasil pengisian kuesioner dicek kembali, setelah data terisi lengkap kemudian dilakukan tabulasi data dan pengolahan analisis data.

## F. Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam penelitian (Nursalam, 2015). Pengumpulan data dilakukan oleh peneliti yang dilakukan di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan dengan prosedur sebagai berikut:

### 1. Prosedur Pengumpulan Data

- a. Membuat surat permohonan izin penelitian dari Institut Teknologi Kesehatan & Sains Wiyata Husada Samarinda yang ditujukan kepada Direktur RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan.
- b. Setelah mendapatkan persetujuan dari Direktur RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan, setelah itu peneliti melakukan penyeleksian calon responden. Peneliti mengidentifikasi responden yang memenuhi kriteria inklusi penelitian.
- c. Meminta calon yang terpilih agar bersedia menjadi calon responden setelah mengadakan pendekatan dan memberikan penjelasan tentang tujuan, manfaat, dan prosedur penelitian serta hak dan kewajiban selama menjadi responden. Responden yang bersedia selanjutnya diminta menandatangani lembar *Informed concent*.
- d. Memberikan kesempatan kepada responden untuk bertanya bila ada yang belum jelas.
- e. Setelah itu pertanyaan dalam kuesioner dijawab, dan peneliti melakukan observasi, setelah data terkumpul peneliti melakukan pengecekan, jika sudah lengkap dilakukan pengolahan data.

### 2. Teknik Pengolahan Data

Data yang telah dikumpulkan kemudian akan dilakukan pengolahan data. Agar penelitian menghasilkan informasi yang benar, maka data diolah peneliti (Notoatmojo, 2015) dengan tahapan sebagai berikut :

a. Editing Data

Peneliti melakukan pengecekan kelengkapan data saat penelitian itu juga, diantaranya kelengkapan pengisian identitas responden serta kelengkapan pengisian variabel penelitian.

b. Pemberian Kode (*Coding*)

Peneliti melakukan pengkodean terhadap identitas responden serta kelengkapan pengisian variabel penelitian, meliputi :

Usia dengan kode 1 : 60-69 tahun 48eriatri 2 :  $\geq 70$  tahun

Status perkawinan dengan kode 1 : menikah 48eriatri 2 : tidak Menikah (Janda/duda/belum menikah)

Pekerjaan dengan kode 1 : bekerja 48eriatri 2 : tidak bekerja

Dukungan keluarga dengan kode 1 : baik 48eriatri 2 : kurang baik

Tingkat depresi kode 1 : tidak depresi 48eriatri 2 : ada gangguan depresi

c. Pemindahan data

Peneliti memasukkan data yang telah dilakukan *coding* memakai fasilitas computer dan diolah dengan program SPSS.

d. Tabulasi Data

Peneliti meringkas data yang masuk ke dalam tabel yang disusun sesuai kebutuhan menurut sifat-sifat yang dimiliki sesuai tujuan penelitian.

## I. Tehnik Analisa Data

Analisa data suatu penelitian biasanya melalui prosedur bertahap, yaitu:

1. Uji Normalitas

Uji normalitas dilakukan pada penelitian ini digunakan untuk menilai *cut of point* variabel dukungan keluarga. Hasil uji normalitas data pada variabel dipenelitian ini adalah sebagai berikut :

Tabel 3.4. Uji Normalitas Variabel Dukungan Keluarga

Variabel	Mean	Median	SD	Min - Mak	Skewness	Kurtosis	Kolmogorov – Smirnov	Shapiro – Wilk
Dukungan Keluarga	32,70	34,50	4,432	19-37	-2,031 std error 0,337	3,587 std error 0,662	0,000	0,000

Sumber : Data Primer, 2020

Berdasarkan tabel uji normalitas di atas berdasarkan 49eriatic deskriptif diketahui bahwa :

- a. Koefisien varian : dihitung dengan rumus (standar deviasi dibagi mean) x 100% =  $(4,432 : 32,70) \times 100\% = 13,55\%$ , karena nilai hasil di bawah 30 maka dapat disimpulkan distribusi data normal.
- b. Rasio skewness : dihitung dengan rumus skewness dibagi standar error of skewness =  $-2,031 : 0,337 = -6,027$ , karena kriteria normal -2 sampai dengan 2, maka disimpulkan distribusi data tidak normal.
- c. Rasio kurtosis : dihitung dengan rumus kurtosis dibagi standar error of kurtosis =  $3,587 : 0,662 = 5,418$ , karena kriteria normal -2 sampai dengan 2, maka disimpulkan distribusi data tidak normal.
- d. Grafik histogram bentuknya tidak menyerupai bel shape yang berarti distribusi data tidak normal.
- e. Q-Q plot, secara teoritis, suatu set data dikatakan mempunyai distribusi normal apabila data tersebar disekitar garis. Terlihat bahwa data tidak menyebar disekitar garis, jadi dapat dikatakan bahwa distribusi data tidak normal.
- f. Deterended normal Q-Q, suatu set data dikatakan mempunyai distribusi normal apabila data tersebar disekitar garis (angka nol). Terlihat bahwa data tidak terdapat disekitar garis (angka nol), dapat disimpulkan bahwa distribusi data tidak normal.
- g. Box plot terlihat tidak simetris, maka disimpulkan distribusi data tidak normal.

- h. Hasil uji Kolmogorov – Smirnov dengan nilai p value 0,000 lebih kecil dari nilai alpha (0,05), yang berarti distribusi data tidak normal.
- i. Hasil uji Shapiro – Wilk dengan nilai p value 0,000 lebih kecil dari nilai alpha (0,05), yang berarti distribusi data tidak normal.

Berdasarkan penjelasan di atas, dapat disimpulkan bahwa uji normalitas untuk data dukungan keluarga adalah distribusi data tidak normal, dikarenakan 8 dari 9 uji normalitas menyatakan distribusi data tidak normal, sehingga *out of point* yang digunakan adalah nilai median yaitu 34,50.

## 2. Analisa Univariat

Pada penelitian ini analisis univariat dengan persentase distribusi frekuensi dilakukan terhadap usia, status perkawinan, pekerjaan, dukungan keluarga dan depresi lansia.

$$P = \frac{F}{n} \times 100\%$$

Keterangan :

P = Persentase yang dicari

F = Frekuensi sampel untuk setiap pertanyaan

n = Jumlah keseluruhan sampel

## 3. Analisa Bivariat

Pada penelitian ini untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi depresi lansia di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan, menggunakan uji *Chi-Square*. Uji *Chi-Square* ini digunakan untuk mengetahui adanya korelasi (hubungan) variabel independen yang meliputi usia, status perkawinan, pekerjaan, dukungan keluarga terhadap kejadian depresi lansia di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan, dengan rumus menurut Hastono (2010) sebagai berikut:

$$X^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

$$df = (k - 1) (b - 1)$$

Dimana :

- 0 : Nilai observasi  
 E : Nilai ekpektasi (harapan)  
 k : Jumlah kolom  
 b : Jumlah baris

Data pada penelitian ini memenuhi syarat penggunaan uji *Chi-Square* ( $\chi^2$ ) yaitu frekuensi yang diharapkan dan masing-masing sel tidak kecil ( $< 5$ ) dan  $n > 40$ , sehingga digunakan tabel kontingensi  $2 \times 2$ . Menjawab hipotesis menggunakan pendekatan *probabilistik*, yang mana  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima jika  $p$  value  $< 0,05$  atau  $H_0$  diterima dan  $H_a$  ditolak jika  $p$  value  $> 0,05$ .

#### 4. Analisa Multivariat

Analisis *51eriatric51te* dilakukan untuk melihat variabel independen yang paling berpengaruh terhadap variabel dependen. Analisis *51eriatric51te* yang digunakan adalah *regresi 51eriatric* model prediksi, dengan tingkat kepercayaan 95% dan menggunakan metode menentukan *odds rasio* variabel kategorik polikontom dengan salah satu kategori menjadi pembanding dengan cara *chi square*. Langkah yang dilakukan dalam analisis regresi *51eriatric* adalah sebagai berikut (Dahlan, 2014).

- a. Melakukan seleksi variabel yang layak dilakukan dalam model *51eriatric51te* dengan cara terlebih dahulu melakukan seleksi *51eriatric* antara masing-masing variabel independen dengan variabel dependen dengan uji regresi *51eriatric* sederhana, yang mana semua variabel usia, status perkawinan, pekerjaan, dukungan keluarga dimasukkan sebagai variabel independen.
- b. Pada hasil ditemukan usia, status perkawinan dan pekerjaan dengan  $p$  *valuenya*  $> 0,05$ , hanya dukungan keluarga  $p$  *valuenya*  $< 0,05$ .

#### J. Etika Penelitian

Nursalam (2015) menjelaskan bahwa dalam melakukan penelitian menekankan prinsip etika penelitian yang meliputi:

1. Prinsip Manfaat
  - a. Bebas dari penderitaan

Penelitian ini menggunakan prosedur covid-19 dan dilaksanakan hanya mengisi kuesioner sehingga responden bebas dari bahaya.

b. Bebas dari Eksploitasi

Nama responden tidak dimasukkan dalam data penelitian.

2. Prinsip menghargai hak asasi manusia (*respect human dignity*)

- a. Responden mempunyai hak memutuskan bersedia menjadi subjek ataupun tidak, tanpa adanya sangsi apapun.
- b. Peneliti memberikan penjelasan secara terperinci serta menjawab setiap pertanyaan responden.
- c. *Informed Consent* : responden diberikan informasi secara lengkap tentang tujuan penelitian.

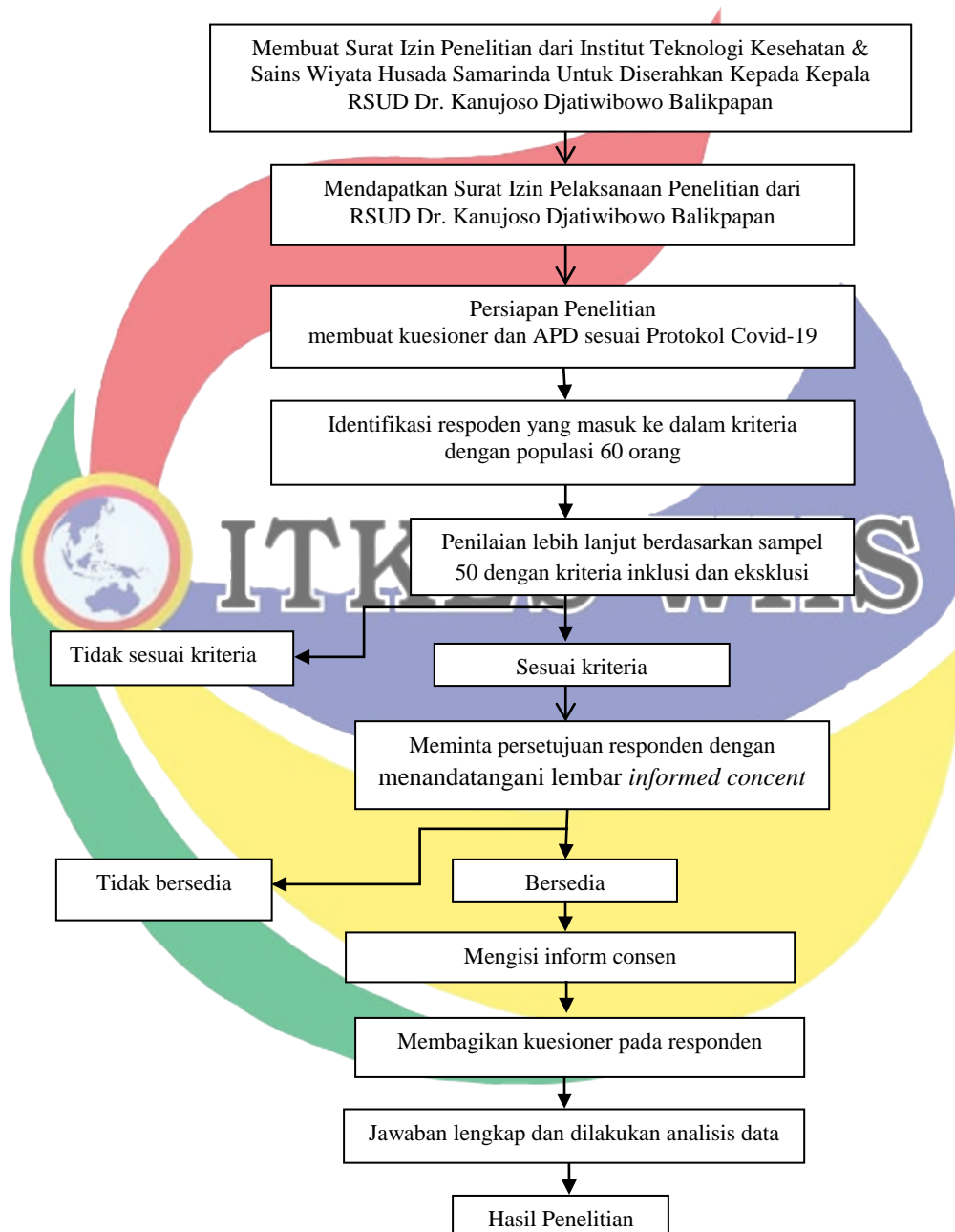
3. Prinsip keadilan (*right to justice*)

- a. Responden mendapatkan perlakuan secara adil baik sebelum, selama, dan sesudah keikutsertaannya dalam penelitian tanpa adanya diskriminasi.
- b. Data yang diberikan responden dirahasiakan.



## K. Alur Penelitian

Jalannya penelitian memberikan gambaran keseluruhan mengenai prosedur penelitian (Dahlan, 2014).



Skema 3.1. Alur Penelitian

## BAB IV

### HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

#### A. Hasil Penelitian

##### 1. Gambaran Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan berkedudukan sebagai Rumah Sakit Umum Daerah Pemerintah Provinsi yang merupakan unsur pelaksana tertentu dibidang pelayanan kesehatan yang berbentuk Lembaga Teknis Daerah yang dipimpin oleh seorang Kepala dengan sebutan Direktur yang dalam melaksanakan tugasnya berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Gubernur melalui Sekretaris Daerah Provinsi Kalimantan Timur.

Pada RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan terdapat Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien geriatric dengan peningkatan mutu pelayanan pada pasien Geriatric. Pelayanan yang diberikan di Poliklinik Geriatri dengan tingkat pelayanan Geriatric sederhana yang terdiri dari pelayanan Poliklinik Geriatri dan *Home Care*. Fasilitas ruangan meliputi ruang pendaftaran, ruang tunggu, ruang periksa dan ruang tim terpadu geriatri. Kriteria masuk Poliklinik Geriatri yaitu usia 60 tahun dengan 2 diagnosa sekunder dan usia 65 tahun dengan 1 diagnosa sekunder. Kriteria keluar yaitu sudah dilakukan pemeriksaan oleh tim terpadu, DPJP ACC untuk rawat jalan dan obat sanga pulang sudah diberikan

Tenaga kesehatan yang bertugas di Poliklinik Geriatri terdapat 20 orang. Alur pelayanan mulai dari pasien lanjut usia datang dilakukan triase disetiap Poliklinik Departemen / UGD kemudian dilakukan asesmen geriatri komprehensif oleh tim terpadu poli geriatri. Pasien ditinjau masalahnya meliputi kondisi medis umum, status fungsional, psikiatri, status mental, fungsi kognitif, sosial dan lingkungan. Setelah itu dilakukan

rencana tatalaksana komprehensif oleh tim terpadu poli geriatri dan diambil tindakan oleh pasien rawat jalan atau *home care*. Untuk rawat jalan dilakukan asesmen dan konsultasi, kuratif, intervensi psikososial dan rehabilitasi.

## 2. Analisis Univariat

Analisis univariat pada penelitian ini mengidentifikasi karakteristik lansia meliputi usia, status perkawinan, pekerjaan, dukungan keluarga dan depresi lansia di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan, yang dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 4.1. Karakteristik Responden di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan (n = 50)

Karakteristik Responden	Jumlah	Persentase (%)
<b>Usia</b>		
60-69 tahun	31	62
≥ 70 tahun	19	38
Jumlah	50	100
<b>Status Perkawinan</b>		
Menikah	43	86
Tidak Menikah (Janda/duda/belum menikah)	7	14
Jumlah	50	100
<b>Pekerjaan</b>		
Bekerja	14	28
Tidak Bekerja	36	72
Jumlah	50	100
<b>Dukungan Keluarga</b>		
Baik	44	88
Kurang	6	12
Jumlah	50	100
<b>Tingkat Depresi Lansia</b>		
Tidak depresi	44	88
Ada gangguan depresi	6	12
Jumlah	50	100

Sumber : Data Primer, 2020

Berdasarkan tabel 4.1 diketahui karakteristik lansia di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan dengan usia sebagian besar antara 60-69 tahun berjumlah 31

orang (62%), sedangkan  $\geq 70$  tahun berjumlah 19 orang (38%). Status perkawinan sebagian besar menikah berjumlah 43 orang (86%), sedangkan tidak menikah (Janda/duda/belum menikah) berjumlah 7 orang (14%). Pekerjaan sebagian besar sudah tidak bekerja lagi berjumlah 36 orang (72%), sedangkan masih bekerja berjumlah 14 orang (28%). Dukungan keluarga sebagian besar baik berjumlah 44 orang (88%), sedangkan kurang baik berjumlah 6 orang (12%). Tingkat depresi sebagian besar tidak depresi berjumlah 44 orang (88%), sedangkan ada gejala depresi berjumlah 6 orang (12%).

### 3. Analisis Bivariat

Analisis bivariat pada penelitian ini menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi depresi lansia di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan, meliputi:

#### a. Hubungan Usia Terhadap Depresi Lansia di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

Hasil analisis hubungan usia terhadap depresi lansia di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan, dapat dilihat pada tabel berikut ini

Tabel 4.2. Hubungan Usia Terhadap Depresi Lansia di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

No	Usia	Tingkat Depresi				Total	%	<i>p value</i>
		Tidak Depresi		Ada Gejala Depresi				
		n	%	n	%			
1	60-69 tahun	28	56	3	6	31	62	
2	$\geq 70$ tahun	16	32	3	6	19	38	*0,412
Jumlah		44	88	6	12	50	100	

\*Hasil Signifikansi Fisher's Exact Test  $p < \alpha$   $\alpha = 0,05$

Dari tabel tersebut terlihat dari 31 orang usia 60-69 tahun, proporsi tertinggi pada tidak depresi berjumlah 28 orang (56%), namun terdapat yang ada gejala depresi berjumlah 3 orang (6%). Adapun dari 19 orang usia  $\geq 70$  tahun, proporsi tertinggi pada yang tidak depresi

berjumlah 16 orang (32%), dan terdapat yang ada gejala depresi berjumlah 3 orang (6%). Hasil uji statistik diperoleh hasil  $p$  value :  $0,412 > \alpha : 0,05$  sehingga  $H_0$  diterima dan  $H_a$  ditolak yaitu tidak ada hubungan usia terhadap depresi lansia di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

- b. Hubungan status perkawinan terhadap depresi lansia di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

Hasil analisis hubungan status perkawinan terhadap depresi lansia di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan, dapat dilihat pada tabel berikut ini

Tabel 4.3. Hubungan Status Perkawinan Terhadap Depresi Lansia di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

No	Status Perkawinan	Tingkat Depresi				Total	%	$p$ value
		Tidak Depresi		Ada Gejala Depresi				
		n	%	n	%			
1	Menikah	38	76	5	10	43	86	
2	Tidak Menikah	6	12	1	2	7	14	*0,616
	Jumlah	44	88	6	12	50	100	

\*Hasil Signifikansi Fisher's Exact Test  $p < \alpha$   $\alpha = 0,05$

Dari tabel tersebut terlihat dari 43 orang menikah, proporsi tertinggi pada tidak depresi berjumlah 38 orang (76%), namun terdapat yang ada gejala depresi berjumlah 5 orang (10%). Adapun dari 7 orang tidak menikah, proporsi tertinggi pada yang tidak depresi berjumlah 6 orang (12%), dan terdapat yang ada gejala depresi berjumlah 1 orang (2%). Hasil uji statistik diperoleh hasil  $p$  value :  $0,616 > \alpha : 0,05$  sehingga  $H_0$  diterima dan  $H_a$  ditolak yaitu tidak ada hubungan status

perkawinan terhadap depresi lansia di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

- c. Hubungan pekerjaan terhadap depresi lansia di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

Hasil analisis hubungan pekerjaan terhadap depresi lansia di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan, dapat dilihat pada tabel berikut ini

Tabel 4.4. Hubungan Pekerjaan Terhadap Depresi Lansia di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

No	Pekerjaan	Tingkat Depresi				Total	%	<i>p value</i>
		Tidak Depresi		Ada Gejala Depresi				
		n	%	n	%			
1	Bekerja	11	22	3	6	14	28	
2	Tidak Bekerja	33	66	3	6	36	72	*0,208
	Jumlah	44	88	6	12	50	100	

\*Hasil Signifikansi Fisher's Exact Test  $p < \alpha$   $\alpha = 0,05$

Dari tabel tersebut terlihat dari 28 orang bekerja, proporsi tertinggi pada tidak depresi berjumlah 11 orang (22%), namun terdapat yang ada gejala depresi berjumlah 3 orang (6%). Adapun dari 36 orang tidak bekerja, proporsi tertinggi pada yang tidak depresi berjumlah 33 orang (66%), dan terdapat yang ada gejala depresi berjumlah 3 orang (6%). Hasil uji statistik diperoleh hasil *p value* :  $0,208 > \alpha : 0,05$  sehingga  $H_0$  diterima dan  $H_a$  ditolak yaitu tidak ada hubungan pekerjaan terhadap depresi lansia di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

- d. Hubungan dukungan keluarga terhadap depresi lansia di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

Hasil analisis hubungan dukungan keluarga terhadap depresi lansia di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan, dapat dilihat pada tabel berikut ini

Tabel 4.5. Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Depresi Lansia di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

No	Dukungan Keluarga	Tingkat Depresi				Total	%	<i>p value</i>
		Tidak Depresi		Ada Gejala Depresi				
		n	%	n	%			
1	Baik	42	84	2	4	44	88	
2	Kurang Baik	2	4	4	8	6	12	*0,001
	Jumlah	44	88	6	12	50	100	

\*Hasil Signifikansi Fisher's Exact Test  $p < \alpha$   $\alpha = 0,05$

Dari tabel tersebut terlihat dari 44 orang dukungan keluarga baik, proporsi tertinggi pada tidak depresi berjumlah 42 orang (84%), namun terdapat yang ada gejala depresi berjumlah 2 orang (4%). Adapun dari 6 orang dukungan keluarga kurang baik, proporsi tertinggi pada yang ada gejala depresi berjumlah 4 orang (8%), namun terdapat yang tidak depresi berjumlah 2 orang (4%). Hasil uji statistik diperoleh hasil *p value* :  $0,001 < \alpha : 0,05$  sehingga  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima yaitu ada hubungan dukungan keluarga terhadap depresi lansia di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

#### 4. Analisis Multivariat

Analisis multivariat pada penelitian ini untuk menganalisis variabel independen yang paling berpengaruh terhadap depresi lansia di Poliklinik

Geriatric Inpatient Outpatient RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan, which can be seen in the table below:

Tabel 4.6. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Depresi Lansia di Poliklinik Geriatric Inpatient Outpatient RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2020

No	Variabel	Exp (B)	Sig.
1	Constant	0,003	0,041
2	Usia	6,044	0,247
3	Status Perkawinan	1,214	0,907
4	Pekerjaan	0,066	0,102
5	Dukungan Keluarga	55,445	0,002

\*Hasil Signifikansi Regresi Logistik  $p < \alpha$   $\alpha = 0,05$

Based on table 4.6. obtained regression equation regarding factors that influence depression in the elderly at the Geriatric Polyclinic Inpatient Outpatient RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan as follows:

$$Y = 0,003 + 6,044X_1 + 1,214X_2 + 0,066X_3 + 55,445X_4$$

a.  $Y = \text{konstanta} + (a_1x_1) + (a_2x_2) + (a_3x_3) + (a_4x_4)$

$$Y = 0,003 + (6,044) (1) + 1,214 (1) + 0,066 (1) + 55,445 (1)$$

$$Y = 62,772$$

b.  $Y = \text{konstanta} + (a_1x_1) + (a_2x_2) + (a_3x_3) + (a_4x_4)$

$$Y = 0,003 + (6,044) (0) + 1,214 (0) + 0,066 (0) + 55,445 (0)$$

$$Y = 0,003$$

For the probability value as follows :

a. Predicting age to experience depression :

$$P = 1/(1+\exp(-y)) = 1/(1+\exp(-62,772)) = 1/(1+6,044(-62,772)) \\ = 1/(-378,39) = -0,002$$

Thus, the probability of age to experience depression in the elderly is -0,2%.

b. Predicting age to not experience depression :

$$P = 1/(1+\exp(-y)) = 1/(1+\exp(-0,003)) = 1/(1+6,044(-0,003)) \\ = 1/(0,982) = 1,018$$

Thus, the probability of age to not experience depression in the elderly is 101,8%.

c. Predicting marital status to experience depression :

$$P = 1/(1+\exp(-y)) = 1/(1+\exp(-62,772)) = 1/(1+1,214(-62,772))$$

$$=1/(-75,205) = -0,013$$

Dengan demikian, probabilitas status perkawinan untuk mengalami depresi pada lansia adalah -1,3%.

- d. Memprediksi status perkawinan untuk tidak mengalami depresi :

$$P = 1/(1+\exp(-y)) = 1/(1+\exp(-0,003)) = 1/(1+1,214(-0,003)) \\ =1/(0,996) = 1,004$$

Dengan demikian, probabilitas status perkawinan untuk tidak mengalami depresi pada lansia adalah 100,4%.

- e. Memprediksi pekerjaan untuk mengalami depresi :

$$P = 1/(1+\exp(-y)) = 1/(1+\exp(-62,772)) = 1/(1+0,066(-62,772)) \\ =1/(-3,142) = -0,318$$

Dengan demikian, probabilitas pekerjaan untuk mengalami depresi pada lansia adalah -31,8%.

- f. Memprediksi pekerjaan untuk tidak mengalami depresi :

$$P = 1/(1+\exp(-y)) = 1/(1+\exp(-0,003)) = 1/(1+0,066(-0,003)) \\ =1/(0,999) = 1,001$$

Dengan demikian, probabilitas pekerjaan untuk tidak mengalami depresi pada lansia adalah 100,1%.

- g. Memprediksi dukungan keluarga untuk mengalami depresi :

$$P = 1/(1+\exp(-y)) = 1/(1+\exp(-62,772)) = 1/(1+55,445(-62,772)) \\ =1/(-3.479,4) = -0,0003$$

Dengan demikian, probabilitas dukungan keluarga untuk mengalami depresi pada lansia adalah -0,03%.

- h. Memprediksi dukungan keluarga untuk tidak mengalami depresi :

$$P = 1/(1+\exp(-y)) = 1/(1+\exp(-0,003)) = 1/(1+55,445(-0,003)) \\ =1/(0,834) = 1,199$$

Dengan demikian, probabilitas dukungan keluarga untuk tidak mengalami depresi pada lansia adalah 119,9%.

Berdasarkan hasil uji statistik nilai signifikansi usia (0,247), status perkawinan (0,907) dan pekerjaan (0,102) yaitu  $p \text{ value} > \alpha : 0,05$ , sedangkan dukungan keluarga  $p \text{ value} : 0,002 < \alpha : 0,05$  sehingga  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima dan dilihat dari nilai peluang dukungan keluarga

untuk tidak mengalami depresi paling tinggi sebesar 119,9% maka dukungan keluarga merupakan variabel paling dominan mempengaruhi depresi lansia di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

## B. Pembahasan

### 1. Hubungan Usia Terhadap Depresi Lansia di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

Berdasarkan hasil penelitian mengenai hubungan usia terhadap depresi lansia di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan, terlihat dari 31 orang usia 60-69 tahun, proporsi tertinggi pada tidak depresi berjumlah 28 orang (56%), namun terdapat yang ada gejala depresi berjumlah 3 orang (6%). Adapun dari 19 orang usia  $\geq 70$  tahun, proporsi tertinggi pada yang tidak depresi berjumlah 16 orang (32%), dan terdapat yang ada gejala depresi berjumlah 3 orang (6%). Hasil uji statistik diperoleh hasil  $p\text{ value} : 0,412 > \alpha : 0,05$  sehingga  $H_0$  diterima dan  $H_a$  ditolak yaitu tidak ada hubungan usia terhadap depresi lansia di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

Hasil penelitian ini didukung penelitian Ngruh (2015) yang menunjukkan bahwa depresi pada lansia sering terjadi pada usia kelompok  $\geq 70$  tahun (30,6%) di Wilayah Kerja Puskesmas Tampaksiring I Kabupaten Gianyar Bali 2015, namun tidak sesuai hasil yang menunjukkan ada pengaruh usia dengan tingkat depresi di Wilayah Kerja Puskesmas Tampaksiring I Kabupaten Gianyar Bali 2015. Didukung pula penelitian Fatah (2017) yang menunjukkan bahwa tidak ada hubungan usia dengan kejadian depresi pada pasien lansia di rumah sakit. Begitupula Khomsiatun (2015) yaitu tidak terdapat hubungan antara usia terhadap depresi pada lansia di ruang fisioterapi di RSUD Wilayah Kabupaten Semarang.

Begitupula penelitian Kurniawan (2017) yang menunjukkan bahwa tidak ada hubungan usia dengan tingkat depresi lansia. Hasil ini juga

didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Aprilia (2013) yang menunjukkan bahwa tidak ada hubungan usia dengan tingkat depresi lansia.

Proses penuaan merupakan suatu proses alamiah yang tidak dapat dicegah dan merupakan hal yang wajar dialami oleh orang yang diberi karunia usia panjang, di mana semua orang berharap akan menjalani hidup dengan tenang, damai, serta menikmati masa pensiun bersama anak dan cucu tercinta dengan penuh kasih sayang. Tidak semua lanjut usia dapat mengecap kondisi idaman ini. Proses menua tetap menimbulkan permasalahan baik secara fisik, biologis, mental maupun sosial ekonomi (Nugroho, 2015). Menurut Kaplan dkk (2010) usia lanjut  $\geq 70$  tahun sebagai faktor resiko terjadinya depresi. Depresi pada usia lansia  $\geq 70$  tahun mungkin memiliki hubungan biologi dasar, dengan berkurangnya neuro transmitter yang berkaitan dengan *mood* dan emosi. Depresi cenderung lebih kronis di pasien yang lebih tua dibandingkan dengan orang dewasa muda. Periode depresi pada lansia lebih panjang, dan kemungkinan kambuh meningkat dengan usia.

Teori Tazelaar, et al., (2007, dalam Muna, 2015) yang mana mengatakan bahwa gejala depresi pada lansia prevalensinya tinggi dan semakin meningkat seiring bertambahnya usia lansia. Lansia yang berusia 65 tahun ke atas cenderung mengalami depresi daripada lansia yang berusia kurang dari 65 tahun. Hasil mengenai tingkat depresi diperoleh bahwa ada sebanyak 38,9% lansia dengan usia praseเนียม (45-65 tahun) mengalami depresi. Sedangkan lansia dengan usia senium (65 tahun keatas) sebanyak 42,2% mengalami depresi. Proporsi lansia yang mengalami depresi didominasi pada usia senium yaitu pada lansia yang berusia 65 tahun keatas.

Penelitian ini tidak sesuai dengan teori yang mana usia bukan faktor yang mempengaruhi kejadian depresi pada lansia. Hal ini dikarenakan pada penelitian ini dilakukan pada pasien usia lanjut antara usia 60 tahun ke atas, akan tetapi tidak semuanya mengalami depresi. Tidak adanya hubungan dalam penelitian ini kemungkinan disebabkan

karena lansia memiliki dukungan sosial dan dukungan keluarga yang baik. Depresi tidak hanya terjadi seiring dengan penambahan usia atau pada usia tua, namun juga bisa terjadi di usia berapapun. Hal ini disebabkan oleh faktor sosial seperti hubungan dengan orang sekitar dan faktor biologi yaitu genetik yang mempengaruhi seseorang untuk depresi. Depresi pada lansia disebabkan oleh beberapa faktor seperti kematian pasangan, penurunan kemampuan fisik dan penurunan kesehatan dan penyakit fisik, serta pensiun, interaksi sosial, kondisi keuangan, jumlah penghasilan dan tempat tinggal dapat menyebabkan depresi.

Status depresi dalam penelitian ini diperoleh bahwa proporsi depresi pada kelompok usia 70 tahun ke atas lebih banyak tidak depresi dibandingkan dengan kelompok usia 60-69 tahun. Sehingga temuan ini tidak sesuai dengan teori yang menunjukkan bahwa prevalensi depresi meningkat sejalan dengan bertambahnya usia lansia. Selain itu, pengaruh usia pada depresi lebih disebabkan karena pengaruh faktor risiko lainnya, khususnya problem kesehatan fisik dan disabilitas yang diteliti secara prospektif.

## **2. Hubungan status perkawinan terhadap depresi lansia di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.**

Berdasarkan hasil penelitian mengenai hubungan status perkawinan terhadap depresi lansia di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan, terlihat dari 43 orang menikah, proporsi tertinggi pada tidak depresi berjumlah 38 orang (76%), namun terdapat yang ada gejala depresi berjumlah 5 orang (10%). Adapun dari 7 orang tidak menikah, proporsi tertinggi pada yang tidak depresi berjumlah 6 orang (12%), dan terdapat yang ada gejala depresi berjumlah 1 orang (2%). Hasil uji statistik diperoleh hasil  $p \text{ value} : 0,616 > \alpha : 0,05$  sehingga  $H_0$  diterima dan  $H_a$  ditolak yaitu tidak ada hubungan status perkawinan terhadap depresi lansia di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

Hasil penelitian ini didukung penelitian Lindhia (2018) yang menunjukkan bahwa sebagian besar responden menikah di wilayah kerja Puskesmas Petang I, namun tidak sesuai penelitian terdahulu ada pengaruh status perkawinan dengan depresi pada lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Tampaksiring I Kabupaten Gianyar Bali 2015. Penelitian Fatah (2017) menunjukkan bahwa tidak ada hubungan status pernikahan dengan kejadian depresi pada lansia di rumah sakit. Begitupula penelitian yang dilakukan oleh Hayulita (2014) yaitu tidak terdapat hubungan antara status pernikahan terhadap depresi pada pasien lansia di Ruang Rawat Jalan Rumah Sakit Stroke Nasional (RSSN) Bukittinggi.

Menurut Kaplan dkk (2010) berlangsungnya pernikahan membawa manfaat yang baik bagi kesehatan mental laki-laki dan perempuan. Pernikahan tak hanya melegalkan hubungan asmara antara laki-laki dan perempuan, karena ikatan suami-istri ini juga dipercaya dapat mengurangi risiko mengalami depresi dan kecemasan. Namun, bagi pasangan suami istri yang gagal membina hubungan pernikahan atau ditinggalkan pasangan karena meninggal, justru akan memicu terjadinya depresi. Depresi mayor lebih sering dialami individu yang bercerai atau lajang dibandingkan dengan yang menikah. Seseorang yang berstatus duda/janda atau tidak menikah berisiko hidup sendiri, di mana hidup sendiri juga merupakan faktor risiko terjadinya depresi pada lansia. Lansia yang masih memiliki pasangan hidup akan memiliki tempat untuk saling berbagi dan mendukung dalam menghadapi masa tua, sehingga memiliki risiko depresi yang lebih rendah.

Penelitian ini tidak sesuai dengan teori yang mana tidak ada pengaruh status perkawinan terhadap depresi lansia di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan. Hal ini dikarenakan pada penelitian ini baik responden yang menikah, tidak menikah, duda/janda maupun yang bercerai sama-sama memiliki risiko untuk mengalami depresi. Lansia yang telah kehilangan pasangan (duda dan janda) merasakan kesepian setelah ditinggal oleh pasangan, namun adanya pengganti teman untuk bercerita membuat lansia tidak merasa

keseharian. Dimana lansia yang berstatus duda/janda/belum menikah/bercerai tinggal bersama keluarganya. Keberadaan anggota keluarga lainnya dapat memberikan dukungan kepada pasien stroke yang dapat menurunkan risiko depresi pada lansia, sehingga walaupun dengan status duda/janda/belum menikah/bercerai belum tentu mengalami depresi.

### **3. Hubungan pekerjaan terhadap depresi lansia di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.**

Berdasarkan hasil penelitian mengenai hubungan pekerjaan terhadap depresi lansia di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan, terlihat dari 28 orang bekerja, proporsi tertinggi pada tidak depresi berjumlah 11 orang (22%), namun terdapat yang ada gejala depresi berjumlah 3 orang (6%). Adapun dari 36 orang tidak bekerja, proporsi tertinggi pada yang tidak depresi berjumlah 33 orang (66%), dan terdapat yang ada gejala depresi berjumlah 3 orang (6%). Hasil uji statistik diperoleh hasil  $p \text{ value} : 0,208 > \alpha : 0,05$  sehingga  $H_0$  diterima dan  $H_a$  ditolak yaitu tidak ada hubungan pekerjaan terhadap depresi lansia di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

Hasil penelitian ini didukung penelitian Lindhia (2018) yang menunjukkan bahwa sebagian besar responden tidak bekerja di wilayah kerja Puskesmas Petang I dan tidak ada pengaruh pekerjaan dengan depresi pada lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Tampaksiring I Kabupaten Gianyar Bali 2015.

Menurut Dharmono dan Martono (2017) perilaku hidup aktif merupakan salah satu cara mencegah terjadinya depresi, dan bekerja merupakan salah satu bentuknya. Namun, perubahan fisik yang terjadi akibat proses penuaan akan mempengaruhi kemampuan lansia dalam melakukan pekerjaan yang memerlukan tenaga, sehingga akan membatasi mereka dalam bekerja. Lansia yang tidak bekerja cenderung akan memiliki sedikit aktivitas dan banyak waktu kosong. Minimnya aktivitas ini akan mendorong munculnya rasa jenuh pada lansia, yang dapat berujung pada terjadinya depresi. Dalam penelitian ini, yang dimaksud dengan bekerja

adalah melakukan sesuatu yang dapat menghasilkan uang. Hal tersebut secara tidak langsung menunjukkan bahwa lansia yang tidak bekerja cenderung akan kehilangan sumber finansial sehingga memiliki penghasilan yang lebih rendah. Depresi cenderung lebih sering ditemukan pada lansia dengan penghasilan yang rendah, karena lansia tersebut akan mengalami permasalahan khususnya dalam hal ekonomi yang dapat menambah beban pikirannya.

Penelitian ini tidak sesuai dengan teori yang mana tidak ada pengaruh pekerjaan terhadap depresi lansia di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan. Lansia banyak merupakan pensiunan yang rata-rata merupakan lansia dengan pendidikan tinggi sehingga mereka memiliki pikiran yang lebih terbuka tentang pensiun. Waktu luang yang dimiliki oleh lansia sering dimanfaatkan untuk memperbanyak ibadah kepada Allah SWT sehingga tingkat depresi yang dimiliki lansia juga lebih rendah. Selain itu, responden yang memang sudah lansia memang sudah tidak aktif lagi dalam bekerja namun lansia tidak kehilangan sumber finansial sehingga tidak mengalami depresi. Depresi lebih sering ditemukan pada lansia yang berpenghasilan rendah karena lansia akan mengalami permasalahan ekonomi yang akan semakin menambah pikirannya.

#### **4. Hubungan dukungan keluarga terhadap depresi lansia di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.**

Berdasarkan hasil penelitian mengenai hubungan dukungan keluarga terhadap depresi lansia di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan, terlihat dari 44 orang dukungan keluarga baik, proporsi tertinggi pada tidak depresi berjumlah 42 orang (84%), namun terdapat yang ada gejala depresi berjumlah 2 orang (4%). Adapun dari 6 orang dukungan keluarga kurang baik, proporsi tertinggi pada yang ada gejala depresi berjumlah 4 orang (8%), namun terdapat yang tidak depresi berjumlah 2 orang (4%). Hasil uji statistik diperoleh hasil  $p \text{ value} : 0,001 < \alpha : 0,05$  sehingga  $H_0$  ditolak dan  $H_a$

diterima yaitu ada hubungan dukungan keluarga terhadap depresi lansia di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Kurnianto (2011) yang menunjukkan ada pengaruh dukungan keluarga dengan tingkat depresi pada lansia. Permasalahan dalam keluarga dapat memicu terjadinya depresi pada lanjut usia. Sehingga menurunnya kemampuan beradaptasi dan rendahnya nilai spiritual yang dimiliki lansia juga sering mendukung terjadinya depresi. Depresi pada lanjut usia telah menjadi masalah utama yang dihubungkan dengan kematian pada lansia.

Begitupula penelitian Fatah (2017) menunjukkan bahwa ada hubungan dukungan keluarga dengan kejadian depresi pada lansia di rumah sakit. Hasil penelitian ini juga sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Hayulita (2014) yaitu terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan depresi pada lansia di Ruang Rawat Jalan Rumah Sakit Stroke Nasional (RSSN) Bukittinggi.

Menurut Kaplan dkk (2010) dukungan keluarga mengacu pada bantuan yang diterima individu dari orang lain atau kelompok sekitar yang membuat penerima merasa nyaman, dicintai dan dihargai serta dapat menimbulkan efek positif bagi dirinya. Peningkatan dukungan keluarga yang tersedia dapat menjadi strategi paling dalam mengurangi atau mencegah tekanan jiwa dan menangkal depresi. Selain itu dukungan keluarga dapat membantu perawat dalam perencanaan program penyembuhan penyakit, pendidikan pasien, keefektifan dan efisiensi penggunaan sumber daya perawatan kesehatan.

Ketiadaan dukungan yang positif dari keluarga mereka dalam menghadapi segala perubahan yang terjadi pada diri lanjut usia di masa senjanya seperti kehilangan pasangan hidup, pensiun, menurunnya kondisi fisik, kesehatan bahkan ketidakmampuan aktivitas sehari-hari atau perubahan lain yang merupakan stresor bagi lanjut usia dapat membuat lanjut usia merasa tidak mempunyai tempat untuk berbagi bahkan terkadang membuat lanjut usia merasa dilupakan, merasa disingkirkan

serta tidak dibutuhkan lagi. Keadaan ini membuat para lanjut usia cenderung memendam perasaan dan kegundahannya ke dalam alam bawah sadar yang menyebabkan dalam diri lanjut usia akan muncul perasaan-perasaan negatif, kecewa, tidak dihargai, sedih, dendam, marah dan sebagainya yang mungkin dapat berperan dalam terjadinya depresi pada lanjut usia.

Ketidakmampuan lanjut usia dalam mengendalikan kelemahannya tersebut dapat menjadi bumerang bagi diri mereka sendiri dalam menghadapi stresor yang tinggi dalam hidup bermasyarakat secara heterogen. Disamping itu, hilangnya pekerjaan atau kehilangan seseorang yang dicintai dapat menyebabkan lansia jatuh dalam kesedihan yang mendalam, kekecewaan yang diikuti rasa sesal, bersalah dan seterusnya, yang pada gilirannya akan jatuh dalam keadaan depresi. Didukung lagi jika lansia mempunyai kecerdasan emosional yang rendah, maka lansia akan menjadi mudah cemas, menyendiri, sering takut, merasa tidak dicintai, merasa gugup, sedih dan cenderung mudah terkena depresi dalam menghadapi stresor-stresor.

Penelitian ini sesuai dengan teori yang mana ada pengaruh dukungan keluarga terhadap depresi lansia di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan. Dimana keluarga merupakan salah satu dukungan sosial yang memiliki peran penting terhadap kondisi psikologis lansia. Kurangnya dukungan keluarga dapat menjadikan lansia merasa tidak diperdulikan dan tidak berguna. Keberadaan lansia didalam keluarga maupun masyarakat sering dipersepsikan negatif, mereka dianggap sebagai beban keluarga dan masyarakat, tidak produktif, dan bergantung pada oranglain. Persepsi negatif tersebut secara perlahan membuat lansia menarik diri dan enggan untuk berinteraksi dengan orang disekitarnya. Apabila lansia menganggap hal tersebut sebagai beban pikiran hingga menyebabkan konflik sosial, hal tersebut bisa menimbulkan gangguan kejiwaan yang lebih serius seperti depresi. Dukungan keluarga sangat dibutuhkan oleh lansia kerana mereka sangat membutuhkan dukungan agar mereka tidak terlalu bersedih dengan

apa yang mereka alami. Kurangnya dukungan dari keluarga akan membuat pasien frustrasi dengan penyakitnya, mereka sangat membutuhkan orang yang memahami dan ikut merasakan apa yang ia alami. Dukungan yang diberikan keluarga untuk mengurangi depresi pada lansia itu sendiri berupa nasehat, saran, dukungan jasmani maupun rohani. Dukungan keluarga yang dimiliki oleh seseorang dapat mencegah berkembangnya masalah akibat tekanan yang dihadapi. Seseorang dengan dukungan keluarga yang tinggi akan lebih berhasil menghadapi dan mengatasi masalahnya dibandingkan dengan yang tidak memiliki dukungan keluarga.

#### **5. Variabel paling dominan mempengaruhi depresi lansia di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.**

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa nilai signifikansi usia (0,247), status perkawinan (0,907) dan pekerjaan (0,102) yaitu  $p \text{ value} > \alpha : 0,05$ , sedangkan dukungan keluarga  $p \text{ value} : 0,002 < \alpha : 0,05$  sehingga  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima dan dilihat dari nilai peluang dukungan keluarga untuk tidak mengalami depresi paling tinggi sebesar 119,9% maka dukungan keluarga merupakan variabel paling dominan mempengaruhi depresi lansia di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Fatah (2017) menunjukkan bahwa variabel dukungan keluarga merupakan variabel paling dominan mempengaruhi kejadian depresi pada lansia di rumah sakit. Begitupula penelitian Fitriana (2018) menunjukkan bahwa variabel dukungan keluarga merupakan variabel paling dominan mempengaruhi kejadian depresi pada lansia di Kota Banda Aceh. Penelitian Patriyani (2019) mengidentifikasi bahwa salah satu faktor dominan yang mempengaruhi kesejahteraan psikologi lansia yang dapat mempengaruhi perilaku lansia sehari-hari adalah faktor dukungan sosial dari keluarga.

Menurut Bomar (2014) dukungan keluarga merupakan suatu bentuk perilaku pelayanan yang dilakukan oleh keluarga, baik dalam bentuk dukungan emosional (perhatian, kasih sayang), dukungan

penghargaan (menghargai dan umpan balik), dukungan informasi (saran, nasihat, informasi), maupun bentuk dukungan instrumental (bantuan tenaga, uang, dan waktu). Dukungan keluarga juga dapat mempengaruhi kesehatan fisik dan mental seseorang melalui pengaruhnya terhadap pembentukan emosional, peningkatan kognitif dan perubahan perilaku.

Pada penelitian ini dukungan keluarga merupakan variabel paling dominan mempengaruhi depresi lansia di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan. Dikarenakan kebersamaan lansia dalam keluarga sangat mendukung terhadap perawatan kesehatan dan suatu kondisi yang dapat mempengaruhi emosional lansia yang dapat meningkatkan sikap dan perilaku positif pada lanjut usia.

### C. Keterbatasan Penelitian

Dalam melakukan penelitian ini masih terdapat keterbatasan, yaitu pengambilan data pada penelitian ini hanya didasarkan pada pengisian kuesioner, pandemi covid-19 mempengaruhi interaksi antara peneliti dengan responden dengan adanya *sosial distancing* dan pemakaian Alat Pelindung Diri (APD) sehingga komunikasi kurang baik. Adapun terdapat kelemahan pada analisis multivariate menggunakan regresi logistik berupa analisis kurang sesuai jika terjadi pelanggaran asumsi Gauss-Markov, dimana terdapat error dari model regresi yang didapat tidak menyebar normal dan ragam (*variance*) dari error tidak homogen (terjadi heteroskedastisitas pada ragam error).

## BAB V PENUTUP

### A. Kesimpulan

Dari hasil penelitian dan pembahasan mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi depresi lansia di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan, disimpulkan bahwa:

1. Karakteristik lansia sebagian besar dengan usia antara 60-69 tahun (62%), menikah (86%), sudah tidak bekerja lagi (72%), dukungan keluarga baik (88%) dan tidak depresi (88%).
2. Tidak ada hubungan usia terhadap depresi lansia di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan ( $p\ value : 0,412 > \alpha : 0,05$ ).
3. Tidak ada hubungan status perkawinan terhadap depresi lansia di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan ( $p\ value : 0,616 > \alpha : 0,05$ ).
4. Tidak ada hubungan pekerjaan terhadap depresi lansia di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan ( $p\ value : 0,208 > \alpha : 0,05$ ).
5. Ada hubungan dukungan keluarga terhadap depresi lansia di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan ( $p\ value : 0,001 < \alpha : 0,05$ ).
6. Dukungan keluarga merupakan variabel paling dominan mempengaruhi depresi lansia di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan ( $p\ value : 0,002 < \alpha : 0,05$ ).

### B. Saran

Dari hasil kesimpulan di atas, maka ada beberapa hal yang dapat disarankan yaitu:

1. Bagi Pelayanan Keperawatan  
Bagi pelayanan keperawatan diharapkan memberikan informasi kepada keluarga tentang pentingnya dukungan keluarga dalam mempengaruhi

depresi lansia, sehingga adanya kesadaran dan pengetahuan dalam memahami pentingnya dukungan keluarga untuk mencegah depresi pada lansia misalnya mendukung lansia mengikuti aktivitas bersama teman-temannya sehingga para lansia akan lebih aktif melakukan aktivitas bersama teman-temannya.

2. Bagi Institut Teknologi Kesehatan & Sains Wiyata Husada Samarinda

Bagi Institut Teknologi Kesehatan & Sains Wiyata Husada Samarinda diharapkan memberi teori tentang faktor yang mempengaruhi depresi bagi lansia dan peneliti selanjutnya diharapkan mengkaji faktor lain yang mempengaruhi depresi pada lansia.

3. Bagi Rumah Sakit

Bagi RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan diharapkan dapat terus membina dan menyelenggarakan kegiatan senam/kegiatan lain bagi lansia secara rutin, sebagai wadah bagi anggotanya yakni para lansia untuk dapat aktif secara sosial, terhindar dari depresi dan mampu mencapai kualitas hidupnya semaksimal mungkin.

4. Bagi Pasien

Bagi pasien diharapkan untuk tetap menjaga kemampuan kognitif dengan cara melatih kemampuan memorinya misalnya dibacakan atau membaca buku sendiri jika mampu sebagai upaya untuk mencegah penurunan intelektual (pikun). Menghindari pemikiran negatif mengenai diri sendiri dan masa depan, menghilangkan perasaan bersalah atau menyesal mengenai kesalahan dimasa lalu, istirahat dengan cukup, dan menjaga pola makan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Anak, Agung Ngurah. 2015. *Prevalensi dan Distribusi Faktor Risiko Depresi pada Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Tampaksiring I Kabupaten Gianyar Bali 2015*. [https://sinta.unud.ac.id/uploads/wisuda/1002006073-2-Jurnal%20Aryawangsa%20\(PREVALENSI%20DAN%20DISTRIBUSI%20FAKTOR%20RISIKO%20DEPRESI\)%20Fix%20ISM.pdf](https://sinta.unud.ac.id/uploads/wisuda/1002006073-2-Jurnal%20Aryawangsa%20(PREVALENSI%20DAN%20DISTRIBUSI%20FAKTOR%20RISIKO%20DEPRESI)%20Fix%20ISM.pdf)
- Alexopoulos, Bruce Hull, Sirey & Kakuma. 1999. *Depression in the elderly*. The Lancet.
- Alligood & Tomey. 2006. *Nursing Theories and their work*, 7 th edn, Mosby Elsevier, St. Louis, Missouri.
- Aprilia, D. H. A. 2013. *Hubungan Faktor- Faktor yang Memengaruhi Depresi dengan Tingkat Depresi pada Lanjut Usia di Rumah Seujahtra Geunaseh Sayang Banda Aceh*. Universitas Syiah Kuala. <http://etd.unsyiah.ac.id/baca/index.php?id=14368&page=1>
- Arumugam, B., Nagalingam, S., & Nivetha, R. 2013. *Original Article Geriatric Depression Among Rural And Urban Slum Community In Chennai – A Cross Sectional Study*. 2(7), 795–801.
- Badan Pusat Statistik. 2018. *Statistik Penduduk Lanjut Usia 2018*. <https://www.bps.go.id/publication/download.html?nrbvfeve=ZWFkYmFiNjUwN2MwNjI5NGI3NGFkZjcx&xzmn=aHR0cHM6Ly93d3cuYnBzLmdvLmlkL3B1YmtpY2F0aW9uLzIwMTgvMTIvMjEvZWFkYmFiNjUwN2MwNjI5NGI3NGFkZjcxL3N0YXRpc3Rpay1wZW5kdWR1ay1sYW5qdXQtdXNpYS0yMDE4Lmh0bWw%3D&twoadfnua>
- Baker & Denyes. 2008. *Predictors of Self-Care in Adolescents With Cystic Fibrosis: A Test of Orem's Theories of Self-Care and Self-Care Deficit*. *Journal Of Pediatric Nursing*, Vol.23, 37-48.
- Bomar. 2014. *Promoting Healthin Families Applying Family Research and Theory to Nursing practice*, Philadelphia : W.B. Saunders Company.
- Chang-Quan, Bi-Rong, Zhen-Chan, Ji-Rong, dan Qing-Xiu. 2009. *Cronic diseases and risk for depression in old age: A meta-analysis of published literature*. *Ageing research reviews*, 9, 131-141.
- Dahlan, S. 2014. *Statistik untuk kedokteran dan Kesehatan*. Edisi 6. Jakarta. : Selemba Medika.
- Davies. 1999. *Karangka dasar Sistem Informasi Manajemen*. PT. Pustaka Binaman Presindo. Jakarta Pusat.

- Dharmono dan Martono. 2017. *Buku Ajar Geriatri (Ilmu Kesehatan Usia Lanjut)*. FKUI. Jakarta.
- DeLaune & Ladner. 2002. *Fundamental of nursing standarts & practice second edition*. USA:Delmar.
- Departemen Kesehatan RI. 2018. *Laporan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas)*. Badan Lingbangkes. Jakarta.
- Fatah, Abdul. 2017. *Faktor Yang Mempengaruhi Depresi Pada Pasien Stroke Di Rumah Sakit Pemerintah dan Swasta Kota Samarinda*. Naskah Publikasi UMKT.
- Fatoye, F.O. 2009. *Depressive Symtoms and assosiated faktor following serebrovaskular accident among Nigerians*. *Jurnal of Mental Health* Vol. 18 (3):224-232.
- Fitriana. 2018. *Karakteristik dan Tingkat Depresi Lanjut Usia*. *Idea Nursing Journal* Vol 9 No. 2
- Friedman. 2010. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Riset, Teori dan Praktik*. Achir Yani (penterjemah). EGC. Jakarta.
- Hayulita, S. 2014. *Faktor-faktor yang berhubungan dengan depresi pada pasien paska stroke di Ruang Rawat Jalan Rumah Sakit Stroke Nasional (RSSN) Bukittinggi*. *Jurnal STIKes Yarsi Sumbar Bukit Tinggi*.
- Heni. 2011. *Hubungan antara Tingkat Depresi dengan Kualitas Hidup pada Lansia di Kelurahan Jember Kidul Kecamatan Kaliwates Kabupaten Jember*. Fakultas Ilmu Kesehatan. Universitas Muhammadiyah Jember.
- Kaplan, H.I., Sadock, B.J., and Grebb, J.A. 2010. *Sinopsis Psikiatri : Ilmu Pengetahuan Perilaku Psikiatri Klinis*. Bina Rupa Aksara. Jakarta.
- Kane, dkk. 1999. *Essentials of Clinical Geriatrics 4<sup>th</sup> Edition*, USA: McGrow-Hill Companies,231-245
- Kartika, Sari. 2012. *Gambaran Tingkat Depresi pada Lanjut Usia (Lansia) di Panti Sosial Tresna Wredha Budi Mulia 01 dan 03 Jakarta Timur*. Skripsi FIK UI.
- Kartono, K. 2010. *Gangguan Psikis*. Sinar Baru. Jakarta.
- Kementrian Kesehatan RI. 2011. *Gambaran kesehatan lanjut usia di Indonesia*. Buletin Jendela; Data dan Informasi Kesehatan. Semester I.ISSN 2008-270X.

- Khomsiatun. 2015. *Hubungan status fungsional terhadap depresi pada pasien stroke di ruang fisioterapi di RSUD Wilayah Kabupaten Semarang*. Jurnal PSIK STIKES Ngudi Waluyo Ungaran.
- Krishnan. 2012. *Effect of Exercise Training on Older Patients With Major Depression*. Vol 159. 2349-2356.
- Kristyaningsih. 2015. *Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Depresi Pada Lansia*. Jurnal Keperawatan. 1(1):1-7.
- Kurnianto. 2011. *Penurunan Tingkat Depresi Pada Lansia Dengan Pendekatan Bimbingan Spritual*. Jurnal Ners Vol 6 No. 2.
- Kurniawan, A. 2017. *Faktor-faktor yang Mempengaruhi Tingkat Depresi pada Lanjut Usia di Panti Graha Werdha Marie Yoseph Pontianak*. <http://jurnal.untan.ac.id/index.php/jmkeperawatanFK/article/viewFile/22010/17647>.
- Kusuma. 2012. *Perawatan Usia Lanjut*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Landefeld, et al. 2004. *Current Geriatric Diagnosis and Treatmet*. USA :McGrow-Hill,156-160
- Lesler. 2001. *Comprehensive Geriatric Assessment*. USA:McGraw Hill Companies.pp.465-475.
- Lindhia. 2018. *Hubungan antara Berpikir Positif Dengan Harga Diri pada Lansia yang Tinggal di Panti Jompo di Bali*. Program Studi Psikologi, Fakultas Psikologi, Universitas Udayana.
- Livana, P.H., Susanti, Y., Darwati, L.E., & Anggraeni, R. 2018. *Gambaran Tingkat Depresi Lansia tahun 2018*.
- Mahadewi & Ardani. 2018. *Penerimaan Keluarga Terhadap Individu yang Mengalami Keterbelakangan Mental*. Laporan Penelitian (Tidak Diterbitkan).Surabaya: Fakultas Psikologi UNAIR. <http://journal.unair.ac.id/>
- Markam, S.S. 2018. *Pengantar Psikologi Klinis*. Universitas Indonesia - Press. Jakarta.
- Maryam, dkk. 2010. *Mengenal Lanjut Usia*. Jakarta: Trans Info Media.
- Maslim, R. 2012. *Buku saku diagnosa gangguan jiwa rujukan ringkas PPDGJ-III*. Nuh Jaya. Jakarta.

- Muna, N., Arwani, & Purnomo. 2013. *Hubungan Antara Karakteristik dengan Kejadian Depresi pada Lansia di Panti Werda Pelkris Pengayoman Kota Semarang*.  
<http://download.portalgaruda.org/article.php?article=183482&val=6378>.
- National Institut Mental Health. 2010. *Measurement properties of the centers for epidemiological studies depression scale (CES-D)*. <http://www.nimh>.
- Ngurah. 2015. *Pengaruh terapi bercerita pada tingkat depresi pada lansia di Rumah Pensiun Wana Seraya Denpasar*. Community of Publishing in Nursing (COPING), ISSN: 2303-1298.
- Notoatmodjo, S. 2015. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : PT Rineka Cipta.
- Nugroho, W. 2015. *Keperawatan Gerontik & Geriatrik*. Edisi 3. Jakarta: Balai Penerbit EGC.
- Nurhayati. 2016. *Efektivitas Diabetes Self Management Education Terhadap Self Care Agency Pada Pasien Rawat Inap Dengan Diabetes Mellitus (DM) Tipe 2 Di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda*. Naskah Publikasi STIKES Wiyata Husada Samarinda.
- Nursalam. 2015. *Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan : pedoman skripsi, tesis, dan instrument penelitian keperawatan*. Salemba Medika. Jakarta.
- Orem. 2001. *Nursing: Concept of Practice*. (6th Ed). St.Louis: Mosby Inc
- Padila. 2013. *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*. Nuha Medika. Yogyakarta.
- Patriyani. 2019. *Dukungan Psikologis Keluarga Berpengaruh Dominan terhadap Tipe Demensia pada Lansia*. Jurnal Ilmu Dan Teknologi Kesehatan Vol 7, No 1.
- Perry & Potter. 2015. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses dan Praktik Edisi 4*. Jakarta: EGC.
- Pracheth, Mayur SS dan Chowti JV. 2013. *Depression Scale: a Tool to Assess Depression in Elderly*. *International Journal of Medicine Science and Public Health*. Vol. 2 No. 1 September 2012 31-35
- Sadock, B.J. 2015. *Behavior Sciences/Clinical Psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins. p.527-30.
- Sari, Dewi Kartika. 2012. *Kesehatan Mental*. Semarang: Pengembangan dan Penjaminan Mutu Pendidikan Universitas Diponegoro.

- Smoliner, et al. 2009. *Malnutrition and depression in the institutionalised elderly*. British Journal of Nutrition, 102(11), 1663–1667.
- Soejono. 2012. *Pedoman Pengelolaan Kesehatan Pasien Geriatri: untuk Dokter dan Perawat*. Jakarta: Penerbit FK UI
- Stanley and Beare. 2006. *Buku Ajar Keperawatan Gerontik* (p. 123). p. 123. <https://books.google.com/books?id=3FmACAAAQBAJ&pgis=1>
- Sudoyo. 2010. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid II edisi V*. Jakarta: Interna Publishing
- Sugiyono, 2016. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. CV Alfabeta. Bandung.
- Suriastini, et al. 2013. *Gangguan Alam Perasaan: Depresi*. Jakarta: Dua As-As Dua.
- Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1988 tentang Kesejahteraan Lansia.
- Unutzer, dkk. 2002. *Collaborative Care Management of Late Life Depression in The Primary Care Setting*. Journal American Medical Association.
- Winaris, I.W. 2011. *Tetap sehat dan bugar pada lansia*. Laksana. Yogyakarta.
- World Health Organization. 2010. *Recommendation on stroke prevention, diagnosis, and therapy; Report of the WHO Task Force on Stroke and other cerebrovascular disorders*. <http://stroke.whojournals.org/>.

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP

### I. Data Pribadi

1. Nama : Syamsul Hadi
2. Tempat dan Tanggal Lahir : Gresik , 03 Oktober 1985
3. Jenis Kelamin : Laki-Laki
4. Agama : Islam
5. Status Pernikahan : Menikah
6. Warga Negara : Indonesia
7. Alamat : Komplek Tamansari Bukit Mutiara Blok  
C3 No. 38 Rt. 015 Gunung Samarinda  
Baru, Balikpapan Utara, Balikpapan.
8. Nomor Telepon / HP : 08115961084
10. e-mail : syamadi468@gmail.com
11. Kode Pos : 76125

**II. Pendidikan Formal** : MI Islamiyah Ganggang, Gresik tahun  
1997

MTsN Gresik, tahun 2000

MAN 2 Gresik, tahun 2003

AKPER PEMKAB Gresik tahun 2007

**III. Pendidikan Non Formal** : PELATIHAN POLIKLINIK REFRAKSI  
Di RS

CICENDO TAHUN 2013

**IV. Riwayat Pengalaman Kerja** : Perawat Pelaksana

RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo

Balikpapan sejak 2008 s/d sekarang

Lampiran 1

## LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN

Kepada Yth.

Calon Responden

Di –

Tempat

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Peneliti : Syamsul Hadi

NIM : B21827808701

Judul Penelitian : Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Depresi Lansia di Poliklinik Geriatri.

Saya adalah mahasiswa ITKES Wiyata Husada Samarinda yang sedang melakukan penelitian yang bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi depresi lansia di Poliklinik Geriatri.

Berikut ini peneliti akan menjelaskan jalannya proses penelitian, jika Bapak/Ibu/Saudara/I bersedia untuk ikut serta dalam penelitian ini. Pertama-tama peneliti akan meminta calon yang terpilih agar bersedia menjadi calon responden setelah mengadakan pendekatan dan memberikan penjelasan tentang tujuan, manfaat, dan prosedur penelitian serta hak dan kewajiban selama menjadi responden. Responden yang bersedia selanjutnya diminta menandatangani lembar *Informed consent*. Memberikan kesempatan kepada responden untuk bertanya bila ada yang belum jelas.

Penelitian ini tidak akan menimbulkan resiko apapun dan peneliti berjanji akan menjunjung tinggi serta menghargai hak Bapak/Ibu/Saudara/I dengan cara menjaga kerahasiaan identitas selama pengumpulan data, pengolahan dan penyajian laporan penelitian. Apabila Bapak/Ibu/Saudara/i ketika merasa kesulitan, mohon memberitahu peneliti, maka pelaksanaan penelitian akan ditunda dan akan dilanjutkan sesuai dengan keinginan Bapak/Ibu/Saudara/I dan boleh memutuskan untuk menolak penelitian kapanpun dikehendaki tanpa ada konsekuensi atau dampak tertentu.

Penelitian ini juga akan menggunakan Protokol Pencegahan Covid19, dimana saya sebagai peneliti akan memberikan APD sesuai dengan anjuran dari pemerintah dan juga Rumah Sakit. Demikian surat penjelasan ini saya buat untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Samarinda, Maret 2020

Peneliti

Syamsul Hadi



Lampiran 2

**SURAT PERNYATAAN BERSEDIA  
BERPARTISIPASI SEBAGAI RESPONDEN PENELITIAN**

Yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : .....

Umur : .....

Alamat : .....

No. telp.....

Setelah mendapat penjelasan dari peneliti, dengan ini saya menyatakan bersedia berpartisipasi menjadi responden dalam penelitian yang berjudul Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Depresi Lansia di Poliklinik Geriatri. Keikutsertaan saya ini sukarela dan tidak ada unsur paksaan dari pihak manapun. Demikian surat pernyataan ini saya buat, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya

Samarinda,.....2020

Mengetahui

Yang membuat pernyataan

Peneliti

Syamsul Hadi

Nama & Tanda tangan

## Lampiran 3

**KUESIONER PENELITIAN**

**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI DEPRESI LANSIA**

**DI POLIKLINIK GERIATRI**

**Perhatian :**

1. Bacalah setiap pernyataan dan pertanyaan dengan teliti sebelum mengisinya.
2. Isilah data dengan sebenar-benarnya sesuai keadaan atau kondisi.
3. Kerahasiaan identitas dan jawaban dari pertanyaan dan pernyataan akan dijaga oleh peneliti.

**Petunjuk Pengisian :**

1. Isilah identitas diri anda
2. Jawablah sesuai dengan pertanyaan yang ada dengan memberi tanda *check* (✓) pada kotak yang anda pilih.

**A. Data Identitas Responden**

1. Usia : ..... (Tahun)
2. Jenis Kelamin :
  - 1) Laki-laki
  - 2) Perempuan
3. Pekerjaan :
  - 1) Bekerja
    - a) Pensiunan
    - b) Wiraswasta/Pedagang
    - c) Petani/Nelayan
    - d) Buruh
  - 2) Tidak Bekerja
4. Status Perkawinan :
  - 1) Menikah (memiliki suami/istri)
  - 2) Janda/Duda
  - 3) Tidak Menikah

## B. Dukungan Keluarga

Isilah kolom skala di bawah ini dengan tanda *check list* sesuai dengan keadaan yang sebenarnya. Setiap pertanyaan dijawab hanya satu jawaban yang menurut Bapak/Ibu paling sesuai, dengan penjelasan sebagai berikut :

1. Tidak pernah dengan skor 1
2. Kadang-kadang dengan skor 2
3. Sering dengan skor 3
4. Selalu dengan skor 4

No	Dukungan Keluarga	Selalu (4)	Sering (3)	Kadang-Kadang (2)	Tidak Pernah (1)
	Dukungan emosional dan pengharapan				
1	Keluarga mendampingi saya dalam perawatan				
2	Keluarga memberi pujian dan perhatian kepada saya				
3	Keluarga dan tetangga memaklumi bahwa sakit yang saya alami sebagai musibah				
	Dukungan nyata				
4	Keluarga menyediakan waktu dan fasilitas jika saya memerlukan untuk keperluan pengobatan				
5	Keluarga berperan aktif dalam setiap pengobatan dan perawatan sakit saya				
6	Keluarga bersedia membiayai biaya perawatan dan pengobatan				
7	Keluarga berusaha untuk mencari kekurangan sarana dan peralatan perawatan yang saya perlukan				
	Dukungan informasi				
8	Keluarga mendukung tentang hasil pemeriksaan dan pengobatan dari dokter yang merawat saya				
9	Keluarga mengingatkan saya tentang perilaku-perilaku yang memperburuk penyakit saya				
10	Keluarga menjelaskan kepada saya setiap saya bertanya hal-hal yang tidak jelas tentang penyakit saya				

### C. Depresi

Pilihlah jawaban dengan memberikan tanda centang (✓) pada salah satu kotak yang sesuai dengan pilihan jawaban anda, dengan skala penilaian sebagai berikut :

#### *Geriatric Depression Scale*

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1	Apakah anda pada dasarnya puas dengan kehidupan anda ?		
2	Apakah anda sudah meninggalkan banyak kegiatan dan minat/kesenangan Anda ?		
3	Apakah Anda merasa kehidupan anda hampa ?		
4	Apakah anda sering bosan ?		
5	Apakah anda mempunyai semangat baik sepanjang waktu ?		
6	Apakah anda takut sesuatu menjadi buruk akan terjadi pada anda?		
7	Apakah anda merasa bahagia pada sebagian besar waktu anda ?		
8	Apakah anda sering merasa tidak berdaya ?		
9	Apakah anda senang tinggal di rumah daripada pergi ke luar mengerjakan sesuatu hal yang baru ?		
10	Apakah Anda mempunyai banyak masalah dengan daya ingat Anda dibanding kebanyakan orang ?		
11	Apakah anda pikir hidup anda sekarang ini menyenangkan ?		
12	Apakah anda merasa tidak berharga seperti perasaan Anda saat ini ?		
13	Apakah anda merasa anda penuh semangat ?		
14	Apakah Anda merasa bahawa keadaan anda tidak ada harapan ?		
15	Apakah anda pikir bahwa keadaan orang lain lebih baik daripada Anda?		

Lampiran 4.

Hasil SPSS

### Uji Normalitas

#### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Dukungan Keluarga	50	100.0%	0	0.0%	50	100.0%

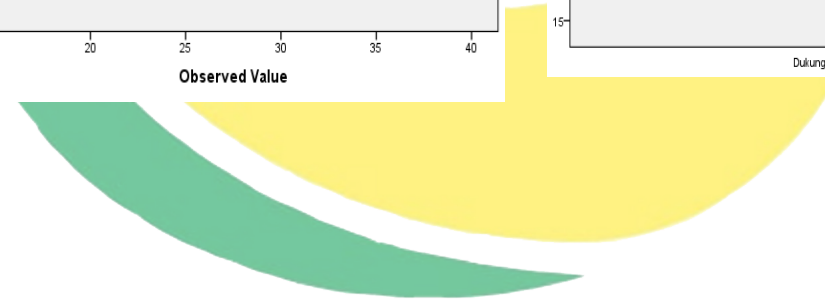
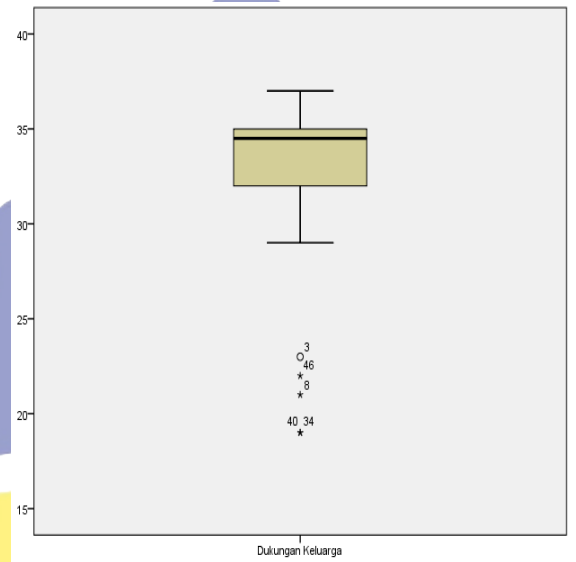
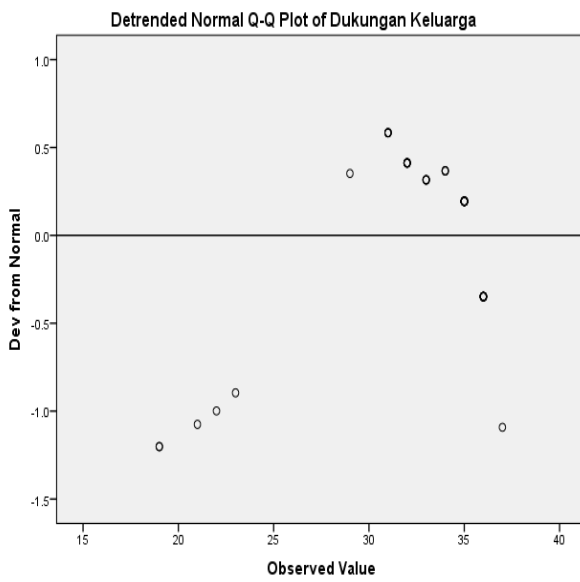
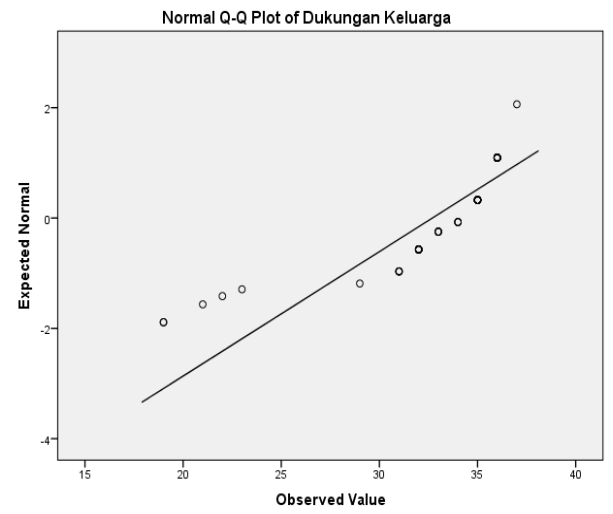
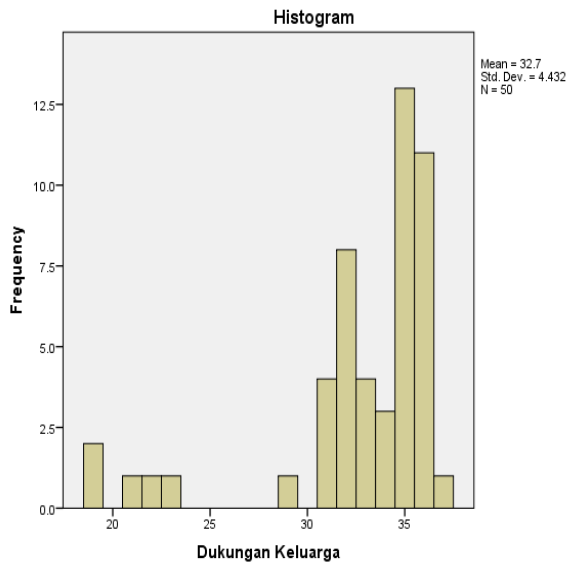
#### Descriptives

		Statistic	Std. Error
Dukungan Keluarga	Mean	32.70	.627
	95% Confidence Interval for Mean		
	Lower Bound	31.44	
	Upper Bound	33.96	
	5% Trimmed Mean	33.23	
	Median	34.50	
	Variance	19.643	
	Std. Deviation	4.432	
	Minimum	19	
	Maximum	37	
	Range	18	
	Interquartile Range	3	
	Skewness	-2.031	.337
	Kurtosis	3.587	.662

#### Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Dukungan Keluarga	.237	50	.000	.714	50	.000

a. Lilliefors Significance Correction



## Uji Univariat

### Usia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 60-69 tahun	31	62.0	62.0	62.0
≥ 70 tahun	19	38.0	38.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

### Status Perkawinan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Menikah	43	86.0	86.0	86.0
Tidak Menikah	7	14.0	14.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

### Pekerjaan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Bekerja	14	28.0	28.0	28.0
Tidak Bekerja	36	72.0	72.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

### Dukungan Keluarga

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Baik	44	88.0	88.0	88.0
Kurang Baik	6	12.0	12.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

### Tingkat Depresi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Depresi	44	88.0	88.0	88.0
Ada Gejala Depresi	6	12.0	12.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

## Uji Bivariat

1. Pengaruh usia terhadap depresi lansia di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Usia * Tingkat Depresi	50	100.0%	0	0.0%	50	100.0%

### Usia \* Tingkat Depresi Crosstabulation

			Tingkat Depresi		Total
			Tidak Depresi	Ada Gejala Depresi	
Usia	60-69 tahun	Count	28	3	31
		% within Usia	90.3%	9.7%	100.0%
		% within Tingkat Depresi	63.6%	50.0%	62.0%
		% of Total	56.0%	6.0%	62.0%
≥ 70 tahun		Count	16	3	19
		% within Usia	84.2%	15.8%	100.0%
		% within Tingkat Depresi	36.4%	50.0%	38.0%
		% of Total	32.0%	6.0%	38.0%
Total		Count	44	6	50
		% within Usia	88.0%	12.0%	100.0%
		% within Tingkat Depresi	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	88.0%	12.0%	100.0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.417 <sup>a</sup>	1	.519		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.039	1	.844		
Likelihood Ratio	.406	1	.524		
Fisher's Exact Test				.661	.412
Linear-by-Linear Association	.408	1	.523		
N of Valid Cases	50				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.28.

b. Computed only for a 2x2 table

#### Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Usia (60-69 tahun / $\geq$ 70 tahun)	1.750	.315	9.716
For cohort Tingkat Depresi = Tidak Depresi	1.073	.855	1.345
For cohort Tingkat Depresi = Ada Gejala Depresi	.613	.137	2.733
N of Valid Cases	50		

2. Pengaruh status perkawinan terhadap depresi lansia di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

#### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Status Perkawinan * Tingkat Depresi	50	100.0%	0	0.0%	50	100.0%

#### Status Perkawinan \* Tingkat Depresi Crosstabulation

			Tingkat Depresi		Total
			Tidak Depresi	Ada Gejala Depresi	
Status Perkawinan	Menikah	Count	38	5	43
		% within Status Perkawinan	88.4%	11.6%	100.0%
	Tidak Menikah	Count	6	1	7
		% within Status Perkawinan	85.7%	14.3%	100.0%
Tingkat Depresi	Tidak Depresi	Count	44	6	50
		% within Tingkat Depresi	86.4%	83.3%	86.0%
	Ada Gejala Depresi	Count	5	1	6
		% within Tingkat Depresi	10.0%	2.0%	14.0%
Total		Count	44	6	50
		% within Status Perkawinan	88.0%	12.0%	100.0%

% within Tingkat Depresi	100.0%	100.0%	100.0%
% of Total	88.0%	12.0%	100.0%

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	.040 <sup>a</sup>	1	.841		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.039	1	.844		
Fisher's Exact Test				1.000	.616
Linear-by-Linear Association	.039	1	.843		
N of Valid Cases	50				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .84.

b. Computed only for a 2x2 table

#### Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Status Perkawinan (Menikah / Tidak Menikah)	1.267	.125	12.802
For cohort Tingkat Depresi = Tidak Depresi	1.031	.748	1.422
For cohort Tingkat Depresi = Ada Gejala Depresi	.814	.111	5.972
N of Valid Cases	50		

3. Pengaruh pekerjaan terhadap depresi lansia di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

#### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pekerjaan * Tingkat Depresi	50	100.0%	0	0.0%	50	100.0%

**Pekerjaan \* Tingkat Depresi Crosstabulation**

			Tingkat Depresi		Total
			Tidak Depresi	Ada Gejala Depresi	
Pekerjaan	Bekerja	Count	11	3	14
		% within Pekerjaan	78.6%	21.4%	100.0%
		% within Tingkat Depresi	25.0%	50.0%	28.0%
		% of Total	22.0%	6.0%	28.0%
Pekerjaan	Tidak Bekerja	Count	33	3	36
		% within Pekerjaan	91.7%	8.3%	100.0%
		% within Tingkat Depresi	75.0%	50.0%	72.0%
		% of Total	66.0%	6.0%	72.0%
Total		Count	44	6	50
		% within Pekerjaan	88.0%	12.0%	100.0%
		% within Tingkat Depresi	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	88.0%	12.0%	100.0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	1.637 <sup>a</sup>	1	.201	.331	.208
Continuity Correction <sup>b</sup>	.632	1	.427		
Likelihood Ratio	1.492	1	.222		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	1.604	1	.205		
N of Valid Cases	50				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.68.

b. Computed only for a 2x2 table

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pekerjaan (Bekerja / Tidak Bekerja)	.333	.059	1.899
For cohort Tingkat Depresi = Tidak Depresi	.857	.641	1.146

For cohort Tingkat Depresi = Ada Gejala Depresi	2.571	.587	11.256
N of Valid Cases	50		

4. Pengaruh dukungan keluarga terhadap depresi lansia di Poliklinik Geriatri  
Instalasi Rawat Jalan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Dukungan Keluarga * Tingkat Depresi	50	100.0%	0	0.0%	50	100.0%

**Dukungan Keluarga \* Tingkat Depresi Crosstabulation**

			Tingkat Depresi		Total
			Tidak Depresi	Ada Gejala Depresi	
Dukungan Keluarga	Baik	Count	42	2	44
		% within Dukungan Keluarga	95.5%	4.5%	100.0%
		% within Tingkat Depresi	95.5%	33.3%	88.0%
		% of Total	84.0%	4.0%	88.0%
	Kurang Baik	Count	2	4	6
		% within Dukungan Keluarga	33.3%	66.7%	100.0%
		% within Tingkat Depresi	4.5%	66.7%	12.0%
		% of Total	4.0%	8.0%	12.0%
Total		Count	44	6	50
		% within Dukungan Keluarga	88.0%	12.0%	100.0%
		% within Tingkat Depresi	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	88.0%	12.0%	100.0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	19.295 <sup>a</sup>	1	.000	.001	.001
Continuity Correction <sup>b</sup>	13.861	1	.000		
Likelihood Ratio	12.782	1	.000		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	18.909	1	.000		
N of Valid Cases	50				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .72.

b. Computed only for a 2x2 table

### Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Dukungan Keluarga (Baik / Kurang Baik)	42.000	4.598	383.656
For cohort Tingkat Depresi = Tidak Depresi	2.864	.922	8.895
For cohort Tingkat Depresi = Ada Gejala Depresi	.068	.016	.296
N of Valid Cases	50		

## Uji Multivariat

### Logistic Regression

#### Case Processing Summary

Unweighted Cases <sup>a</sup>		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	50	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	50	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		50	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

**Dependent Variable Encoding**

Original Value	Internal Value
Tidak Depresi	0
Ada Gejala Depresi	1

**Classification Table<sup>a,b</sup>**

	Observed	Predicted			
		Tingkat Depresi		Percentage Correct	
		Tidak Depresi	Ada Gejala Depresi		
Step 0	Tingkat Depresi	Tidak Depresi	44	0	100.0
		Ada Gejala Depresi	6	0	.0
Overall Percentage					88.0

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is .500

**Variables in the Equation**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0 Constant	-1.992	.435	20.960	1	.000	.136

**Variables not in the Equation**

	Score	df	Sig.
Step 0 Variables			
Usia	.417	1	.519
SP	.040	1	.841
Pekerjaan	1.637	1	.201
Dukungan	19.295	1	.000
Overall Statistics	21.037	4	.000

**Iteration History<sup>a,b,c,d</sup>**

Iteration		-2 Log likelihood	Coefficients				
			Constant	Usia	SP	Pekerjaan	Dukungan
Step 1	1	27.063	-3.659	.307	.016	-.580	2.407
	2	21.976	-4.687	.811	.051	-1.364	3.199
	3	20.744	-5.284	1.427	.117	-2.199	3.713
	4	20.586	-5.600	1.749	.178	-2.641	3.969
	5	20.583	-5.656	1.798	.193	-2.715	4.014
	6	20.583	-5.657	1.799	.194	-2.717	4.015
	7	20.583	-5.657	1.799	.194	-2.717	4.015

a. Method: Enter

- b. Constant is included in the model.  
 c. Initial -2 Log Likelihood: 36.692  
 d. Estimation terminated at iteration number 7 because parameter estimates changed by less than .001.

#### Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	16.109	4	.003
	Block	16.109	4	.003
	Model	16.109	4	.003

#### Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	20.583 <sup>a</sup>	.275	.530

- a. Estimation terminated at iteration number 7 because parameter estimates changed by less than .001.

#### Hosmer and Lemeshow Test

Step	Chi-square	df	Sig.
1	2.966	5	.705

#### Contingency Table for Hosmer and Lemeshow Test

		Tingkat Depresi = Tidak Depresi		Tingkat Depresi = Ada Gejala Depresi		Total
		Observed	Expected	Observed	Expected	
		Step 1	1	16	15.901	
	2	1	.993	0	.007	1
	3	10	10.603	1	.397	11
	4	4	3.826	0	.174	4
	5	9	9.142	1	.858	10
	6	4	2.930	1	2.070	5
	7	0	.606	3	2.394	3

#### Classification Table<sup>a</sup>

		Predicted			
		Tingkat Depresi		Percentage Correct	
		Tidak Depresi	Ada Gejala Depresi		
Step 1	Tingkat Depresi	Tidak Depresi	43	1	97.7
		Ada Gejala Depresi	2	4	66.7

Overall Percentage			94.0
--------------------	--	--	------

a. The cut value is .500

#### Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup> Usia	1.799	1.554	1.341	1	.247	6.044	.288	127.039
SP	.194	1.666	.014	1	.907	1.214	.046	31.776
Pekerjaan	-2.717	1.660	2.678	1	.102	.066	.003	1.711
Dukungan	4.015	1.323	9.216	1	.002	55.445	4.149	740.883
Constant	-5.657	2.773	4.162	1	.041	.003		

a. Variable(s) entered on step 1: Usia, SP, Pekerjaan, Dukungan.

#### Correlation Matrix

	Constant	Usia	SP	Pekerjaan	Dukungan
Step 1 Constant	1.000	-.287	-.506	-.064	-.458
Usia	-.287	1.000	-.125	-.608	.134
SP	-.506	-.125	1.000	-.124	.038
Pekerjaan	-.064	-.608	-.124	1.000	-.376
Dukungan	-.458	.134	.038	-.376	1.000





PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN TIMUR  
 RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. KANUJOSO DJATIWIOWO  
 JL. MT. Haryono No. 656 Tlp. 0542 873901 (Hunting) Fax. 0542 873836  
 BALIKPAPAN

Balikpapan, 31 Agustus 2020

No. : 423/9454/PSDM/RSKD/VIII-2020  
 Lamp : 1 lembar  
 Prihal : Ijin Penelitian

Kepada  
 Yth : Wakil Rektor I ITKES  
 Wiayata Husada KALTIM  
 di -  
 Samarinda

Menjawab surat saudara Nomor : 759/ITKES-WHS/LT/2020, tanggal 15 Mei 2020 tentang permohonan ijin penelitian untuk tugas akhir berupa penyusunan karya tulis ilmiah/skripsi di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan, atas :

Nama : SYAMSUL HADI  
 NIM : B 21827808701  
 Judul Penelitian : **Faktor-faktor yang Mempengaruhi Depresi Lansia di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan 2020**



Pada Prinsipnya kami menyetujui bahwa nama yang bersangkutan diatas tersebut melakukan penelitian di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan dengan ketentuan mengikuti dan mentaati peraturan yang berlaku.

Adapun biaya penelitian sesuai dengan aturan PERGUB Nomor 58 Tahun 2013 sebesar Rp 300.000,- (Tiga Ratus Ribu Rupiah ).

Demikian disampaikan atas perhatian dan kerjasamanya di ucapkan terima kasih.



Dr. E. Iskandar, Sp. PD, FINASIM, MARS  
 Peneliti Muda  
 NIP. 19630528 199707 1 001


**KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN**  
**HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE**  
**RSUD DR. KANUJOSO DJATIWIWOWO RSUD**  
**DR. KANUJOSO DJATIWIWOWO**


**KETERANGAN LAYAK ETIK**  
*DESCRIPTION OF ETHICAL EXEMPTION*  
**"ETHICAL EXEMPTION"**  
**No.22/VIII/KEPK-RSKD/2020**

**Protokol penelitian yang diusulkan oleh :**  
*The research protocol proposed by*

**Peneliti utama** : Syamsul Hadi  
*Principal In Investigator*

**Nama Institusi** : Institut Teknologi Kesehatan dan Sains Wiyata Husada  
*Name of the Institution* Samarinda – Kal-Tim

**Dengan judul:**  
*Title*

**“ Faktor-faktor yang Mempengaruhi Depresi pada Lansia di Poliklinik Geriatri  
 RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan ”**

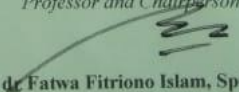
*“ Faktor-faktor yang Mempengaruhi Depresi pada Lansia di Poliklinik Geriatri  
 RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan ”*

Dinyatakan layak etik sesuai 7 (tujuh) Standar WHO 2011, yaitu 1) Nilai Sosial, 2) Nilai Ilmiah, 3) Pemerataan Beban dan Manfaat, 4) Risiko, 5) Bujukan/Eksploitasi, 6) Kerahasiaan dan Privacy, dan 7) Persetujuan Setelah Penjelasan, yang merujuk pada Pedoman CIOMS 2016. Hal ini seperti yang ditunjukkan oleh terpenuhinya indikator setiap standar.

*Declared to be ethically appropriate in accordance to 7 (seven) WHO 2011 Standards, 1) Social Values, 2) Scientific Values, 3) Equitable Assessment and Benefits, 4) Risks, 5) Persuasion Exploitation, 6) Confidentiality and Privacy, and 7) Informed Consent, referring to the 2016 CIOMS Guidelines. This is as indicated by the fulfillment of the indicators of each standard.*

Pernyataan Laik Etik ini berlaku selama kurun waktu tanggal 31 Agustus 2020 sampai dengan tanggal 31 Agustus 2021.

*This declaration of ethics applies during the period August 31, 2020 until August 31, 2021.*

August 31, 2020  
 Professor and Chairperson,  
  
**Dr. Fatwa Fitriono Islam, SpOT**



PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN TIMUR  
 RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. KANUJOSO DJATIWIWOWO  
 BIDANG PENGEMBANGAN DAN MUTU.  
 Jl. MT. Haryono No. 656 Tlp. 0542 873901 (Hunting) Fax. 0542 873836  
 BALIKPAPAN 76126

## SURAT PENGANTAR

Kepada  
 Yth : **Ka. Instalasi Rawat Jalan**  
 Di  
 Rumah Sakit Umum dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

Bersama ini kami hadapkan kepada saudara :

Nama : **SYAMSUL HADI**  
 NIM : **B 21827808701**  
 Judul Penelitian : **Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Depresi Lansia di Poliklinik Geriatri Instalasi Rawat Jalan RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan 2020**

Untuk melaksanakan pengambilan data di bagian Instalasi Rekam Medis di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan, terhitung tanggal **03 September 2020**.

Sebagai pendukung kami lampirkan

1. **Surat Ijin Penelitian** dari direktur RSUD. Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan
2. **Surat Keterangan Layak Etik ( Ethical Clearence )** dari Komite Etik Penelitian (KEPK) RSUD. Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

Demikian Surat Pengantar ini dibuat atas kerja samanya diucapkan terima kasih.

Balikpapan, 04 September 2020

Yang Menyerahkan,  
 Bidang Pengembangan dan Mutu



