

**HUBUNGAN ANTARA DUKUNGAN SOSIAL DENGAN TINGKAT
DEPRESI PADA WANITA USIA LANJUT**

Studi *Cross Sectional* di Posyandu Kelurahan Lamper Kidul Kecamatan

Semarang Selatan

Karya Tulis Ilmiah

untuk memenuhi sebagian persyaratan
untuk mencapai gelar Sarjana Kedokteran



Oleh :

Lena Duhita Setianingtyas

01.207.5510

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG**

2011

KARYA TULIS ILMIAH
HUBUNGAN ANTARA DUKUNGAN SOSIAL DENGAN TINGKAT
DEPRESI PADA WANITA USIA LANJUT
Studi Cross Sectional di Posyandu Kelurahan Lamper Kidul Kecamatan
Semarang Selatan

Yang dipersiapkan dan disusun oleh :

Lena Duhita Setianingtyas

01.207.5510

telah dipertahankan di depan Dewan Penguji
pada tanggal 10 Maret 2011
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Susunan Tim Penguji

Pembimbing I

dr. Elly Noerhidajati, Sp.KJ

Pembimbing II

dr. H. Muhtarom, M.Kes

Anggota Tim Penguji

Putri Rokhima Ayuningtyas, MHPSY

dr. Hj. Ken Wirastuti, Sp.S., M.Kes

Semarang, Maret 2011
Fakultas Kedokteran
Universitas Islam Sultan Agung
Dekan

Dr. dr. H. Taufiq R. Nasihun, M.Kes, Sp.And

PRAKATA

Assalamu'alaikum Wr.Wb.

Syukur Alhamdulillah, dengan memanjatkan puji dan syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya serta sholawat dan salam tidak lupa dihaturkan pada junjungan Nabi Besar Muhammad SAW beserta keluarga, sahabat dan para pengikutnya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah (KTI) yang berjudul **“HUBUNGAN ANTARA DUKUNGAN SOSIAL DENGAN TINGKAT DEPRESI PADA WANITA USIA LANJUT Studi *Cross Sectional* di Posyandu Kelurahan Lamper Kidul Kecamatan Semarang Selatan”**. Sebagai persyaratan untuk mencapai gelar Sarjana Kedokteran Universitas Islam Sultan Agung (UNISSULA) Semarang.

Pada kesempatan ini perkenankanlah penulis menyampaikan ungkapan terima kasih kepada pihak yang telah membantu dalam proses penyusunan dan penyelesaian KTI ini, yaitu:

1. Dr. dr. H. Taufiq R. Nasihun, M.Kes, Sp.And, Selaku Dekan Fakultas Kedokteran UNISSULA
2. dr. Elly Noerhidajati, Sp.KJ dan dr. H. Muhtarom, M.Kes selaku dosen Pembimbing I dan II yang telah sabar dan penuh pengertian memberikan bimbingan, pengarahan, saran dan dorongan sehingga penyusunan KTI ini terselesaikan.

3. Ibu Putri Rokhima A., MHPSY dan dr. Hj. Ken Wirastuti, Sp.S., M.Kes, selaku dosen Penguji I dan II yang telah memberikan masukan kritik dan saran agar karya tulis ilmiah ini dapat menjadi lebih baik.
4. Kepala Kelurahan beserta jajaran staff, Kader Posyandu Usia lanjut, dan seluruh warga wanita usia lanjut di Kelurahan Lamper Kidul Kecamatan Semarang Selatan.
5. Ayah dan Bunda tercinta: Bp. H. Prijanto, SP dan Ibu Hj. Sri Supanti, SH. yang telah menjadi motivasi penulis dalam menyelesaikan pendidikan serta senantiasa memberikan do'a, semangat, dan dukungan baik secara moral, material maupun spiritual dengan penuh kasih sayang dan pengorbanan.
6. Kakakku Ranggi Duhita Luhuringtyas, S.KM dan drg. Etis Duhita Rahayuningtyas atas dukungan, do'a dan bantuan yang diberikan.
7. Teman-teman Kos Kaligawe, teman-teman Asisten Laboratorium Biokimia, serta teman-teman Reinforcer 2007 atas do'a, semangat dan bantuan yang diberikan.
8. Semua pihak yang telah membantu penulis dalam penyelesaian KTI.

Penulis menyadari bahwa KTI ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun demi tercapainya perbaikan di masa yang akan datang.

Wassalamu'alaikum Wr.Wb

Semarang, Maret 2011

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
PRAKATA.....	iii
DAFTAR ISI.....	v
DAFTAR SINGKATAN.....	vii
DAFTAR TABEL.....	viii
DAFTAR GAMBAR.....	ix
DAFTAR LAMPIRAN.....	x
INTISARI.....	xi
BAB I PENDAHULUAN	
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Perumusan Masalah.....	4
1.3. Tujuan Penelitian.....	5
1.4. Manfaat Penelitian.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1. Depresi.....	7
2.1.1. Definisi.....	7
2.1.2. Faktor Risiko.....	8
2.1.3. Etiologi.....	11
2.1.4. Gambaran Klinis.....	29
2.1.5. Tingkat Depresi dan Penegakan Diagnosis.....	31

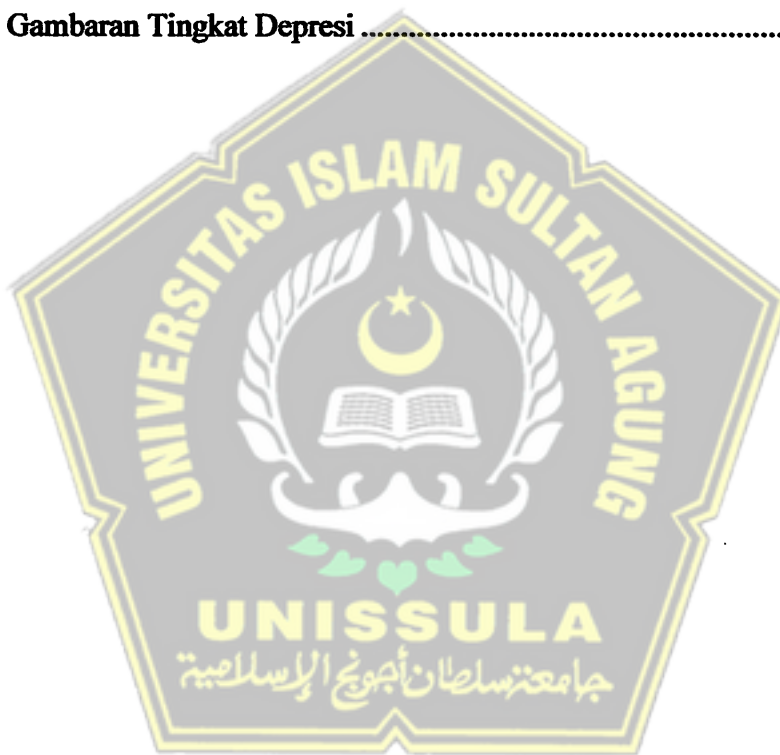
2.2. Dukungan Sosial	33
2.2.1. Definisi	33
2.2.2. Jenis – Jenis Dukungan Sosial	35
2.3. Wanita Usia Lanjut.....	38
2.4. Dukungan Sosial dan Depresi	39
2.5. Kerangka Teori.....	43
2.6. Kerangka Konsep	44
2.7. Hipotesis.....	44
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	
3.1. Jenis Penelitian dan Rancangan Penelitian	45
3.2. Variabel dan Definisi Operasional	45
3.3. Populasi dan Sampel	46
3.4. Instrumen dan Bahasa Penelitian	48
3.5. Cara Penelitian	50
3.6. Tempat dan Waktu	51
3.7. Analisis Hasil	51
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	
4.1. Hasil Penelitian	53
4.2. Pembahasan.....	56
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
5.1. Kesimpulan.....	59
5.2. Saran.....	59
DAFTAR PUSTAKA	61
LAMPIRAN	65

DAFTAR SINGKATAN

CRH	: Corticotropin Releasing Hormon
DSM-IV	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders edisi keempat
GBOD	: Global Burden of Disease
HIAA	: Hidroksi Indol Asetic Acid
HPA	: Hypotalmic Pituitary Adrenal
HVA	: Homovanilic Acid
ICD-10	: International Statistical Clasification of Diseases Diagnostic and Health Related Problems Tenth Revision
MPGH	: Methoxy-0-Hidroksi Phenil Glikol
PPDGJ II	: Pedoman Penggolongan Diagnostik Gangguan Jiwa edisi II
PPDGJ III	: Pedoman Penggolongan Diagnostik Gangguan Jiwa edisi III
PVN	: Paraventrikuler Nucleus
RRC	: Republik Rakyat Cina
SSP	: Susunan Saraf Pusat
WHO SEARO	: World Health Organization South East Asia Regional Office

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1. Penggolongan Depresi menurut ICD-10.....	32
Tabel 4.2. Distribusi Frekuensi Responden Menurut Umur	54
Tabel 4.3. Uji Statistik Korelasi Spearman	54
Tabel 4.4. Gambaran Dukungan Sosial.....	55
Tabel 4.5. Gambaran Tingkat Depresi	56



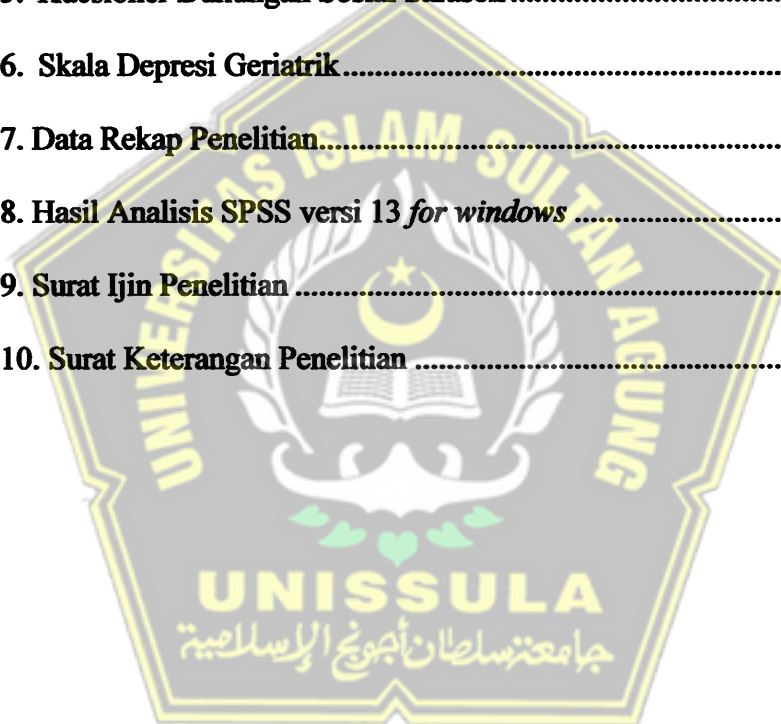
DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. HPA Axis	13
Gambar 2.2. Kerangka Teori.....	43
Gambar 2.3. Kerangka Konsep	44



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Formulir Persetujuan Responden.....	65
Lampiran 2. Data Demografi.....	66
Lampiran 3. Kuesioner SPMSQ.....	67
Lampiran 4. Kuesioner Stressor Psikososial Holmes-Rahe.....	68
Lampiran 5. Kuesioner Dukungan Sosial Sarason.....	70
Lampiran 6. Skala Depresi Geriatrik.....	85
Lampiran 7. Data Rekap Penelitian.....	86
Lampiran 8. Hasil Analisis SPSS versi 13 <i>for windows</i>	87
Lampiran 9. Surat Ijin Penelitian.....	89
Lampiran 10. Surat Keterangan Penelitian.....	90



INTISARI

Depresi merupakan salah satu risiko untuk melakukan tindakan bunuh diri. Dukungan sosial dapat diterapkan untuk menurunkan kejadian depresi. Penelitian ini bertujuan mengetahui gambaran dukungan sosial, gambaran tingkat depresi serta hubungan antara dukungan sosial dengan tingkat depresi pada wanita usia lanjut di Kelurahan Lamper Kidul Kecamatan Semarang Selatan.

Penelitian analitik dengan rancangan penelitian *cross sectional* ini menggunakan kuesioner untuk pengambilan data yaitu skala depresi geriatrik untuk mengetahui tingkat depresi dan dukungan sosial dari Sarason untuk mengetahui tingkat dukungan sosial. Jumlah sampel yang diperoleh sebanyak 38 wanita usia lanjut. Sampel merupakan seluruh wanita usia lanjut yang datang ke Posyandu Kelurahan Lamper Kidul Kecamatan Semarang Selatan yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi.

Hasil penelitian yang dilakukan terhadap 38 orang, didapatkan bahwa 2 orang (5,3%) memperoleh dukungan sosial rendah, 10 orang (26,3%) memperoleh dukungan sosial sedang, dan 26 orang (68,4%) memperoleh dukungan sosial tinggi. Sedangkan tingkat depresi didapatkan 25 orang (65,8 %) tidak mengalami depresi (normal), 9 orang (23,7 %) mengalami depresi ringan, 4 orang (10,5 %) mengalami depresi sedang. Hasil analisis Spearman menunjukkan $p=0,000$ ($p<0,05$) menunjukkan ada korelasi yang bermakna antara dukungan sosial dengan tingkat depresi, sedangkan $r = (-)0,574$ menunjukkan kekuatan korelasi sedang, hubungan negatif menunjukkan semakin besar dukungan sosial akan membuat tingkat depresi menurun, demikian juga sebaliknya.

Dari hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan terbalik yang signifikan dengan keeratan hubungan yang sedang antara dukungan sosial dengan tingkat depresi.

Kata kunci : dukungan sosial, tingkat depresi

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kesehatan telah memberikan dampak positif dalam memperpanjang usia harapan hidup seseorang. Menurut Kasturi, dkk dari kantor Informasi dan Komunikasi Kota Semarang (2006) dan dalam Konsensus Nasional (2003) menyebutkan bahwa diperkirakan pada tahun 2020 angka harapan hidup di Indonesia akan mencapai 71 tahun. Menurut G, Cole sebagaimana dikutip Surilena (2006) proyeksi prosentase usia lanjut di Indonesia pada tahun 2005 adalah 8,1 % yang akan meningkat menjadi 12% pada tahun 2020.

Dibalik kesuksesan pemerintah kota Semarang dalam upaya peningkatan usia harapan hidup warga kota Semarang nyatanya tidak diikuti dengan kesuksesan untuk menyelesaikan masalah yang kerap menimpa usia lanjut baik masalah di bidang sosial maupun kesehatan termasuk masalah jiwa / masalah psikososial (Sosrokoesomo dkk, 1991), salah satu masalah kesehatan yang masih sering terjadi pada usia lanjut adalah depresi (Notosoedirdjo dan Latipun, 2005).

Indonesia merupakan peringkat tertinggi keempat dengan jumlah populasi usia lanjut terbanyak setelah Republik Rakyat Cina, India, dan Amerika Latin. Kecamatan Semarang Selatan merupakan kecamatan yang paling padat penduduknya dikota Semarang yaitu sebesar 14.457 jiwa/km²,

kemudian disusul dengan Kecamatan Semarang Tengah dengan jumlah 12.581 jiwa/km², Kecamatan Candisari 12.317 jiwa/km², Kecamatan Semarang Utara 11.371 jiwa/km² dan Kecamatan Semarang Timur 10.865 jiwa/km² (Kasturi dkk, 2006).

Kecamatan Semarang Selatan khususnya di kelurahan Lamper Kidul proporsi usia lanjut yang terhitung sampai tahun 2009 yaitu sebesar 509 jiwa. Jumlah usia lanjut ini menurut keterangan kader posyandu setempat selalu mengalami peningkatan dari tahun ke tahun, sementara untuk kejadian depresi data prevalensi pada usia lanjut di Indonesia sebanyak 76,3% yang diambil dari ruang rawat akut geriatrik, dengan proporsi depresi ringan sebanyak 44,1 %, depresi sedang sebanyak 18%, depresi berat sebanyak 10,8% dan depresi sangat berat sebanyak 3,2 % (Soejono dkk, 2006).

Dalam penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Sedyatama (2008) pada kelompok usia lanjut di panti jompo Ungaran dengan melibatkan 161 responden menunjukkan bahwa responden yang dikategorikan tidak depresi 80,7%, depresi ringan 13,66%, dan depresi berat 5,59 %. Depresi yang berlangsung berlarut – larut dapat mengakibatkan hal yang tidak diinginkan salah satunya adalah keinginan untuk mengakhiri hidup atau bunuh diri (Nevid dkk , 2005).

Masa usia lanjut dengan segala keterbatasan fisik dan menurunnya kondisi fungsional, sangat rentan dengan berbagai penyakit dan berbagai macam problem kesehatan, Kaplan (1997) menyebutkan bahwa gangguan mental yang sering diderita para usia lanjut salah satunya adalah gangguan

depresi. Depresi lebih sering ditemukan pada usia lanjut dibandingkan pada populasi umum. Perbedaan kemungkinan mengalami depresi antara wanita dan laki - laki yang berusia lanjut menurut Nevid,dkk (2005) wanita memiliki kecenderungan hampir dua kali lipat lebih besar untuk menderita depresi daripada laki - laki, bukan hanya dalam hal perbedaan banyaknya jumlah stres yang dihadapi dalam kehidupannya, tetapi juga sikap dalam menyelesaikan masalah tersebut yang membuat wanita lebih rentan mengalami depresi dibanding laki - laki. Berdasarkan data *Global Burden of Disease (GBOD)* tahun 2000, depresi merupakan peringkat ke-4 yang menyumbangkan beban pada individu dan masyarakat (Idaiani dan Bisara, 2009).

Usia lanjut seringkali mengalami periode kehilangan orang - orang yang dikasihinya, berkurangnya kemauan merawat diri dan hilangnya kemandirian yang dapat berujung pada keadaan depresi (Soejono dkk, 2006). Menurut Nevid dkk (2005) masih terdapat faktor-faktor potensial yang dapat mencegah terjadinya depresi salah satunya adalah adanya dukungan sosial.

Di masyarakat usia lanjut seringkali dianggap terlalu bereaksi lambat, kecepatan dan kesigapan bertindak dan berpikir sudah menurun, sehingga seringkali para usia lanjut jarang diikutsertakan dalam kegiatan - kegiatan kemasyarakatan, yang nantinya akan membuat para usia lanjut merasa dikucilkan dan tidak mempunyai harga diri lagi, dan kemudian akan berujung pada keadaan depresi (Darmojo dan Martono, 2006).

Telah diketahui bahwa depresi masih merupakan masalah kesehatan yang utama bagi usia lanjut, dan juga populasi usia lanjut yang semakin meningkat di Indonesia dengan menyandang predikat tertinggi di dunia, kemudian ditemukannya teori dukungan sosial sebagai salah satu faktor pelindung terjadinya depresi, maka peneliti tertarik untuk meneliti hubungan antara dukungan sosial dengan tingkat depresi pada kelompok usia lanjut khususnya wanita yang bertempat di Posyandu Kelurahan Lamper Kidul Kecamatan Semarang Selatan. Dipilihnya posyandu di kelurahan tersebut sebagai tempat penelitian oleh karena di kelurahan lamper kidul mempunyai populasi usia lanjut yang cukup banyak, disamping itu juga masih terdapat fasilitas berupa dukungan sosial dari masyarakat dan dari keluarga untuk usia lanjut seperti masih berjalannya kegiatan posyandu, ceramah kesehatan, senam, paduan suara, dan program BKL (Bina Keluarga Lansia) bagi keluarga usia lanjut.

1.2. Perumusan Masalah

Apakah ada hubungan antara dukungan sosial dengan tingkat depresi pada wanita usia lanjut di Posyandu Kelurahan Lamper Kidul Kecamatan Semarang Selatan ?

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan antara dukungan sosial dengan tingkat depresi pada wanita usia lanjut di Posyandu Kelurahan Lamper Kidul Kecamatan Semarang Selatan.

1.3.2. Tujuan Khusus

1.3.2.1. Untuk mengetahui gambaran tingkat dukungan sosial pada wanita usia lanjut di Posyandu Kelurahan Lamper Kidul Kecamatan Semarang Selatan.

1.3.2.2. Untuk mengetahui gambaran tingkat depresi pada wanita usia lanjut di Posyandu Kelurahan Lamper Kidul Kecamatan Semarang Selatan.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi terhadap pengembangan ilmu kedokteran jiwa serta sebagai bahan referensi dalam rangka pengembangan penelitian lebih lanjut khususnya pada peningkatan kesejahteraan para usia lanjut.

1.4.2. Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memotivasi masyarakat serta keluarga dalam upaya memberikan dan meningkatkan dukungan sosial kepada warga usia lanjut agar tercipta kualitas hidup dan kesehatan yang lebih baik.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Depresi

2.1.1. Definisi

Depresi dapat diartikan sebagai penderitaan yang menetap, menganggap diri sendiri sudah tidak berharga, kemudian merasa seolah-olah dunia tidak berarti lagi dan memandang masa depan seakan-akan tanpa harapan (Hawari, 1993). Menurut Idaiani dan Bisara, (2009) depresi adalah gangguan alam perasaan yang ditandai oleh gejala penurunan *mood*, gangguan psikomotor, dan gangguan somatik.

Penurunan *mood* ditandai perasaan murung atau sedih yang menetap dan kehilangan minat. Gangguan psikomotor ditandai oleh perlambatan gerakan, lesu, letih, pembicaraan menurun, konsentrasi menurun, mudah lupa, tidak mampu mengambil keputusan, rendah diri, Menurut Idaiani dan Bisara (2009) memasukkan gangguan kognitif sebagai gangguan psikomotor. (Idaiani dan Bisara, 2009)

Gangguan somatik ditandai dengan gangguan tidur, gairah seks menurun, dan nafsu makan menurun. Sedangkan menurut Dorland (2002) depresi merupakan suatu keadaan *mood* yang menurun dengan ditandai perasaan sedih, putus asa, tidak bersemangat, murung, merasa

kehilangan simpati, merasa rendah diri, merasa bersalah, menyalahkan diri sendiri, dan menarik diri dari kontak interpersonal.

Seseorang bisa mengalami fluktuasi *mood* oleh karena perasaan sedih, muram, frustrasi dan tidak ada semangat, kadang kala terjadi pada situasi tertentu tetapi fluktuasi *mood* yang seperti ini hanya bersifat sementara. Kemampuan menilai realitas tidak terganggu dan tidak sampai menimbulkan pikiran atau tindakan bunuh diri. Fluktuasi *mood* yang normal tidak akan mengganggu tidur, nafsu makan dan aktivitas motorik secara terus-menerus (Kaplan, 2004).

2.1.2. Faktor Risiko

Adapun faktor-faktor lain yang masih diduga dapat mempengaruhi depresi diantaranya yaitu status ekonomi, tingkat religiusitas, dan jenis kelamin.

2.1.2.1. Status Ekonomi

Perbedaan status ekonomi dapat pula mempengaruhi depresi namun penilaian terhadap status ekonomi / pendapatan yang rendah, sedang, dan tinggi tergantung pada penilaian masing - masing individu (Purwitasari, 2008).

2.1.2.2. Tingkat Religiusitas

Individu dengan tingkat religiusitas tinggi mampu mengurangi beban hidup/ stressor dalam kehidupannya, hal ini dapat berfungsi untuk mengurangi jumlah stres yang datang dalam kehidupannya (Lestari, 2009).

2.1.2.3. Jenis Kelamin

Perbedaan Jenis Kelamin dalam kasus depresi menurut Nevid dkk (2005) jenis kelamin wanita memiliki kecenderungan hampir dua kali lipat lebih besar daripada laki-laki untuk mengalami depresi, perbedaan gender sebagian besar disebabkan oleh lebih banyaknya jumlah stres yang dihadapi dalam kehidupannya.

Laki-laki lebih cenderung untuk mengalihkan pikiran saat mereka depresi, sementara wanita lebih cenderung memperbesar depresi dengan merenungkan perasaan mereka dan kemungkinan penyebabnya. Wanita lebih cenderung untuk duduk di rumah saat mereka depresi dan berpikir tentang perasaan mereka atau mencoba untuk memahami alasan – alasan mengapa mereka merasakan apa yang mereka rasakan, sementara laki-laki cenderung mencoba untuk mengalihkan pikirannya dengan sesuatu yang mereka nikmati.

Baik laki-laki maupun wanita yang merenung secara berlebihan setelah kehilangan orang yang dicintai atau saat merasa sedih lebih cenderung untuk menjadi depresi dan untuk menderita depresi yang berkepanjangan yang lebih parah daripada yang tidak terlalu suka merenung/ melamun. Wanita lebih cenderung depresi, selain oleh karena faktor diatas juga diduga bahwa wanita lebih banyak menghadapi

faktor kehidupan yang penuh tekanan misalnya penganiayaan fisik dan seksual, menjadi orang tua tunggal, dan diskriminasi gender. Perbedaan hormon seks juga berpengaruh dalam perbedaan depresi antara wanita dan laki-laki. Estrogen dan progesteron mempengaruhi *neurotransmitter*, *neuroendokrin* dan system *sirkadian* yang telah terlibat dalam gangguan suasana perasaan.

Fakta bahwa wanita sering mengalami gangguan suasana hati yang berhubungan dengan siklus menstruasi, seperti gangguan *pramenstruasi dysphoric*, juga menunjukkan hubungan antara hormon seks wanita dan suasana perasaan. Selain itu, fluktuasi hormon yang berhubungan dengan kelahiran adalah pemicu umum bagi gangguan suasana perasaan.

Meski *menopause* adalah saat ketika seorang wanita risiko depresi berkurang, *perimenopausal periode* adalah masa peningkatan resiko bagi orang-orang dengan riwayat depresi besar. Hormon lain sebagai faktor yang dapat menyebabkan risiko wanita untuk depresi adalah perbedaan jenis kelamin berhubungan dengan *hypothalamic-hipofisis-adrenal (HPA) axis*.

2.1.3. Etiologi

Di bidang psikiatri telah diterima bahwa setiap gangguan dilandasi oleh penyebab yang multifaktorial. Depresi pada usia lanjut dapat disebabkan oleh berbagai faktor. Menurut Maramis (1998), penyebab depresi pada usia lanjut terdiri dari faktor biologis dan faktor psikososial. Berapa besar pengaruh yang disebabkan faktor biologi terhadap depresi belum jelas, tetapi banyak hal yang menunjukkan bahwa pengaruh faktor psikososial lebih penting. Menurut Kaplan (1997), faktor penyebab depresi dapat dibagi menjadi faktor biologis, faktor genetik, dan faktor psikososial.

2.1.3.1. Faktor Biologi

Maslim (2003) berpendapat bahwa depresi adalah suatu kondisi yang dapat disebabkan oleh defisiensi relatif salah satu atau beberapa aminergik neurotransmitter (noradrenalin, serotonin, dopamin) pada sinaps neuron di Susunan Saraf Pusat (terutama pada sistem limbik).

Adanya Kelainan neurotransmitter di beberapa penelitian menunjukkan bahwa terdapat kelainan pada amin biogenik, seperti : *5-Hidroksi indol asetic acid (5 HIAA)*, *Homovanilic acid (HVA)*, *5 methoxy-0-hidroksi phenil glikol (MPGH)*, 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 terapi despiran

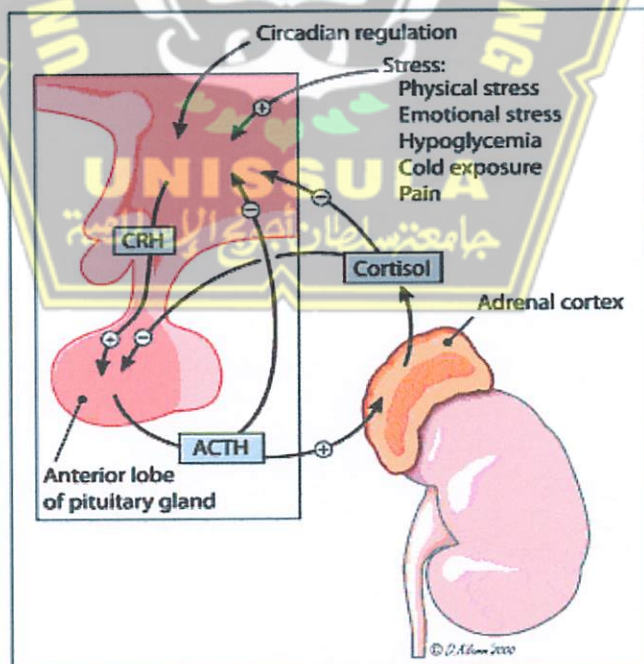
mendukung teori bahwa norepinefrin berperan dalam patofisiologi depresi (Kaplan,1997). Selain itu aktivitas dopamin pada depresi adalah menurun. Hal tersebut tampak pada pengobatan yang menurunkan konsentrasi dopamin seperti Resperin, dan penyakit dimana konsentrasi dopamin menurun seperti Parkinson yang disertai gejala depresi. Obat yang meningkatkan konsentrasi dopamin, seperti tyrosin, amphetamine, dan bupropion dapat menurunkan gejala depresi (Kaplan, dkk, 2004 ; Nevid,dkk 2005)

Adanya Disregulasi neuroendokrin, di Hipotalamus yang 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, stress kronik yang mengaktivasi aksis *Hypotalmic-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). Hiposekresi *Corticotopin Releasing Hormon (CRH)* merupakan gangguan aksis HPA yang sangat fundamental pada pasien depresi. Hiposekresi 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, 2004). Sekresi CRH dipengaruhi oleh emosi.

Emosi seperti perasaan takut dan marah berhubungan dengan Paraventriculer nukleus (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 usia lanjut terjadi penurunan produksi hormon estrogen. Estrogen berfungsi melindungi sistem dopaminergik nigrostriatal terhadap neurotoksin seperti MPTP, 6 OHDA dan methamphetamin. Estrogen bersama dengan antioksidan juga merusak monoamine oxidase (Unutzer dkk, 2002).



Gambar 2.1. HPA axis (Landefeld, 2004)

Adanya Kehilangan saraf atau penurunan neurotransmitter, pada 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, yaitu 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 umur tentang penurunan aktivitas dari noradrenergik, serotonergik, dan dopaminergik di dalam otak. Khususnya untuk fungsi aktivitas menurun menjadi setengah pada umur 80-an tahun dibandingkan dengan umur 60-an tahun (Kane dkk, 1999)

2.1.3.2. Faktor Genetik

Kemungkinan terjadinya depresi pada saudara kembar monozigot dari 100% adalah 60-80% sedangkan pada saudara kembar heterozigot adalah 25-35% (Soejono,dkk 2006). Penelitian genetik dan keluarga menunjukkan bahwa angka risiko di antara anggota keluarga tingkat pertama dari individu yang menderita depresi berat (unipolar) diperkirakan 2 sampai 3 kali dibandingkan dengan populasi umum (Nevid,dkk 2005).

Menurut Lesler (2001), pengaruh genetik terhadap depresi tidak disebutkan secara khusus, hanya disebutkan bahwa terdapat penurunan dalam ketahanan dan kemampuan dalam menanggapi stres.

2.1.3.3. Faktor Psikososial

Usia Lanjut seringkali mengalami periode kehilangan orang-orang yang dikasihinya. Faktor kehilangan fisik juga meningkatkan kerentanan terhadap depresi dengan berkurangnya kemauan merawat diri serta hilangnya kemandirian, berkurangnya kemampuan daya ingat dan fungsi intelektual, berkurangnya kapasitas sensoris (terutama penglihatan dan pendengaran) akan mengakibatkan penderita terkucilkan serta kehilangan pekerjaan, penghasilan, dan dukungan sosial sejalan dengan bertambahnya usia dapat mengakibatkan depresi.

Ada sejumlah faktor psikososial yang diprediksi sebagai penyebab gangguan mental pada usia lanjut 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, 2004).

Faktor psikososial yang mempengaruhi depresi meliputi : peristiwa kehidupan dan stresor lingkungan, kepribadian, psikodinamika, kegagalan yang berulang, teori kognitif dan dukungan sosial (Kaplan, 2004). Stressor merupakan peristiwa yang menyebabkan perubahan pada kehidupan seseorang sehingga orang tersebut terpaksa mengadakan adaptasi, depresi merupakan reaksi kejiwaan seseorang terhadap stressor yang dialaminya.

Ada beberapa stressor yang dianggap berpengaruh terhadap depresi pada usia lanjut antara lain adalah ketakutan akan kematian, ketergantungan terhadap orang lain, perubahan bentuk tubuh, ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas seperti biasanya dan rasa ditinggalkan seperti juga kerusakan hubungan dengan keluarga dan pasangan, peran dalam keluarga dan masyarakat, serta yang berhubungan status keuangan (Permatahati,2006).

2.1.3.3.1. Peristiwa Kehidupan dan Stressor 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 lamanya depresi.

Stressor lingkungan yang paling berhubungan dengan onset suatu episode depresi adalah kehilangan pasangan (Kaplan, 2004). Contoh Stressor psikososial yang bersifat akut adalah kehilangan orang yang dicintai, perpisahan teman dekat dan anggota keluarga sedangkan contoh stressor kronis adalah kekurangan finansial, taraf kesehatan yang menurun, kehilangan rasa aman, pemiskinan sosial dan lingkungan yang berlangsung lama, serta kesulitan hubungan interpersonal (Soejono,dkk 2006)

2.1.3.3.2. Faktor Kepribadian

Menurut teori Erikson, manusia berkembang dalam tahap-tahap psikososial. Masing-masing tahap terdiri dari tugas perkembangan khas yang menghadapkan individu dengan suatu krisis yang harus dihadapi, krisis ini bukanlah suatu bencana, tetapi suatu titik balik peningkatan kerentanan & peningkatan potensi. Semakin berhasil individu mengatasi krisis, akan semakin sehat perkembangan mereka. Terdapat 8 tahapan perkembangan:

1. *Basic Trust vs Basic Mistrust* (Kepercayaan lawan Ketidakpercayaan)

Tahap perkembangan yang dialami dalam tahun pertama kehidupan. menuntut perasaan nyaman secara fisik dan sejumlah kecil ketakutan serta kekuatiran akan masa depan.

Peran orang tua sangat dibutuhkan untuk tanggap dan peka karena pada tahap ini, individu yang memiliki rasa percaya cenderung untuk memiliki rasa aman dan memiliki rasa percaya diri untuk mengeksplorasi lingkungan yang baru.

2. *Autonomy vs Shame and Doubt* (Otonomi lawan Rasa Malu dan Ragu-ragu)

Tahap perkembangan pada tahun kedua. Setelah memperoleh kepercayaan diri dari pengasuh/orangtua, individu mulai menemukan bahwa perilaku mereka adalah milik mereka sendiri, menyadari kemauan mereka. Otonomi (kemandirian) dibangun atas perkembangan kemampuan mental & motorik.

Pada periode inilah kemampuan anak untuk percaya diri dikembangkan. Problem yang dapat

terjadi, menurut Erikson, adalah rasa malu karena merasa tidak mampu. Ini akan terjadi bila orang tua terlalu banyak ikut campur misalnya membantu atau mengkoreksi kekeliruan.

3. *Initiative vs Guilt* (Prakarsa lawan Rasa Bersalah)

Periode Perkembangan pada masa awal anak-anak (tahun pertama pra-sekolah 3-5 tahun). Bagi Erikson, masa usia ini adalah fase bermain. Dalam fase inilah anak-anak belajar berfantasi, belajar mentertawakan diri, mulai belajar bahwa ada pribadi lain selain dirinya. Pada fase ini terletak fondasi anak untuk menjadi kreatif yang akan menjadi sangat penting pada fase berikut.

4. *Industry vs Inferiority* (Tekun lawan Rasa Rendah Diri)

Periode Perkembangan masa pertengahan dan akhir anak-anak (tahun-tahun sekolah, 6 tahun – pubertas). Masa awal anak-anak yang penuh imajinasi, ketika anak-anak / individu memasuki tahun-tahun sekolah tertarik pada

bagaimana sesuatu diciptakan & bagaimana sesuatu itu bekerja, yang berbahaya pada tahap ini adalah perasaan tidak kompeten dan tidak produktif.

5. *Ego-Identity vs Role Confusion* (Identitas Diri lawan Kekacauan Peran)

Periode Perkembangan yaitu pada masa remaja usia 12 – 18/20 tahun. Pada tahap ini remaja / individu dihadapkan pada temuan siapa mereka, bagaimana mereka nantinya, kemana tujuan mereka.

Pada tahap ini remaja memiliki kemampuan mengkoordinasikan baik secara serentak / berurutan 2 ragam kemampuan kognitif, yaitu Kapasitas menggunakan hipotesis dan kapasitas menggunakan prinsip-prinsip abstrak, logis dan idealistik (berpikir tentang pemikiran itu sendiri). Kurang orientasi dan tidak bisa mengendalikan emosi mengakibatkan kenakalan remaja / pergaulan.

6. *Intimacy vs Isolation* (Keintiman lawan Pengasingan)

Periode Perkembangan pada masa awal dewasa usia 18/19 - 30 tahun. Individu menghadapi tugas perkembangan pembentukan relasi yang akrab dengan orang lain, Erikson menggambarkan keakraban sebagai penemuan diri sendiri, tanpa kehilangan diri sendiri pada orang lain.

Pada periode ini, individu termotivasi untuk berhasil melalui perkembangan sosial. Pada proses belajar individu membentuk keintiman dalam proses pembentukan identitas yang tetap dan berhasil, jika keintiman tidak berkembang individu mengalami "isolasi" yang membentuk persahabatan yang sehat dan ketidakmampuan melakukan hubungan sosial individu yang mengakibatkan frustrasi dan melakukan introspeksi diri untuk menemukan kesalahan.

Introspeksi diri mengakibatkan depresi dan isolasi yang kemudian menghambat keinginan untuk bertindak atas inisiatifnya sendiri.

7. *Generativity vs Stagnation* (Perluasan lawan Stagnasi)

Periode Perkembangan pada masa pertengahan dewasa (antara pertengahan 30-50 tahun). Mencakup rencana-rencana orang dewasa atas apa yang mereka harap guna membantu generasi muda mengembangkan dan mengarahkan kehidupan yang berguna melalui generativitas / bangkit.

Sebaliknya, stagnasi adalah ketika individu tidak melakukan apa-apa untuk generasi berikutnya, lawan dari generativity yakni terbatasnya kepedulian kita pada diri kita, tidak ada rasa peduli pada orang lain. Orang - orang yang mengalami stagnasi tidak lagi produktif untuk masyarakat karena mereka tidak bisa melihat hal lain selain apakah hal itu menguntungkan diri mereka seketika.

8. *Integrity vs Despair* (Integritas lawan Kekecewaan)

Periode Perkembangan pada masa akhir dewasa (60 tahun keatas). Masa untuk melihat kembali apa yang telah di lakukan dalam

kehidupan. Ketika seseorang mulai meninggalkan masa-masa aktif di masyarakat dan bersiap untuk hidup lebih menyendiri. Sangat berbeda dengan rata-rata orang yang ketakutan dengan datangnya usia tua, maka bagi Erikson, ini adalah masa yang sama pentingnya dengan fase-fase sebelumnya. Bahkan, masa ini mungkin masa yang paling penting karena ini adalah masa terakhir di mana pada masa ini individu harus bersiap untuk meninggalkan dunia ini. Perlu mengembangkan rasa *ego integrity* atau Integritas Diri, suatu rasa harga diri untuk tidak takut mati karena telah melalui hidup dengan baik. Lawan dari rasa integritas diri ini adalah *Despair* atau rasa putus asa. Orang-orang yang putus asa pada masa usia lanjut ini ditandai dengan meluapnya rasa jijik pada diri mereka sendiri, terhadap kegagalan mereka, cara mereka menyalahkan hidup. Orang-orang ini seringkali penuh amarah pada mereka yang juga gagal. Namun, juga marah dan iri pada yang berhasil. Intinya, sebagian

besar Orang-orang ini putus asa dan memandang hidup dengan negatif.

Fisik yang makin melemah membuat banyak usia lanjut makin tergantung pada orang lain. Celaknya ketergantungan ini diikuti dengan berkurangnya kemampuan cari uang dan menurunnya manfaat bagi orang lain. Wanita mengalami hal khusus dengan datangnya menopause, dan banyak yg melihat datangnya menopause ini sebagai masa pintu gerbang menuju masa tua yang dipenuhi oleh penyakit-penyakit seperti kanker payudara, kanker rahim dan osteoporosis. Lelaki yang hidup dari respek orang sekeliling sebagai pencari uang kini hilang kemampuan cari uangnya padahal keinginan direspek makin besar.

Dalam masa ini teman dan saudara mulai menghilang, ada yang meninggal, ada yang pindah ke tempat lain dan ada yang levelnya sudah ganti (jadi jauh lebih kaya atau jauh lebih miskin) sehingga menjadi sulit berhubungan lagi. Hal yang paling berat adalah *memory* dan *regret*. Sangat jarang ada orang usia lanjut yang tidak menyesali

masa lalunya, masa di mana mereka seharusnya melakukan hal yang seharusnya. Rata-rata mereka berharap melakukan hal-hal yang kini akhirnya berdampak buruk seperti bersekolah lebih giat, tidak berteman dengan si A, lebih sayang pada anak atau menantunya, dll. Yang dahsyat dari kenangan ini adalah bahwa mereka tidak punya kesempatan untuk memperbaiki sehingga ada penyesalan tapi tidak ada pengobatan.

Mereka yang berhasil mengembangkan *Ego Integrity*, masih memiliki penyesalan tetapi mereka telah berdamai dengan masa lalu, menerima bahwa ada hal yang bisa mereka lakukan dengan lebih baik, dan ada hal yang mereka telah lakukan sebaik mungkin, dilihat dari konteks saat itu. Dan mereka ini siap apabila harus meninggal. Kalau mereka yang *Despair* atau putus asa ini memiliki rasa *Disdain* atau jijik pada hidup, maka mereka yang putus asa ini menginginkan keluarganya berhasil supaya tidak seperti dia. Tetapi caranya agak cenderung memaksa, memarahi dan menyesali sehingga membuat orang-orang di dekatnya

kebingungan melayaninya karena melakukan kesalahan terus.

Kepribadian terus berkembang dan terus tumbuh dengan perjalanan kehidupan. Perkembangan ini melalui beberapa tahapan psikososial seperti yang disebutkan diatas melalui konflik-konflik yang terselesaikan oleh individu tersebut dengan dipengaruhi oleh kematangan kepribadian pada fase perkembangan sebelumnya, dukungan dari lingkungan terdekatnya dan tekanan hidup yang dihadapinya. Individu yang sukses melampaui tahapan tadi akan dapat beradaptasi dengan baik, menerima segala perubahan yang terjadi dengan tulus dan memandang kehidupan dengan rasa damai dan bijaksana yaitu contoh dari stadium perkembangan umur >60 tahun. Contoh resolusi yang berhasil dari krisis dicirikan dengan perasaan individu yang hidup dengan baik dan nyaman. Sebaliknya resolusi yang kurang berhasil akan dicirikan dengan perasaan bahwa hidup ini terlalu pendek, perasaan tidak memiliki, pemberontakan, rasa marah, putus asa dan juga

kegetiran bahwa ia tidak akan mau hidup lagi jika diberi kesempatan (Soejono,dkk 2006).

Sedangkan menurut teori Heinz dalam Soejono,dkk (2006) menekankan pada aspek hilangnya rasa kecintaan pada diri sendiri akibat proses penuaan ditambah dengan rasa harga diri dan kepuasan diri yang kurang, juga dukungan sosial yang tidak terpenuhi akan menyebabkan usia lanjut tidak mampu lagi memelihara dan mempertahankan rasa harga diri. Mereka sering merasa tegang dan takut, cemas, murung, kecewa dan tidak merasa sejahtera di usia lanjut.

Beberapa ciri kepribadian tertentu yang terdapat pada individu, seperti kepribadian dependen, anankastik, histrionik, diduga mempunyai risiko tinggi untuk terjadinya depresi. Sedangkan kepribadian antisosial dan paranoid (kepribadian yang memakai proyeksi sebagai mekanisme defensif) mempunyai risiko yang rendah (Kaplan, 2004).

Dalam penelitian ini fase perkembangan erikson yang digunakan adalah *Integrity vs Despair*

(Integritas lawan Kekecewaan), yaitu fase perkembangan pada usia 60 tahun keatas.

2.1.3.3.3. Faktor Psikodinamika

Berdasarkan teori psikodinamika klasik mengenai depresi dari Freud, dinyatakan bahwa kehilangan objek yang dicintai dapat menimbulkan depresi (Kaplan, 2004). Dalam upaya untuk mengerti depresi, Freud sebagaimana dikutip Kaplan (2004) mendalilkan 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 / membawa ke dalam mungkin merupakan cara satu-satunya bagi ego untuk melepaskan suatu objek, ia 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.

Hal senada diungkapkan oleh Nevid, dkk (2005) untuk mempertahankan hubungan psikologis dengan objek yang hilang, mereka mengintrojeksi atau

membawa ke dalam, suatu representatif mental dari objek itu. Mereka kemudian menyatukan orang lain tersebut ke dalam *self*, sehingga kemarahan terarah ke dalam, berhadapan dengan bagian *self* yang mewakili representatif di dalam dari orang yang hilang. Hal ini menimbulkan *self-hated*, yang nantinya akan menimbulkan depresi.

2.1.3.3.4. Faktor Kognitif

Adanya interpretasi yang keliru terhadap sesuatu, menyebabkan distorsi pikiran menjadi negatif tentang pengalaman hidup, penilaian diri yang negatif, pesimisme dan keputusan. Pandangan yang negatif tersebut menyebabkan perasaan depresi (Kaplan, 2004)

2.1.3.3.5. Dukungan Sosial

Dukungan sosial dalam masyarakat yang suka membantu sesamanya, dikatakan mempunyai pengaruh positif terhadap anggota masyarakat yang bersangkutan.

2.1.4. Gambaran Klinis

Menurut *International Statistical Clasification of Diseases Diagnostic and Health Related Problems Tenth Revision (ICD-10)*, Gejala utama depresi adalah *mood* depresi / afek depresif, hilang

minat / semangat, mudah lelah / hilang tenaga. Gejala tambahan antara lain konsentrasi menurun, harga diri turun, rasa bersalah, pesimis melihat masa depan, ide bunuh diri atau menyakiti diri, pola tidur berubah dan nafsu makan menurun. Depresi ditegakkan bila terdapat minimal 2 gejala utama dan 2 gejala tambahan (Idaiani dan Bisara, 2009)

Depresi merupakan suatu respon maladaptif terhadap kehilangan yang pada orang usia lanjut dapat menyerupai demensia senilis. Di samping tanda klasik demensia seperti gangguan nafsu makan dan tidur, hilangnya minat terhadap peristiwa luar, ucapan-ucapan yang mencela diri sendiri, dan pikiran bahwa kehidupan adalah tidak berguna lagi. Orang usia lanjut mungkin juga menunjukkan gangguan ingatan, kesulitan berkonsentrasi, pertimbangan yang buruk dan mudah marah (Kaplan, 1997).

Mengenali pasien depresi pada usia lanjut tidak selalu mudah, karena menifestasi gejala-gejala depresi klasik seperti perasaan sedih, kurang semangat, hilangnya minat / hobi, atau menurunnya aktivitas sering tidak muncul. Seorang usia lanjut yang mengalami depresi kebanyakan menyangkal adanya *mood* depresi, yang terlihat adalah gejala hilangnya tenaga, hilangnya rasa senang, tidak bisa tidur atau keluhan rasa sakit atau nyeri (Soejono dkk, 2000)

2.1.5. Tingkat Depresi dan Penegakan Diagnosis

Ada beberapa cara penegakan diagnosis depresi, menurut DSM-IV atau menurut ICD-10. Menurut DSM-IV kriteria depresi berat mencakup 5 atau lebih gejala berikut dan telah berlangsung 2 minggu atau lebih yaitu adanya perasaan depresi, hilangnya minat atau rasa senang hampir setiap hari, berat badan turun atau bertambah yang bermakna, Insomnia atau hipersomnia hampir setiap hari, Agitasi atau retardasi psikomotor hampir setiap hari, rasa bersalah atau tidak berharga hampir setiap hari, sulit konsentrasi, pikiran berulang tentang kematian atau gagasan bunuh diri hampir setiap hari, kelelahan (rasa lelah atau hilangnya energi) hampir setiap hari.

Gejala – gejala tersebut di atas harus menimbulkan gangguan klinis yang bermakna dalam kehidupan individu. Dalam menegakkan diagnosis, gejala perasaan depresif dan atau hilangnya minat harus ada. Penggunaan DSM-IV mungkin tidak spesifik, dan dianjurkan dengan skala Depresi khusus usia lanjut yaitu *Geriatric Depression Scale (GDS)* (Soejono,dkk 2006).

Sedangkan Gangguan depresi pada usia lanjut yang ditegakkan berpedoman pada PPDGJ III (Pedoman Penggolongan Diagnostik Gangguan Jiwa edisi III) yang merujuk pada ICD-10. Gangguan depresi dibedakan dalam depresi ringan, sedang, dan berat sesuai dengan banyaknya dan beratnya gejala serta dampaknya terhadap fungsi kehidupan seseorang.

Tabel 2.1. Penggolongan Depresi menurut ICD-10

Tingkat Depresi	Gejala Utama	Gejala lain	Fungsi	Keterangan
Ringan	2	2	Baik	-
Sedang	2	3-4	Terganggu	Nampak distress
Berat	3	> 4	Sangat Terganggu	Sangat distress

(Soejono, dkk 2006)

Untuk penegakan episode depresi ringan, digunakan pedoman sebagai berikut : sekurang-kurangnya harus ada 2 dari 3 gejala utama depresi ditambah sekurang-kurangnya 2 dari gejala lainnya, tidak boleh ada gejala berat diantaranya, Lama seluruh episode berlangsungnya sekurang-kurangnya sekitar 2 minggu, hanya sedikit kesulitan dalam pekerjaan dan kegiatan sosial yang biasa dilakukannya (Maslim, 2003).

Sedangkan episode depresi sedang mempunyai diagnosis yaitu sekurang-kurangnya harus ada 2 dari 3 gejala utama depresi ditambah sekurang-kurangnya 3 (dan sebaiknya 4) dari gejala lainnya, lamanya seluruh episode berlangsung minimum sekitar 2 minggu, menghadapi kesulitan nyata untuk meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan dan urusan rumah tangga (Maslim, 2003).

Episode depresi berat tanpa gangguan psikotik dapat ditegakkan dengan diagnosis sebagai berikut, semua gejala utama depresi harus ada ditambah sekurang-kurangnya 4 dari gejala lainnya, dan beberapa diantaranya harus berintensitas berat, bila ada gejala lain yang mencolok maka pasien mungkin tidak mau atau tidak mampu untuk melaporkan banyak gejalanya secara rinci. Episode depresif biasanya

harus berlangsung sekurang-kurangnya 2 minggu, akan tetapi jika beronset cepat maka masih dibenarkan untuk penegakan diagnosis dalam waktu kurang dari 2 minggu. Sangat tidak mungkin pasien akan mampu meneruskan kegiatan sosial atau urusan rumah tangga (Maslim, 2003).

Sedangkan pada episode depresi berat dengan gangguan psikotik, diagnosis ditegakkan dengan ditemukannya semua gejala episode depresi berat seperti diatas disertai dengan waham, halusinasi, atau stupor depresif (Maslim, 2003).

2.2. Dukungan Sosial

2.2.1. Definisi

Dukungan sosial menurut Sarason adalah kenyamanan fisik dan psikologis yang diberikan oleh orang lain (Baron, 2005). Definisi yang lain dukungan sosial adalah sebagai jumlah kontak dengan orang lain yang dapat dipertahankan seseorang dalam jaringan sosial, atau luas pergaulan yang dimiliki dan dipertahankan seseorang dalam jaringan sosial. Definisi lainnya lebih menekankan aspek psikologik, yaitu perasaan menjadi bagian atau terhitungnya individu dalam jaringan sosial atau rasa puas individu atas hubungan yang dipertahankan dengan orang lain dalam jaringan sosial (Kaplan dkk,1997). Menurut (Ismanto, 1999) dukungan sosial adalah persepsi seseorang bahwa dirinya disenangi, dihargai, dan menjadi bagian dari masyarakat.

Sarafino sebagaimana dikutip Indarjati (2006) mendeskripsikan dukungan sosial sebagai suatu kesenangan, perhatian, penghargaan, atau bantuan yang dirasakan dari orang lain atau kelompok, segala sesuatu yang ada di lingkungan menjadi dukungan sosial atau tidak, tergantung pada sejauh mana individu tersebut merasakan hal itu sebagai dukungan sosial. Menurut Gotlieb sebagaimana dikutip Kuntjoro (2002) mendefinisikan dukungan sosial sebagai informasi verbal atau non verbal, saran, bantuan yang nyata atau tingkah laku yang diberikan oleh orang-orang yang akrab dengan subjek di lingkungan sosialnya atau berupa kehadiran dan hal-hal yang dapat memberikan keuntungan emosional atau pada tingkah laku penerimanya. Pendapat senada dikemukakan juga oleh Sarason yang mengatakan bahwa dukungan sosial adalah keberadaan, kesediaan, kepedulian dari orang-orang yang dapat diandalkan, menghargai, dan menyayangi kita.

Terdapat definisi yang berdasarkan tersedianya pemberi dukungan menurut Sarason, sebagaimana dikutip Brehm dan Kassin (1991) menyatakan bahwa dukungan sosial merupakan sumber yang dapat dipanggil seketika bilamana dibutuhkan untuk memberi dukungan. Individu yang yakin bahwa akan ada orang yang membantunya bila ia mengalami kesulitan, cenderung percaya diri dan sehat daripada individu yang tidak merasa yakin bilamana ada orang yang bersedia membantunya.

Menurut Krasnova (1999), dukungan sosial merupakan faktor yang penting untuk membantu adaptasi pada usia lanjut, setidaknya melalui beberapa faktor yaitu sebagai sarana untuk menimbulkan perasaan positif (misalnya perasaan bahwa dia diperhatikan, dicintai, dihargai dan dihormati), sebagai pengesahan bahwa pikiran dan perasaan tertekan yang dialaminya adalah normal, mendorong para usia lanjut untuk mengungkapkan apa yang dirasakan dan dipikirkan secara terbuka, dan sebagai persediaan pertolongan material.

2.2.2. Jenis – Jenis Dukungan Sosial

Jenis dukungan yang diterima dan diperlukan orang tergantung pada keadaan yang penuh stress. Dukungan instrumental akan lebih efektif untuk kesukaran seperti kemiskinan. Dukungan Informatif akan bermanfaat kalau terdapat kekurangan pengetahuan dan ketrampilan, dan dalam hal yang amat tidak pasti tentang persoalan yang terkait misalnya prognosis penyakit berat (Smet, 1994). Menurut House sebagaimana dikutip oleh Smet (1994) ada empat jenis dukungan sosial yaitu dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan instrumental, dukungan informasional

2.2.2.1. Dukungan Emosional

Dukungan emosional adalah suatu bentuk dukungan yang meliputi ungkapan empati, kepedulian, dan perhatian terhadap seseorang misalnya umpan balik dan penegasan (Smet, 1994; Stuart, 1998). Pada saat stress, orang akan menderita secara emosional dan dapat mengalami depresi,

kesedihan, ataupun kecemasan. Pada saat seperti ini, teman atau keluarga dapat memberikan dukungan emosional dengan meyakinkan orang tersebut bahwa dia adalah orang yang sangat diperhatikan oleh lingkungannya. Kehangatan dan kepedulian yang diberikan oleh orang lain, akan memungkinkan orang yang mengalami stres, menghadapinya lebih tenang (Taylor, 1995).

Ekspresi empati dapat berupa mendengarkan, bersikap terbuka, menunjukkan sikap percaya terhadap apa yang dikeluhkan, mau memahami, ekspresi kasih sayang dan perhatian. Dukungan emosional akan membuat si penerima merasa berharga, nyaman, aman, terjamin, dan disayangi. Perhatian emosi berupa kehangatan, kepedulian, dan mendapat empati yang meyakinkan membuat dirinya diperhatikan orang lain (Stuart, 1998).

2.2.2.2. Dukungan Penghargaan

Dukungan penghargaan adalah suatu bentuk dukungan yang pada umumnya diberikan melalui ungkapan penghormatan (penghargaan) akan hal-hal yang positif yang dimiliki seseorang, dukungan untuk maju atau persetujuan atas gagasan atau perasaan individu dan perbandingan positif orang itu dengan orang lain, orang-orang yang kurang mampu atau lebih buruk keadaannya akan menambah penghargaan diri (Smet, 1994). Adanya penghargaan diri dihubungkan dengan

keberhasilan seseorang saat menghadapi keadaan tertentu, misalnya saat dimana harus mengambil keputusan pada saat terjadi peristiwa buruk dalam hidupnya. Kemungkinan yang penting dari mekanisme ini adalah perasaan diterima dan dihargai oleh orang lain (Wills, 1985). Dukungan ini bisa berbentuk penilaian yang positif, penguatan (pembenaran) untuk melakukan sesuatu, umpan balik atau menunjukkan perbandingan sosial yang membuka wawasan seseorang yang sedang dalam keadaan depresi. Penilaian berupa penghargaan positif, dorongan untuk maju atau persetujuan terhadap gagasan atau perasaan individu lain (Stuart, 1998).

2.2.2.3. Dukungan Instrumental

Dukungan instrumental adalah bantuan yang diberikan secara langsung, bersifat fasilitas atau materi misalnya menyediakan fasilitas yang diperlukan, meminjamkan uang, memberikan makanan, permainan atau bantuan yang lain. Dukungan instrumental meliputi penyediaan dukungan material seperti pelayanan, bantuan finansial atau barang (Taylor, 1995). Hubungan antara dukungan instrumental dan kesehatan dapat diterangkan dengan jelas melalui satu pengertian yaitu seseorang mempunyai kebutuhan instrumentaal tertentu dan orang lain dapat menolongnya untuk memenuhi kebutuhan tersebut (Wills, 1985). Bantuan instrumental berupa dukungan materi seperti benda atau barang yang dibutuhkan oleh para usia lanjut dan bantuan

finansial untuk biaya pengobatan, pemulihan maupun biaya hidup sehari-hari selama para usia lanjut belum dapat menolong dirinya sendiri (Stuart, 1998).

2.2.2.4. Dukungan Informatif

Dukungan informatif adalah memberikan penjelasan tentang situasi dan segala sesuatu yang berhubungan dengan masalah yang sedang dihadapi oleh individu. Dukungan informatif ini mencakup pemberian nasihat-nasihat, petunjuk, saran, atau umpan balik (Smet, 1994). Keluarga atau teman dapat memberikan dukungan informatif dengan memberikan saran tentang apa yang harus dilakukan untuk menghadapi masalah (Stuart, 1998).

2.3. Wanita Usia Lanjut

Proses menua merupakan suatu proses yang tidak dapat dihindari dan pasti dialami oleh setiap individu. Sebagai akibat proses menua dan atau penyakit degeneratif yang muncul seiring dengan menuanya seseorang akan menimbulkan berbagai masalah fisik biologik, psikologik, dan sosial (Soejono, 2000). Pada perbedaan jenis kelamin pada banyak penelitian yang dilakukan baik klinik maupun komunitas menyebutkan bahwa depresi lebih sering terjadi pada wanita dibanding laki-laki, wanita lebih banyak mendapatkan jumlah stressor kehidupan seperti adanya kewajiban mengurus anak, diskriminasi gender, dan pelecehan seksual, hal lainnya dalam hal perbedaan sikap dalam menghadapi stressor yang datang, wanita dalam menghadapi masalah lebih cenderung merenungi kesalahan-kesalahn

daripada mengalihkan pikiran dengan hal yang lain, hal ini dapat lebih cepat menimbulkan depresi (Nevid,dkk, 2005).

Ada beberapa batasan dari usia lanjut, berdasarkan undang – undang RI nomor 13 tahun 1998 tentang kesejahteraan usia lanjut pasal 1 ayat 2 menyebutkan bahwa usia lanjut adalah seseorang yang telah mencapai usia enam puluh tahun keatas. Hal ini sesuai dengan ketentuan dari *World Health Organization South East Asia Regional Office (WHO SEARO)* bahwa batasan usia lanjut untuk Indonesia sampai saat ini masih 60 tahun keatas (Soejono dkk, 2000)

2.4. Dukungan Sosial dan Depresi

Depresi pada usia lanjut dapat terjadi dengan gejala yang kompleks yang disebabkan oleh gangguan fisik maupun kognitif dan stressor dari luar. Dukungan sosial sangat dibutuhkan para usia lanjut dalam menyesuaikan diri menghadapi stressor psikososial terutama stressor yang berhubungan dengan kehilangan. Dari populasi usia lanjut, sekitar 60-80%, diperkirakan dalam kondisi tidak berdaya dan membutuhkan pertolongan keluarga, untuk keperluan sehari-hari yang bermakna. Hampir semua populasi usia lanjut lebih membutuhkan dukungan emosional daripada finansial (Osterweill dkk, 2000).

Dukungan sosial yang kurang, sering dihubungkan dengan sindrom depresi. Pattern (2001) menyebutkan bahwa subjek yang dilaporkan tidak mempunyai seseorang untuk menceritakan masalah atau perasaan pribadinya, tidak mempunyai seseorang untuk dimintai pertolongan dalam kondisi kritis,

tidak ada seseorang untuk diminta nasihat dalam mengambil keputusan penting, dan tidak ada seseorang dalam hidup mereka yang membuat mereka merasa dicintai dan diperhatikan ternyata lebih mudah menderita depresi (Pattern, 2001).

Ada beberapa teori yang membahas tentang hubungan antara depresi dengan dukungan sosial yaitu hipotesis penyangga (*buffer hypothesis*) dan hipotesis efek langsung (*direct effect hypothesis*).

2.4.1. Hipotesis Penyangga

Dukungan sosial mempengaruhi kesehatan dengan cara melindungi individu terhadap efek negatif dari stres berat. Orang dengan dukungan sosial yang tinggi ada kecenderungan tidak mengabaikan stress karena mereka tahu akan mendapatkan pertolongan dari orang lain. Disamping itu mereka juga akan merubah respon terhadap stressor, misalnya pergi menemui teman dan membicarakan masalahnya (Indarjati, 2006). "Penyangga" bekerja paling sedikit dengan dua cara yaitu orang – orang dengan dukungan sosial tinggi, mungkin akan kurang menilai situasi penuh stres (mereka tahu bahwa mungkin ada seseorang yang dapat membantu mereka). Orang-orang dengan dukungan sosial tinggi akan mengubah respon mereka terhadap stres (Smet, 1994). Dukungan sosial akan memberikan manfaat yang lebih untuk kesehatan fisik dan mental saat seseorang menghadapi stressor yang tinggi. Sedangkan pada keadaan dimana dijumpai stressor yang rendah, dukungan sosial hanya memberikan sedikit manfaat bagi kesehatan fisik dan mental.

2.4.2. Hipotesis Efek Langsung

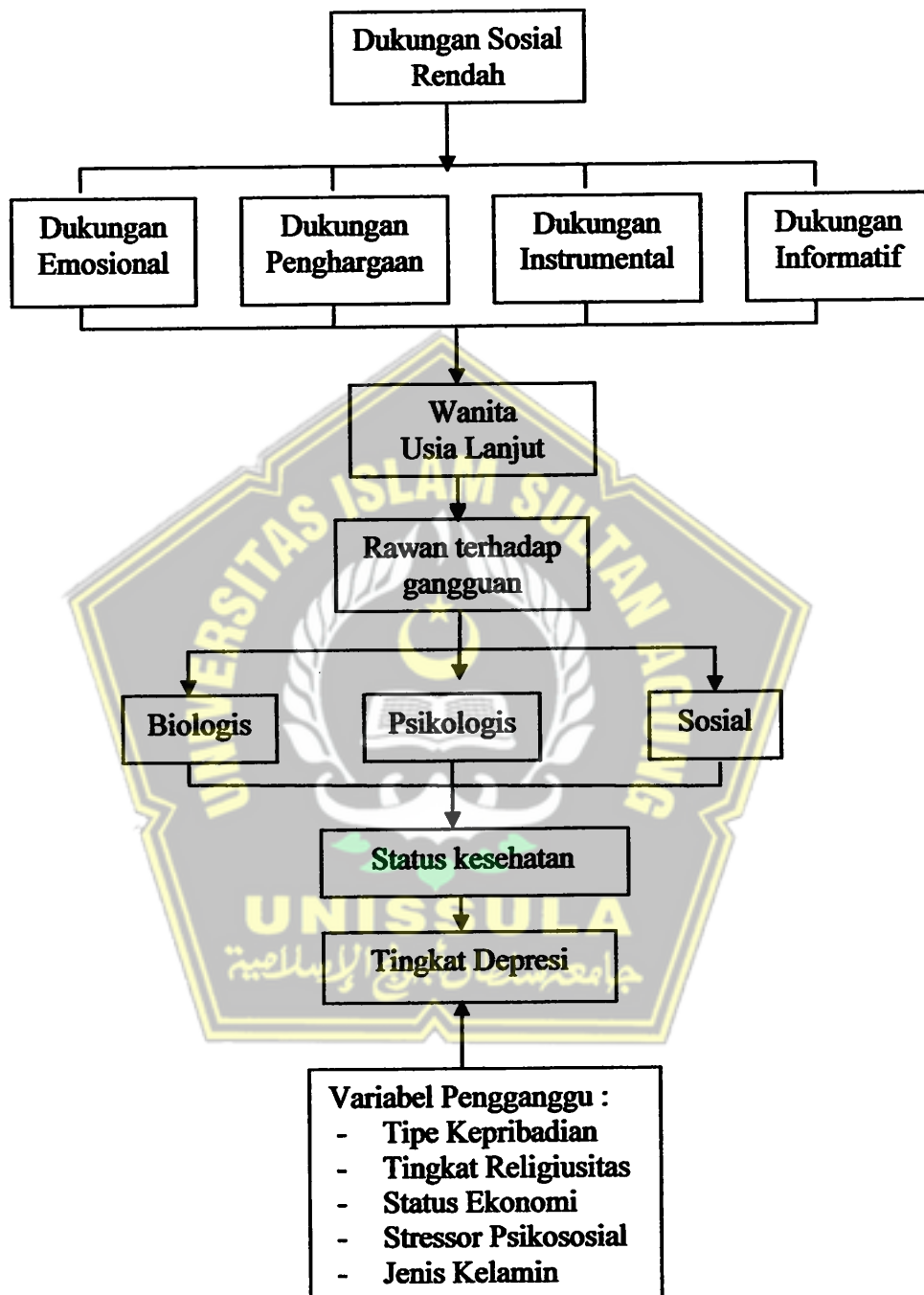
Hipotesis efek langsung tetap berpendapat bahwa dukungan sosial itu bermanfaat bagi kesehatan dan kesejahteraan tidak peduli banyaknya / tingkatan stress yang dialami orang – orang, Smet (1994) baik tingkat stressor rendah atau tinggi, dukungan ini mempunyai efek yang sama (Indarjati, 2006). Manfaat ini diperoleh sebagai hasil dari persepsi bahwa orang lain akan memberikan bantuan pada saat individu mengalami stresor kehidupan dan sebagai hasil dari hubungan yang erat di dalam jaringan sosial. Persepsi tersebut akan meningkatkan perasaan positif, meningkatkan harga diri, stabilitas dan adaptasi terhadap lingkungan. Sedangkan hubungan di dalam jaringan sosial akan meningkatkan kepekaan, stabilitas, dan pengendalian diri (Wills, 1985; Indarjati, 2006)

Dukungan sosial pada usia lanjut dapat berasal dari pasangan, teman, atau anak mereka yang sudah dewasa (Krasnova,1999). Anggota keluarga dapat memperoleh manfaat bagi perawatan depresi pada usia lanjut apabila mereka dapat berkomunikasi dengan pasien depresi tersebut. Komunikasi tersebut dapat dilakukan dengan cara menanggapi ekspresi penurunan harga diri dan pesimisme yang dirasakan oleh para usia lanjut. Tanggapan yang kita berikan dapat berupa kata - kata dan ekspresi bahwa kita mengerti apa yang mereka rasakan tanpa bermaksud campur tangan. Perhatian dari anggota keluarga secara terus menerus pada usia lanjut yang menderita depresi mungkin dapat mencegah terjadinya depresi yang lebih berat (Cohen, 1985).

Heitzman dan kaplan sebagaimana dikutip Sodrow (2001), menyatakan bahwa dukungan sosial dapat meningkatkan kesehatan karena dukungan sosial dapat mengurangi stres dan mempercepat penyembuhan terhadap penyakit. Sedangkan menurut Wallen dan lachman sebagaimana dikutip Sodrow (2001), berpendapat bahwa dukungan sosial dapat memperbaiki kondisi psikologis seseorang baik laki-laki maupun wanita.

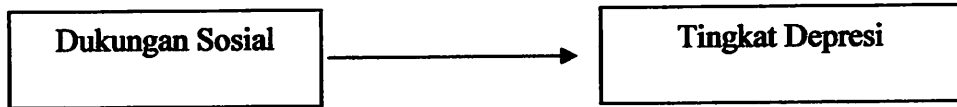


2.5. Kerangka Teori



Gambar 2.2. Kerangka Teori

2.6. Kerangka Konsep



Gambar 2.3. Kerangka Konsep

2.7. Hipotesis

Ada hubungan antara dukungan sosial dengan tingkat depresi pada wanita usia lanjut



BAB III

METODE PENELITIAN

3.1. Jenis Penelitian dan Rancangan Penelitian

Penelitian yang dilakukan merupakan penelitian analitik dengan rancangan penelitian *Cross Sectional*.

3.2. Variabel dan Definisi Operasional

3.2.1. Variabel

3.2.1.1. Variabel bebas

Dukungan Sosial

3.2.1.2. Variabel tergantung

Tingkat Depresi

3.2.2. Definisi operasional

3.2.2.1. Dukungan Sosial adalah persepsi seseorang bahwa dirinya disenangi, dihargai, dan menjadi bagian dari masyarakat, skor diperoleh dari responden yang diukur dengan kuesioner dukungan sosial oleh Sarason.

Penilaian dari koesioner ini adalah sebagai berikut :

< 72 : dukungan sosial rendah

72 – 116 : dukungan sosial sedang

117 – 162 : dukungan sosial tinggi

Skala data : ordinal

3.2.2.2. Tingkat Depresi adalah skor depresi yang diperoleh dari responden dalam pengukuran dengan skala depresi geriatrik.

Dengan penilaian sebagai berikut :

≤ 4	: normal
5 – 8	: depresi ringan
9 – 11	: depresi sedang
12 – 15	: depresi berat

Skala data : ordinal

3.3. Populasi dan Sampel

3.3.1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah wanita usia lanjut di Posyandu Kelurahan Lamper Kidul Kecamatan Semarang Selatan yang berjumlah 45 orang.

3.3.2. Sampel

Sampel merupakan total populasi yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi

3.3.2.1. Kriteria inklusi :

3.3.2.1.1. Warga wanita usia lanjut berumur 60 tahun atau lebih yang datang ke Posyandu Kelurahan Lamper Kidul Kecamatan Semarang Selatan.

3.3.2.1.2. Bersedia menjadi responden dengan bukti Informed Consent.

3.3.2.2. Kriteria eksklusi :

- 3.3.2.2.1. Wanita usia lanjut yang tidak dapat diajak berkomunikasi
- 3.3.2.2.2. Mengalami gangguan intelektual
- 3.3.2.2.3. Mempunyai stressor psikososial yang masih dirasakan dalam 1 tahun terakhir

Menurut Singarimbun dan Effendi (1989) Bila analisis yang dipakai adalah teknik korelasi, maka sampel yang harus diambil minimal 30. Sedangkan Menurut Notoatmodjo (2005) untuk populasi kecil maka untuk menetapkan jumlah sampel menggunakan formulasi sederhana yaitu :

$$n = \frac{N}{1 + N(d^2)}$$

$$n = \frac{45}{1 + 45(0,1^2)}$$

$$n = 31,02 \text{ dibulatkan menjadi } 31$$

Keterangan :

N = besar populasi

n = besar sampel

d = tingkat kepercayaan atau ketepatan yang diinginkan (0,1)

Dari perhitungan diatas jumlah sampel minimal yang harus ada sebanyak 31 sampel. Semakin besar jumlah sampel maka

semakin baik. Dalam penelitian ini sampel yang diperoleh berjumlah 38 sampel.

3.4. Instrumen dan Bahasa Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah :

3.4.1. Kuesioner Stressor Psikososial

Kuesioner ini berisi daftar jenis stressor psikososial dari PPDGJ II dan Skala Stress Holmes-Rahe tahun 1967 dengan $r = 0,45$ sampai $0,76$ yang sering digunakan oleh para klinisi kedokteran jiwa.

3.4.2. Kuesioner dukungan sosial dari Sarason

Kuesioner ini terdiri dari 27 item pertanyaan yang merupakan terjemahan dari *Social Support Questionnaire* tahun 1983 dan dapat digunakan untuk berbagai tipe responden. Kuesioner ini telah divalidasi oleh Ismanto (1999), dengan tingkat reliabilitasnya sebesar $0,90-0,93$

Skor untuk masing – masing jawaban adalah sebagai berikut :

- 1 : Sangat tidak puas
- 2 : Tidak puas
- 3 : Agak tidak puas
- 4 : Agak puas
- 5 : Puas
- 6 : Sangat Puas

Sehingga masing – masing variabel didapatkan skor minimum 27 dan skor maksimum 162. Penilaian dari kuesioner ini adalah sebagai berikut :

- < 72 : dukungan sosial rendah
- 72 – 116 : dukungan sosial sedang
- 117 – 162 : dukungan sosial tinggi

3.4.3. Skala Depresi Geriatrik (*Geriatric depression Scale*)

Instrumen ini dirancang oleh Brink dan Yesavage (1995), yang digunakan khusus untuk mengukur tingkat depresi pada populasi usia lanjut dan telah divalidasi secara internasional baik dalam penelitian klinik maupun epidemiologik, dengan nilai sensitivitas sebesar 0,78 dan spesifisitas sebesar 0,85. Instrumen ini terdiri dari 15 item pertanyaan, yang dapat diisi sendiri atau dengan wawancara. Jawaban yang sesuai dengan gejala depresi diberi skor 1, (Greenberg, S, 2007).

Dengan penilaian sebagai berikut :

- ≤ 4 : normal
- 5 – 8 : depresi ringan
- 9 – 11 : depresi sedang
- 12 – 15 : depresi berat

3.4.4. *The Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)*

Kuesioner dari Pfeiffer, E, 1975 ini digunakan untuk skrining kemampuan kognitif pada komunitas usia lanjut yaitu untuk mendeteksi ada atau tidaknya kerusakan intelektual organik dan

mengetahui derajat kerusakannya. Kuesioner ini terdiri dari 10 pertanyaan dan telah divalidasi secara internasional baik dalam penelitian klinik maupun epidemiologik. dengan nilai sensitivitas sebesar 0,74 dan spesifisitas sebesar 0,91. Derajat kerusakan ditentukan oleh jawaban yang salah, dengan ketentuan sebagai berikut:

≤ 2	: normal
3 – 4	: gangguan intelektual ringan
5 – 7	: gangguan intelektual sedang
8 – 10	: gangguan intelektual berat

Apabila pasien / klien tidak menyelesaikan sekolah dasar, diperbolehkan melakukan kesalahan tambahan. Bila telah menyelesaikan sekolah lanjutan tingkat atas kesalahan dikurangi satu. Koesioner ini telah diterjemahkan dalam bahasa Indonesia (Dep.Kes.RI, 2000).

3.5. Cara Penelitian

3.5.1. Perencanaan

3.5.1.1. Dengan merumuskan masalah, studi pustaka, mengadakan studi pendahuluan, menentukan sampel dan populasi penelitian, serta rancangan penelitian.

3.5.1.2. Mempersiapkan formulir persetujuan menjadi responden, data demografi dan instrumen penelitian yang terdiri dari *The Short Portable mental Status Questionarre* (SPMSQ), kuesioner

stressor psikososial, kuesioner dukungan sosial, dan Skala Depresi Geriatrik (*Geriatric Depression Scale*) untuk wawancara terbimbing dengan subjek wanita usia lanjut.

3.5.2. Pelaksanaan

3.5.2.1 Pengumpulan data dilakukan dengan pengisian kuesioner melalui wawancara.

3.5.2.1 Pengolahan data dilakukan dengan sistem komputerisasi program SPSS versi 13 *for windows*.

3.5.3 Pelaporan

Hasil penelitian disajikan dalam bentuk narasi dan tabel.

3.6. Tempat dan Waktu

3.6.1. Tempat Penelitian : di Posyandu Kelurahan Lamper Kidul Kecamatan Semarang Selatan dilanjutkan dengan kunjungan kerumah.

3.6.2. Waktu penelitian : mulai tanggal 25 Januari 2011 – 14 Februari 2011

3.7. Analisis Hasil

Setelah semua data terkumpul kemudian dilakukan pengolahan data dengan cara deskriptif, yaitu dengan mengelompokkan data melalui editing, coding, frekuensi, tabulasi, dan narasi. Untuk melihat hubungan antara dukungan sosial dengan tingkat depresi pada wanita usia lanjut di Posyandu Kelurahan Lamper Kidul Kecamatan Semarang Selatan dilakukan dengan

menggunakan uji statistik korelasi spearman, oleh karena kedua variabel berskala ordinal, kemudian dengan bantuan SPSS versi 13 *for windows* hasil disajikan dalam bentuk narasi dan tabel.

Interpretasi :

Nilai probabilitas yang dianggap bermakna peneliti jika $p < 0,05$. Sedangkan untuk korelasi menurut Dahlan, S, 2006 merupakan angka yang menunjukkan arah dan kuat hubungan antar 2 variabel / lebih. Arah dinyatakan dalam bentuk hubungan positif (+) / negatif (-).

Hubungan positif (+) :

Hubungan 2 variabel / lebih, bila nilai satu variabel ditingkatkan, maka akan meningkatkan variabel yang lain dan sebaliknya.

Hubungan negatif (-):

Hubungan 2 variabel / lebih, bila nilai satu variabel ditingkatkan, maka akan menurunkan variabel yang lain dan sebaliknya.

Sedangkan kuat / tidaknya hubungan dinyatakan dalam nilai Kekuatan

Korelasi (r) :

0,00 – 0,199 : tingkat hubungan sangat lemah

0,20 – 0,399 : tingkat hubungan lemah

0,40 – 0,599 : tingkat hubungan sedang

0,60 – 0,799 : tingkat hubungan kuat

0,80 – 1,000 : tingkat hubungan sangat kuat

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1. Hasil penelitian

Telah dilakukan penelitian terhadap 45 orang wanita usia lanjut, berumur 60 tahun atau lebih yang datang ke Posyandu Kelurahan Lamper Kidul Kecamatan Semarang Selatan. Penelitian dilakukan mulai tanggal 25 Januari 2011 sampai dengan 14 Februari 2011. Penelitian dilakukan melalui wawancara dengan instrumen penelitian yang digunakan adalah Skala Depresi Geriatri untuk menilai tingkat depresi dan Kuesioner Dukungan Sosial dari Sarason tahun 1983 untuk menilai tingkat dukungan sosial. Instrumen SPMSQ (*Short Portable Mental Status Questionare*) digunakan untuk menilai ada tidaknya gangguan intelektual pada responden dan memastikan bahwa responden dapat berkomunikasi dengan baik, dan Kuesioner Stressor Psikososial Holmes-Rahe untuk menilai ada tidaknya stressor psikososial yang masih dirasakan selama 1 tahun terakhir.

Dari 45 responden diketahui 4 orang menolak menjadi responden, 2 orang tidak bisa diajak komunikasi, 1 mempunyai stressor yaitu menderita stroke, dan tidak ada yang mengalami gangguan intelektual. Sehingga didapatkan 38 responden yang memenuhi kriteria inklusi. Gambaran umum subjek penelitian diperoleh data sebagai berikut :

Tabel 4.2. Distribusi Frekuensi Responden Menurut Umur

Umur	Distribusi Frekuensi	
	Jumlah	%
60-65	12	31,6
66-70	10	26,3
>70	16	42,1
Total	38	100

Berdasarkan tabel diatas dapat diketahui sebanyak 12 orang (31,6 %) berumur 60-65 tahun, 10 orang (26,3 %) berumur 66-70 tahun, 16 orang (42,1 %) berumur lebih dari 70 tahun.

Pada penelitian ini data yang diamati adalah hubungan antara dukungan sosial dengan tingkat depresi pada wanita usia lanjut. Dari penelitian tersebut didapatkan hasil sebagai berikut:

Hasil penelitian pada 38 wanita usia lanjut di Kelurahan Lamper Kidul Kecamatan Semarang Selatan, setelah dilakukan analisis data dengan menggunakan metode uji statistik korelasi spearman dengan bantuan program SPSS versi 13 *for windows*, didapatkan hasil (tabel 4.3):

Tabel 4.3. Uji Statistik Korelasi Spearman

Spearman's rho	Dukungan Sosial	Koefisien Korelasi	Dukungan Sosial	Tingkat depresi
			1,000	-,574**
		Sig. (2 sisi)	.	,000
		N	38	38
	Tingkat Depresi	Koefisien Korelasi	-,574**	1,000
		Sig. (2 sisi)	,000	.
		N	38	38

** Korelasi bermakna pada 0,01 (2 sisi)

Dari tabel 4.3 didapatkan probabilitas (p) antara dukungan sosial dengan tingkat depresi adalah 0,000 dimana probabilitas (p) lebih kecil dari 0,05 yang berarti terdapat hubungan yang bermakna antara dukungan sosial dengan tingkat depresi. Sedangkan kekuatan hubungan dukungan sosial dengan tingkat depresi yang dihitung dengan koefisien korelasi adalah (-) 0,574. Hal ini menunjukkan hubungan yang sedang antara dukungan sosial dengan tingkat depresi. Arah hubungan yang negatif (ada tanda negatif pada angka 0,574) menunjukkan semakin besar dukungan sosial akan membuat tingkat depresi cenderung turun, demikian sebaliknya.

Untuk gambaran dukungan sosial, diperoleh hasil bahwa 2 orang (5,3%) memperoleh dukungan sosial rendah, 10 orang (26,3%) memperoleh dukungan sosial sedang, dan 26 orang (68,4%) memperoleh dukungan sosial tinggi.

Tabel 4.4. Gambaran Dukungan Sosial pada Wanita Usia Lanjut di Kelurahan Lamper Kidul Kecamatan Semarang Selatan.

Dukungan Sosial	Frekuensi	%
Rendah	2	5,3
Sedang	10	26,3
Tinggi	26	68,4
Total	38	100

Berdasarkan gambaran tingkat depresi didapatkan hasil sebagai berikut, 25 orang (65,8 %) tidak mengalami depresi (normal), 9 orang (23,7 %) mengalami depresi ringan, 4 orang (10,5 %) mengalami depresi sedang, dan tidak ada yang mengalami depresi berat.

Tabel 4.5. Gambaran Tingkat Depresi pada Wanita Usia Lanjut di Kelurahan Lamper Kidul Kecamatan Semarang Selatan

Tingkat Depresi	Frekuensi	%
Normal (tidak depresi)	25	65,8
Depresi ringan	9	23,7
Depresi sedang	4	10,5
Total	38	100

4.2. Pembahasan

Dari tabel 4.2 menunjukkan bahwa jumlah responden paling banyak berumur >70 yaitu 16 orang (42,1%) sedangkan paling sedikit adalah 66-70 sebanyak 26,3%. Hal ini sesuai dengan pendapat Kasturi, dkk, (2006) dari kantor Informasi dan Komunikasi Kota Semarang dan dalam Konsensus Nasional (2003) yang menyebutkan bahwa diperkirakan angka harapan hidup di Indonesia akan mencapai 71 tahun.

Kemudian dari tabel 4.3 didapatkan probabilitas (p) antara dukungan sosial dengan tingkat depresi adalah 0,000 dimana probabilitas (p) lebih kecil dari 0,05 sehingga H_1 di terima yang berarti terdapat hubungan yang bermakna antara dukungan sosial dengan tingkat depresi. Hasil penelitian ini sesuai dengan pendapat Nevid dkk (2005) dan Kaplan (2004) yaitu adanya dukungan sosial merupakan salah satu faktor potensial yang dapat mencegah terjadinya depresi. Orang-orang dengan dukungan sosial tinggi akan mengubah respon mereka terhadap stres (Smet,1994).

Menurut teori Heinz dalam Soejono,dkk (2006) menekankan pada aspek hilangnya rasa kecintaan pada diri sendiri akibat proses penuaan ditambah dengan rasa harga diri dan kepuasan diri yang kurang, juga dukungan sosial yang tidak terpenuhi akan menyebabkan usia lanjut tidak mampu lagi

memelihara dan mempertahankan rasa harga diri. Mereka sering merasa tegang dan takut, cemas, murung, kecewa dan tidak merasa sejahtera di usia lanjut.

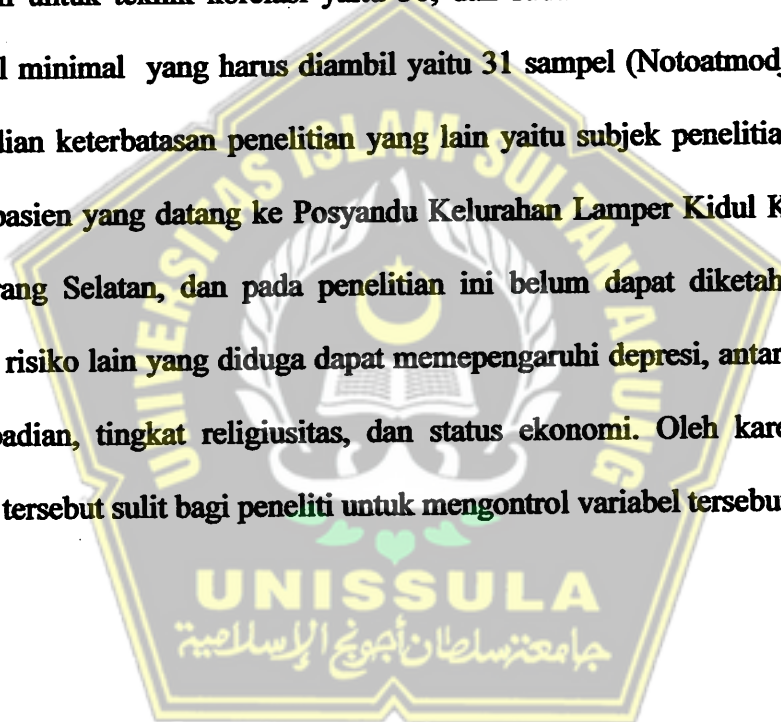
Menurut Krasnova (1999), dukungan sosial merupakan faktor yang penting untuk membantu adaptasi pada usia lanjut, setidaknya melalui beberapa faktor yaitu sebagai sarana untuk menimbulkan perasaan positif (misalnya perasaan bahwa dirinya diperhatikan, dicintai, dihargai dan dihormati), sebagai pengesahan bahwa pikiran dan perasaan tertekan yang dialami adalah normal, mendorong para usia lanjut untuk mengungkapkan apa yang dirasakan dan dipikirkan secara terbuka, dan sebagai persediaan pertolongan material.

Heitzman dan Kaplan sebagaimana dikutip Sodrow (2001), menyatakan bahwa dukungan sosial dapat meningkatkan kesehatan karena dukungan sosial dapat mengurangi stres dan mempercepat penyembuhan terhadap penyakit. Tersedianya dukungan sosial akan bermanfaat bagi kesehatan dan kesejahteraan tidak peduli banyaknya / tingkatan stress yang dialami orang – orang, Smet (1994) baik tingkat stressor rendah atau tinggi, dukungan ini mempunyai efek yang sama (Indarjati, 2006).

Dalam pelaksanaan penelitian ini masih terdapat kesulitan yang bersifat teknis, yaitu dalam hal pengisian kuesioner. Oleh karena responden penelitian adalah wanita yang berusia lanjut sehingga diperlukan kesabaran dalam wawancara agar responden betul-betul memahami maksud dari pertanyaan dalam kuesioner. Karena itu pengisian kuesioner di posyandu

tidak cukup waktu, karena responden harus mengurus kebutuhan yang lain. Untuk mengatasi hal ini, pengisian kuesioner dilanjutkan dengan kunjungan kerumah.

Keterbatasan dalam penelitian ini adalah jumlah subjek penelitian yang relatif kecil (38 orang). Namun, dengan jumlah 38 ini menurut Singarimbun dan Effendi (1989) sudah memenuhi syarat sampel minimal yang harus diambil untuk teknik korelasi yaitu 30, dan sudah memenuhi besar rumus sampel minimal yang harus diambil yaitu 31 sampel (Notoatmodjo (2005), kemudian keterbatasan penelitian yang lain yaitu subjek penelitian terbatas pada pasien yang datang ke Posyandu Kelurahan Lamper Kidul Kecamatan Semarang Selatan, dan pada penelitian ini belum dapat diketahui faktor-faktor risiko lain yang diduga dapat memengaruhi depresi, antara lain tipe kepribadian, tingkat religiusitas, dan status ekonomi. Oleh karena faktor risiko tersebut sulit bagi peneliti untuk mengontrol variabel tersebut.



BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan di Kelurahan Lamper Kidul Kecamatan Semarang Selatan, dapat ditarik kesimpulan:

- 5.1.1. Terdapat hubungan terbalik yang signifikan dengan keeratan hubungan yang sedang antara dukungan sosial dengan tingkat depresi pada wanita usia lanjut di Kelurahan Lamper Kidul Kecamatan Semarang Selatan.
- 5.1.2. Gambaran dukungan sosial, yaitu dukungan sosial rendah 2 orang (5,3%), dukungan sosial sedang 10 orang (26,3%), dukungan sosial tinggi sebanyak 26 orang (68,4%).
- 5.1.3. Gambaran tingkat depresi, yaitu normal (tidak ada depresi) ada 25 orang (65,8 %), depresi ringan sebanyak 9 orang (23,7 %), depresi sedang sebanyak 4 orang (10,5 %).

5.2. Saran

Berdasarkan hasil penelitian dapat dikemukakan saran sebagai berikut:

- 5.2.1. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut dengan jumlah responden yang lebih besar dan area yang lebih luas.
- 5.2.2. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut dengan menggunakan rancangan penelitian *Case Control* atau *Cohort*

5.2.3. Perlu dilakukan penelitian terhadap variabel pengaruh lainnya yang mempengaruhi tingkat depresi.



DAFTAR PUSTAKA

- Baron RA., Byrne D., 2005, dalam : Kristiaji WC., Medya R., *Psikologi Sosial*, Erlangga, Jakarta,
- Brehm, S.S., Kassin, S.M., 1991, *Social Psychology*, Houghton Mifflin, Princeton, New Jersey, 665-671
- Cohen, S., Syme, S., L., 1985, *Sosial Support and Health*, Academic press Inc, Orlando, 5-6
- Dahlan M.S., 2006, *Statistika Untuk Kedokteran Dan Kesehatan : Uji hipotesis Dengan Menggunakan SPSS*, Cetakan kedua, Jil.2, Arkans; Jakarta
- Darmojo, R., B., 2006, *Pola Penyakit dan Keluhan pada Golongan Penyakit pada Usia Lanjut agar Tetap Sehat dan Berkualitas*, FK Undip; Semarang,
- Dorland, 2002. *Kamus kedokteran Dorland : Depresi*. ed.29, EGC, Jakarta ; 588
- Greenberg, S., A., 2007, *The Geriatric Depression Scale : Short Form*, American Journal of Nursing, Vol 107, No.10; America, 61-69
- Hawari, Dadang, 1993, *Psychiatry And Mental Health Of Indonesia In Facing The Future Past, Present And Future Direction*, Faculty of Medicine, University of Indonesia, Jakarta, 3
- Idaiani S., Bisara D., 2009, *Komorbiditas Depresi dengan Penyakit Fisik Menahun*, Jurnal Penyakit Tidak Menular Indonesia, Vol.1.1, 20
- Indarjati, Arie, *Dukungan Sosial dan Stress Kerja : Model Interaktif Menurut Sutherland & Coopeer*, dalam : Clercq LD., Smet B, *Psikologi Kesehatan*, Fakultas Psikologi UNIKA, Semarang,
- Ismanto, S., H., 1999, *Kontribusi Dukungan Sosial terhadap Kesembuhan Gangguan Psikosomatis Asma Bronkiale di RSUP Dr Sardjito*, Yogyakarta, 23-24
- Kane dkk, 1999, *Essentials of Clinical Geriatric 4th Edition*, McGraw-Hill Companies, USA, 231-245
- Kaplan HI., Sadock BJ., Grebb JA., 1997, *Sinopsis Psikiatri*, Jilid I, Ed.7, Jakarta
- Kaplan dkk., 2004, *Sinopsis Psikiatri, Ilmu Pengetahuan Perilaku Psikiatri Klinis*, ed.7 Jilid A, Binarupa Aksara, Jakarta, 777-805

- Kasturi, Purnomo, Achyani, Andriana EP., Hari W., 2006, dalam : Syafii Jamal, *Profil Kota Semarang*, CV. Imperium Agung, Semarang, 51,107
- Krasnova, O, The Challenges of Social Support for Elderly People. Dalam *Ageing and Health, A Global Challenge for Twenty-first Century*, World Health Organization, Kobe, Japan, 296,297
- Kuntjoro, Z.S., 16-8-2002, *Dukungan Sosial pada Lansia*, <http://www.e-psikologi.com/usia/160802.htm>, 13 November 2009
- Kurniawan F., Lembar S., 2004, *Gambaran Status Kesehatan Lansia Studi Kasus Di Wilayah Paroki Kristoforus* Jakarta Barat, ATMA JAYA, Vol.3 No.3, 159
- Konsensus Nasional, 2003, *Pengenalan Dan Penatalaksanaan Dementia Alzheimer Dan Dementia Lainnya*, Ed. 1, Asosiasi Alzheimer Indonesia
- Landefeld dkk, 2004, *Current Geriatric Diagnosis and Treatment*, McGraw Hill Companies, USA, 465-475
- Lesler, R.M., Banyas, C., 2001, *Depression*. Dalam Osterweil, D., Smith, K.B., and Beck J.C., *Comprehensive Geriatric Assessment*, Mc.Graw-Hill Companies, USA, 465-475
- Lestari E.P., 2009, *Hubungan Tingkat Pengetahuan Tentang Agama Dengan Tingkat Depresi Pada Lansia Di Panti Wredha Dharma Bhakti Kota Surakarta*; Surakarta
- Mahajudin, Marlina S., 2009, *Penatalaksanaan Pencegahan Kasus Bunuh Diri*, ETHICAL DIGEST, No.64 Thn. VII, 78
- Maramis WF., 1998, *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*, Airlangga University, Surabaya,
- Maslim, R., 2003, *Gejala Depresi*, Diagnosa Gangguan Jiwa Rujukan Ringkas dari PPDGJ-III, Jakarta, 58-65
- Nevid JS., Rathus SA., Greene B., 2005, *Psikologi Abnormal*, Jilid I, Ed.5, Erlangga, Jakarta,
- Notoatmodjo, S, 2005, *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notosoedirdjo M., Latipun, 2005, *Kesehatan Mental Konsep dan Penerapan*, ed.4, UMM press; Malang

- Osterweil dkk, 2000, *Comprehensive Geriatrics Assessment*, McGraw-Hill Companies, USA, 75-85
- Pattern, S.B., 2002, *Descriptive Epidemiology of A Depressive Syndrome in A Western Canadian Community Population*, Canadian Journal of Public Health, Volume 92.
- Permatahati, Shanty, 2006, *Perbandingan Skor Depresi pada Penderita Kanker Serviks Uteri dan Penderita Kanker Payudara di RS.Dr. Kariadi Semarang*, 1
- Purwitasari N.D., 2008, *Hubungan Antara Tipe Kepribadian Dengan Tingkat Depresi Pada Lansia Di Wilayah Desa Bumiharjo kecamatan Nguntoronadi Kabupaten Wonogiri*; Surakarta
- PPDGJ II, 1985, *Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia*, ed.2, DEPKES RI, Jakarta
- Sarason, I G., et. al., 1987, *A Brief Measure of Social Support: Practical And Theoretical Implications*, University of Washington, USA, 504
- Sedyatama R.P., 2008, *Hubungan Dukungan Sosial dengan Derajat Depresi pada Lanjut Usia di Panti Wredha Wening Werdoyo Ungaran*; Semarang
- Singarimbun M, Effendi S., 1989, *Metode Penelitian Survei*, LP3ES, Jakarta, 171
- Smet B., 1994, *Psikologi Kesehatan*, PT Grasindo, Jakarta, 131-137
- Sodrow, L., M., Rizkabaugh, C., A., 2001, *Psychology Fifth Edition*, McGraw-Hill International Companies, USA, 9-10
- Soejono CH., Probosuseno, Sari NK., 2006, *Depresi Pada Pasien Usia lanjut*, Ilmu Penyakit Dalam, EGC, Jakarta,
- Soejono, dkk, 2000, *Pedoman Pengelolaan Kesehatan Pasien Geriatric untuk Dokter dan Perawat*, FK UI, Jakarta, 60-76
- Sosrokoesomo P., Gardjito S.O., Witjaksana , Iskandar Y., Lengkong Y., Zainuddin, 1991, *Pedoman Pelayanan Kesehatan Jiwa Usia Lanjut*, Direktorat Kesehatan Jiwa
- Surilena, Agus D., 2006, *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Depresi Pada Lansia di Jakarta*, DAMIANUS, Vol.5 No.2, 115
- Taylor, S., E., 1995, *Health Psychology Third Edition*, McGraw-Hill International Companies, USA, 276-277

Unutzer, et. al., 2002, *Collaborative Care Management of Late Life Depression in The Primary Care Setting*, Journal American Medical Association. Dec, 288,2836-2845

Wills, T., A., 1985, *Supportive Function Interpersonale Relationship*, Academic Press Inc, Orlando Florida, 62-74

Worchel S., Shebilske W., 1995, *Principles And Applications Psychology*, terbitan ke-5, Prentice-Hall, Inc Englewood Cliffs, New Jersey,

